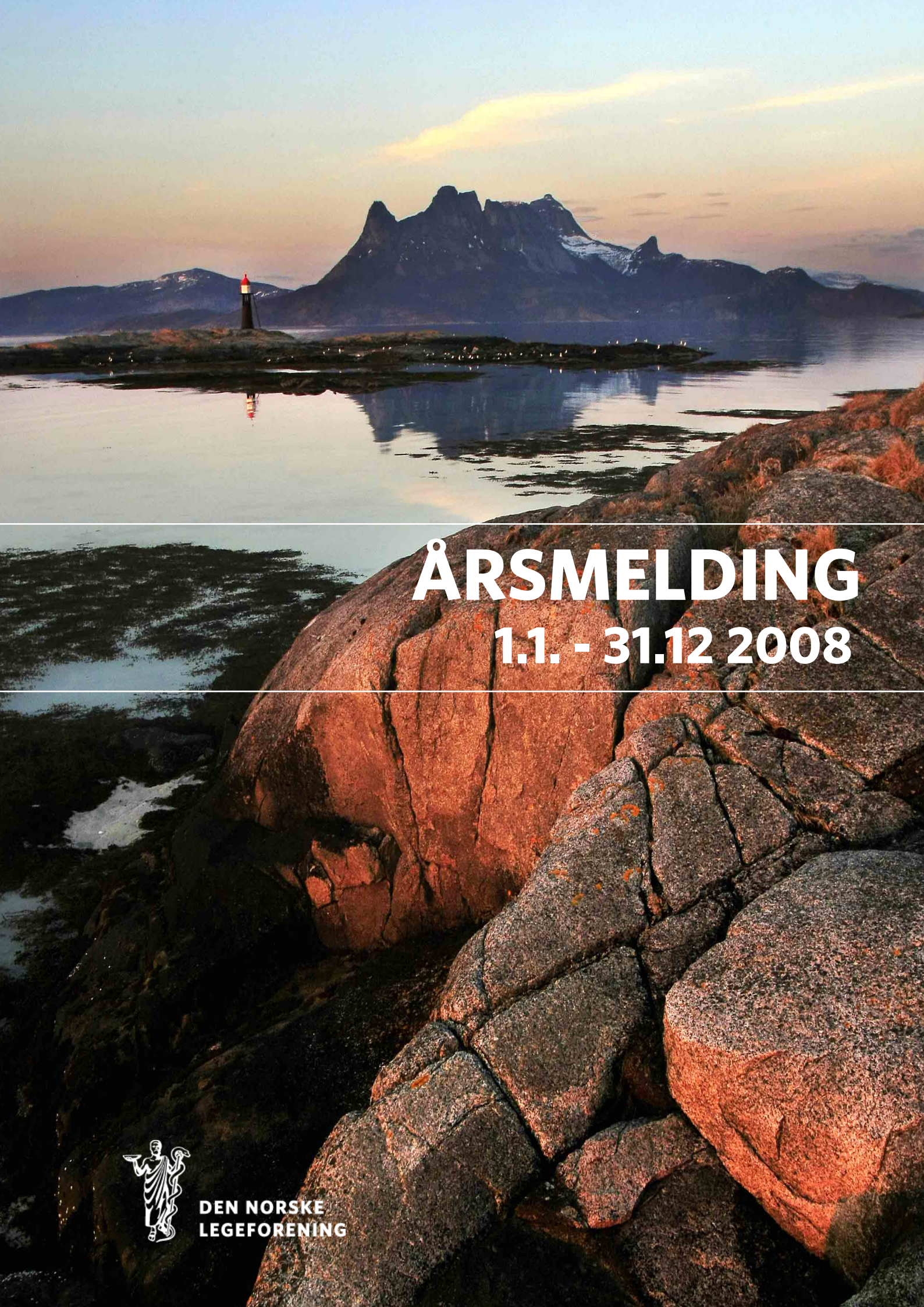




ÅRSMELDING

1.1. - 31.12 2008



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 lønn- 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	10
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 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	11
2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis	11
2.2.3 Representasjon i Akademikernes organer	11
2.3 Generelt om inntekt og arbeidsvilkår	12
2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2008	12
2.3.2 Avtalesamling	13
2.3.3 Medlemsbrev/bruk av Tidsskriftet, "Forhandlingsnytt "og Legeforeningens nettsider.....	13
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)	15
2.4.4 Oslo kommune	15
2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon – Helse, utdanning og kultur (HSH-HUK) .	15
2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold	16
2.5.1 Rekruttering av tillitsvalgte.....	16
2.5.2 Kursvirksomhet i 2008.....	16

2.6	Fastlegeordningen.....	16
2.7	Avtalepraksis.....	17
2.8	Forhandlinger om takster og honorarer for næringsdrivende leger.....	17
2.8.1	Normaltariffoppgjøret	17
2.8.2	Inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2008	17
2.8.3	Utredning av pensjonsutgifter.....	17
2.9	Helsenett.....	18
2.10	Rapport om kostnader til helsenett.....	18
2.11	Arbeidsgruppe – håndtering av blodsmittet helsepersonell.....	19
2.12	Ny kollektivavtale.....	19
2.13	Ny avtale med Finansnæringens Hovedorganisasjon om utlevering av helseopplysninger til forsikringsselskaper	19
2.14	Arbeid knyttet til retten til bierverv.....	19
2.15	Prosjekter	20
2.15.1	Prosjekt - Partssammensatt utvalg om arbeidstid.....	20
2.15.2	Prosjekt stillingsstruktur	20
2.15.3	Prosjekt - Juridisk og annen bistand til privatpraktiserende leger	20
2.15.4	Omstillingsprosjekt	21
2.15.5	Utvalg som arbeidet med tekst til hovedavtalens §§ 26 og 52	21
2.15.6	Utvikling av Akademikersamarbeidet.....	22
2.16	Juridisk bistand til medlemmene	22
2.16.1	Bistand fra sekretariatets jurister/advokater	22
2.16.2	Rettshjelpsordningen.....	22
2.16.3	Bistand til leger i ledende stillinger	23
2.16.4	Bistand til yrkesforeninger.....	23
2.17	EU/EØS-rettslige forhold – veiledet tjeneste.....	23
2.18	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis.....	24
3	Utdanning, forskning og fagutvikling	25
3.1.1	Prinsipp og arbeidsprogrammet.....	25
3.1.2	Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger	25
3.1.3	Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning	25
3.1.4	Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning	25
3.1.5	Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet.....	25
3.1.6	Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon.....	26
3.1.7	Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger	26

3.1.8	Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin	26
3.1.9	Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger	26
3.1.10	Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning.....	26
3.2	Utdanning.....	26
3.2.1	Turnustjenesten	26
3.2.2	Endringer i kursretningslinjene.....	27
3.2.3	Endringer i spesialistreglene	28
3.2.4	Spesialister godkjent i 2008.....	28
3.2.5	Rapportering fra utdanningsinstitusjoner	30
3.2.6	Besøk på utdanningsinstitusjoner	31
3.2.7	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri.....	32
3.2.8	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	32
3.2.9	Veiledning i institusjonshelsetjenesten.....	32
3.2.10	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	32
3.2.11	Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin	32
3.2.12	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.....	32
3.2.13	Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)	32
3.2.14	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR)	32
3.2.15	Etterutdanning	33
3.2.16	Registrering av etterutdanning.....	33
3.2.17	Utredning om spesialistutdanningen for leger.....	33
3.2.18	Autorisasjonsutvalget.....	34
3.3	Forskning	34
3.3.1	Prosjekt forskning	34
3.4	Kvalitetsarbeid og fagutvikling	34
3.4.1	Diverse kurs, konferanser, seminarer	34
3.4.2	Konferanse for de fagmedisinske foreningene.....	35
3.4.3	Gjennombruddsprosjekt sykehjem	35
3.4.4	Publikasjoner.....	35
3.4.5	Norsk legemiddelhåndbok	36
3.4.6	Tilskudd til kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger.....	36
3.4.7	Allmennmedisin 2020.....	36
3.4.8	Prosjekt Allmennlegetjenesten og psykisk helse, åtte tiltak	36
3.4.9	Gjennombruddsprosjekt Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose	37
3.5	Fond.....	37
3.5.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	37
3.5.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning.....	38
3.5.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning.....	38

3.5.4	Kvalitetssikringsfond I – Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus	39
3.5.5	Kvalitetssikringsfond II - Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten.....	39
3.5.6	Omorganisering av kvalitetssikringsfond I og II, og etablering av Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	39
3.5.7	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus	40
3.5.8	Allmennmedisinsk forskningsfond.....	40
4	Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	42
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	42
4.1.1	Forebyggende virksomhet for å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse.....	42
4.1.2	Reduksjon av rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette	42
4.1.3	Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt.....	42
4.1.4	Bedre helse for utsatte befolkningsgrupper	43
4.1.5	Mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena	43
4.1.6	Å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade	43
5	Helsepolitikk	44
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	44
5.1.1	En god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov.....	44
5.1.2	Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten.....	44
5.1.3	Tydelig faglig premissleverandør	47
5.1.4	Utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelbrukere	48
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	48
5.2	Hovedstadsprosessen	48
5.3	Statsbudsjettet	48
5.4	Organisasjonskontakter	49
5.4.1	Stortingskomiteer	49
5.4.2	Departementer, Statens helsetilsyn og Helsedirektoratet.....	50
5.4.3	Prosjekter/rapporter/andre oppdrag	50
6	Legeforeningens organisasjon	51
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	51
6.1.1	Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger	51
6.1.2	Medlemsoppslutning.....	51

6.2	Hovedforeningen	52
6.2.1	Legeforeningens lover	52
6.2.2	Organisasjonsplan	52
6.2.3	Medlemstall.....	53
6.2.4	Landsstyret	53
6.2.5	Sentralstyret.....	53
6.2.6	Lokalforeningene	54
6.2.7	Yrkesforeningene	54
6.2.8	Fagmedisinske foreninger.....	54
6.2.9	Norsk medisinstudentforening.....	54
6.2.10	Regionsutvalgene	54
6.2.11	Spesialforeningene	54
6.2.12	Råd og utvalg	55
6.2.13	Prosjekter/Annet.....	60
6.3	Sekretariatet	62
6.3.1	Organisasjonskart.....	62
6.3.2	Organisering og bemanning.....	62
6.3.3	Informasjonsvirksomhet	63
6.4	Forskningsinstituttet.....	64
6.4.1	Personale og finansiering.....	64
6.4.2	Aktiviteter.....	64
6.5	Tidsskrift for Den norske legeforening	67
6.5.1	Organisering og bemanning.....	67
6.5.2	Tidsskriftets papirutgave.....	67
6.5.3	Min side, Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider	67
6.6	Legenes hus.....	68
6.7	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).....	68
6.8	Soria Moria	68
6.9	Deltakelse i andre organisasjoner	68
6.9.1	Akademikerne	68
6.9.2	Kommunal kompetanse (KK).....	69
6.9.3	Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon.....	69
6.9.4	Fagutvalget Forsikringsforbundet Legeforeningen.....	69
6.9.5	Nasjonalforeningen for folkehelsen - landsstyret.....	69
6.9.6	Den Norske Kreftforenings representantskap	69
7	Internasjonalt arbeid	70
7.1	Generelt	70
7.2	World Medical Association (WMA).....	70
7.3	Nordisk legeråd.....	70

7.4	European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO) ..	70
7.5	Samnordisk arbetsgrupp for prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)	70
7.6	Comité Permanent des Mediciens Européens (CPME).....	71
7.7	Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	71
7.8	Den europeiske allmennlegeforeningen – European Union of General Practitioners (UEMO)	72
7.9	Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)	72
7.10	Permanent Working Group og European Junior Doctor (PWG)	72
8	Økonomi	73
8.1	Legeforeningens økonomi	73
8.2	Økonomiske nøkkeltall.....	75
8.3	Styrke hovedforeningens egenkapital	75
	Oversendelsesvedtak landsstyret/sentralstyret	76

Presidenten har ordet

Legeforeningen har ved sine tillitsvalgte, medlemmer og sekretariat vært engasjert i en rekke områder i 2008, noe som gjenspeiles i årsmeldingen. Aktiviteten er høy og produksjonen er stor innen fag, fagforening, utdanning og helsepolitikk.

Rammevilkårene for medlemmene er viktig for rekruttering og utvikling av faget. Forhandlingene var i 2008 omfattende og krevde gode forberedelser. Det ble gjennomført hovedoppgjør for ansatte leger på alle forhandlingsarenaene med unntak av HSH, det vil si i Spekter, KS, Oslo kommune og staten. Forhandlingene i Spekterområde 10 ble gjennomført med nytt forhandlingssystem. Det nye systemet førte til god progresjon, mindre risiko for tvister innad i Akademikerne og for første gang på flere år en forhandlingsløsning uten meklingsmannens bistand. Forhandlingene i et nytt Spekterområde 4 med Lovisenberg som eneste virksomhet, endte i meklingsløsning og en tre uker lang streik før partene kom sammen igjen og ble enige i forhandlinger. 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.

Forhandlingene for næringsdrivende leger ble gjennomført med god progresjon. Vi fikk grunnlag for at viktige og uløste spørsmål skulle bearbeides i egne partssammensatte grupper, som pensjonskostnader til ansatte. Legers tilknytning til helsenett har vært et viktig tema i 2008. Det ble i april utarbeidet en rapport som synliggjorde at nytteeffekten for legekantorene ikke dekker investeringene og de løpende kostnadene. Rapporten følges opp i det videre arbeidet med Norsk Helsenett.

Finanskrisen og følgene av den, gjorde 2008 til et økonomisk vanskelig år for mange, også Legeforeningen ble berørt. Reduksjon i annonse- og finansinntekter er medvirkende årsaker til et underskudd i årets regnskap.

Samhandlingsreformen preget den helsepolitiske debatten siste del av 2008. Et høyst nødvendig løft for primærhelsetjenesten med en betydelig økning av antall fastleger er lovet.

Situasjonen i sykehus har vært gjenstand for mye arbeid for våre tillitsvalgte og for sekretariatet. Det arbeides med å løse tvister lokalt, deltakelse i omstillingsprosesser og overfor sentrale helsemyndigheter i forhold til utvikling av sykehus. Hovedstadsprosessen var en ikke-planlagt oppgave som medførte en stor og arbeidskrevende innsats bredt i foreningen. Vi hadde allerede igangsatt et internt arbeid med omstillinger og en egen omstillingsveileder ble utarbeidet. Oppfølging av rammebetingelsene for avtalepraksis var viktig i 2008, men kommer nok som en større sak i 2009.

Legeforeningen har nedlagt mye arbeid ved ulike sider av fagutvikling de siste årene. Ikke bare gjennom å styrke fagmedisinske foreningers posisjon i foreningen, men også å vurdere turnustjeneste, spesialistutdanning og satsingen på forskning. Videreutvikling av turnustjenesten fikk fornyet aktualitet etter at Helsedirektoratet i en utredningsrapport våren 2008 foreslo et treårig pliktlop for leger etter cand. med. Legeforeningen arbeidet aktivt for å få en bedre tjeneste enn det som var foreslått, og turnusrådet la frem en alternativ turnustjeneste for sentralstyret i desember 2008, som blir videre bearbeidet i 2009. Det har vært arbeidet med forskningsprosjektet gjennom hele 2008. Legeforeningen har utviklet en offensiv tiltaksplan for forskning som har fått positiv mottakelse. Etter at vi fikk etablert allmennmedisinske forskningsfond i 2006 etterlyser vi nå en tilstrekkelig oppfølging fra offentlige myndigheter i 2008.

En viktig formidler av arbeidet med fagutvikling er Legeforeningens Tidsskrift, også overfor helsemyndigheter, universitetsmiljøer og internasjonalt. Det siste året er Min side etablert, en ordning vi håper mange medlemmer får god nytte av.

Statusrapporten for 2008 omhandlet helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Rapporten har fått stor oppmerksomhet og har resultert i mange medieoppslag og som referanse i vitenskapelige arbeider. Et særlig viktig element i rapporten var påpekingen av at også papirløses rett til helsehjelp må klargjøres.

En arbeidsgruppe har utarbeidet en rapport om Legeforeningens plattform for ledelse i helsetjenesten. Den ble vedtatt i sentralstyret i desember, og det utarbeides nå forslag til oppfølging.

Legeforeningen vært aktiv både i World Medical Association, Den europeiske forening for legespesialister (UEMS) og i Comité Permanent des Médecins Européens (CPME), der jeg er leder for Subcommittee of Ethics and Professional Codes. Vårt internasjonale engasjement er viktig.

Det står stor respekt av det arbeidet som utføres i Legeforeningen. Jeg vil takke dere alle for den innsatsen dere bidrar med. Sammen har vi utrettet mye!



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

- *bedre synliggjøring av foreningens arbeid med etiske problemstillinger*
- *å øke legers bevissthet om de etiske sidene ved rollen som behandler og ved andre roller leger har*
- *at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og tillitvekkende måte*

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. Det arbeides med et nettbasert kurs i etikk basert på kasuistikker og korte videofilmer som utgangspunkt for refleksjon over etiske dilemmaer. Kurset er planlagt ferdig våren 2009.

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. På landstyremøtet i 2008 ble det vedtatt retningslinjer som åpner for at Legeforeningens organisasjonsledd kan ha et årlig arrangement med utstilling, som også kan omfatte kurs tellende for spesialistutdanningen. Landsstyrets vedtak er innarbeidet i Retningslinjer for godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning. Avtalen med LFH er revidert og vedtaket er innarbeidet som en del av avtalen.

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. Advokat Odvar Brænden er sekretær for Rådet.

Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og har behandlet 97 saker.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og generalsekretær, representert Legeforeningen i World Medical Association.

Rådets leder har fra Legeforeningens side ledet arbeidet med "Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende" sammen med Reidun Førde, Senter for medisinsk etikk, Universitetet i Oslo. Arbeidet er slutført og overlevert Helsedirektoratet.

Rådets leder har deltatt i arbeidet med produksjon av internettbasert undervisningsprogram i etikk i regi av Legeforeningen.

Rådet har i 2008 behandlet noen saker som har prinsipiell interesse. Dette gjelder revisjon av Helsinkideklarasjonen, undersøkelse av dødssted ved uventet barnedød og forhold knyttning til Mitt livstestament som administreres av Foreningen Retten til en verdig død, oppfølging av sak om MIDIA-prosjektet – med anbefaling om fortsatt bruk av det forskningsmateriale som er innsamlet selv om prosjektet er stanset, etiske problemstillinger i forhold til datasettet "The Visible Human Project" og reservasjonsrett for legers medvirkning ved rett til assistert befruktning for lesbiske par.

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. Etter at Rådet i 2007 tok initiativ til å endre reglement for Rådet for legeetikk, vesentlig som følge av at avdelingenes utvalg for legeetikk ikke lenger er opprettholdt, ble nytt reglement vedtatt på landsstyremøtet i 2008 på Soria Moria. Nytt regelverk er lagt ut på temaside om etikk på www.legeforeningen.no.

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

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2008-09 heter det:

Legeforeningen vil arbeide for:

- *å videreutvikle avtale- og lønssystemer som belønner og ivaretar kompetanse, ansvar, innsats og ledelse*
- *reell likestilling mellom kjønnene med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår*
- *å gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med lønsvilkårene i klinisk virksomhet*
- *riktig balanse mellom sentral og lokal regulering av legers lønns- og arbeidsvilkår*
- *arbeidstidsordninger som ivaretar krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og legers helse*
- *sikre bedre rammevilkår for legevakt*
- *kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger*
- *å motvirke represalier mot varslere og mobbing av tillitsvalgte*
- *en aktiv seniorpolitikk for leger*
- *å stimulere til å få leger inn i ledelse på alle nivåer*
- *å videreutvikle pensjonsordningene, spesielt for næringsdrivende leger*
- *at leger som driver praksis i privat næringsvirksomhet sikres akseptable økonomiske rammebetingelser*

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

Ved overenskomstforhandlingene for tariffområdet Spekter 2008 ble det nedfelt i avtaleverket at partene har et felles ansvar for å utvikle kriterier for lokal lønnsdannelse slik at de er tilpasset helseforetakenes formål og virksomhet. Det er blant annet understreket at det er viktig å fremme måloppnåelse av å rekruttere og utvikle kompetente og motiverte medarbeidere. Det skal foretas årlige individuelle lønnsvurderinger basert på arbeids- og ansvarsområde, jobbutførelse og anvendt kompetanse. Videre er partene enige om å ta hensyn til viktigheten av både spisskompetanse og tverrfaglig samarbeid. Disse elementene legges til grunn i arbeidsgivers og tillitsvalgtes arbeid med å videreutvikle lokale avtale- og lønssystemer. Det er presisert at partene skal ha tilgang til relevant informasjon/lønnsdata som understøtter forhandlinger basert på avtalte kriterier.

I tariffområdet Stat ble det gitt en føring på at partene lokalt skulle prioritere utdanningsgrupper som er vanskelig å rekruttere og beholde.

2.1.2 Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønn- og arbeidsvilkår

I tariffområdet Spekter har partene i 2008 tatt inn en bestemmelse i forhandlingsprotokollen om at virksomhetene i forbindelse med lokale lønnsforhandlinger også skal foreta en lønnsvurdering av arbeidstakere som er fraværende på grunn av foreldrepermisjon.

Når det gjelder partenes adgang til relevant informasjon/lønnsdata i forbindelse med forhandlinger, er det presisert i forhandlingsprotokollen at dette også omfatter lønnsdata fordelt på kjønn.

I tariffområdet KS ble det tatt inn i hovedtariffavtalen at arbeidstakere i adopsjons-, fødsels- og andre lønnede permisjoner skal gis muligheter for lønnsutvikling gjennom lokale forhandlinger.

Tilsvarende bestemmelse kom inn i staten, men der fikk man i tillegg inn en bestemmelse om at ansatte i ulønnet foreldre- eller omsorgspermisjon skal vurderes lønsmessig ved gjeninntreden.

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

Dette omfatter medlemmer i det statlige tariffområdet som i hovedsak er ansatt ved universitetene, helsetilsynet lokalt og sentralt, samt leger i statsforvaltningen forøvrig, for eksempel overleger, bedriftsleger m.v. Dette er fulgt opp gjennom krav om sentral heving av minstelønnsnivå og lønsspenn, og ved at Legeforeningen også i 2008 arbeidet på ulike arenaer for å oppnå reelle og frie lokale forhandlinger.

Landsstyrets handlingsplan for medisinsk forskning fra 2007 har i løpet av 2008 blitt konkretisert gjennom "Prosjekt forskning". Prosjekt forskning er delt opp i tre undergrupper, hvorav den ene behandler tematikken rundt forbedrede lønns- og arbeidsvilkår for forskere. Man har i 2008 påbegynt en analyse av dagens situasjon på dette området og hvilke utfordringer man her står overfor, samt å nedfelle en strategi for Legeforeningens videre arbeid for å forbedre lønns- og arbeidsvilkår for medisinske forskere. Arbeidet videreføres og vil bli fremlagt for landsstyret juni 2009.

2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet

Legeforeningen har arbeidet særskilt med spørsmål knyttet til vold og trusler mot leger. I 2008 ble det sendt skriftlig purring på en henvendelse fra Legeforeningen om dette som ikke er besvart fra Helse- og omsorgsdepartementet.

Det gis rådgivning og juridisk bistand til leger som utsettes for mobbing. Støtteordningen for leger brukes aktivt i denne sammenheng.

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

I 2008 ble det nedlagt et betydelig arbeid knyttet til den varslede samhandlingsreformen til helse- og omsorgsminister Bjarne Håkon Hanssen. Hensiktsmessig oppgavefordeling og riktige finansielle og organisatoriske virkemidler har stått i fokus for dette arbeidet.

Arbeidet for å styrke legevaktorganiseringen har blitt videreført i 2008. Arbeidsgruppen Godt Legevaktarbeid (GLA) avleverte sin rapport til sentralstyret i desember 2008. Rapporten inneholder vurderinger av hvilke tiltak som er nødvendige for å styrke de organisatoriske og innholdsmessige sider av legevakttjenesten i Norge.

For øvrig vises til omtale av utvikling av fastlegeordningen (punkt 2.6) og av arbeidet med endringer i rammebetingelsene for avtalespesialister (punkt 2.7)

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

Det arbeides kontinuerlig med å utvikle de juridiske tjenestene for de privatpraktiserende legene, herunder også når det gjelder legen som arbeidsgiver. Også i 2008 ble det fremmet krav om tariffavtaler for ansatte på private legekontor en rekke steder. I flere saker ble det ytt betydelig bistand til lokale forhandlinger med arbeidstakerorganisasjoner. Dette har vært et viktig fokusområde også i 2008. Sentralstyret hadde etablert et prosjekt som skulle vurdere nærmere hvilke typer tjenester de privatpraktiserende legene kunne forvente å få fra Legeforeningen innenfor dagens kontingent. Prosjektet vurderte de ulike aktuelle rettsområder mht bistandsnivå.

Det mottas et betydelig og økende 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 m.v.

Prosjektet drøftet også spørsmål mht organisering av legene som arbeidsgivere, og de særskilte juridiske spørsmål som følger av dette. Dette prosjektet ble avsluttet i 2008 med sentralstyrevedtak om at det foreløpig ikke vurderes betalingsordninger eller økt kontingent.

Arbeidet vil utvikles videre i 2009, som følge av beslutninger om ulike oppfølginger av prosjektet.

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 å tilrettelegge for de mange årlige forhandlingsforløp for fast ansatte leger og næringsdrivende leger med offentlig avtale. Det gjelder både forhandlinger om hovedavtaler, sentrale tariffavtaler, sentrale særavtaler, rammeavtaler og avtaler med staten og KS/Oslo kommune om økonomien i privat praksis.

Forhandlingsarbeidet er styrket gjennom kontinuerlig arbeid gjennom hele året. Det utarbeides strategiske planer felles for alle forhandlingsområdene og særskilt for de enkelte områdene. I tillegg lages det konfliktplaner.

Det utarbeides informasjonsplaner knyttet til forhandlingsarbeidet og for de enkelte områdene. Det er etablert en egen nettside med nyheter innenfor forhandlinger i 2008. Det sendes ut forhandlingsnyheter

innenfor alle områdene til tillitsvalgte.

Alt forhandlingsarbeid koordineres og forankres i de respektive forhandlingsutvalg i Legeforeningen. I 2008 har det vært gjennomført en rekke møter i forhandlingsutvalget innen Spekterområdet, i tillegg til møter i forhandlingsutvalget for staten, HSH, KS/Oslo kommune og i tariffutvalget for privat praksis. Det er faste og månedlige møter for de samme arenaer i Akademikerne forhandlingsutvalg. Det vil si i Akademikerne Helse, Akademikerne Stat, Akademikerne Kommune, Akademikerne Næringsdrivende og Akademikerne Privat.

2.2.1 Forhandlingsutvalgene 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.

Forhandlingsutvalget for Spekter har i 2008 bestått av: president Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Bård Lilleeng, Of, Hege Gjessing, Ylf, Espen Møller-Hansen, Ylf. Bård Lilleeng trådte ut av forhandlingsutvalget i desember 2008 grunnet skifte av jobb.

Forhandlingsutvalget for HSH har i 2008 bestått av: president Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Kyrre Kittang Reiakvam, Ylf.

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har i 2008 bestått av: president Torunn Janbu, leder, Ole Edvard Strand, Af, Ole Johan Bakke, LSA, Arne Refsum Of, Anders Nordby, Ylf, fra oktober 2008 Hege Gjessing. I tillegg har Svein Aarseth og Henning Mørland møtt som observatører fra Oslo legeforening.

Forhandlingsutvalget i Stat har i 2008 bestått av: president Torunn Janbu, Amund Gulsvik, LVS, Arne Refsum, Of, Ernst Horgen, LSA, Kjersti Baksaas-Aasen, Ylf til oktober 2008, deretter Hege Gjessing. Jan Fuglesang var Legeforeningens representant i Akademikerne Stat til oktober 2008, deretter observatør.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring deltar i tillegg til forhandlingskoordinator for de enkelte områdene. Koordinator for de ulike områdene er Hanne Gillebo-Blom (Spekter), Jon Whist (KS/Oslo kommune/Stat), Trond Teisberg (HSH), Lars Duvaland (Tariffutvalget). 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 jevnlig møter knyttet til gangen i forhandlingsforløpene.

2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis

Tariffutvalget har i 2008 bestått av president Torunn Janbu (leder), Jan Emil Kristoffersen (Af), Kari Sollien (Af), Tone Dorthe Sletten (Af), Harald Guldsten, (PSL), Ove Andreas Mortensen (PSL), Ernst Kaare Horgen (LSA), Inger-Lise Haakstad, (Of), og Anders Nordby, (Ylf). I september skjedde det et skifte i PSLs representasjon som følge av at Synnøve Bratlie ble leder av foreningen. Harald Guldsten gikk ut av utvalget, og Synnøve Bratlie kom inn. Også Ylf og Of skiftet representasjon til henholdsvis Hege Gjessing og Arne Laudal Refsum.

Sekretariatet deltar med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Lars Duvaland og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. I 2008 er det avholdt en rekke møter i tariffutvalget. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

2.2.3 Representasjon i Akademikerne organer

President Torunn Janbu var i 2008 nestleder i Akademikerne Helse, og ble gjenvalgt i september 2008. Legeforeningen har i 2008 i tillegg vært representert ved Arne L. Refsum og Hege Gjessing. Sekretariatet er representert ved Anne Kjersti Befring og Hanne Gillebo-Blom. Andre ansatte i forhandlings- og helseerettsavdelingen har deltatt i utvalgsmøtene ved behov. Sentralstyret oppnevnte følgende medlemmer og varamedlemmer fra Legeforeningen i Akademikerne Helse for Akademikerne rådssperiode 2008-10: medlemmer: Hege Gjessing, Ylf og Arne Laudal Refsum, Of. Varamedlemmer: Anne Kjersti Befring, Bjørn Ove Kvavik og Hanne Gillebo-Blom.

Jan Eilert Fuglesang var Legeforeningens representant i Akademikerne stat med Bente Kvamme, sekretariatet, som vara frem til august 2008, deretter overtok Jon Ole Whist, sekretariatet, som vara. For rådssperioden 2008-10 er Legeforeningens representant i Akademikerne stat Jon Ole Whist, sekretariatet, med vara Anne-Sofie Daleng, sekretariatet.

Jon Ole Whist, sekretariatet, er Legeforeningens representant i Akademikerne kommune med Lars

Duvaland, sekretariatet, som vara.

Arvid Mikelsen fra sekretariatet var Legeforeningens representant og nestleder i Akademikerne Næringsdrivende (Eli Øvstedal, Af, som vara) frem til oktober 2008. Fra oktober 2008 var Lars Duvaland fra sekretariatet Legeforeningens representant og nestleder i samme utvalg. Kari Sollien, Af, var vara.

Per Medalen fra sekretariatet var Legeforeningens representant i Akademikerne Privat. Fra oktober 2008 var Frode Solberg, sekretariatet, Legeforeningens representant med Kristian Vetlesen, Namf, som vara.

2.3 Generelt om inntekt og arbeidsvilkår

2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2008

I året 2008 har det vært høy aktivitet innenfor de ulike forhandlingsarenaer, da det har vært gjennomført hovedoppgjør i Spekter, KS, Oslo kommune og staten. Legeforeningens forhandlingsposisjon har vært god, preget av konstruktiv samhandling og godt samhold internt. I forhandlingsprosessene er det nært samarbeid mellom yrkesforeninger, sentrale tillitsvalgte og sekretariat, både under forberedelser, gjennomføring og i etterarbeidet av forhandlingene. Alle prosesser har vært forankret i forhandlingsutvalgene.

Samarbeidet innad i Akademikerne har fungert godt. Legeforeningens sekretariat fremlegger utredninger og forslag. Dette gir innflytelse og bidrar til gode prosesser.

I Spekter område 10 ble det for første gang gjennomført hovedoppgjør med nytt forhandlingssystem (fremforhandlet i desember 2007). Det medførte god progresjon ved at Legeforeningen forhandlet (A2) samtidig med øvrige akademikergrupper lokalt. Mekling i KS/Oslo kommuner og stat i slutten av mai medførte imidlertid at forhandlingene om økonomien i Spekterområdet måtte utsettes til resultatet av meklingen forelå.

Hovedoppgjør per 30.4. 2008, endte med at partene kom til enighet om inngåelse av ny overenskomst 23.6. 2008 etter gjennomførte forhandlinger både sentralt og lokalt.

Det ble gjennomført forhandlinger i et nytt Spekterområde - område 4 – hvor Lovisenberg er eneste virksomhet. Etter gjennomføring av de sentrale rundene – A1 og A2 – kom de lokale parter ikke til enighet. Oppgjøret for område 4 endte i mekling og en tre uker lang streik. Det oppsto en situasjon som førte til at Akademikerne kom i forhandlingsposisjon med Spekter. Partene klarte deretter å komme til enighet om oppgjøret for område 4 Lovisenberg ved forhandlinger.

I Stat og Oslo kommune ble det gjennomført hovedoppgjør som begge gikk til mekling, der Akademikerne aksepterte meklingsmannens skisse som la opp til store generelle tillegg, justeringsoppgjør under fredsplikt og en mindre avsetning til lokale forhandlinger.

Også i KS ble det gjennomført et hovedoppgjør som gikk til mekling, men lønnsmessig hadde dette kun relevans for Akademikernes medlemmer i skolesektoren. For øvrige akademikere i KS-sektoren skjer hele lønnsutviklingen gjennom årlige lokale forhandlinger etter HTA kap 5. Disse skal gjennomføres innen 1. oktober og etterbetales med virkning fra 1. mai. For turnuslegene skjer lønnsutviklingen gjennom forhandling av særavtale, reforhandlet i juni 2008, parallelt med reforhandling av rammeavtalen for fastlegeordningen.

I Stat ble særavtalen for leger i Arbeids- og velferdsetaten reforhandlet, i tillegg til særavtalen i Forsvaret om hhv vilkår i internasjonale operasjoner og vilkår for stillinger med redusert bundet arbeidstid. I avtalen om vilkår i internasjonale operasjoner var det klare forbedringer av vilkårene, noe som langt på vei kan tilbakeføres til vilkårene i rammeavtalen mellom Legeforeningen og Forsvarsdepartementet som sikret rekruttering av kirurger til Afghanistan.

I Oslo kommune ble det ført preliminære forhandlinger om særbestemmelser for Legeforeningen.

I HSH-området ble det gjennomført mellomoppgjør om revisjon av de *lokale særavtalene* ved virksomhetene i 2008. I henhold til opplysninger fra lokale tillitsvalgte var resultatene omtrent på linje med den generelle lønnsveksten. Høsten 2008 ledet Legeforeningen delegasjonen som forhandlet på vegne av akademikergrupper om overordnede forhold i dette tariffområdet.

For fastlegene ble rammeavtalen i KS-området reforhandlet. Til tross for at KS hadde iverksatt en utfordrende prosess knyttet til retten til overdragelse av praksis forut for forhandlingene, ble selve forhandlingene konstruktive. Det ble foretatt mindre justeringer i rammeavtalen.

Normaltariffoppgjøret med staten ble gjennomført med høy intensitet og relativt effektivt. Det ble gitt kostnadsdekning på viktige elementer samtidig som partene gjennom protokolltilførsler var enige om å følge opp særskilte spørsmål videre.

Rammeavtalen for avtalespesialistene ble prolongert, men partene har arbeidet frem noen justeringer

som tidligere var tatt inn i avtalen. Legeforeningen og RHFene arbeider konstruktivt om kontinuerlig utvikling av avtalepraksis og grunnlaget uten at det foranlediger full avtalerevisjon.

2.3.2 Avtalesamling

Legeforeningens avtalesamling blir holdt løpende à jour i form av særtrykk av enkeltavtaler og ved kommentarutgaver. Avtalene publiseres på www.legeforeningen.no og etter etableringen av "Min side" skal relevant avtaleverk for den enkeltes arbeidsforhold også fremkomme på www.legeforeningen.no/minside

For tariffområdet Spekter, har partene etter hovedoppgjøret i 2008 i fellesskap redigert og blitt enige om hva som er å anse som den samlede overenskomsten for område 10. I område 4 er det nå heller ingen uenighet om hva som er gjeldende overenskomst. Det er utarbeidet en særskilt avtalesamling for Spekter område 10 Helseforetakene, der alle sentrale protokoller og overenskomstdeler er samlet. I tillegg er det laget en oppdatert samling av samtlige B-delsavtaler for henholdsvis Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst. Det er også laget en egen avtalesamling for den samlede overenskomsten i område 4 Lovisenberg.

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 og på Min Side sammen med annen forhandlingsrelevant informasjon.

2.3.3 Medlemsbrev/bruk av Tidsskriftet, "Forhandlingsnytt" og Legeforeningens nettsider

Legeforeningen bruker utsending av nyhetsbrev til tillitsvalgte som en vesentlig kommunikasjonskanal overfor medlemsmassen. Det er i 2008 sendt ut et betydelig antall nyhetsbrev innenfor de ulike områder.

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.

Før forhandlingene våren 2008 ble det i tilknytning til Legeforeningens internettsider opprettet en egen side med navnet "Forhandlingsnytt". Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring er redaktør for siden. Forhandlingsnytt brukes jevnlig til å legge ut oppdatert informasjon om forhandlingssituasjonen i ulike områder. På siden presenteres viktig og aktuell forhandlingsinformasjon, med fortløpende ajourført informasjon om fremdrift og resultater av forhandlinger, samt artikler om annet relatert stoff.

I tillegg til at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens nettside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktig og aktuell forhandlingsinformasjon. 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 område 10 omfatter Legeforeningens medlemmer i helseforetakene (sykehusene), herunder tidligere rusinstitusjoner.

De fire RHFene er medlemmer av arbeidsgiverforeningen Spekter. Område 10 skiller seg fra øvrige områder (1-9) ved at det i stor grad er underlagt nasjonale interesser og styring.

Akademikerne har også partsforhold i Spekter område 4 – Lovisenberg. Lovisenberg Diakonale sykehus AS meldte seg ut av HSH og inn i arbeidsgiverforeningen Spekter per 1.1. 2008. De sentrale parter kom i de innledende forhandlingene (A) til enighet om at Lovisenberg skulle plasseres i det ledige område 4.

Hovedoppgjøret

Spekterområdet 10: alle helseforetakene: Forberedelsene til hovedoppgjøret per 30.4. 2008 startet like over nyttår 2008, med møter i forhandlingsutvalget for Spekter, utarbeidelse av krav og møter i Akademikerne helse. Det var i desember 2007 gjennomført revisjon av Hovedavtalen for Spekter, som medført et nytt forhandlingssystem for Akademikerne Helse. Etablering av nytt system var resultat av

langvarig og systematisk arbeid med å identifisere utfordringene i forhandlingene og ved kontakt med helsemyndighetene og de regionale helseforetak.

Hovedoppgjøret 2008 var første forhandlingsrunde etter nytt system siden helseforetaksreformen i 2002. Det medførte også første forhandlingsrunde med god progresjon.

Forhandlingene i område 10 startet 8.4. 2008. Etter de innledende sentrale forhandlingene (A) og forhandlinger om sosiale bestemmelser (A1) var Legeforeningen og Spekter enige om å utsette videre forhandlinger til det var kommet avklaring av mekling i KS og staten de siste dagene av mai. Det var enighet mellom partene om å utsette drøftinger av arbeidstid i påvente av partssammensatt utvalg. Spekter valgte å gå ut i Dagens Medisin midt under forhandlingene med oppblåsning av Legeforeningens krav og tilbakeviste avtaler om å utsette spørsmål om arbeidstid. Legeforeningen valgte å holde en stødig kurs uten for mye polemisering i media. Under forhandlingene og Legeforeningens landstyremøte gikk Spekter ut i Dagens Næringsliv med en undersøkelse som avdekket ineffektivitet ved norske sykehus og utfordringer med tillitsvalgte. Dette ble besvart i samme avis.

A2 forhandlingene ble fullført 4.6. 2008, hvorefter de lokale parter hadde to uker på å gjennomføre B-dels forhandlingene. Mange av de lokale forhandlingene ble gjennomført med bistand fra de sentrale parter. Ved de avsluttende sentrale forhandlingene forelå det en uenighetsprotokoll fra Aker Universitetssykehus HF og Innlandet HF (gjaldt ikke Legeforeningen).

Begge uenighetene ble løst av de sentrale parter, det vil si Spekter og Akademikerne, (Akademikerne var representert ved Rune Frøyland, Torunn Janbu, Anne Kjersti Befring og Trond Teisberg) og sløyfen ble lukket. Lukking av sløyfen og inngåelse av den nye overenskomsten skjedde 23.6. 2008

Spekterområdet 4: Lovisenberg: Spekter og Akademikerne var enige om å gjennomføre forhandlingene for Lovisenberg etter at oppgjøret i område 10 var ferdig. De innledende sentrale forhandlinger om A1 (sosiale bestemmelser) og A2 startet i august og var sluttført 2. september med enighet. De lokale forhandlingene mellom Legeforeningen og Lovisenberg Diakonale sykehus AS endte imidlertid med uenighet. Sentrale parter møttes i den såkalte fase 3 for å finne en løsning, Akademikerne var innstilt på forhandlinger, men dette ble ikke gjennomført. Oppgjøret gikk deretter til mekling hos Riksmeklingsmannen. Begge parter tok utgangspunkt i siste skriftlige tilbud og krav. Arbeidsgiver hadde lokalt økt det økonomiske tilbudet muntlig. I mekling var arbeidsgiver imidlertid ikke villig til å ta frem samme tilbud. Riksmeklingsmannen fikk en vanskelig oppgave og var ikke i stand til å legge frem en skisse for partene etter flere timers mekling.

Bruddet i forhandlingene var et faktum, og streiken ble igangsatt om morgenen torsdag 6.11. 2008. Streiken omfattet leger, samfunnsvitere og psykologer. Etter tre ukers streik ble streiken avsluttet. Akademikerne kom brått i forhandlingsposisjon etter forslag fra Spekter om frivillig nemnd gjennom media tre uker etter at streiken hadde startet. Forslaget ble positivt besvart gjennom media, men med en forutsetning om at partene først måtte uteske forhandlingsmulighetene. Dette ble gjort samme kveld/natt og morgenen etter var partene enig om hovedoppgjøret for Lovisenberg. Streiken ble umiddelbart avblåst fredag 28.11. 2008.

Streiken var godt forberedt av Akademikerne Helses konfliktberedskapsutvalg og ble gjennomført av sentral og lokal streikekomité uten at Helsetilsynet på noe tidspunkt mente at den var en fare for liv og helse. Informasjonsstrategiene som var lagt, fungerte som tilsiktet.

2.4.2 Staten

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, helsetilsynet lokalt og sentralt, Arbeids- og velferdsetaten (NAV), Forsvaret, samt i statsforvaltningen for øvrig. Mange har mindre deltidsstillinger.

Hovedtariffavtalen – hovedtariffoppgjøret

Hovedoppgjøret for 2008 skilte seg ut fra tidligere oppgjør. Staten hadde ikke lagt frem sitt første tilbud før LO, Unio og YS gikk til brudd på grunn av signaler fra Statens personaldirektør. Dette gjaldt blant annet størrelsen på rammen, innretning og manglende pensjonstilbud.

Staten valgte likevel å gi et første tilbud til Akademikerne, men dette tilbudet inneholdt ikke en akseptabel økonomisk ramme, og Akademikerne gikk derfor også til brudd. Oppgjøret gikk til mekling med meklingsfrist midnatt 22. mai. Lønnsoppgjøret kom i havn 18 timer etter meklingsfristen, etter at staten gjenopptok forhandlingene, men da kun med LO. Øvrige hovedsammenslutninger fikk presentert resultatet, og Akademikerne valgte å akseptere det, tross innretningen.

Samlet hadde oppgjøret en økonomisk ramme som ga 6,1 % lønnsvekst, herunder 1 % avsetning til sentrale justeringsforhandlinger og 1,3 % avsetning til lokale lønnsforhandlinger. De lokale

forhandlingene skulle ha som føring å prioritere utdanningsgrupper som er vanskelig å rekruttere og beholde. Resultatene som er meldt tilbake, viser at dette i liten grad ble fulgt lokalt, og at avsetningen langt på vei ble fordelt pro-rata, eller endog med en lavtlønnsprofil. Det ble gitt et flatt kronetillegg på kr 16 000 fra lønnstrinn 1 til lønnstrinn 45. For lønnstrinn 46 til lønnstrinn 80 ble det gitt 4.65 % økning. For de høyere lønnstrinnene ble det gitt et flatt tillegg på kr 32 000,-. I tillegg ble det lagt til ytterligere 20 ltr på tabellen. Tema for oppgjøret var også spørsmålet om en AFP-ordning tilpasset pensjonsreformen.

2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)

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

Hovedtariffavtalen – hovedtariffoppgjøret

For akademikere skjer tilnærmet 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 7 % i 2008. For øvrige grupper hadde oppgjøret en årslønnsramme på om lag 6,3 %. For Akademikerne er det ansatte i skolesektorene som er berørt av det sentrale oppgjøret. Oppgjøret var for øvrig også i dette tariffområdet preget av spørsmålet om en AFP-ordning tilpasset pensjonsreformen. Etter brudd i forhandlingene gikk oppgjøret til mekling, med meklingsfrist parallelt med oppgjøret i staten – midnatt 22. mai. I praksis kom meklingen først i gang 23. mai da partene i staten hadde kommet til en løsning. KS-meklingen ble gjennomført uten at Akademikerne gikk til streik.

Særavtalen SFS 2305

I tillegg til lønnsforhandlingene ble det også gjennomført reforhandling av særavtalen om kommunalt ansatte legers arbeidsvilkår (SFS 2305). Disse gikk parallelt med forhandlingen av rammeavtalen for fastlegeordningen i KS (ASA 4310).

2.4.4 Oslo kommune

Legeforeningens medlemmer ansatt i Oslo er nå i hovedsak sykehjemsoverleger, bydelsoverleger, ansatte ved rusmiddeletaten, ansatte i helse- og velferdsetaten og ansatte ved Oslo legevakt.

Overenskomstene (dokument 25) - hovedtariffoppgjøret

Hovedtariffoppgjøret i Oslo kommune ble forhandlet frem mot natt til 1.5. 2008 og endte med brudd. Meklingen hadde frist midnatt 22. mai, samtidig med stat og KS, men kom i praksis ikke i gang før det var oppnådd enighet i staten og i KS. Meklingen endte med at Akademikerne valgte å akseptere Riksmeklingsmannens forslag til løsning 24. mai.

Oppgjøret i Oslo kommune hadde en ramme på ca. 6,4 %. 1,5 % av rammen ble avsatt til sentrale justeringsforhandlinger og 3 % ble avsatt til lokale forhandlinger.

Særbestemmelsene

I Oslo kommune ble det ført preliminaire forhandlinger om særbestemmelser for Legeforeningen. Oslo kommune var imidlertid ikke villig til å se på elementer av økonomisk betydning, men henviste dette til de sentrale forhandlingene. Når de sentrale forhandlingene kom i gang var man heller ikke der villig til å forhandle reelt om legenes vilkår; i hovedsak turnuslegenes lønnsnivå. Til sist kom en regulering av nivået inn som en del av meklingsmannens skisse.

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

Landsoverenskomstene

HSH organiserer i HUK-området bl.a. private sykehus, sykehjem, behandlingssentre, opptreningsentre, barnevern, barnehjem, familierådgivning, høyskoler, barnehager, museer, kunstsentre, sanitetsforeninger m.v. Virksomhetene fordeler seg på til sammen sju ulike overenskomster. Legeforeningen har enkeltmedlemmer på sykehjem, høyskoler og innen familierådgivning, mens hovedtyngden av medlemmene er ansatt ved private sykehus, som er bundet av Landsoverenskomst for spesialisthelsetjenesten.

I HSH-HUK ble det gjennomført hovedoppgjør for revisjon av landsoverenskomstene per 1.5. 2008.

Reviderte overenskomster har varighet til 30.4. 2010. I hovedoppgjøret ble det forhandlet mellom HSH på den ene siden og sammenslutninger av henholdsvis LO-forbund, YS, UNIO og Akademikerforeningene (omfatter også NITO) på den andre. Økonomi var det sentrale tema i forhandlingene i 2008. Akademikerforeningenes medlemmer – herunder legene – har i all hovedsak sin lønnsdannelse lokalt, og er således ikke direkte berørt av de økonomiske resultatene i det sentrale oppgjøret. Rammen man oppnår sentralt antas imidlertid å ha betydning for de lokale oppgjørene (lokale særavtaler som skulle revideres i et mellomoppgjør i 2008). 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, og resulterte i en årslønnsvekst som samlet ble beregnet til 6,34 % for alle grupper.

Revisjon av særavtalene

I HSH-området ble det for legene gjennomført mellomoppgjør om revisjon av de *lokale særavtalene* ved virksomhetene i 2008. I henhold til opplysninger fra lokale tillitsvalgte var resultatene omtrent på linje med den generelle lønnsveksten. Gjennomsnitt for de virksomhetene som har rapportert resultatene ble beregnet til om lag 6 % på årsbasis.

2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold

2.5.1 Rekruttering av tillitsvalgte

Året 2008 er midt i valgperioden for tillitsvalgte, men det foregår likevel fra tid til annen utskiftninger av tillitsvalgte. Dette innebærer at de da ikke har fått delta på grunnkurs og påbygningskurs som arrangeres ved oppstart av ny valgperiode. Det er viktig i forhold til rekruttering at også de som blir valgt midt i en periode snarest mulig får tilbud om skoling. Flere nye tillitsvalgte har imidlertid meldt seg på C-kurs (temakurs) som har vært arrangert i 2008. Det ble i tillegg i november arrangert et ekstra A-kurs (grunnkurs) for nye tillitsvalgte som tiltrådte høsten 2008.

Det arbeides med å utvikle internettkurs som kan benyttes som et supplement til ordinære kurs, og hvor den tillitsvalgte kan søke en del grunnleggende informasjon.

Legeforeningen gir videre råd i forbindelse med inngåelse av lokale medbestemmelsesavtaler; herunder frikjøp av tillitsvalgte. De fleste sentralt arrangerte kurstilbud gjelder tillitsvalgte fra alle tariffområder. Dette var et ønske som kom fra flere hold i forbindelse med tillitsvalgtprosjektet som ble ferdigstilt i 2007. Særlig i tariffområder hvor det er få tillitsvalgte, er det av betydning å kommunisere og utveksle erfaringer med andre grupper. Praktisk arrangeres dette ved at det er flere felles sekvenser med tema som angår alle tariffområder og separate sekvenser for det enkelte tariffområde.

2.5.2 Kursvirksomhet i 2008

I februar 2008 arrangerte Legeforeningen et C-kurs med tema tillitsvalgtes rolle i omstillingsprosesser, samt forhandlinger og forhandlingsteknikk som forberedelse til årets lokale forhandlinger.

I juni ble det arrangert en særskilt dagskonferanse for tillitsvalgte i Spekterområdet. Dette for å orientere om utfordringer fra de da avsluttede sentrale forhandlingene og eventuelle overslagseffekter og konsekvenser dette kunne ha for de kommende lokale forhandlinger.

I november ble det arrangert C-kurs med tema arbeidsgivers tilretteleggingsplikt i henhold til arbeidsmiljøloven. I november ble det også arrangert A-kurs (grunnkurs) for tillitsvalgte fra alle tariffområder som var kommet inn midt i valgperioden.

Flere yrkesforeninger har arrangert tariffkurs og enkelte lokalforeninger har arrangert trinn 1 kurs (lokale grunnkurs) for tillitsvalgte.

Flere tillitsvalgte fra Legeforeningen har deltatt i dagskonferanser i KS- området i regi av Akademikerne over hele landet.

Spesialrådgiver Per Medalen er tillagt koordineringsansvaret for kursvirksomheten.

2.6 Fastlegeordningen

Tidlig i 2008 var det møter med KS vedrørende utfordringer med fastlegeordningen og rekruttering av leger til enkelte kommuner. Det mest krevende spørsmålet var knyttet til tildelingsprosess og overdragelse av praksis. Dette var foranlediget av at KS hadde tatt opp spørsmålet høsten 2007 på bakgrunn av enkeltsaker hvor det ble hevdet at regelverket var til hinder for rekruttering i utkantkommuner. Dette førte til drøftinger som ble videreført i avtaleforhandlingene på våren.

Formålet med de endringer som ble foretatt i rammeavtalen var å sørge for at tildelingsprosesser ikke stopper opp på grunn av unødvendig saksbehandlingstid eller manglende søkergrunnlag. I denne forbindelse ble det blant annet tatt inn en bestemmelse som retter seg mot overdragelse av praksis i tilfeller med omfattende kommunale samarbeidsavtaler og dokumentert rekrutteringssvikt.

KS og Legeforeningen var i 2008 enige om å forhandle både rammeavtalen for FLO og særavtalen (avtale som regulerer blant annet legevakt og turnuslegelønn) samtidig. Den 25. juni ble partene enig om endringer i begge avtalene. Endringene trådte i kraft 1.7. 2008.

De endringer som ble foretatt var i hovedsak mindre justeringer og presiseringer. Legeforeningen har deltatt aktivt i et utredningsarbeid i Helsedirektoratet om utvikling av fastlegeordningen. Arbeidsgruppen avleverte en rapport høsten 2008. Rapporten ble oversendt Helse- og omsorgsdepartementet i desember 2008. Rapporten tar til orde for en betydelig styrking av legetjenesten i kommunene.

Høsten 2008 ble det kjent at statsråden arbeidet med en samhandlingsreform. Legeforeningen har arbeidet aktivt med å sette styrking av kommunehelsetjenesten på dagsorden i dette arbeidet. I starten av arbeidet var fokuset rettet mot sykehus. Legeforeningen har fulgt arbeidet tett og gitt en rekke innspill underveis. Det er varslet en stortingsmelding våren 2009.

2.7 Avtalepraksis

Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med endring av rammebetingelsene for avtalespesialister har blitt videreført i 2008. Legeforeningen utarbeidet et omfattende skriftlig innspill til departementet i mars. Her ble det bl.a. fokusert på hvilke hensyn som må ivaretas i en eventuell ny finansieringsmodell og betydningen av forutsigbarhet i rammebetingelsene.

I en interpellasjon i desember 2008 redegjorde statsråden for at regjeringen hadde besluttet å overføre finansieringen av avtalespesialistenes kurative virksomhet fra NAV til de regionale helseforetak. Det er varslet et høringsnotat våren 2009.

Rammeavtalen for avtalepraksis ble prolongert i 2008. De regionale helseforetak (RHF) og Den norske legeforening undertegnet imidlertid i mars 2008 tre fortolkningsprotokoller som utdyper hva som menes med enkelte av bestemmelsene i rammeavtalen om avtalepraksis for legespesialister. Dette gjelder seniorordningen, plassering av nyopprettede hjemler i gruppepraksis samt adgangen til bruk av vikar.

Legeforeningen sendte brev til Helse- og omsorgsdepartementet med forslag til økonomisk og administrativ modell for utdanning i avtalepraksis i januar 2008. Helse- og omsorgsdepartementet ga Helsedirektoratet i oppgave å utrede spørsmålet.

2.8 Forhandlinger om takster og honorarer for næringsdrivende leger

2.8.1 Normaltariffoppgjøret

Kvelden fredag 30.5. 2008 ble staten og Legeforeningen enige om rammen for vårens normaltariffoppgjør. Rammen ble 7,6 % per 1.7. 2008. I denne rammen lå kompensasjon for kostnadsvekst (4,35 %) og inntektsutvikling (5,0 %) fra 2007 til 2008. Det såkalte overhenget fra fjoråret på 0,9 % ble tatt i betraktning.

Legeforeningen fikk viktige gjennomslag for utgiftsdekning knyttet til krav om spirometri, avtalespesialistenes tidsbruk knyttet til økte rapporteringskrav og utgifter til obligatorisk tjenestepensjon for ansatte (OTP). I tillegg ble det tatt inn viktige protokolltekster vedrørende partssammensatt arbeid frem mot neste oppgjør.

2.8.2 Inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2008

Staten og Legeforeningen ble i takstforhandlingene 2007 enige om å gjennomføre en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse hos privatpraktiserende leger for inntektsåret 2008.

En partssammensatt arbeidsgruppe startet høsten 2008 forprosjektet. Alle landets privatpraktiserende leger vil bli invitert med i undersøkelsen som sendes ut i juni 2009.

2.8.3 Utredning av pensjonsutgifter

Legeforeningen videreførte i 2008 arbeidet med å finne løsninger på de urimelige utslag reguleringspremien i KLP-ordningen får for næringsdrivende leger. Ved en lovendring i 2004 ble prinsippene for beregning av reguleringspremie endret, noe som innebærer svært uforutsigbare utgifter for små virksomheter som legekontor. Legeforeningen hadde sammen med andre berørte organisasjoner,

herunder HSH, sendt en henvendelse om dette til Finansdepartementet i 2007. Tross purring ble ikke brevet besvart innen utløpet av 2008.

Både spørsmålet om reguleringspremie i KLP og spørsmål om kostnadsdekning knyttet til sykepleierordningen i KLP og AFP-ordninger ble av Legeforeningen brakt inn i normaltarifforhandlingene våren 2008. Partene innså at det var behov for ytterligere utredning og forpliktet seg gjennom en protokolltilførsel til en felles prosess i en arbeidsgruppe.

Staten og Legeforeningen nedsatte på denne bakgrunn høsten 2008 en felles arbeidsgruppe som har gjennomgått de pensjonsordningene som er aktuelle for ansatte i privat legepraksis, herunder de økonomiske konsekvenser for legene. Gruppen skulle etter bestillingen levere sin rapport om konsekvensene av ordningen 15.1. 2009. Når arbeidet med å kartlegge konsekvensene av ordningen er avsluttet, vil det bli arbeidet videre mot Staten med hvordan man kan avhjelpe de urimelige utslag ordningen med reguleringspremie medfører.

I forbindelse med Legeforeningens deltakelse i arbeidsgruppen har sekretariatet i medlemsbrev informert legene om arbeidet, og anmodet dem om å ta kontakt med sekretariatet ved behov for juridisk rådgivning knyttet til KLP.

Sekretariatet har mottatt og behandlet et stort antall saker om urimelige kostnader knyttet til reguleringspremie og KLP-pensjon for ansatt hjelpepersonell.

I desember 2008 ble det også sendt ut en elektronisk spørreundersøkelse for å kartlegge omfang og konsekvenser av problematikken.

2.9 Helsenett

Legeforeningen inngikk i januar ny rammeavtale med Norsk Helsenett AS (NHN). Avtalen viderefører i hovedsak bestemmelsene i avtalen fra 2007 om gjensidig forpliktelse, samarbeid og drøftinger mellom Legeforeningen og Norsk Helsenett AS vedrørende individuelle avtaler mellom NHN og privatpraktiserende leger om tilknytning til helsenettet. Samarbeids- og drøftingsområder er definert i avtaleteksten.

NHN foretok en prisreduksjon i 2008 på tilknytningsavgiften. Normal pris på tilknytningsavgift for standard tilknytning ble satt ned til kr 15 000. I 2008 gikk NHN ut med kampanjepris på standard tilknytningsavgift for legekontorer, avtalespesialister med flere på kr 8 000.

2.10 Rapport om kostnader til helsenett

I normaltarifforhandlingene våren 2007 ble partene enige om at det skulle opprettes en partssammensatt arbeidsgruppe som skulle utrede legens utgifter ut over rasjonaliseringsgevinster ved bruken av helsenettet. På bakgrunnen av dette har en arbeidsgruppe bestående av representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Den norske legeforening, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Helse Vest, Helse Sør-Øst og NAV utarbeidet en rapport om legenes bruk av Norsk Helsenett for informasjonsutveksling – kostnader og nytteeffekter. Fra Legeforeningen deltok Ernst Horgen, Ove Andreas Mortensen, Jan Emil Kristoffersen, Anne Kjersti Befring, Trond Teisberg og Aadel Heilemann.

Arbeidsgruppen har sett på historiske og fremtidige effekter av elektronisk meldingsutveksling knyttet til bruken av Norsk Helsenett, og har gjort konkrete beregninger for perioden fra og med 2004 til og med 2010.

Rapporten fastslår at det er sannsynliggjort at nytteeffektene for legekontorene ikke dekker investeringene og de løpende kostnadene for legekontorene, og at overgangen til Norsk Helsenett per i dag ikke har gitt forventede gevinster for legekontorene. Det pekes blant annet på at volumet av meldinger og tjenester over helsenettet må bli større for å muliggjøre gevinstrealisering, og at arbeid med doble rutiner må ned.

Videre vises det til at en del IT-løsninger fortsatt er krevende i bruk. Det fremgår av arbeidsgruppens beregninger at legenes kostnader forbundet med helsenettet er betydelige. Utgifter for alle legekontor i hele perioden (sju år) er samlet beregnet til 619 millioner kroner.

Rapporten gir ikke grunnlag for å utløse driftsmidler i normaltarifforhandlingene. Den fastslår derimot at myndighetene på bakgrunn av rapporten vil vurdere tilskuddsordninger.

Det har vært manglende respons fra staten i det videre arbeidet med å få etablert tilskuddsordninger.

2.11 Arbeidsgruppe – håndtering av blodsmittet helsepersonell

Våren 2008 ble det nedsatt en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet for å utarbeide retningslinjer for håndtering av helsepersonell med blodsmitte. Bakgrunnen for arbeidet var en konkret hendelse hvor en smittet kirurg hadde smittet pasienter i sin operative virksomhet.

Legeforeningen deltar med Jo Endre Midtbu, lege og HTV UNN, samt fagsjef Lars Duvaland fra sekretariatet. Gruppen er ventet å avlevere rapport i løpet av våren 2009.

2.12 Ny kollektivavtale

Etter langvarig forarbeid overfor NAV fremforhandlet Legeforeningen ny kollektivavtale i november/desember 2008. Legeforeningen var representert med Jan Emil Kristoffersen, Anne Kjersti Befring, Hanne Riise-Hanssen og Arvid Mikelsen. Helsedirektoratet overtok ansvaret for helserefusjonsordningen fra 1.1. 2009 og dermed også for legenes direkte oppgjørsordning, fra samme tidspunkt. Derfor foregikk forhandlingene med Helsedirektoratet, og det er direktoratet som er part i avtalen. Kollektivavtalen regulerer forhold knyttet til ordningen med direkte oppgjør med trygden, og til tross for foreslått ny lovregulering på området har partene vært enig om en fortsatt avtaleregulering. Avtalen fikk virkning fra 1.1. 2009.

For Legeforeningen var det viktig å oppnå forutberegnelighet og rettsikkerhet for legen. Gjennom avtalen er det nå skapt klarere vilkår og saksbehandlingsregler for krav, oppgjør og kontroll av refusjonskravene. Partene er enige om at refusjonskrav som hovedregel skal leveres over elektronisk linje, og den nye avtalen legger til rette for praktiserende leger til å ta i bruk elektroniske oppgjør. Partene skal sammen utarbeide overgangsordninger for å ivareta de situasjoner der dette ikke er hensiktsmessig.

Det er viktig at det ble oppnådd enighet om å etablere en løpende dialog både sentralt og lokalt for å kunne drøfte felles utviklingstiltak, informasjon og spørsmål knyttet til anvendelse av Normaltariffen, samt konkrete utfordringer i oppgjørs- og kontrollvirksomheten.

2.13 Ny avtale med Finansnæringens Hovedorganisasjon om utlevering av helseopplysninger til forsikringsselskaper

Forhandlinger om ny honoraravtale med Finansnæringens Hovedorganisasjon (FNH) ble avsluttet i 2008. Forhandlingene om ny avtale er et ledd i Legeforeningens arbeid med bedre ivaretagelsen av pasienters personvern og dermed å begrense tilgangen til pasientjournaler. Legeforeningen stilte krav om betydelig større grad av regulering av rutiner og vilkår for utlevering av helseinformasjon, herunder pasientjournalen.

Legeforeningen ble enig med Finansnæringens Hovedorganisasjon om ny avtale som regulerer tilgang til pasientjournaler og bruk av erklæringer. Det fremforhandlede resultatet ble forelagt begge organisasjoners styrever. Avtalen trådte i kraft 1.7. 2008. Den er lagt ut på nettsidene.

Det fremforhandlede avtaleutkastet gir i langt større grad enn i dag klare kriterier for utlevering av informasjon. Det er tydelig presisert at det skal være en høy terskel for innhenting av uredigert pasientjournal. Bearbeidet informasjon i form av legeerklæring blir den klare hovedregel.

I tillegg til nevnte endringer vil det skje en justering av de ulike honorarene.

2.14 Arbeid knyttet til retten til bierverv

Legeforeningen har arbeidet systematisk med spørsmål knyttet til begrensninger av frihet til å råde over egen fritid. Legeforeningen har deltatt i juridisk gruppe i Akademikerne som har arbeidet med bierverv og bruk av konkurranseklausuler. Dette arbeidet resulterte i arbeid overfor Arbeids- og inkluderingsdepartementet i forbindelse med endring av arbeidsmiljøloven.

Legeforeningen påtok seg en prinsipielt viktig sak for ett av Radiografforbundets medlemmer som gjaldt retten til bierverv. Radiografen hadde blitt nektet å arbeide ved et privat røntgeninstitutt på fritiden. Saken var prøvet hos Sivilombudsmannen som støttet radiografens rett til bierverv. Helseforetaket ville likevel ikke innvilge søknaden. Legeforeningen (ved advokat) tok ut stevning mot helseforetaket på vegne av radiografen. Etter forliksforhandlinger gjorde helseforetaket retrett og det ble inngått forliksavtale som ga radiografen fullt gjennomslag for sine standpunkter i saken. Saken danner viktig presedens for leger i liknende situasjoner.

2.15 Prosjekter

2.15.1 Prosjekt - Partssammensatt utvalg om arbeidstid

Det pågår fortsatt arbeid i det partssammensatte utvalg om arbeidstid som ble nedfelt i Riksmeglingsmannens møtebok fra januar 2007. Utvalget skal utrede arbeidstidsordninger som ivaretar pasientenes behov for kvalitet, økt fleksibilitet og service, samtidig som hensynet til et fullt forsvarlig driftsmiljø, tilfredsstillende arbeidsrettslig vern og forutsigbarhet skal være ivare tatt for den enkelte lege.

Utvalget var på besøk på Ahus i desember for å bli orientert om hvilke utfordringer ledelse og tillitsvalgte så for seg når det gjelder arbeidstid, og det ble blant annet drøftet hvordan disse kunne ivaretas gjennom eksisterende avtaleverk.

2.15.2 Prosjekt stillingsstruktur

Sentralstyret opprettet i sitt møte 31.10. 2007 en prosjektgruppe med formål å kartlegge hvordan stillingsstruktur er regulert i direktiver, lovgivning og sentrale avtaler, med sikte på å utarbeide ordninger som ivaretar leger i spesialisering, og hensynet til spesialisering av leger. Prosjektgruppen var sammensatt med representanter både fra den politiske ledelsen i Legeforeningen og sekretariatet.

Det ble også foretatt juridiske vurderinger i anledning prosjektet, som konkluderte med at det er et svært tvilsomt hjemmelsgrunnlag for midlertidig ansettelse for leger i spesialisering. Prosjektgruppen gjennomførte videre en questback-undersøkelse blant leger i spesialisering som dokumenterer at det både er et betydelig antall ulovlig opprettede stillinger ("grå stillinger"), samt at det skjer ledighold av stillinger i stort omfang. Prosjektgruppen utarbeidet en prosjektrapport, som har vært sendt på bred organisasjonsmessig høring. Høringssvarene ga bred støtte til hovedpunktene i rapporten.

Med bakgrunn i høringssvarene vedtok sentralstyret 11.11. 2008 en rekke viktige beslutninger, som blir førende for Legeforeningens standpunkter i det videre arbeid med stillingsstrukturen.

Konklusjonene er at stillingsstrukturen i sykehus ikke fungerer i dag, og at det bør gjøres endringer som bedre passer til dagens virkelighet og behov. En av de viktigste beslutningene var at Legeforeningen skal arbeide for at leger i spesialisering, som hovedregel, skal ha faste stillinger. Unntakene må begrunnes. Det bør vurderes noen midlertidige stillinger i sykehus for gruppe I tjeneste. Det bør opprettes midlertidige stillinger i sykehus for obligatorisk tjeneste i alle spesialiteter, herunder for spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Det må også ryddes opp i ulovlige vikariater ved sykehusene. Systemet for spesialisering av leger bør forsterkes gjennom et nasjonalt system med kravspesifikasjoner, tilsynsordninger og incitamenter for å drive god spesialisering og forskning. Det ble også besluttet at det kan vurderes samarbeidsformer mellom ulike avdelinger og sykehus som ivaretar den enkelte utdanningskandidats behov for samlet tjeneste for å utvikle spesialistkompetanse.

Prosjektet startet i slutten av 2008 med en implementeringsfase av beslutningene, for å se nærmere på hvordan man skal få gjennomslag for vedtaket. Dette blir et sentralt arbeid i 2009.

2.15.3 Prosjekt - Juridisk og annen bistand til privatpraktiserende leger

Sekretariatet opplever en stadig stigende etterspørsel etter juridiske tjenester fra privatpraktiserende leger. Etterspørselen er økende og medfører til tider vanskelige prioriteringer. De næringsdrivende legene har behov som dels kjennetegnes ved at de ikke bare har juridiske spørsmål knyttet til utøvelsen av selve legeyrket, men også spørsmål knyttet til det å være næringsdrivende og arbeidsgiver m.v. Videre har de ansatte legene et tillitsvalgtapparat som gir råd og bistand til legene. Noe slikt apparat har ikke de næringsdrivende legene, selv om det også for disse er tillitsvalgte som håndterer ulike spørsmål.

Sentralstyret nedsatte i sitt møte den 22.3. 2007 en prosjektgruppe som skulle gi vurdering av hvilke tjenester de privatpraktiserende legene kunne påregne å få fra Legeforeningen. Det skulle også gis en vurdering av hvorledes tjenestene skulle finansieres. Prosjektgruppen bestod av en representant fra hhv Allmennlegeforeningen, Praktiserende Spesialister Landsforening og Overlegeforeningen. I tillegg har gruppen fått sekretariatsstøtte.

Rapporten ble avlevert 29.10. 2008. Hovedbudskapet er at prioritering av de ulike rettsområder fortsatt skal foretas på den måten det gjøres i dag, og det er ikke aktuelt med tilleggsbetaling fra privatpraktiserende leger. En eventuell tilleggsbetaling kan først bli aktuelt hvis det dokumenteres at de privatpraktiserende legene forbruker uforholdsmessig mye ressurser eller at det etableres en arbeidsgiverorganisasjon. Det påpekes videre at det er all grunn til å tro at den totale etterspørsel etter juridiske tjenester vil øke. Dette vil bl.a. skje som følge av flere medlemmer samt trolig også at en større andel av medlemmene vil ha behov for bistand innenfor de aktuelle rettsområder, bl.a. på grunn av økt

rettsliggjøring av legers rammevilkår.

Sentralstyret tok rapporten til etterretning, og besluttet at prosjektet skulle følges opp videre i 2009 med flere delprosjekter. Dette gjaldt blant annet bruk av egenandeler for medlemsbistand generelt (ikke bare næringsdrivende leger) og kartlegging av ressursbruk på privatpraktiserende leger på overordnet nivå. Videre skal det ses nærmere på noen forhold knyttet til legene som arbeidsgivere.

2.15.4 Omstillingsprosjekt

Legeforeningen har i 2008 hatt mye arbeid knyttet til Hovedstadsprosessen. Sammenslåingen av Helse Sør og Helse Øst til Helse Sør-Øst RHF var foranlediget av et behov for bedre samordning av spesialisthelsetjenesten i hovedstadsområdet. Helse Sør-Øst RHF har i høyt tempo gjennomført en prosess hvor prinsipper for mer effektiv og faglig sett bedre organisering av sykehusene er nedfelt. Legeforeningen så konturene av større omstillingsprosesser og har arbeidet med å utvikle tiltak som kan styrke tillitsvalgtes deltakelse i omstillingsarbeidet i helsetjenesten. I 2008 ble det utarbeidet omstillingsveileder til bruk i omstillingsprosesser i sykehus. Veilederen er lagt ut på Legeforeningens nettside. Det er også gjennomført tillitsvalgotplæring i omstillingsarbeid.

I forbindelse med Hovedstadsprosessen er veilederen distribuert og benyttet. Det er gitt bistand til konserntillitsvalgte og andre tillitsvalgte i denne prosessen. Sammenslåing av de tre sykehusene i Oslo har foranlediget bistand i forhold til tillitsvalgtstruktur og revisjon av arbeidsavtaler med mer.

Legeforeningen representerer Akademikerne i en departementsgruppe (Helse- og omsorgsdepartementet) som skal bidra til dialog og informasjonsflyt mellom hovedsammenslutningene på arbeidstakersiden og Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med omstillinger på sykehus. Sekretariatet har bistått konserntillitsvalgte i Helse Sør-Øst RHF med utarbeidelse av en omstillingsavtale for alle ansatte i helseforetakene underlagt Helse Sør-Øst RHF. Det er forutsatt fra hovedsammenslutningene at tilsvarende omstillingsavtaler skal utarbeides i alle fire regionale helseforetak.

På initiativ fra Helse- og omsorgsdepartementet er det igangsatt et pilotsykehusprosjekt. Representanter fra hovedorganisasjonene, KS, brukerne, de regionale helseforetakene og departementet sitter i en nasjonal referansegruppe. Legeforeningen representerer Akademikerne i dette arbeidet. Det grunnleggende tankegodset i prosjektet er partsinitiert samarbeid – involvering av alle berørte grupper både i utvelgelsen, utarbeidelsen og gjennomføringen av forbedringsprosjekter i sykehus – gjerne også i samarbeid med kommuner. De regionale helseforetakene har sendt inn en rekke søknader om å bli pilotsykehusprosjekt. Utpekingen av aktuelle prosjekter vil skje i februar 2009.

Legeforeningen tok initiativ til et bredt sammensatt seminar om samarbeid i Spekterområdet med de regionale helseforetak, sykehusene, Spekter, tillitsvalgte på alle nivåer, og Legeforeningen og Akademikerne Helse. Seminaret ble avholdt på Gardermoen i januar 2008.

2.15.5 Utvalg som arbeidet med tekst til hovedavtalens §§ 26 og 52

I hovedavtaleforhandlingene desember 2007, ble det konstatert ulik forståelse av innhold og praktisering av hovedavtalens §§ 26 og 52 som dreier seg om rett til tjenestefri for ansatte, tillitsvalgte og organisasjonsvalgte.

Spekter og hovedorganisasjonene ble enige om å nedsette et utvalg som skulle arbeide frem et forslag for å løse uenigheten med sikte på justering av hovedavtalens §§ 26 og 52. Utvalget skulle legge frem sin innstilling innen 15.3. 2008, men arbeidet ble betydelig forsinket på grunn av Spekters behov for enkelte avklaringer. Utvalget hadde fire fellesmøter inklusive et avsluttende møte. I tillegg hadde alle hovedorganisasjonene hvert sitt bilaterale møte i Spekter. Det ble avholdt et avsluttende møte 3.12. 2008 og arbeidet ble avsluttet med et kort referat fra arbeidet, men uten noen innstilling eller andre skriftlige bidrag fra gruppen. Utvalget konkluderte med at det ikke var mulig å forene partenes interesse.

Mellom utvalgsmøtene samarbeidet hovedorganisasjonene for å oppnå felles plattform. Arbeidet var konstruktivt og resulterte i at organisasjonene fremmet felles forslag til definisjon av "organisasjonsfaglige kurs" og hva som skal kunne sies å være "tvingende grunn" i relasjon til §§ 26/52. Organisasjonene signaliserte også vilje til å se på prosedyrer ved søknad om tjenestefri, f. eks. varslingsfrist/fristregler. Lenger enn å signalisere dette gikk aldri organisasjonene, da arbeidet i utvalget ikke kom så langt at det ble naturlig. Øvrige temaer ble også diskutert i utvalget.

Utvalget lyktes altså ikke i å komme frem til et omforent forslag. Det betyr at det fortsatt er risiko for lokale tvister i dette spørsmålet og at temaet igjen kommer opp i neste forhandlingsrunde. Akademikerne hadde sett det som hensiktsmessig for begge parter om det ble arbeidet frem en omforent løsning som motvirker tidsbruk på lokale tvister. Dette forutsetter en tett og god prosess mellom partene.

Akademikerne Helse har hatt to medlemmer i utvalget, begge fra Legeforeningen: Arne Refsum og Liv Marit Fagerli.

2.15.6 Utvikling av Akademikersamarbeidet

Legeforeningen har arbeidet med utviklingstiltak i forhold til Akademikerne gjennom deltakelse i arbeid med Scenarier for hovedsammenslutningen og gjennom å styrke innsatsen i Akademikerutvalg. Det er også gitt bidrag til forberedelsene av rådsmøte i Akademikerne med vekt på koordineringsfunksjonen i Akademikerne; herunder grep med sikte på bedre koordinering mellom Legeforeningens sentralstyre og bidrag i utvalget, bedre flyt av informasjon og bruk av kompetanse inn utvalgene.

2.16 Juridisk bistand til medlemmene

2.16.1 Bistand fra sekretariatets jurister/advokater

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.

Mange tvister løses av sekretariatets jurister innen legen kontakter ekstern advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. I tillegg har Legeforeningen, som avtalepart i sentrale avtaler, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har.

Sekretariatet har 14 jurister, hvorav 10 er advokater/advokatfullmektiger, som 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. De samme juristene håndterer de mange årlige forhandlingsforløp, påvirkningsarbeid i forbindelse med ny lovgivning, utvikling av standardavtaler og veiledningsmateriale, kurs og opplæringsvirksomhet og arbeidet med tillitsvalgtapparatet, organisasjon og bistand overfor - og sekretariatsfunksjoner i - yrkesforeninger. Det arrangeres også en rekke kurs årlig, i hovedsak for tillitsvalgte. Juristene holder også foredrag om juridiske tema som er relevante for leger, særlig vedrørende de avtaler Legeforeningen er part i, samt helserett og arbeidsrett.

Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende. Sekretariatet har også i 2008 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på EU- og EØS-rettslige spørsmål, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett. Det er også gitt bistand i forhold til utvikling av Helsinkideklarasjonen.

Av helserettslige problemstillinger har det i 2008 særlig vært spørsmål om taushetsplikt, samt mange tilsynssaker. Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært viktige saksområder.

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. Et saksområde som ble særskilt aktuelt i 2008 var de såkalte "kataloghai-sakene", hvor leger ble lurt av useriøse aktører til å avtale kostbar annonsering på internett. Et annet saksområde som har vært særlig aktuelt, er pensjon til ansatt hjelpepersonell i privat legepraksis, hvor legene opplever å få krav om betydelige tilleggsbetalinger til de ansattes pensjonsordninger.

Det saksbehandles årlig omkring 2 000 saker av juridisk karakter. 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.

2.16.2 Rettshjelpsordningen.

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra sju yrkesforeninger samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2008 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 (avløst av Richard André

Våge i perioden), Martin Lindblad og Anne Helen Hansen. Advokat Frode Solberg er sekretær for utvalget, sekretariatet besto ellers av advokatfullmektig Jon Ole Whist og konsulent Britt C. Thoresen..

Utvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av sentralstyret. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret må imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fatter 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 2008 hadde utvalget 56 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 29 saker, oversendte sentralstyret fem saker med innstilling om vedtak, utsatte behandling i to saker og fattet vedtak om avslag i 20 saker. Hastebestemmelsen ble benyttet for å innvilge støtte i tre av de 29 sakene som endte med støtte. Sentralstyret behandlet de sakene som ble oversendt fra utvalget og innvilget støtte i en og avslø støtte i fire saker.

Hovedtyngden av saker som gis støtte, gjelder arbeidsrett og tilsynssaker, samt forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet. 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.

2.16.3 Bistand til leger i ledende stillinger

En rekke ledere mottar bistand fra Legeforeningen 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.

2.16.4 Bistand til yrkesforeninger

Legeforeningens yrkesforeninger, samt Norsk medisinstudentforening inngår avtaler om kjøp av tjenester fra sekretariatet. Disse avtalene går ut over de oppgaver som til vanlig omfatter sentralstyrets/ sekretariatets samarbeid med underliggende foreningsorganer; herunder bistand som ytes i forbindelse med forhandlingsarbeid, politisk kontaktarbeid m.v.

2.17 EU/EØS-rettslige forhold – veiledet tjeneste

Legeforeningen har også i 2008 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).

Departementet besluttet i 2007 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 veilede 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 veilede 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 møte med departementet klart uttrykt sin bekymring over at det nå er etablert to parallelle løp frem til autorisasjon som lege i Norge, og over ordningens manglende innhold bl.a. ifht klinisk tjeneste, fagområder, krav til akutt tjeneste, læringsmål etc. I tillegg ble det stilt reist spørsmål i forhold til veiledet tjeneste når det gjelder grunnlag for spesialisering, og at det vil kunne gi et svært ulikt grunnlag for spesialisering (med henvisning til generelle spesialistregler).

Flertallet av medisinske kandidater som har tatt sin utdanning i EU/EØS-land, og som deretter kommer til Norge, velger turnustjeneste fremfor veiledet tjeneste. Per i dag er Legeforeningen gjort kjent med –

etter opplysninger fra Statens Autorisasjonskontor for Helsepersonell (SAFH) - at det er et mindre antall personer (under 15) som er i ferd med å gjennomføre veiledet praktisk tjeneste.

2.18 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.

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet ble i 2008 hevet fra kr 600 000 til kr 800 000. Lånerenten for lån til leger følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. Gjennom året økte rentesatsen fra 5,25 % i januar til 6,25 % i desember.

I 2008 ble det behandlet 247 lånesøknader, hvorav 244 ble innvilget. Det ble lånt ut ialt 118,3 millioner kroner mot 103 millioner kroner til 224 leger i 2007. Per 31.12. 2008 var det i alt 1 995 låntakere i Lånefondet mot 1922 per 31.12. 2007. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2008 461,4 millioner kroner, mot 429,3 millioner kroner 31.12. 2007. Lån til Soria Moria utgjør 7,9 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde 664,7 millioner kroner 31.12.2008 mot 649,9 millioner kroner 31.12. 2007.

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.

3.1.1 Prinsipp og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil arbeide for

- en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger
- å utarbeide en bred strategi for turnustjenesten, inklusive en løsning av problemene med hensyn på kapasitet og forvaltning
- å øke antallet fordypningsstillinger i sykehus og sikre at de nyttes til sitt formål
- å utvikle og synliggjøre systematisk etterutdanning
- fortsatt pedagogisk utviklingsarbeid og metodeutvikling i legers videre- og etterutdanning
- et sikkert økonomisk grunnlag for legers videre- og etterutdanning
- å vektlegge personlig veiledning i all utdanning
- medisinsk forskning som integrert del av medisinsk virksomhet
- å understøtte de fagmedisinske foreningenes utvikling av fag og kvalitetsarbeid
- å bedre samhandling i helsetjenesten og mellom leger og andre yrkesgrupper

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

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.

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).

3.1.3 Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning

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 for øvrig Tidsskriftet nr. 2/2007, side 217.

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

Se pkt. 3.2.13 om LUPIN.

3.1.5 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 2008 ble det avsatt åtte millioner kroner til forskningsfondet i allmennmedisin. Formålet er å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene.

Gjennom økt satsing ønsker man å bringe forskning frem. Dette har skjedd med en tiltaksplan behandlet på landsstyremøtet i 2007 basert på forskningsrapportene *Vind i seilene* og *Mot en ny vår* fra 2007. Effektivering av tiltaksplanen har startet ved opprettelsen av prosjektgruppe og arbeidsgrupper. Legeforeningen har videre utarbeidet et policy-dokument vedrørende forskning.

Legeforeningen har gjennom Akademikerne deltatt i flere møter med forskningsminister og fremmet forslag om markert styrkning av ressursene til forskning. Det har vært viktig å få flere leger ut i forskning

gjennom bedre tilrettelagte rammevilkår.

Se pkt. 3.3.1 om Prosjekt forskning og pkt. 3.5.6 om Allmennmedisinsk forskningsfond

3.1.6 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 videreføres og er nå mer tilgjengelig gjennom etableringen av Legeforeningens "Min side"-løsning 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.

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

Gjennom rapporten *Vind i seilene* om forskerens kår er det nedfelt tiltakspunkter for å kunne etablere stillinger som kombinerer klinisk arbeid med forskning og undervisning, såkalte dobbeltløp. Dette er videre fulgt opp gjennom "prosjekt forskning". Behovet for dobbeltløp er spilt inn på møter med universitetene, kunnskapsdepartementet og helsedepartementet. Prosjekt forskning har arbeidet med å lage en avtale som sikrer kandidat og veileder i et slikt løp. Legeforeningen har i 2008 hatt møter med Nasjonal Samarbeidsgruppe og HSØ og startet et samarbeid med disse instanser for å få til en plan for dobbeltløp.

3.1.8 Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin

Gjennom prosjekt forskning jobbes det med rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin. Nødvendigheten av å øke rekrutteringen til medisinsk forskning er i 2008 spilt inn til kunnskapsministeren og til forskningsmeldingen som kommer i 2009. Rekruttering er også spilt inn i andre fora som HOD, KUF, universitetene og RHF-ene. Dels er dette gjort i samarbeid med Akademikerne.

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

Det ble i desember 2008 via sentralstyrets behandling av budsjett 2009 for Fond I innvilget kr 300 000 fra Fond I som skal gå til sommer-forskerstipend til medisinske studenter. Nmf vil i samarbeid med Prosjekt forskning og Forskningsutvalget effektivt implementeringen av stipendene. Dette vil også skje i nært samarbeid med universitetene.

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

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 fire evalueringene av turnustjenesten Legeforeningen ved turnusrådet har gjennomført, viser alle at tjenesten, slik den er i dag, 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 varierende muligheter for god veiledning og supervisjon som bekymrer foreningen. Det er viktig at man sikrer veilederutdanning til veilederne og sørger for at det avsettes tilstrekkelig tid til veiledning innenfor arbeidsdagens rammer.

Legeforeningen har i 2008 også engasjert seg i kapasitetsproblematikken. Det er fortsatt relativt stor ubalanse mellom antall plasser og antall turnusleger, og noen blir derfor stående på venteliste et halvt år før de kommer ut i tjeneste. Legeforeningen har også i 2008 arbeidet med problemstillinger knyttet til myndighetenes innføring av et ekstra løp (veiledet tjeneste) for å oppnå autorisasjon som lege i Norge. Det er høsten 2007 åpnet for en modell hvor kandidatene selv søker tjenesteturnussted og gjennomfører en 18

måneder lang tjeneste. Det stilles ikke krav til hva veiledningen skal inneholde, ikke læringsmål, og ikke krav til innhold i sykehustjenesten på 6 - 12 måneder. Se også pkt. 2.17 og 3.2.17.

Legeforeningen har i møter i 2008 med Helse- og omsorgsdepartementet uttrykt sin bekymring over at det er etablert to parallelle løp frem til godkjenning som lege i Norge, og over ordningens manglende innhold, blant annet i forhold til fagområder, krav til akutt tjeneste, klinisk tjeneste og læringsmål. 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 tre påfølgende evalueringene har vært "identifiserbare". Legeforeningen har dermed sittet på verdifull informasjon om det enkelte turnusstedet som det har vært viktig å gi tilbakemelding til turnusstedene på.

De regionale helseforetakenes funksjonsfordeling, spesielt innenfor kirurgifaget, har medført vansker med gjennomføring av kirurgi og ortopedi som grunnleggende fag i turnustjenesten. Legeforeningen har tatt opp akuttkirurgisk funksjon og krav til innholdet i kirurgisk del av turnustjenesten ved ulike sykehus. Legeforeningen gjentok ved flere anledninger at sykehus som Helgelandssykehuset Mosjøen HF ikke tilfredsstilte kravene til turnustjenestens innhold. For å øke turnuslegenes volum 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 akuttfunksjon.

Helsedirektoratet (Hdir) kom våren 2008 med sin gjennomgang av turnustjenesten for leger. Det forelå forslag om ett treårig pliktløp for leger etter cand.med. Legeforeningen gikk sterkt imot innføring av treårig plikttjeneste etter grunnutdanningen for leger. Det er uakseptabelt at det i Norge skal være ett til to års lengre tjeneste for å oppnå autorisasjon som lege enn det er i de øvrige EU/EØS-land. Legeforeningen mener at rapporten fra Helsedirektoratet på et mangelfullt grunnlag foreslår å legge ned en turnustjeneste som stiller krav til innhold og ferdighetsmål. Bo- og tjenestested i en treårsperiode skal i følge rapporten tildeles ved loddtrekning. Dette kan ikke Legeforeningen akseptere. Det var sterk motstand mot at Helsedirektoratet foreslo å fjerne alle sosiale bestemmelser knyttet til dagens ordning. Til sammen vil disse forholdene skape vanskelige sosiale situasjoner for nyutdannede leger, med risiko for splitting av familier i flere år. Legeforeningen mener rekrutteringsutfordringene må møtes med positive virkemidler, ikke beordring. I rapporten foreslås det også at plikttjenesten skal være en del av spesialiseringen. Legeforeningen mener at dette innebærer en gjeninnføring av obligatorisk sideutdanning i spesialiseringen, og kan ikke se at dette er faglig begrunnet.

3.2.2 Endringer i kursretningslinjene

Landsstyret 2007 hadde anmodet sentralstyret å arbeide videre med relasjonene til medisinsk utstyrsindustri, slik at det kan etableres arenaer for utstilling av medisinsk teknisk utstyr. Saken hadde sitt utgangspunkt i de landsstyrevedtak som tidligere har vært fattet når det gjelder tellende, godkjente kurs og forholdet til industrien. Sekretariatet, i samråd med sentralstyret, har arbeidet videre med saken etter landsstyremøtet 2007. Forskjellige alternative ordninger for at leger kan gjøre seg kjent med medisinsk teknisk utstyr hadde vært ute på ny høring og ble fremmet for landsstyret 2008.

Landsstyret 2008 ble forelagt sentralstyrets forslag til reviderte retningslinjer når det gjelder å etablere arenaer for utstilling av medisinsk teknisk utstyr, og etter grundige drøftinger ble sentralstyrets reviderte innstilling vedtatt mot tre stemmer:

Den enkelte fagmedisinske forening gis tillatelse til at det arrangeres utstillinger av medisinsk teknisk utstyr i tilknytning til ett av sine årlige møter som også gir tellende kurstimer (årsmøte, generalforsamling, vår-/høstmøte m.v.). Andre organisasjonsledd kan søke sentralstyret særskilt om tillatelse etter samme kriterier.

Forutsetning er at kursarrangement og utstilling er separate arrangementer uten økonomisk forbindelse mellom kursarrangør og utstilling, det vil si at utstillers- arrangementet ikke gir noen inntekt til kursarrangøren. Utstillingene plasseres slik at kursdeltagere ikke nødvendigvis må forholde seg til utstillingene.

Det forutsettes at alle slike arrangementer blir innrapportert til sekretariatet slik at ordningen kan evalueres. Ordningen evalueres til landsstyret 2010.

3.2.3 Endringer i spesialistreglene

Utredning om spesialistutdanning av leger 2007 hadde vært ute på høring i Legeforeningens organer våren 2008 og ble presentert for landsstyret 2008 sammen med de innkomne uttalelser.

Landsstyret 2008 drøftet utredningen og de innkomne uttalelser og besluttet at sekretariatet skulle følge opp saken videre.

Se pkt. 3.2.17 om utredningen.

Sentralstyret hadde anbefalt overfor landsstyret 2007 å utsette behandlingen av forslag til nye spesialistregler i ortopedisk kirurgi i påvente av utredningsarbeide om spesialistutdanningen. Landsstyret fattet i møte vedtak om å utsette saken i påvente av det pågående utredningsarbeidet.

Som et resultat av de signaler som var fremkommet i dette utredningsarbeidet, hadde sentralstyret fremmet overfor landsstyret 2008 forslag om å endre spesialistreglene i ortopedisk kirurgi ved å redusere den totale utdanningstiden fra 6 ½ år til 6 år, og ikke lenger kreve to års obligatorisk generell kirurgisk tjeneste. I de foreslåtte nye spesialistregler i ortopedisk kirurgi vil inntil ett år av utdanningen i ortopedisk kirurgi kunne erstattes av ett år generell kirurgi for reglenes punkt 1.b.

Landsstyret 2008 fattet et enstemmig vedtak om å endre spesialistreglene i ortopedisk kirurgi i tråd med sentralstyrets anbefaling.

Saken ble oversendt Helsedirektoratet ved brev av 3.6. 2008 til sluttbehandling, men er foreløpig ikke ferdigbehandlet i Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet.

Sentralstyret hadde anbefalt overfor landsstyret 2008 å endre spesialistreglene i medisinsk biokjemi – punkt to. Da det kun var indremedisin og pediatri som kunne godkjennes under dette punkt, var det ønske om å åpne for at tjeneste i langt flere kliniske spesialiteter kan gjøres tellende, og punkt to fikk slik ordlyd: ”Ett års tjeneste i relevante kliniske spesialiteter.” Det var utarbeidet en merknad til punkt to som definerte hvilke fagområder som var relevante kliniske spesialiteter som var vurdert å kunne gi en tilfredsstillende klinisk erfaringsbakgrunn for spesialiteten medisinsk biokjemi. Spesialitetsrådet vurderte forslaget og anbefalte å utvide merknaden til også å omfatte generell kirurgi med *grenspesialitetene* og indremedisin med *grenspesialitetene*. Merknaden til punkt to var anbefalt å få slik ordlyd:

Med tjeneste i relevante kliniske spesialiteter menes tjeneste i anesthesiologi, barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi og grenspesialitetene, indremedisin og grenspesialitetene, nevrologi, onkologi, revmatologi og allmennmedisin. Tjeneste i allmennmedisin (pkt. 1.c og pkt. 2) kan til sammen utgjøre inntil 1 år.

Landsstyret 2008 fattet et enstemmig vedtak om å endre spesialistreglene i medisinsk biokjemi i tråd med sentralstyrets anbefaling.

Saken er ferdigbehandlet av Helse- og omsorgsdepartementet og de endrede spesialistregler i medisinsk biokjemi er gitt ikrafttreden umiddelbart.

3.2.4 Spesialister godkjent i 2008

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmennmedisin	170	63	107	49	0
Anesthesiologi	71	18	53	25	8
Arbeidsmedisin	6	3	3	0	0
Barnekirurgi	0	0	0	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	31	22	9	5	0
Barnesykdommer	32	16	16	5	5
Blodsykdommer	3	2	1	0	0
Bryst- og endokrinkirurgi (NY)	9	3	6	0	0
Endokrinologi	4	1	3	3	0
Fordøyelsesykdommer	18	1	17	5	1
Fysikalsk medisin og rehabilitering	11	5	6	0	2
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	33	23	10	16	3
Gastroenterologisk kirurgi	11	2	9	2	3
Generell kirurgi	61	13	48	28	12

Geriatri	5	4	1	1	0
Hjertesykdommer	27	6	21	10	4
Hud- og veneriske sykdommer	7	5	2	2	0
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	1	1	0	0
Indremedisin	94	25	69	25	13
Infeksjonssykdommer	7	3	4	1	0
Karkirurgi	7	2	5	3	1
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	6	0	6	0	3
Klinisk farmakologi	1	1	0	0	0
Klinisk nevrofysiologi	3	0	3	1	0
Lungesykdommer	12	1	11	4	1
Medisinsk biokjemi	3	3	0	0	2
Medisinsk genetikk	0	0	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	2	2	0	0	1
Nevrokirurgi	6	1	5	2	1
Nevrologi	16	6	10	3	2
Nukleærmedisin	2	0	2	0	2
Nyresykdommer	6	1	5	3	0
Onkologi	8	6	2	1	0
Ortopedisk kirurgi	42	4	38	32	1
Patologi	14	5	9	7	1
Plastikkirurgi	11	1	10	5	0
Psykatri	93	57	36	36	4
Radiologi	88	26	62	43	11
Revmatologi	7	3	4	1	1
Samfunnsmedisin	3	0	3	0	0
Thoraxkirurgi	5	1	4	2	0
Urologi	20	4	16	5	0
Øre-nese-halssykdommer	19	5	14	9	3
Øyesykdommer	22	8	14	7	2
TOTALT	998	353	645	341	87

* Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene

Det var i 2008 totalt 998 førstegangs spesialistgodkjenninger, noe som er det nest høyeste antallet noensinne. Det er en økning i antallet godkjenninger etter norske regler fra 553 i 2007 til 570 i 2008. Totalt sett var det ni færre førstegangs spesialistgodkjenninger enn i 2007, da vi hadde det høyeste antallet noensinne. Dette skyldes en nedgang i overføringer av spesialitet fra Sverige, Tyskland, Island og Ungarn, mens det er en økning i overføringer fra en del andre EU/EØS-land. Danmark har en mindre økning, mens det er veldig få overføringer fra Finland. Samtidig gjelder 53 overføringer fra EU/EØS-land norske statsborgere (inkl 15 leger med ukjent statsborgerskap), herav 18 fra Island, 25 fra Sverige, ni fra Danmark og én fra Tyskland. Av totalt 24 overføringer fra Island i 2008 er det bare én som er islandsk statsborger.

De 570 godkjenningene etter utdanning i Norge er det sjette høyeste antallet noensinne, høyere enn i 2007, men lavere enn i 2005 og i 2006 (og lavere enn i 1985, 1990 og 1991).

Allmennmedisin fikk desidert flest nye godkjente spesialister også i 2008, totalt 170, hvorav 121 utdannet i Norge. Antallet resertifiseringer i allmennmedisin var i 2008 433, mot 375 i 2007.

Av sykehusspesialitetene har indremedisin flest godkjenninger i 2008 med 94, foran psykiatri med 93. De senere årene har det vanligvis vært flere godkjenninger i psykiatri enn i indremedisin. Indremedisin og psykiatri er nå de to største sykehusspesialitetene, mens generell kirurgi har avtatt. Av godkjenningene i indremedisin var det 56 etter norske regler og 38 overføringer fra EU/EØS. Psykiatri hadde flest godkjenninger i 2007 med 100, hvorav 57 utdannet i Norge og 43 overføringer fra EU/EØS. I 2008 er antallet godkjenninger i psykiatri gått ned både etter utdanning i Norge og for overføringer fra EU/EØS, til hhv 53 og 40.

Radiologi kommer på fjerdeplass med 88 totalt som er det desidert høyeste noensinne. Det nest

høyeste antallet var 67 godkjenninger totalt i 2006. Men av de 88 godkjenningene i 2008 var bare 34 etter norske regler, mot 40 i 2007 og 25 i 2006. Anestesiologi har totalt 71 nye spesialister, hvorav 38 etter norske regler, noe som er en betydelig økning fra 20 i 2007.

I generell kirurgi er det en økning av det totale antallet spesialistgodkjenninger, både fra 2006 til 2007 og fra 2007 til 2008, men det er en nedgang i antallet godkjenninger etter utdanning i Norge fra 29 i 2007 til 21 i 2008. Dette er dog høyere enn de 14 godkjenningene etter utdanning i Norge i 2006, da antallet godkjenninger var særlig lavt. Det er totalt gitt 61 spesialistgodkjenninger i generell kirurgi i 2008, hvorav hele 40 overføringer fra EU/EØS og bare 21 utdannet i Norge.

Blant de større spesialitetene har både indremedisin, generell kirurgi, anestesiologi og radiologi en økning i det totale antallet spesialistgodkjenninger fra 2007 til 2008, mens det er en nedgang i allmennmedisin, psykiatri og fødselshjelp og kvinnesykdommer. Dersom vi avgrenser til godkjenninger etter utdanning i Norge har både indremedisin, anestesiologi og radiologi en økning i antallet spesialistgodkjenninger fra 2007 til 2008, mens det er en nedgang i generell kirurgi, psykiatri, fødselshjelp og kvinnesykdommer, ortopedisk kirurgi, hjertesykdommer og øyesykdommer.

I den nye spesialiteten bryst- og endokrinkirurgi er det gitt ni spesialistgodkjenninger i 2008.

Gjennomsnittlig utdanningstid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning for godkjenning var i 2008 8,3 år: 8,7 år for kvinner og 8,1 år for menn.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler har i mange år vært relativt konstant på ca. 41 år, og i 2008 er den 41,5 år: 41,3 år for kvinner og 41,6 år for menn.

Etter en nedgang i kvinneandelen for godkjenning etter norske regler fra 45,4 % i 2005 til 39,9 % i 2007, har kvinneandelen nå økt igjen, til 43,0 % i 2008. Totalt sett har kvinneandelen økt til 34,5 %, fra 33,6 % i 2007, etter tre år på rad med nedgang i kvinneandel blant nye spesialistgodkjenninger.

Statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens nettsider:

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=1437>

Oppdatert fortegnelse over godkjente spesialister finnes på Legeforeningens nettsider:

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=57306>

3.2.5 Rapportering fra utdanningsinstitusjoner

Spesialistreglene avkrever godkjente utdanningsinstitusjoner (sykehusavdelinger) hvert år rapport om utdanningsvirksomheten. Rapporteringen skjer i etterkant av utdanningsåret og omfatter beskrivelse av avdelingenes 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 har imidlertid fortsatt vært vanskelig for noen av utdanningsinstitusjonene å benytte seg fullt ut av elektronisk rapportering pga. ulike sikkerhetstiltak på sykehusene. Rapporteringsskjemat er uendret fra 2006.

844 utdanningsinstitusjoner fra 42 spesialiteter (allmennmedisin og samfunnsmedisin var unntatt) har innlevert rapport for 2007. Rapporteringen for 2008 vil bli avkrevd i første kvartal 2009. Spesialiteten bryst- og endokrinkirurgi har fått nytt navn siden forrige år, og antall utdanningsinstitusjoner i denne spesialiteten er økt fra to til seks. Det ble i 2008 for første gang godkjent en utdanningsinstitusjon i samfunnsmedisin: Avdeling for kommunale tjenester i Helsedirektoratet. Tre institusjoner hadde ikke svart og 25 har vært inaktive. 268 av 844 utdanningsinstitusjoner er gruppe I (32 % gruppe I, 49 % gruppe II). Det er litt færre enn i 2006 som har vært inaktive eller som ikke har svart.

Resultatene fra rapporteringen synes stabile i forhold til de siste årene. Utdanningsutvalgene gjennomfører tre møter i året (median). Det er en liten økning i det gjennomsnittlige antallet møter i utdanningsutvalget, til 3,24 møter per år. 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 som er over kravet på 90 minutter per uke, men det er også mer enn 40 institusjoner som ligger under dette kravet.

Fra 2006 til 2007 er det en nedgang i antallet senger, i antall innlagte pasienter og i antall rekvirerte analyser i året, mens det er en økning i antallet polikliniske konsultasjoner.

Det har vært en økning i antall hjemler med NR-id.nr. for overleger, LIS-stillinger og

fordypningsstillinger. Det er rapportert flere besatte overlegestillinger enn hjemler, mens det er rapportert færre besatte LIS-stillinger enn hjemler. Antallet ubesatte fordypningsstillinger er redusert, og det er en reduksjon i antall spesialister i underordnet stilling. Det er en økning på 61 besatte fordypningsstillinger, til 382 besatte hjemler av totalt 419. Det er en nedgang i antallet leger i underordnet stilling som er spesialist i spesialiteten.

Utdanningsaktivitet

Aktiviteten holder seg stabil sammenliknet med tall fra 2006. Internundervisningen er i hovedsak forelesningsbasert som tidligere (57 %). Ca. 14 % av institusjonene angir at de ikke oppfyller kravet om minimum 90 minutter avsatt tid til undervisning per uke. Gjennomsnittet for alle institusjonene er stabilt på ca. 120 min total undervisningstid. Nettundervisning blir tatt i bruk av stadig flere spesialiteter (17 i 2007 mot 14 i 2006) og brukes nå av ca. 20 % av institusjonene. 79 % av avdelingene innfrir kravene om minimum 36 uker undervisning per år.

Over halvparten av avdelingene oppfyller anbefalingene om minimum fire timer avsatt tid til faglig fordypning på tjenesteplan, og over 48 % svarer at 100 % av avsatt tid brukes til fordypning. Gjennomsnittlig fordypningstid for alle institusjoner er 3,5 time (median fire), og i gjennomsnitt brukes ca. 80 % av avsatt tid til fordypning. 3,4 % av institusjonene angir at de ikke har fordypningstid avsatt på tjenesteplan, eller at avsatt tid ikke brukes til faglig fordypning.

Ca. 85 % av LIS får veileder i løpet av første måned. Men ved under halvparten av institusjonene gjennomføres veiledersamtaler månedlig eller oftere, og ca. 24 % har veiledningssamtaler sjeldnere enn hver annen måned.

Ved 95 % av institusjonene har alle LIS individuell utdanningsplan. Imidlertid får ca. 12 % av utdanningskandidatene ingen regelmessig evaluering av progresjon i forhold til individuell utdanningsplan, og ca. 8 % ingen regelmessig evaluering av sin medisinsk-faglige progresjon.

Spesialist er i gjennomsnitt fysisk til stede 47 % av tiden, og tilgjengelig ved behov i ca. 92 % av tiden. 7 % har previsit med spesialist sjeldnere enn 1-2 dager per uke, og 33 % går visitt med spesialist sjeldnere enn 1-2 dager per uke. Ca. 17 % av utdanningsinstitusjonene angir at LIS ikke har supervisjon ved poliklinisk virksomhet.

Forskning

Det er ingen vesentlige endringer fra 2006 til 2007. 58 % av utdanningsinstitusjonene har én eller flere leger med doktorgrad. 32 % av institusjonene angir at de ikke har pågående fagutviklings-, kvalitetssikrings- eller forskningsprosjekter med LIS-deltagelse. Ved institusjoner der LIS involveres i slike aktiviteter, deltar i gjennomsnitt 53 % av kandidatene. 80 % av institusjonene angir at de *tilbyr* forskningsveiledning, men av disse svarer ca. 37 % at ingen LIS *mottar* slik veiledning.

Forbedringspotensial

Ca. 90 % av utdanningsinstitusjonene mener at de har områder av undervisningstilbudet som bør forbedres, og denne andelen er omtrent uendret fra 2006 til 2007. Derimot er det en økning på 15 - 16 prosentpoeng på hvert av punktene internundervisning, veiledning, supervisjon og fordypningstid som angir at dette kan forbedres.

Forskning ligger fortsatt høyest mht andel som mener at undervisningstilbudet kan forbedres, og har en økning fra 61 % i 2006 til 68 % i 2007.

3.2.6 Besøk på utdanningsinstitusjoner

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9: *Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke utdanningsinstitusjonene.*

132 utdanningsinstitusjoner fordelt på 34 spesialiteter ble besøkt i 2008. 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 2008 har vært vurdert ikke å oppfylle kravene. Det er løpende dialog med disse for å styrke utdanningen slik at status som utdanningsinstitusjon kan opprettholdes.

3.2.7 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 2008 godkjent fem veiledere i kognitiv terapi, to veiledere i psykodynamisk psykoterapi og to veiledere i gruppepsykoterapi. Mht veiledere i psykodynamisk psykoterapi og veiledere i gruppepsykoterapi er dette særdeles lave tall sammenliknet med tidligere år.

3.2.8 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Fire personer ble godkjent som veileder i psykoterapi i barne- og ungdomspsykiatri i 2008, mens det var ingen i 2007.

3.2.9 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 løpet av 2008 vært avholdt 12 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 155 deltakere.

3.2.10 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I 2008 er det i gang ca. 60 veiledningsgrupper i allmennmedisin, fire veiledningsgrupper i arbeidsmedisin og fem veiledningsgrupper i samfunnsmedisin.

3.2.11 Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin

Veiledningshåndbok i allmennmedisin del II (Allmennmedisinsk gruppereise) er i løpet av året ferdig revidert og ferdigstilt i papirversjon og nettverson. Det er etablert et samarbeid med nettredaksjonen for fortløpende justering av begge versjoner for fremtiden.

3.2.12 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Virksomheten i etterutdanningsgrupper fortsetter, det er i 2008 registrert 860 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.

3.2.13 Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)

Sentralstyret har vedtatt en ny strategisk plan for Legeforeningens arbeid med kurs på Internett. Som et ledd i denne planen er innføring av ny teknisk kursplattform for nettkursene. Dagens plattform er over ti år gammel, og det har kommet nye tekniske løsninger som gir større fleksibilitet i utviklingen av kursene. Den nye plattformen vil i løpet av de neste to år gradvis erstatte den eksisterende.

Det vil satses på en videreutvikling av læringstilbud på Internett med en bred tilnærming til nettbasert læring. Valgfrie kurs for allmennmedisin vil bli et satsningsområde. Allmennlegene må resertifiseres hvert femte år og et tilbud om å ta noen av kursene på nettet kan spare mange fra å være borte fra praksisen.

To nye kurs er lansert: Rasjonell antibiotikabruk ved luftveisinfeksjoner i allmennpraksis og Trygdemedisin. I tillegg har vi jobbet med kurs i etikk og i sirkulasjonsfysiologi.

To større obligatoriske kurs, Medisinsk og kirurgisk gastroenterologi for kirurger og for indremedisin og Grunnkurs i klinisk kardiologi har blitt faglig oppdatert. Begge har blitt avholdt også i år.

Det er utviklet verktøy for å avlegge kursprøve på Internett. Dette har allerede blitt tatt i bruk for grunnkurset i kirurgisk- og medisinsk gastroenterologi.

3.2.14 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling (NR)

Fra Legeforeningen er følgende medlemmer i Nasjonalt råd: Helge Haarstad (vara Kristin Aase), Hege Gjessing (vara Fredrik Nomme), Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen) og Einar Skoglund (vara Bjarne Riis Strøm). Spesialitetsrådets leder Frank R. Andersen har møtt som observatør.

Legeforeningen hadde tilskrevet Helsedirektoratet og påpekt at det var feil i NRs database idet man hadde gjennomgått hele NR-databasen og sammenholdt den med godkjente utdanningsinstitusjoner. Resultatet avspeilet at innenfor 23 spesialiteter var det til sammen 64 LIS-stillinger som befant seg på 49 ulike institusjoner som ikke var godkjente for spesialisering.

NRs flertall har for 2009 anbefalt en kvote på kun 40 nye stillinger i sykehusene, 10 til hvert RHF.

3.2.15 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.

3.2.16 Registrering av etterutdanning

I tråd med policydokumenter, både internasjonalt og i Norge, er det arbeidet videre med legers etterutdanning. LEIF (Legers Etterutdanning I Fremtiden) startet som et tilbud til legene for å tilrettelegge og dokumentere sin etterutdanning.

1.1. 2007 ble LEIF lansert for alle spesialiteter utenom allmennmedisin. Det er 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 for øvrig Tidsskriftet nr. 2/2007, side 217.

I 2008 er det arbeidet for å få på plass en registrering også for allmennpraktikere, og i desember ble det lansert en modul både for spesialistutdanningen og for etterutdanningen i allmennmedisin.

En utfylt oversikt i LEIF vil, sammen med de nødvendige vedlegg og attester, utgjøre en fullstendig søknad om spesialistgodkjenning og om fornyelse av spesialiteten. Brukeren vil kjenne igjen oppbyggingen av sidene fra dagens spesialistregler. Utskriftsversjonen av LEIF er identisk med søknadsskjemaene om spesialistgodkjenning.

LEIF-allmennmedisin er åpen for alle leger som enten er spesialister i allmennmedisin eller holder på med spesialistutdanningen. Tjenesten er åpen også for leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen. Tjenesten er gratis, men krever registrering. Brukernavnet ved registreringen er medlemsnummeret, men ikke-medlemmer vil få et registreringsnummer ved å henvende seg til Legeforeningen.

Tjenesten nås enkelt ved å logge seg inn gjennom Min Side på Legeforeningens nettsider. Se forøvrig Tidsskriftet nr 1/2009, side 54.

3.2.17 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 10 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 utarbeidelse 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.

Etter et omfattende utredningsarbeid gjennom hele 2007 vedtok sentralstyret i møte 13.2. 2008 å legge saken ut på høring internt i Legeforeningen med svarfrist 15.6. 2008. De innkomne uttalelser spriket noe, men ga i det alt vesentlige støtte til de fremsatte forslag og holdninger til videre utvikling av spesialistutdanningen for leger. Det er behov for ytterligere konkrete utredninger i forhold til visse forslag i utredningen.

Sentralstyret besluttet i møte 21.8. 2008 denne oppfølging av Utredning om spesialistutdanningen av leger:

- Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin bes, i tråd med de eksisterende retningslinjer, utrede og fremme forslag om en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.
- Norsk kirurgisk forening og spesialitetskomiteen i generell kirurgi bes i samarbeid å utarbeide forslag til endrede spesialistregler og målbeskrivelse for spesialiteten generell kirurgi. Sentralstyret forutsetter opprettholdelse av hovedspesialitet i generell kirurgi og de nåværende grenspesialiteter.
- Norsk indremedisinsk forening og spesialitetskomiteen i indremedisin bes i samarbeid å fremme forslag om endrede spesialistregler og endret målbeskrivelse for spesialiteten indremedisin. Sentralstyret forutsetter opprettholdelse av hovedspesialiteten indremedisin og de eksisterende grenspesialiteter.
- Sekretariatet bes utrede prinsippene og forutsetningene for opprettelse av kompetanseområder.
- Sekretariatet bes, på bakgrunn av høringsdokumentet og uttalelsene, utarbeide et grunnlagsdokument

om spesialistutdanningen av leger.

- Det bevilges fra Utdanningsfond I inntil kr 700 000 til gjennomføring av ovennevnte utredningsoppgaver og til utarbeiding og trykking av et hefte om spesialistutdanningen av leger.

Sentralstyret forutsatte at den enkelte utredning var gjennomført før 31.12. 2008. De forskjellige arbeidene er fulgt opp slik sentralstyret vedtok i møte 21.8. 2008, og fire av sakene er som forberedelse for landsstyret 2009 ute på høring med svarfrist 13.3. 2009.

3.2.18 Autorisasjonsutvalget

Sentralstyret nedsatte i juni 2006 et arbeidsutvalg til 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.

Autorisasjonsutvalget avga i juni 2007 sin innstilling til sentralstyret med standpunkter til hvordan systemet bør være for å oppnå godkjenning som lege i Norge. Rapporten foreslo konkrete endringer i systemet for studentlisens og turnuslisens. Utvalget hadde også kommentert de to parallelle løpene frem til autorisasjon som lege i Norge, samt problemet med kapasitet og kvalitet. Rapporten har vært drøftet i sentralstyret og sentralstyret har hatt eget møte med arbeidsgruppen. Utvalgets innstilling har vært på bred organisasjonsmessig høring i Legeforeningens organisasjon. Forslag til forskriftsendringer er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet. De øvrige momenter sees i sammenheng med Legeforeningens pågående arbeid med Helsedirektoratets forslag om treårig pliktløp for leger. Se pkt. 2.17 om EU/EØS-regler og pkt. 3.2.1 om turnustjenesten.

3.3 Forskning

3.3.1 Prosjekt forskning

Gjennom prosjekt forskning ønsker Legeforeningen å satse bredt på forskning. En tiltaksplan behandlet på landsstyremøtet i 2007 basert på forskningsrapportene *Vind i seilene* (tiltak for å bedre forskerens kår) og rapporten *Mot en ny vår* fra 2007, beskriver forskningens kår og forslag til tiltak. Legeforeningen har utarbeidet et policydokument vedrørende forskning. Det er opprettet en egen enhet i Medisinsk fagavdeling for Forskning og høyspesialisert medisin som har ansvar for å få følge opp tiltaksplanen vedr. forskning.

Effektivering av tiltaksplanen skjer gjennom "Prosjekt forskning" som ble opprettet i 2008. Prosjektet består av tre arbeidsgrupper hvorav arbeidsgruppe 1 fokuserer på punktene i handlingsplanen som omfatter "forskningens kår" og Norges deltagelse i internasjonal forskning. Arbeidet har bl.a. bestått av kontakt med sentrale aktører innen forskning som sentrale politikere, universitet, foretak, SHdir og Forskningsrådet, der Legeforeningens synspunkter vedrørende forskning er blitt fremmet. Fokus for gruppe to er mer direkte rette mot de fagmedisinske foreninger. Tema er nettverksbygging, forskningsveiledning innen fagmiljøene og forskningsledelse. Det er allerede initiert et pilotprosjekt på forskningsveiledningskurs i samarbeid med HSØ og UiO. Kurset vil ha oppstart i 2009. Gruppe tre behandler 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 et godt grunnlag for hvordan Legeforeningen vil påvirke og stimulere forskning som en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet.

Se pkt. 3.5.8 om Allmennmedisinsk forskningsfond.

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 23.-24. 1. 2008. Av landets 19 fylker var 16 representert med til sammen 29 deltakere. I tillegg møtte representanter fra koordinatorkontoret i Oslo, AF, NFA samt representanter fra disse foreningenes egne kurskomiteer og fra PMU og Nidaroskongressen.

Legeforeningen arrangerte 6.-7.5. 2008 sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for

leger med 90 deltakere til stede.

Et seminar om fremtidens turnustjeneste/praktisk tjeneste ble arrangert på Soria Moria 20.10. 2008.

Til Akademisk Studieforbund (AKS) har Legeforeningen i 2008 innrapportert 509 kurs på til sammen 11 285 timer. Dette er inkludert universitetskursene. Det har vært 27 385 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. 580 kurs ble annonsert i 2008. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider

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 liknende).

Det ble i november 2008 avholdt dagskonferanse for alle fagmedisinske foreninger. I samråd med representanter fra fagmedisinske foreninger var det utarbeidet et program med hovedtemaene Veiledere/Retningslinjer og Medisinske kvalitetsregistre.

Deltakerantallet var ca. 62.

3.4.3 Gjennombruddsprosjekt sykehjem

Sykehjemspasientenes behov for gode helsetjenester er vesentlig økt 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.

Etter forberedelser høsten 2007 ble prosjektets første fellessamling gjennomført i februar 2008, etterfulgt av samlinger i juni og ved avslutningen i november. Mellom samlingene arbeidet de 24 prosjektgruppene med sine valgte forbedringsområder, med oppfølging og veiledning fra veileder og prosjektleder.

Ressursgruppen hadde foreslått følgende forbedringsområder som prosjektgruppene kunne velge blant

- kvalitet på tjenester
- spesialavdelinger og spesialfunksjoner
- samarbeid med legevakt og sykehus
- sikring av kvalitet ved inn- og utskrivning sykehjem
- behandling med og uten medikamenter
- ernæring og munnhelse
- omsorg ved livets slutt
- brukarmedvirkning
- samarbeid med pårørende

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.

Kvalitetssikringsfond I og – fond II har bidratt med finansiering av prosjektet, som også har fått midler fra Sosial- og helsedirektoratet og Fagforbundet, mens Sykepleierforbundet har bidratt med kompetanse og arbeidsinnsats.

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.

3.4.4 Publikasjoner

I skriftserien for leger: *Utdanning og kvalitetsutvikling* er det i 2008 utgitt

- Retningslinjer for metoder i klinisk nevrofysiologi, del 1, 2. utgave
- Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens nettside der heftene kan bestilles.

Heftene selges til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

I løpet av 2008 har arbeidet med et hefte om *Læring av feil og klagesaker pågått for fullt*. Dette er et samarbeid mellom Statens helsetilsyn og Legeforeningen. Hftet består av artikler og eksempler. Målgruppen er allmennleger og turnuskandidater. Hftet ventes trykket i Helsetilsynet i løpet av våren 2009.

3.4.5 Norsk legemiddelhåndbok

Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (NLH) har følgende medlemmer: Statens legemiddelverk (SLV), Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Apotekforeningen og Legeforeningen

NLH er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler. 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).

Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok har et styre, hvor Legeforeningens representant er Audun Fredriksen. Vararepresentant er Bjarne Riis Strøm.

NLH utgis som pairutgave hvert tredje år, senest i 2007. Styret har vurdert om det er nødvendig med fortsatt utgivelse på papir i tillegg til elektronisk versjon, og har konkludert med at det skal trykkes ny utgave i 2010. Behovet for ytterligere papirutgaver vil bli nøye vurdert.

NLHs styre er i dialog med Kunnskapssenteret v/Helsebiblioteket og med SLV vedrørende distribusjon av bokens innhold i andre kanaler, for eksempel via Helsebiblioteket eller som forskrivnings- og beslutningsstøtte tilknyttet eReseptprogrammet.

Til behandling i styret i 2009 foreligger en henvendelse fra Kunnskapssenteret vedrørende et nærmere samarbeid mellom redaksjonen for NLH og redaksjonen for Emnebibliotek legemidler i Helsebiblioteket.

3.4.6 Tilskudd til kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger

Etter søknad til Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II kan kr 20 000 stilles til disposisjon til kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger. I 2008 søkte fire foreninger om slik støtte.

3.4.7 Allmennmedisin 2020

Allmennlegeforeningen og Norsk forening for allmennmedisin samarbeider om prosjektet Allmennmedisin 2020, og arbeidet skal resultere i en statusrapport over allmennlegetjenesten i dag og veien frem mot 2020. Sekretariatet deltar i gjennomgang og slutføring av dokumentet

3.4.8 Prosjekt Allmennlegetjenesten og psykisk helse, åtte tiltak

Helsedirektoratet har gitt ca. 12,7 millioner kroner til opptrapping av allmennlegetjenesten og psykiatri, og Legeforeningen forvalter disse midlene. En styringsgruppe administrerer åtte tiltak som deler midlene. De åtte tiltakene er

- tiltak 1 Allmennlegetjenesten og psykisk helse, praksiskonsulentordningen
- tiltak 2 Tilgjengelighet
- tiltak 3 Kognitiv terapi
- tiltak 4 Bruker- og pårørendeforeninger
- tiltak 5 Psykisk helsevern for barn og unge
- tiltak 6 ALU/LSU
- tiltak 7 Forskning allmennlegetjenestens rolle i fht psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser
- tiltak 8 Samhandling i kommunene

Midlene er ikke likt fordelt mellom tiltakene, men etter en modell skissert på forhånd. I styringsgruppen sitter representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, og Norsk psykiatrisk forening. Sekretærbistanden går ut på å holde oversikt over status på de åtte tiltakene, og i samarbeid med styringsgruppen lage en rapport til Helsedirektoratet to ganger per år.

To av disse tiltakene foregår i Medisinsk fagavdeling; tiltak fire bruker pårørendeforeninger. Det er avholdt et endags seminar på Voksenåsen med 20 deltakere fra pasient- og pårørendeorganisasjoner i psykiatri og 20 allmennleger knyttet til legers videre- og etterutdanning. Formålet var erfaringsutveksling for å styrke allmennlegenes kompetanse og derigjennom styrke psykiatrien i primærhelsetjenesten. I etterkant skal en arbeidsgruppe se på hvordan organisasjonene og Legeforeningen kan samarbeide om konkrete tiltak slik som undervisningsmateriale, planlegging av kurs, deltakelse i veiledningsgrupper og smågrupper, forskning i allmennpraksis.

Tiltak 3 Kognitiv terapi; Det ble gjennomført innføringskurs i kognitiv terapi med 20 allmennleger som deltakere i løpet av 2008. Kurset er knyttet opp mot tre DPS'er i Østlandsregionen. I tillegg til fellessamlinger tar deltakerne opp video av egne konsultasjoner, og får veiledning i smågrupper. Erfaringene er positive, og det tas sikte på flere kurs etter samme modell i andre regioner.

3.4.9 Gjennombruddsprosjekt Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose

Etter initiativ fra og i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening, er Legeforeningen i ferd med å planlegge nevnte gjennombruddsprosjekt, som vil kunne starte vinteren 2009 forutsatt at finansieringen er sikret. Bakgrunnen for prosjektet er forståelsen av betydningen av tidlig oppdagelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser. Samtidig er det kjent at det dessverre er en betydelig forsinkelse mellom det tidspunktet en psykose opptrer første gang og til behandlingen av tilstanden settes inn. Modellene for tidlig intervensjon vil måtte variere, men felles for alle modeller vil være lav terskel, d.v.s. lett tilgjengelighet til tjenestene, samt informasjon om tidlige tegn, og om hjelp.

Prosjektet vil knytte til seg representanter fra Psykologforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og pasient- og pårørendeorganisasjoner, i tillegg til allmennleger, psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere.

Legeforeningens kvalitetssikringsfond I og II har bevilget penger til prosjektet, som også har fått støtte fra Sykepleierforbundet og Fagforbundet. Legeforeningen har søkt Helsedirektoratet om delfinansiering.

3.5 Fond

3.5.1 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 fondsutvalg for en periode på fire år. Det er partssammensatt. Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Ole Rikard Haavet, Espen Møller, Odd Helge Gilja, Kirsti Ytrehus, Anders Smith og Egil Storaas (Helse- og omsorgsdepartementet).

Varamedlemmer har vært Kjetil Karlsen, Niels Christian Stenklev, Marie Hellevik, Helge Haarstad, Amund Gulsvik, Gunnar Tellnes og Berit Austveg (Helse- og omsorgsdepartementet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets seksjon for utdanning er sekretær for utvalget.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med "avsetninger til fellesformål". Disse avsetninger skjer i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

Utdanningsfond I hadde en egenkapital per 31.12. 2008 på kr 152 850 935. Regnskapet viser et underskudd på kr 12 150 225 for 2008.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2008 kan nevnes:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- 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
- støtte til innkjøp av ny e-læringsplattform, Moodle
- prolongasjon av prosjektet Nasjonal evaluering av turnustjenesten
- individuelle stipend til leger som ønsker å viderequalifisere 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 medisinsutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning

3.5.2 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 bestod 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 2008 har Marte Baumann vært utvalgets sekretærer.

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres med ”avsetninger til fellesformål”. Disse avsetningene skjer i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2008 – 30.6. 2009 var tilskuddet 24,6 millioner kroner, noe som er uforandret fra 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.

Det ble i løpet av året registrert 6 287 innkomne søknader mot 5 910 i 2007. Antallet innkomne søknader og volumet på utbetalingens samlede størrelse viser en økende tendens. Grunnet endringer i retningslinjene for fondet som ble gjennomført i 2007 med hensikt å bedre samsvaret mellom samlede inntekter og utgifter, har fondets utgifter i 2008 økt. De refunderte kursutgifter var i 2008 på 29,9 millioner kroner, hvilket er 5,5 millioner høyere enn året før. Fondets egenkapital ble i 2008 for første gang siden 2002 redusert.

I årsregnskapet for 2008 var det bokført en egenkapital på 142 millioner kroner, mot 157 millioner kroner i 2007. I tillegg til økningen i refunderte kursavgifter skyldes det negative resultatet svikt i finansinntekter grunnet det kraftige fallet i aksjemarkedene høsten 2008.

3.5.3 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. Fra Legeforeningen har medlemmene i 2008 vært Dag Rieve Kristiansen (leder), Fredrik Nomme og Kaare Gautvik. HODs representant i utvalget Svein Lie har i 2008 hatt permisjon fra sin stilling, og hans varaer har vært henholdsvis Ole Bjørn Herland og Anne Negård. Spekters medlem i utvalget Hilde Christiansen trådte i løpet av året ut av utvalget, og ble erstattet av Svein Tore Walsø. Marte Baumann har vært utvalgets sekretærer.

Fondet finansieres med ”avsetninger til fellesformål”. Disse avsetningene skjer i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2008 – 30.6. 2009 er tilskuddet 22,3 millioner kroner, noe som er uforandret fra forrige periode.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2008-09 med en økning i beløpet fra kr 1 000 til 1 200 per legeårsverk. Det ble i 2008 innbetalt 12,4 millioner mot 9,4 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 2008 registrerte sekretariatet 8 584 mottatte søknader, mot 8 384 i 2007. Samlet var de refunderte utleggene i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold på 38,1 millioner kroner, noe som er en økning på ca. 3,3 millioner fra 2007. Fondets egenkapital var ved utgangen av 2008 kr 81,3 millioner, mot 92,9 millioner året før. Fondet hadde i 2008 et negativt driftsresultat på ca. kr 8,5 millioner. Dette er ca. kr 650 000 svakere enn i 2007. Vesentligste årsak til fondets negative resultat i 2008 er likevel et negativt finansresultat på ca. kr 3,0 millioner mot et positivt resultat i 2007 på ca. kr 5,0 millioner. Finansresultatet er svakt som en følge av finanskrisen og det kraftige fallet i aksjemarkedene høsten 2008.

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

Fondsutvalgets sammensetning 2004-08

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Helse- og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim, KS. Utvalget har hatt to regulære møter og to telefonmøter i 2008.

Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til fondet skjer i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, KS 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 avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til kvalitetsforbedring i legetjenesten utenfor sykehus slik at helsevesenet gir pålitelige og sikre tjenester. For 2008 ble det avsatt 5,3 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2008

Det totale antall søknader til fondet var 21, med en samlet søknadssum på kr 7 332 093. Det ble bevilget kr 4 278 493 til 18 av disse søknadene. Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

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

Fondsutvalgets sammensetning 2005-08

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. Vibeke Dons Wankel har som vararepresentant for Berit K. Norling deltatt i fondsutvalget i 2008. Fondsutvalget har hatt to møter i 2008, og har behandlet enkelte saker på sirkulasjon.

Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til fondet skjer i forbindelse med forhandlinger om Normaltariffen mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, KS 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 avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet i spesialisthelsetjenesten, særlig den institusjonsbaserte helsetjenesten. For 2008 ble det avsatt 3,2 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond II. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2008

Det totale antall søknader til fondet var 29, med samlet søknadssum på kr 37 646 092. Det ble bevilget kr 4 131 000 til 16 av disse søknadene. Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

3.5.6 Omorganisering av kvalitetssikringsfond I og II, og etablering av Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

På oppdrag fra sentralstyret utredet en arbeidsgruppe våren 2008 eventuell sammenslåing av Kvalitetssikringsfond I og II. Gruppen tilrådet sammenslåing, bl.a. begrunnet i mulighet til mer målrettet bruk av fondsmidler, og bedre mulighet til likeartet prioritering. Gruppen utarbeidet utkast til vedtekter for det nye fondet. Sentralstyret ga i juni sin tilslutning til arbeidsgruppens tilråding om at de to kvalitetssikringsfondene slås sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Sentralstyret ga videre sin tilslutning til arbeidsgruppens forslag til vedtekter for fondet med en tilføyelse. Vedtektene er senere godkjent av Helsedepartementet. Det er oppnevnt fondsutvalg i henhold til vedtektene, og dette trer i funksjon fra 1.1. 2009.

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

Organisering

Samarbeidsordningen ledes av en styringsgruppe og en leder. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategi og fatter vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg er leder for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) og møter i styringsgruppen. Legeforeningens sekretariat v/Siri Fauli Munkerud er sekretariat for samarbeidsordningen. NOKLUS er det utøvende organet.

Styringsgruppen

Styringsgruppen bestod i 2008 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. Som observatør fra KS: Laila Skarheim før 1. desember og Karen Kaasa etter 1. desember. 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 95 medarbeidere som er knyttet til 24 sykehuslaboratorier og dels knyttet til Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside, eller NOKLUS hjemmeside www.noklus.no. Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne, og 3 000 – 4 000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2008 var det 39 utsendelser av kontrollmateriale til ekstern kvalitetskontroll hos deltakerne.

NOKLUS ønsker at all laboratorievirksomhet utenfor sykehus skal være kvalitetssikret. Over 99 % av alle legekontor som har laboratorium deltar i samarbeidsordningen. Det er med over 400 deltakere til selvkost. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltar også 86 norske sykehuslaboratorier, tre danske og ett islandsk legekontor på to eller flere av utsendelsene. 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. 26 % (235 av 900 sykehjem) har tidligere deltatt til selvkost. I 2008 har dette arbeidet som startet mot åtte fylker i 2007 vært videreført. I disse fylkene har 86 % av sykehjem som har fått introduksjonstilbudet takket ja i NOKLUS.

Ved utgangen av 2008 var det knyttet to professor II-stillinger, en professor emeritus-stilling, en førsteamanuensisstilling, fem doktorgradskandidater og fire 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 fås ved henvendelse til sekretariatet.

3.5.8 Allmennmedisinsk forskningsfond

Organisering

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse som styres av et styre med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes allmennmedisinske forskningsenheter og Helsedirektoratet. Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene. Sekretariatsbistanden går ut på å forberede utlysning av forskningsmidler og mottak av søknader. Videre deltakelse i fagrådsmøte med skrivning av referat som danner grunnlag for styrets avgjørelser, og deltakelse i styremøte med skrivning av referat der de endelige tildelingene offentliggjøres.

Styret og fagrådets sammensetning 2008

Styret 2008 besto av Gisle Roksund fra NFA (leder), Jan Emil Kristoffersen, AF, Trine Bjørner, NFA, Jon Hilmar Iversen, Helsedirektoratet og Jan C. Frich, AFE Oslo.

Fagrådet 2008 besto av Ståle Onsgård Sagabråten fra NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim, Hasse Melbye, AFE Tromsø, Gunnar Tschudi Bondevik, UiB, Mette Brekke, UiO, Elisabeth Swensen, NFA og Jakob Kragstrup (internasjonal representant).

Avsetninger og bevilgningspolitikk

Fondet er opprettet av Den norske legeforenings sentralstyre med grunnlag i avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden i juni 2006. Allmennmedisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenhetene. Første runde med søknader var våren 2008, og det har vært ca. 26 millioner kroner i fondets kapital, hvorav ca. 14 millioner kroner er utdelt til innvilgete forskningsprosjekter. Fondets kapital ved utgangen av 2008 er på ca. 12 millioner kroner.

Søknader og bevilgninger 2008

I 2008 mottok fondet 41 søknader, hvorav 30 ble innvilget og det ble utbetalt til sammen kr 14 312 700.

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. 5.

4.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningens formål er å fremme tiltak for folkehelsen, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr 5.

Legeforeningen vil arbeide for

- *forebyggende virksomhet i arbeidet for barn og unges fysiske og psykiske helse, blant annet økt fysisk aktivitet og riktig kosthold*
- *å redusere rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette, med særlig fokus på alkohol*
- *å få ned andelen tobakksbrukere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt*
- *å arbeide for å bedre helsen i utsatte befolkningsgrupper, herunder helse og helsetjenester til innvandrere*
- *å arbeide for et mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena, blant annet ved å arbeide for utbygging av og etablering av godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten*
- *å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade*

4.1.1 Forebyggende virksomhet for å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse

Den økende sosiale ulikheten i helse er en utfordring. De med høyere utdanning 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. Det vises her til omtalen av dette temaet i Legeforeningens statusrapport "Likeverdig helsetjeneste", som nærmere er omtalt under punkt 4.1.4, herunder tiltak for å fremme fysisk aktivitet og bedre kosthold blant innvandrere.

Legeforeningen er på bakgrunn av rapporten blitt invitert til deltakelse i helsemyndighetenes arbeid for utjevning av sosiale helseforskjeller. Det er også laget et policynotat om helsetjenester til papirløse innvandrere og ett om tolketjenesten i helsevesenet, omtalt under punkt 5.1.2.

Legeforeningen har også i år gitt innspill til Helse- og omsorgsdepartementet i det videre arbeidet med å utvikle et godt psykisk helsetilbud. Særskilte temaer som har vært behandlet i foreningen var lavterskeltilbud til både barn, unge og voksne, gruppen med langvarige og sammensatte behov, samt arbeid med tidlig oppdagelse og intervensjon.

4.1.2 Reduksjon av rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette

Legeforeningen har i 2008 gitt innspill i høringene som ble sendt fra Helse- og omsorgsdepartementet angående sprøyteromsloven og alkoholloven og alkoholforskriften, i tråd med tidligere vedtatt politikk.

Etter forslag fra rusmiddelpolitisk utvalg har sentralstyret vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe som skal utarbeide forslag til Legeforeningens alkoholpolitiske strategidokument. Arbeidsgruppen har jobbet med dette notatet i 2008 og er nå inne i siste bearbeidingsfase.

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

Legeforeningen har utarbeidet et policynotat med forslag til tiltak for å redusere antallet tobakksbrukere i befolkningen. Legeforeningen mener at adgangen til kjøp og salg av tobakksprodukter må innskjerpes. Røyking og snusbruk er i stor grad en atferd man sosialiseres inn i. Å hindre nyrekruttering av ungdom som røykere og snusbrukere er derfor viktig. Det er foruroligende mange eksempler på at ungdom under 18 år får kjøpt tobakk. Det er derfor all grunn til å skjerpe håndhevingen av aldersbestemmelsene. For særlig å hindre rekruttering av nye røykere og snusere mener Legeforeningen at antall utsalgsteder for tobakksvarer må reduseres og at aldersgrensen må håndheves bedre. Strengere reaksjoner ved brudd på aldersgrensebestemmelsene er nødvendig. Legeforeningen mener brudd på aldersgrensen ved salg av tobakk bør få konsekvenser for bevillingen for salg av alkohol. Videre må avgifter på tobakksprodukter økes ytterligere og arenaer for barn og unge gjøres røykfrie.

Legeforeningen har videre deltatt i *Tobakksfritt*, som er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og som arbeider for å redusere all bruk av tobakk gjennom informasjon og politisk påvirkningsarbeid. Professor Tore Sanner, Rikshospitalet, er leder. Ellen Juul Andersen, Legeforeningen, er nestleder.

Tobakksfritts medlemsorganisasjoner er Legeforeningen, Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund,

Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerne- og Lungesyke, Fagforbundet, Den norske tannlegeforening, Den norske jordmorforening, Norges Idrettsforbund og Landslaget Mot Tobakksskadene. Tobakksfritt har egen Internett-side: www.tobakksfritt.no. Avdeling Tobakk i Sosial- og helsedirektoratet deltar som observatør på Tobakksfritts møter.

Tobakksfritt hadde fem møter i 2008. Det viktigste arbeidet i 2008 har vært arbeidet mot snus. Organisasjonen har i løpet av perioden hatt møte med statssekretær Roger Schjerva i Finansdepartementet vedr. Oljefondets investeringer. Schjerva er ansvarlig for revisjon av de etiske retningslinjene i det etiske råd for Statens pensjonsfond - utland. Organisasjonen har også hatt møte med Stortingets finanskomité der avgiftsøkning på snus ble tatt opp. I desember hadde Tobakksfritt møte med statssekretær Ellen Birgitte Pedersen i Helse- og omsorgsdepartementet. En rekke problemstillinger knyttet til tobakksbruk og snusbruk ble diskutert. I tillegg diskuterte man innføring av EUs nye advarselsmerking på tobakk og bevilgning av midler til helseforebyggende tiltak.

4.1.4 Bedre helse for utsatte befolkningsgrupper

Legeforeningen statusrapport for 2008 omhandlet helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Rapporten har fått stor oppmerksomhet, blant annet i media, på konferanser og som referanse i andre rapporter og vitenskapelige arbeider. 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. Legeforeningen mener blant annet at kunnskapen om innvandreres sykdomsmønster og sykdomsforståelse må økes i alle ledd i helsetjenesten. Videre er det nødvendig å styrke tolketjenestene og gjøre flerspråklig og brukervennlig informasjon mer tilgjengelig. Papirløses rett til helsehjelp må klargjøres. På bakgrunn av rapporten er Legeforeningen invitert til å delta i ulike prosjekt i regi av helsemyndighetene.

4.1.5 Mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena

Arbeids- og inkluderingsdepartementet nedsatte i 2008 en arbeidsgruppe som skulle vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge. Norsk forening for arbeidsmedisin (Namf) hadde en representant i referansegruppen for dette prosjektet. Rapporten inneholdt blant annet forslag om en godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten. Rapporten ble sendt på høring i 2008.

Styret i Namf har dette som en prioritert oppgave. Arbeids- og inkluderingsdepartementet leverte i 2008 en rapport om bedriftshelsetjenesten i Norge der de blant annet foreslår en godkjenningsordning av bedriftshelsetjenesten. Namf følger opp dette arbeidet.

4.1.6 Å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade

Global oppvarming med effekt sykdomsutvikling er blitt påpekt å være et av de meste alvorlige helseutfordringer i vår tid. Legeforeningen har med bekymring registrert at global oppvarming i økende grad viser tegn til å gi helsemessige konsekvenser for befolkningen internasjonalt. Legeforeningen anså det nødvendig å samle legenes engasjement omkring helsemessige konsekvenser av global oppvarming og bestemte seg for å etablere en beredskap på de alvorlige konsekvensene global oppvarming kan få for befolkningens helse.

Sentralstyret besluttet 17.6. 2008 til å opprette en arbeidsgruppe som skal utforme et grunnlagsdokument for Legeforeningens engasjement i klimaendring med tilhørende tiltak for å forebygge klimaendringer. Gruppen "Global oppvarming og helse" består av Gunnar Skipenes (leder), sentralstyret, Mette Bratt, Knut Erling Moksnes, begge OF, Lasse Pihlstrøm og Guro Steine, begge Ylf. Sentralstyret har bevilget kr 50 000 til arbeidet.

Arbeidsgruppen forventes å levere ferdigstilt dokumentet innen 1.5. 2009. Det skal fremlegges for sentralstyret 19.5. 2009.

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

- *en god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere, ut fra medisinske behov.*
- *at medisinske vurderinger tillegges sterkere vekt ved politiske og administrative beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten.*
- *å være en tydelig faglig premissgiver*
- *bedre rammevilkår for medisinsk forskning og utdanning*

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, hørings svar, deltakelse i utviklingsprosjekter og helsepolitiske innspill til politikere og helseforvaltning. Arbeidet har forankring bl.a. i statusrapportene om prioritering, rus, lokalsykehusenes fremtidige funksjon og helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere. Legeforeningen har fulgt opp temaer knyttet til like rettigheter og lik tilgjengelighet gjennom dialog med helseforvaltningen og Stortinget. Viktige arenaer har blant annet vært departementets arbeid med en samhandlingsreform, herunder fastlegeordningen og interkommunal legevakt. Videre er arbeidet med endret tilknytning og finansiering av offentlige avtalespesialister og deltakelse i prosjektet "Rett prioritering i spesialisthelsetjenesten" i regi av regionale helseforetak og Sosial- og helsedirektoratet videreført i 2008.

I tilknytning til den varslede samhandlingsreformen har Legeforeningen gitt klare signaler om at det er behov for økning av ressurser til kommunehelsetjenesten, slik at man kan få flere fastlegehemler og 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. Legeforeningen har også videreført arbeidet med et tverrfaglig gjennombruddsprosjekt i sykehjem - i samarbeid også med myndighetene, jfr. pkt. 3.4.3.

Prioriteringsforskriften angir pasientenes rett til nødvendig helsehjelp overfor spesialisthelsetjenesten, og er dermed sentral for tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenesten. Ifølge forskriften skal et likeverdig tilbud forstås ut fra kriteriene om tilstandens alvorlighet, nytten av behandling og forholdet mellom kostnader og nytte. For å sette prioriteringsforskriften ut i praksis, har prosjektet "Riktiger prioritering i spesialisthelsetjenesten" utarbeidet 30 veiledere innenfor ulike fagområder på praktisering av prioriteringsforskriften. Prosjektet er et samarbeid mellom regionale helseforetak, Helsedirektoratet og Legeforeningen. Gjennom høringsuttalelser fra de aktuelle fagmiljøene og deltakelse i blant annet styringsgruppen og den nasjonale arbeidsgruppen, har Legeforeningen bidratt til 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. Arbeidet med å styrke Legeforeningens helsepolitiske arbeid blant annet gjennom policynotater, statusrapporter og høringer har vært videreført i 2008.

Statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere: Likeverdig helsetjeneste?

Det vises til omtalen av statusrapporten under punkt 4.1.4.

Fire nye policynotater

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

Tilgang til pasientjournal i helsetjenesten (1/2008)

Bruken av IT innen helsevesenet øker kraftig og vil kunne bidra til bedre og tryggere pasientbehandling. Som et naturlig og nødvendig ledd i denne utviklingen avløser elektronisk pasientjournal (EPJ) i stigende grad den tradisjonelle papirjournalen. Spørsmålet om hvem som skal ha innsyn i EPJ som ledd i den behandlingsrettede virksomheten innen helsetjenesten vedrører selve taushetsplikten. Det er avgjørende å finne en riktig balanse mellom rask tilgang til de nødvendige opplysningene og hensynet til personvernet. Legeforeningen mener taushetsplikten er en grunnstein i helsepersonells yrkesutøvelse og i den systematiske tilrettelegging av rutiner innen helsevesenet og at forsvarlig behandling samtidig krever at nødvendige pasientopplysninger enkelt og effektivt gjøres tilgjengelig for rette person til rett tid, dvs den som har tjenestelig behov. Det er en sentral funksjon for et EPJ-system å legge til rette for dette. Legeforeningen mener videre at tilgangssystemer innen helseforetak må bygges rundt utrednings- og behandlingsprosesser rundt den enkelte pasient, at det må utvikles gode systemer for kontroll av logger, og det må legges til rette for pasientens innsyn i loggen i egen journal. Av hensyn til pasientens personvern må det utvises stor varsomhet med å legge til rette for direkte tilgang til pasientjournaler på tvers av virksomheter. Det er behov for grundige utredninger av hvordan nye tekniske løsninger kan møte behovene for pasientinformasjon i undersøkelse og behandling.

Tolketjenesten i helsevesenet må styrkes (2/2008)

Helsetjenesten skal yte likeverdige helsetjenester til alle befolkningsgrupper, uavhengig av deres kulturbakgrunn, tro og tilhørighet. Studier har vist at språkbarrierer mellom innvandrere og behandlingspersonell utgjør en risiko for feil og uheldige hendelser i behandlingen. Legeforeningen mener at kvalifisert tolk benyttes i for liten utstrekning i helsevesenet i dag. Tilgjengeligheten på tolk og kvaliteten av tolker varierer i for stor grad. Det er et stort behov flere tolker og for kompetanseheving og forbedring av tolkeutdanningen. Tolkbruk må integreres som naturlig del av helsetjenesten. For å få til dette må utdanningen av tolker bedres og tolker må få tilstrekkelig kunnskap tilpasset det medisinske fagområdet. Det må innføres en finansiering av tolkede konsultasjoner i sykehus og poliklinikker som er uavhengig av driftsbudsjett og som tar hensyn til konsultasjonens lengde

Papirløse innvandrere (3/2008)

Mange papirløse innvandrere lever under uverdige forhold og sliter med sykdom, psykiske problemer, ensomhet og angst, men det er uklart hva slags ytelser helsetjenesten kan og skal gi til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Legeforeningen mener derfor at regelverket knyttet til papirløse innvandreres rett til helsehjelp må klargjøres. Myndighetene må sørge for at personer uten lovlig opphold kan få dekket sitt behov for nødvendige helsetjenester, også utover øyeblikkelig hjelp. Helsepersonellets taushetsplikt gjelder også overfor papirløse innvandrere. Den aktuelle gruppen må gjøres kjent med sine rettigheter, herunder om helsepersonellets taushetsplikt, og helsevesenets organisering generelt. Barn i gruppen papirløse innvandrere er en særlig utsatt gruppe, og er i stor grad forhindret fra å motta nødvendig helsehjelp, på grunn av foreldres frykt for å bli oppdaget. FNs barnekonvensjon gjelder alle barn, og staten er gjennom denne forpliktet til å sørge for at barn ikke blir diskriminert.

Skjerping av tiltak mot røyking og snusbruk (4/2008)

Det vises til omtalen under punkt 4.1.3.

Høringer

Foreningen avga i 2008 totalt 68 høringsuttalelser etter anmodning fra departementene, direktoratene og andre offentlige instanser. Blant de mest sentrale høringene var Helse- og omsorgsdepartementets forslag om endret fordeling av basistilskuddet til regionale helseforetak (Magnussenutvalget) og Hovedstadsprosessen – program for omstilling og omstilling i Helse Sør-Øst. Legeforeningen støttet anbefalingene fra Magnussenutvalget om en ny modell for fordeling av basistilskuddene til regionale helseforetak, og mente også at omfordelingen bør gjennomføres så raskt som mulig. I høringen om Hovedstadsprosessen gikk Legeforeningen blant annet imot forslaget om etablering av tilpassede akutfunksjoner på bakgrunn av anbefalingene i foreningens rapport om fremtidens lokalsykehus, men støttet forslaget om å innføre sykehusområder. Nedenfor følger en oversikt over høringene som Legeforeningen har avgitt uttalelse til:

Fremtidens storbylegevakt	Høringsnotat fra Forsvarsdepartementet om endringer i forsvarspersonelloven tiltak rettet mot veteraner etter internasjonale operasjoner
Alkoholloven og alkoholforskriften	Nasjonal veileder for beslutninger om livsforlengende behandling hos alvorlige syke og døende
Arbeidsskadeforsikring	Endring i helsepersonelloven for å styrke barns rettsstilling
Forslag om lovendringer med sikte på å bedre mulighetene til å kombinere arbeid med pleie og omsorgsoppgaver IPLoS- opplysninger for personell i helse- og omsorgstjenesten	Metoder for klinisk nevrofysiologi Legers melding til politiet om unaturlige dødsfall og lignende
Landsstyresak – Lovendring –forslag om endring av § 3-6-4, 6. ledd	Videreutdanning i psykisk helsevern
Landsstyresak - Valg av medlemmer til rådet for Legeetikk	Utkast til revidert veileder om antibiotika i allmennpraksis
Nasjonale retningslinjer for individuell primær forebygging hjerte og karsykdommer	Praksisveileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge
Landsstyresak – Forslag om opprettelse av urologi som egen spesialitet	Utredning om spesialistutdanningen av leger
Krisesentertilbud	Likelønnskommisjonens innstilling
Polycynotat- migrasjon og legemangel i fattige land	Utvidelse/endring av bedriftshelsetjenesten
Arbeidsmiljøloven	Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten
Utkast til nasjonale prioriteringsveiledere	Øyelegers adgang til å utløse takster når pasient er henvist fra optiker (optikers henvisningsadgang til øyelegespesialist)
Sprøyteromsloven- sprøyteromsordning	Oppdaterte retningslinjer for diagnostikk og behandling av HUS-pasienter
Behandlingsrettede helseregistre på tvers av virksomhetsgrenser	Håndbok for redningstjenesten
Saksbehandling på barnefordelingssaker	Nasjonale handlingsprogrammer for kreftbehandling
Faglige retningslinjer for primærhelsetjenesten – Forebygging, utredning og behandling av overvekt	Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten - psykiatri
Direktiv om pasientrettigheter ved grensekryssende helsetjenester	Forskrift om forsøksordning i to fylker som gir psykologer rett til å dokumentere arbeidsuførhet (sykmelde)
Endringer forskrift om tuberkulosekontroll	Pårørende en ressurs - Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester.
Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring	Politiattest for personer som skal ha oppgaver knyttet til mindreårige
Prosjekt stillingsstruktur for leger	Etablering av arenaer for utstilling av medisinsk teknisk utstyr
Forslag til forenklinger i regelverket om arbeidsmarkedstiltak m.v.	Stjernø-utvalgets innstilling om høyere utdanning
Høring - konsekvenser av gjennomføring av tjenestedirektivet i norsk rett	Behovet for en offentlig initierte kliniske studier or å understøtte prioriteringsbeslutninger
Utteksling av data på personinformasjonsområdet – høring av arbeidsgrupperapport	Forvaltningsreformen - Forslag til nye oppgaver til det regionale folkevalgte nivået
Forslag til forskrift om pasientskadelovens virkeområde og om tilskuddsplikt for den som yter helsehjelp utenfor den offentlige helsetjenesten	Landsstyresak- Forslag om endrede spesialistregler i ortopedi
Forslag om endringer i utvalget av legemidler som omsettes under ordningen med salg av legemidler utenom apotek (LUA)	Landsstyresak - Forslag om endrede spesialistregler i medisinsk biokjemi
Kateterbarserte aortaklaffer	Intern høring – Statusrapport om helsetjenester til ikke-vestlige innvandrere
Forslag til endring i folketrygdloven	Intern høring – Lokalsykehusfunksjonen i psykiatri
Omstillingsprogrammet innsatsområdet 1: Hovestadsprosessen	Ny alderspensjon - lovendring

Finansieringsordningen - basisbevilgningen (Magnussen-utvalget)

Godkjenning som lege i Norge - Autorisasjonsutvalgets rapport.

Intern høring: Søknad om godkjenning av Norsk forening for smertemedisin som spesialforening

Høring - Refusjon av legemidlene Avandia, Avandamet; Actos og Competact

Arbeidsavklaringspenger
Endringer i pensjonslovene

Forslag til endringer i Legeforeningens lover § 3-3-3, 4
ledd.nr 3 – valgbarhet til verv i fagmedisinske foreninger

Felles sambandsreglement for nødetatene

Endring i forskrift om behandling av etikk og redelighet
i forskning

Forslag til endringer i arbeidsmiljølovens bestemmelse
om arbeidstid for arbeidstakere med særlig uavhengig
stilling

Utvikling av elektronisk helsekort for gravide

Utkast til ny forskrift om program mot ruspåvirket kjøring

Kurs i utlandet som ledd i legers videre- og etterutdanning –
Økonomisk dekning fra utdanningsfondene for gjennomføring av
kurs i utlandet for leger i spesialisering

Evaluerings av fortrinnsrett for deltid – arbeidsmiljøloven § 14-3

Anmodning om uttalelse til forslag til endringer i
Helsinkideklarasjonen

Revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp – utgave 2.1

Høring – Forslag til endringer i kommuneloven og forvaltningsloven o

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.

Krav til medisinsk kompetanse ved sykehus som skal ha akuttfunksjoner

I Legeforeningens rapport "Lokalsykehusenes framtidige rolle" (2006) slås det fast at det må stilles klare kvalitetskrav til akuttfunksjonen ved sykehus, og at forslag om begrensede akuttfunksjoner på lokalsykehus ikke kan aksepteres. I forbindelse med omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst, dukket imidlertid spørsmålet om ulike nivåer av akuttfunksjoner opp igjen. Begrepet "Lokalsykehus med tilpassede akuttfunksjoner", dvs. lokalsykehus som har "indremedisinsk akuttberedskap på døgnbasis, anestesitjeneste i døgnerberedskap samt enklere kirurgisk beredskap" ble lansert av Helse Sør-Øst. Legeforeningen så derfor et behov for å presisere hvilke faglige krav som må stilles til sykehus med akuttfunksjoner, og det ble utarbeidet et notat på bakgrunn av en bred prosess med de fagmedisinske foreningene.

I notatet legges det til grunn at den medisinske utviklingen har ført til en økende spesialisering og subspecialisering av helsetjenester. Denne utviklingen berører alle områder av medisinsk diagnostikk og behandling – også akuttfunksjoner. Den store kunnskapsmengden som skal håndteres, og kompleksiteten i utredning og behandling av pasientene har ført til at de medisinske spesialitetene etter hvert har blitt delt i "smalere", til dels ikke-overlappende grensespecialiteter. Både kompliserte enkelttilstander og en økende andel pasienter med sammensatte sykdomsbilder krever breddekompetanse og samhandling. En teambasert tilnærming der leger (og annet helsepersonell) med ulike spesialiteter involveres, er nødvendig for å sikre pasientene forsvarlig behandling. God faglig kvalitet i akutte situasjoner krever teambasert breddekompetanse for å kunne avklare uklare tilstander og beslutte rett behandlingsforløp. For å skape et tilstrekkelig kompetent fagmiljø, kreves i tillegg et minimumsantall spesialister innenfor hvert fagområde.

Legeforeningen mener:

- Sykehus med akuttfunksjoner må som et minimum ha et vaktteam bestående av spesialist i indremedisin, generell kirurgi, ortopedi og anesthesiologi samt tilgang til klinisk-kjemiske laboratorietjenester og radiologisk service 24 timer i døgnet. Sykehus som tar imot gravide/fødende og kvinner med akutte gynekologiske problemer, må i tillegg ha gynekolog i tilstedevakt.
- Sykehus som ikke kan etablere breddekompetente vaktteam, bør ikke ha akuttfunksjoner.
- Lege i vakt på sykehus med akuttfunksjon må til enhver tid være tilgjengelig for konsultasjon og/eller pasientbehandling og kan ikke ha vakt på annet sykehus samtidig.
- Heldøgnsvakter bør ikke forekomme oftere enn hvert 5.-6. døgn.

- Legeforeningen mener krav til hvilken kompetanse som skal være tilgjengelig på sykehus med akuttfunksjoner, må fastsettes på nasjonalt nivå. Bare slik kan pasientene få den kvalitet på helsetjenestene de har krav på. Vi ser at enkelte HF/RHF unntaksvis kan måtte etablere egne ordninger på bakgrunn av lokale forhold, men de overordnede krav til standard for akuttfunksjoner kan ikke overlates til det enkelte HF/RHF.

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, 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 politikere presisert behovet for bl.a. økt fokus på tiltak for å rekruttere leger til medisinsk forskning og behovet for forutsigbar finansiering. Legeforeningens landsstyre hadde en resolusjon på forskning i 2008 som omhandlet dette tema.

5.2 Hovedstadsprosessen

Legeforeningen har lagt ned et stort arbeid med Hovedstadsprosessen i 2008. En prosjektorganisasjon bestående av sentrale tillitsvalgte og sekretariatet har løpende fulgt opp prosessene med stor involvering av organisasjonsleddene. Særlig tre elementer i Hovedstadsprosessen er fulgt tett opp av Legeforeningen; dialogkonferansene, prinsippvedtak av styret i Helse Sør-Øst i juni og vedtak av omstillingsprogrammet i november 2008. Videre har prosjektorganisasjonen i Legeforeningen hatt løpende oppfølging av ansattvalgt styrerepresentant og konserntillitsvalgt i hhv styremøter og møter med ledelsen i det regionale helseforetaket.

5.3 Statsbudsjettet

Legeforeningen la frem sitt syn på statsbudsjettet for 2009 for Stortingets helse- og omsorgskomite i sju åpne høringsmøter i forbindelse med Stortingets behandling av Regjeringens forslag til statsbudsjett for 2008. Budsjettøringen var gruppert i seks temaområder: egenandeler, rusbehandling, spesialisthelsetjenesten, habilitering og rehabilitering, tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet, psykisk helsevern og kommunale helse- og omsorgstjenester.

Egenandeler

Nærmest alle statsbudsjetter de siste ti årene har innført økninger i egenandelene for å oppsøke helsetjenesten. Økningene er ikke helsepolitisk begrunnet, men gjøres snarere for å skape balanse i statsbudsjettet. For enkelte pasienter er egenandelene blitt så høye at de fungerer som en barriere for å oppsøke lege og få nødvendig helsehjelp. Det er ikke heldig med økning av egenandeler. Egenandeler rammer de med svak betalingsevne hardest, slik Legeforeningen har påpekt tidligere.

Rusbehandling

Rusreformen i 2004 la grunnlag for å styrke et helhetlig spesialisert tilbud til rusmiddelavhengige. Selv om det utføres mye bra arbeid i rusfeltet er det dessverre slik at ruspasienter flere steder tilbys spesialisthelsetjeneste kun på papiret. Det er derfor meget positivt at Helse- og omsorgsdepartementet i fjor presenterte en innholdsrik opptrappingsplan for rusfeltet og at det i år forslås bevilget 300 mill. kr til opptrappingsplanen, av hvilke 148 millioner til spesialisthelsetjenesten. Det er viktig at planen for kommende år også følges opp med årlige tilskudd, slik at igangsatte tiltak lar seg videreføre/fullføre. Det er videre positivt at både primær- og spesialisthelsetjeneste blir tilgodesett innenfor opptrappingsplanen. Legeforeningen vil spesielt understreke viktigheten av det første hovedmålet for opptrappingsplanen; å heve kvalitet og kompetanse på tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Skal ruspasientene reelt sett få

tilgang til spesialisthelsetjeneste må opptrappingsplanen føre til at man får flere leger, sykepleiere og psykologer, mer kompetanse og økt bruk av fagkompetanse i vurderinger innen tjenesten.

Spesialisthelsetjenesten

Under dette temaet ble foreningens synspunkter om finansieringsordningene for spesialisthelsetjenesten, lokalsykehus og desentralisert spesialisthelsetjeneste, avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten, etisk rekruttering av helsepersonell og pasientsikkerhet fremlagt.

Habilitering og rehabilitering

Legeforeningen ga uttrykk for støtte til Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering som ble lagt frem i forrige statsbudsjett. Det ble pekt på at det mangler spesialister og samtidig har helseforetakene foretatt kutt i antall senger og holdt utdanningsstillinger ledige. Det haster derfor med øremerkede midler for å få flere utdanningsstillinger både på gruppe 1 og gruppe 2 institusjoner. Videre understreket Legeforeningen at vellykket rehabilitering ikke bare gis i egne institusjoner, men må også være integrert i den vanlige spesialisthelsetjenesten.

Tilskudd forvaltet av Helsedirektoratet

Legeforeningen konsentrerte innspillet rundt tilskuddet til NOKLUS (Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus). For å bedre kvaliteten og sikkerheten på laboratorietjenesten i sykehjem, er tilskuddet til spredning av NOKLUS helt nødvendig. Deltakelse i NOKLUS gir sikrere diagnostisering og prøvetaking, reduserer antall unødvendige henvisninger og konsultasjoner til spesialisthelsetjenesten og minsker risikoen for feilbehandling. Legeforeningen pekte på at en videreføring av bevilgningen på samme nivå ville medføre at ingen nye sykehjem vil få tilbud om deltakelse i 2009.

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 forsvarlige 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. Med hensyn på spesialisthelsetjenesten ble det blant annet pekt på at det fortsatt er slik at mange pasienter som henvises til psykisk helsevern ikke møter psykiater eller psykologspesialist. Dermed blir det ikke gjennomført adekvat diagnostisk vurdering og utredning, noe som igjen fører til at mange pasienter får mangelfullt tilpassede og ofte unødvendig langvarige behandlingsopplegg. Videre er det flere steder uavklart hvor akutt psykisk syke – som ikke kan ivaretas i primærhelsetjenesten – kan få hjelp, og tilbudene har ofte for liten kapasitet. Kapasiteten bør økes, særlig i de større byene.

Kommunale pleie- og omsorgstjenester

Legeforeningen pekte på at det til tross for Regjeringens lovnader i omsorgsplanen, så synker det relative antallet sykehjemsplasser for de over 80 år. Statistikken viser at sykehjemsdekningen er redusert i perioden 1997-2007, og det finnes ikke tilgjengelig statistikk over hvor mange av dagens omsorgsboliger som gir tilbud om heldøgns pleie og omsorg. Legeforeningen stilte seg positiv til at en helhetlig prioritering skal sikre at kommuner med de største behovene innvilges tilskudd først, men skal målet om å bygge ut sykehjemstilbudet slik at 25 % av befolkningen som er 80 år eller eldre kan få plass nås, må det settes av langt større bevilgninger til dette formålet. Når det gjelder allmennlegetjenesten, så skaper den manglende kapasitetet kvalitetsproblemer og økte kostnader i hele helsetjenesten. Legeforeningen foreslo blant annet at det må foretas en nærmere kartlegging av dagens kapasitet innen allmennmedisin innen kommunale helsetjenester og at fastlegens rolle som lavterskeltilbud og koordinator må styrkes og videreutvikles.

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 høring i Helse- og omsorgskomiteen om

helse- og omsorgsministerens redegjørelse for den økonomiske situasjonen for landets foretak. Videre har Legeforeningen også deltatt i blant annet høring om en bedre svangerskapsomsorg, et tryggere fødetilbud og bedre oppfølging i barseltiden (Dokument nr. 8:106 (2007-2008) og standard for diabetesteam (Dokument nr. 8:71 (2007-2008)).

Som tidligere år arrangerte Legeforeningen i februar et helsepolitisk seminar for Stortingets helse- og omsorgskomite der temaene denne gangen bl.a. var omstilling og utvikling av sykehus med spesielt blikk på hovedstadsprosessen og legetjenester i kommunene med henblikk på fastlegeordningen og legevakt.

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 Helsedirektoratet

Legeforeningen har deltatt på flere møter og seminarer med Helse- og omsorgsdepartementet, Statens legemiddelverk og Helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid. Legeforeningen har også deltatt i møter med helseforvaltningen gjennom Akademikerne, blant annet med Kunnskapsdepartementet. Av større saker hvor Legeforeningens kompetanse har vært etterspurt er den varslede samhandlingsreformen, avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten, utvikling av allmennlegetjenesten, forskning og forskerutdanning, samt forebyggende og helsefremmende arbeid i forhold til tobakksbruk.

5.4.3 Prosjekter/rapporter/andre oppdrag

Legeforeningen har også i 2008 deltatt i det nasjonale prioriteringsprosjektet Riktigere prioritering i spesialisthelsetjenesten. Prosjektet har i 2008 utarbeidet ferdigstilt 15 veiledere og sendt nye 15 veiledere på høring. Prosjektet videreføres med fokus rettet mot implementering. Se også pkt. 5.1.1.

Nasjonalt meldingsløft

Helsedirektoratet lanserte våren programmet "Nasjonalt meldingsløft" på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Bakgrunnen ble opplyst å være at det tar lang tid å ta i bruk elektroniske samhandlingsløsninger, og gjennom et nasjonalt meldingsløft skal innsatsen styres bedre og bidra til sterkere trykk på utbredelsen av de eksisterende løsningene.

Programmet har følgende tre hovedområder

- utbredelse og samhandlingsarkitektur
- innføringsprosesser
- forvaltning og drift

Det opprettes regionale og lokale prosjekt for implementering av meldinger ved det enkelte helseforetak og understøttende prosjekt i regi av Norsk Helsenett og KITH. Legeforeningen ble invitert til å delta og gjennomføre et eget delprosjekt, kalt "ELIN-a", under meldingsløftet. (Se nærmere omtale av "ELIN-a" annet sted i årsmeldingen).

Legeforeningens sentralstyre har behandlet saken i flere møter, og har konkludert med at Legeforeningen ønsker å delta i gjennomføringen av meldingsløftet. Foreningen har overfor Helsedirektoratet understreket at foreningens rolle vil være å bidra med erfaring og kompetanse som representant for brukere av IKT-løsninger.

Legeforeningen har videre presisert at foreningen ikke kan opptre som part på vegne av medlemmene, og således ikke kan forplikte medlemmene vedrørende anskaffelse og bruk av kommunikasjonsløsninger.

6 Legeforeningens organisasjon

6.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

Legeforeningen vil

- *arbeide for jevnere fordeling av kvinner og menn blant tillitsvalgte*
- *styrke de lokale tillitsvalgte og forbedre samarbeidet mellom sentralt og lokalt nivå i organisasjonen*
- *sikre tillitsvalgte nødvendig opplæring for å utføre vervet som tillitsvalgte med kompensasjon for tapt inntekt når de deltar på slik opplæring*
- *utrede hvordan Legeforeningen best kan ivareta næringsdrivende legers særskilte behov*
- *oppretholde en høy organisasjonsoppslutning*
- *styrke de fagmedisinske foreningenes rolle i beslutningsprosessene i foreningen*
- *utvikle foreningens servicetjenester til avdelingene i tråd med behov og kapasitet*
- *styrke foreningens og medlemmenes engasjement i internasjonale helsespørsmål*
- *fortsatt styrke hovedforeningens egenkapital*

6.1.1 Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg er et fast rådgivende utvalg oppnevnt av sentralstyret. For perioden 1.1.2008 – 31.12.2011 består utvalget av følgende medlemmer: Øystein Melbø Christiansen (leder), Jørn R. Nissen-Meyer, Pernille Nylehn, Anne Bente Spenning og varamedlem Finn Nilsson. Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat er sekretær for utvalget.

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 støttekollegene som ledd i dette arbeidet. I tillegg er utvalget representert ved felles årlige møter i de nordiske legeforeninger – sist i Helsinki 12.5. 2008. Det er per i dag avdelingsrådgivere i alle fylker bortsett fra i to, samt i gjennomsnitt fire støttekolleger i hvert fylke.

Lege-for-lege ordningen synes å ha fått mindre betydning etter at fastlegereformen ble innført. Utvalget har tatt initiativ til en evaluering av ordningen, og rapport om dette vil ventelig være klar i 2009.

I løpet av 2008 har utvalget arbeidet mye med å markedsføre hvilke kollegiale støttetilbud Legeforeningen har. Tilbudet annonseres jevnlig i Tidsskriftet. Hjemmesidene er videre blitt mer tilgjengelige.

Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad kunne i november 2008 feire tiårsjubileum for inngåelsen av samarbeidsavtalen mellom Legeforeningen og Villa Sana. I løpet av disse 10 årene har 1 300 leger benyttet tilbudet om veiledning eller kurs.

Forøvrig har utvalget vært opptatt av veiledningens rolle under spesialistutdanningen av leger. Utvalgets synspunkter har blitt forelagt spesialitetsrådet, som på denne bakgrunn har bestemt at veiledning skal gjøres til en av de viktige sakene på det årlige seminaret om spesialistutdanning som arrangeres på Soria Moria i mai 2009.

Alle 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. 2008 var ca. 22 445 leger i Norge, inkludert pensjonister. 21 672 av disse var medlemmer av Legeforeningen (kfr punkt 6.2.3). I tillegg kommer 371 legemedlemmer som ikke var i Norge. Dette betyr at 96,6 % av alle leger i Norge er medlemmer av Legeforeningen. Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er stabil eller 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 annen offentlig statistikk. Dermed blir det også en viss usikkerhet om Legeforeningens medlemsoppslutning regnet som andel av leger i Norge.

Av de ca. 22 445 legene i Norge per 31.12. 2008 var det 98,3 % medlemmer blant godkjente spesialister, mot 94,4 % blant ikke-spesialister. Blant norske statsborgere er 97,9 % medlemmer, mot 89,1 % blant utenlandske statsborgere. De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer har økt mest blant utenlandske statsborgere, og dette er også tilfellet for utviklingen det siste året.

Blant medisinstudenter er andelen adskillig lavere enn blant leger i Norge, ca. 77 % medlemmer blant

medisinstudenter i Norge, og ca. 38 % blant medisinstudenter i utlandet. Andelen medlemmer ser fortsatt ut til å være høyest blant medisinstudenter ved NTNU i Trondheim. Sammenliknet med situasjonen for noen år siden ser det ut til at andelen medlemmer er omtrent uendret blant medisinstudenter i Norge, mens andelen medlemmer er redusert blant medisinstudenter i utlandet. Det siste året derimot har det vært litt nedgang i antallet medlemmer blant medisinstudenter i Norge, mens det har vært en minimal økning blant medisinstudenter i utlandet.

6.2 Hovedforeningen

6.2.1 Legeforeningens lover

Det er i løpet av året foretatt noen endringer i lovene. I lovenes § 3-3-3, 4. ledd nr. 3 ble det vedtatt et tillegg som presiserer at alle ordinære medlemmer av de fagmedisinske foreninger er valgbare til alle verv i foreningen – også medlemmer som ikke er spesialist.

Tallfestingen av antall helseregioner i § 3-3-3, 4. ledd nr. 2 og nr 3 utgår.

Ved konstitueringen av landsstyremøtet 2008 ble det påpekt at det per 1.9. 2007 ikke var valgt et landsstyre som var sammensatt i henhold til Legeforeningens lover § 3-6-4, 6. ledd, hvor det fremgår at leger i spesialisering skal være forholdsmessig representert blant de 20 landsstyrerepresentantene som velges fra de fagmedisinske foreninger. Landsstyret vedtok at sentralstyret skulle forberede en midlertidig lovendring som i inneværende periode skulle sikre representasjon av leger i spesialisering ved at antall representanter fra de fagmedisinske foreningene ble øket til 22. Slik lovendring ble vedtatt ved avstemning på Questback blant landsstyrets medlemmer. Sentralstyret nedsatte også en arbeidsgruppe som skulle utrede varige lovendringer som kan sikre representasjonen i fremtiden. Lovforslaget er sendt på høring for behandling i landsstyret i 2009.

6.2.2 Organisasjonsplan

Planen viser Legeforeningens organisasjon slik den fremstår ved utløpet av 2008.



6.2.3 Medlemstall

Per 31.12. 2008 var antallet medlemmer 25 731, hvorav 3 688 studentmedlemmer (kfr punkt 6.1.2). Fra 1.1.- 31.12. 2008 er 102 medlemmer avgått ved døden (registrerte per 2.2. 2009).

Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2009 per 1. januar:

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
2008	21 337	3 786
2009	22 043	3 688

6.2.4 Landsstyret

Landsstyremøte ble avholdt 20.-22.5. 2008 på Soria Moria i samarbeid med Akershus legeforening.

Fra 1.9. 2007 har landsstyret 134 representanter. Landsstyret vedtok per 1.10. 2008, ved avstemning på Questback, å utvide landsstyret i inneværende periode med to representanter som velges av de fagmedisinske foreninger blant leger i spesialisering. Landsstyret vil etter dette ha 136 representanter frem til 31.8. 2009.

Protokoll fra landsstyremøtet 2008 er offentliggjort på nettsidene.

6.2.5 Sentralstyret

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: Cecilie Risøe, Ernst Kaare Horgen og Mads Alexander Sabel.

Visepresident Bård Lilleeng trakk seg fra vervet 5.12. 2008. Cecilie Risøe rykket deretter opp som nytt fast sentralstyremedlem. Arne L. Refsum ble i sentralstyrets møte 19.1. 2009 valgt som visepresident for resten av landsstyreperioden.

Sentralstyret har i 2008 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 369 saker. Det har vært avholdt lederseminar med representanter for lokalforeninger, yrkesforeninger, de fagmedisinske foreningene, Norsk medisinstudentforening, Eldre lægers forening og regionsutvalgene. Det har også vært avholdt et fellesmøte med Rådet for legeetikk.

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

6.2.6 Lokalforeningene

Foreningen har i alt 19 lokalforeninger som hver organiserer medlemmene i de respektive fylker. Det er varierende aktivitet i lokalforeningene, men sentralstyret konstaterer at flere driver svært aktivt.

6.2.7 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)

6.2.8 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2008 hadde de 44 fagmedisinske foreningene til sammen 20 694 medlemskap, inkludert dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening og 885 assosierte medlemskap. To av de assosierte medlemskapene gjelder leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen og sju av de assosierte medlemskapene gjelder ikke-leger.

6.2.9 Norsk medisinstudentforening

Norsk medisinstudentforening hadde ved årsskiftet 3 688 medlemmer (kfr punkt 6.2.4), hvorav 905 som studerer medisin ved utenlandske universiteter (kfr punkt 6.1.2). Styret består av leder, nestleder med internasjonalt ansvar og fem styremedlemmer, ett fra hvert av de norske universitetene og ett fra utenlandsstudentene.

6.2.10 Regionsutvalgene

Legeforeningen har regionsutvalg i hvert av landets fire helseregioner. I 2008 har Regionsutvalg Nord vært ledet av Torstein Foss og Kirsten Toft, Regionsutvalg Midt-Norge av Randulf Søberg, Regionsutvalg Vest av Sigrun Solberg og Regionsutvalg Sør-Øst av Bodil Aasvang Olsen. Aktiviteten i regionsutvalgene har vært høy i 2008. Det har vært felles møteplasser for representanter fra regionsutvalgene blant annet på lederseminaret og Hurtigruteseminaret i 2008.

6.2.11 Spesialforeningene

Legeforeningen har ved utløpet av 2008 i alt 20 spesialforeninger:

1. Eldre lægers forening
2. Forening for norske leger i utlandet
3. Medisinsk forening for intellektuell (psykisk) utviklingshemning og habilitering
4. Norsk flymedisinsk forening
5. Norsk forening for allergologi og immunpatologi
6. Norsk forening for håndkirurgi
7. Norsk forening for intervensjonsradiologi
8. Norsk forening for leger i legemiddelindustrien
9. Norsk forening for maritim medisin
10. Norsk forening for palliativ medisin
11. Norsk forening for pediatrik radiologi
12. Norsk forening for reumakirurgi
13. Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
14. Norsk forening for smertemedisin
15. Norsk forening for traumatologi, akutt- og katastrofemedisin (Notak)
16. Norsk idrettsmedisinsk forening
17. Norsk militærmedisinsk forening
18. Norsk nevroradiologisk forening
19. Norsk selskap for craniofacial kirurgi
20. Norsk trygdemedisinsk forening

6.2.12 Råd og utvalg

Legeforeningen har i tillegg til organisasjonsleddene ovenfor i alt ca. 40 faste råd og utvalg. Flere av disse er omtalt annet sted i årsmeldingen.

Utvalg for internasjonal helse

Utvalget har bestått av Hilde Engjom (leder), Berit Austveg, Gunnar Kvåle, Jannicke Mellin-Olsen, Terje Vestheim og Knut Wester. Utvalget har i perioden hatt fire møter. I forbindelse med møtene har det vært avholdt to miniseminarer for utvalgets medlemmer og interesserte fra sekretariatet og sentralstyre. Formålet var for å orientere seg om Norges engasjement i rekruttering av helsepersonell og styrking av helsetjenester i lavinntektsland.

Det første seminaret, som ble holdt 31.3. 2008, tok opp den globale helsepersonellkrisen og rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland. Hensikten med seminaret var å belyse ulike sider ved helsepersonellkrisen og tiltak som kan settes i verk for å redusere helsepersonellmangel i lavinntektsland. Innlederne hadde personlig erfaring med oppbygging av helsetjenester og legeforeningsarbeid i lavinntektsland. Videre informerte NORAD og Helsedirektoratet om norsk politikk på området. Innspill ble tatt med i det videre arbeidet med et policynotat om temaet

Det andre seminaret ble holdt 18.11. 2008. Utvalget inviterte representanter fra Fredskorpset og Norad for å orientere om Esther og norske visjoner for utdanningssamarbeid innen bistand.

Utenriksdepartementet, med Fredskorpset som utfører, planlegger å etablere en mekanisme for samarbeid mellom norske foretak/helseinstitusjoner og tilsvarende institusjoner i land i sør, knyttet opp mot esthernettverket. Esther (Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau) er et fransk initiativ som har som formål å bedre tilgang til og kvalitet på helsetjenester for hiv/aidssyke i utviklingsland. Fra norsk side er målet å sikre at helserelatert utviklingssamarbeid mellom institusjoner i Norge og land i sør gis en større finansieringsmulighet og bedre kvalitetssikring enn i dag. Man vil fra norsk side fokusere bredere enn kun hiv/aids relatert helseomsorg. Norad åpnet for dialog rundt utdanning, samarbeid og håndtering av den globale helsepersonellkrisen. Utvalget har sendt brev til Fredskorpset om spesielle forhold knyttet til legegruppen.

Utvalget mente det var svært positivt at myndighetene åpner for å støtte samarbeid mellom helseinstitusjoner i Norge og helseinstitusjoner i lavinntektsland og at programmet vektlegger en helhetlig helsetjeneste. Utvalget vil følge opp og se på muligheter for hvordan norske medisinske miljøer kan bidra i denne typen prosjekter.

Policydokument

Utvalget har utarbeidet et forslag til policydokument om rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland. Dokumentet er behandlet i sentralstyret som har sendt det på høring til underforeningene. Dokumentet ble omtalt i Legeforeningens tidsskrift i desember. Dokumentet vil bli ferdigstilt tidlig i 2009.

Spørreundersøkelse blant underforeningene

Utvalget har gjennomført en spørreundersøkelse blant de fagmedisinske foreningene om deres engasjement i helsefremmende arbeid internasjonalt, avgrenset til lavinntektsland. Få foreninger svarte noe som kan tyde på lite engasjement, samtidig kjenner utvalget via andre kanaler til at engasjementet blant norske leger er større enn man får frem i denne undersøkelsen.

For å engasjere foreningene vil utvalget legge vekt på en nærmere dialog med Legeforeningens ulike underavdelinger om aktuelle temaer. I dette arbeidet vil utvalget søke å bruke de møteplassene som er aktuelle i Legeforeningen.

Deltakelse på konferanser

Hilde Engjom deltok på konferansen Reproductive Health holdt på Granavolden 27. - 29.8. 2008.

<http://www.med.uio.no/iasam/inthel/english/rephealthconf>

Hilde Engjom deltok på forskingskonferansen Global Health – Research for Improved Implementation, som ble holdt i Bergen 30. - 31.10. 2008

Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden hatt disse medlemmene: Eline Thorleifsson (leder), Arnstein Grøtting, Toralf Hasvold, Barbro Kvaal og Arvid Nedal. Utvalget har hatt fire møter.

Samarbeid med den kinesiske psykiatriforening

Utvalget arrangerte i samarbeid med den kinesiske psykiatriforening et seminar om pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk i psykiatrien i Harbin 23. og 24.4. 2008. Samarbeidet har pågått siden 2003. Fra Legeforeningen deltok President Torunn Janbu og fra utvalget Eline Thorleifsson, Arvid Nedal og Bjørn Oscar Hoftvedt.

I forbindelse med turen hadde den norske ambassaden ved Werner Christie organisert besøk til Den kinesiske legeforening og til China Health Economics Institute, som er en av flere institusjoner som arbeider med reformering av det kinesiske helsevesen.

Se Janbu T. *Kina reformerer helsevesenet*. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128:1320

Myndighetenes rundebordskonferanse om menneskerettigheter med Kina

Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet. Lederen og sekretæren deltok på Utenriksdepartementets rundebordskonferansen om menneskerettigheter med Kina i Beijing 30. og 31.10. 2008.

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 i de to byene. Utvalget sendte søknad til UD om fortsatt støtte til prosjektet i januar. Søknaden er fortsatt til behandling i departementet.

Prosjekt i Sør-Kaukasus – samarbeid med legeforeningene i Georgia og Armenia

Universitetet i Tromsø og Legeforeningen ved blant annet allmennlegeforeningene, søkte Utenriksdepartementet om støtte til et prosjekt i Armenia og Georgia for å styrke de allmennmedisinske foreningene i de to landene og utdanne veiledere i allmennmedisin. Det menneskerettslige aspektet ved prosjektet er at en bedre primærhelsetjeneste vil bidra til å oppfylle befolkningens rett til helse. Søknaden ble avslått, men det vil bli sendt ny søknad i 2009.

Helseattester i forbindelse med soningsforhold for innsatte i norske fengsler

Utvalget hadde mottatt en henvendelse fra en fengselslege som ønsket at utvalget skulle vurdere behovet for en presisering av fengselshelsetjenestens uavhengighet i forhold til fengselsledelsen og om praksis var i tråd med internasjonale regler for helsetjeneste for innsatte. Han hadde erfart at helseattester hadde blitt avvist av fengselslederen. Dette hadde skapt konflikt mellom ham og fengselsledelsen. Utvalget utarbeidet en uttalelse som ble oversendt Legeforeningen.

Henvendelse fra en rådgivningsgruppe om medisin og menneskerettigheter og asyltilværelsen – ønske om kontakt og samarbeid

Utvalget hadde fått oversendt et materiale om menneskerettighetssituasjonen for personer som oppholder seg i asylmottak, informasjon om tre leger som hadde fått avslag på sine asylsøknader og en invitasjon til en konferanse om asylsøkere fra en gruppe som engasjerer seg i arbeidet for flyktninger. Gruppen ønsket at Legeforeningen skulle engasjere seg i de tre asylsakene, og den inviterte Legeforeningen til dialog og samarbeid. Utvalget utarbeidet en uttalelse som dannet grunnlag for et brev underskrevet av presidenten.

Visible human project

Dødsdømte Joseph Paul Jernigan ga før henrettelsen samtykke til å donere kroppen sin til medisinsk forskning. Etter at henrettelsen var fullbyrdet, ble kroppen delt opp i 1 878 millimeter tykke skiver og digitalt fotografert. Materialet ble gjort tilgjengelig på Internett gjennom The National Library of Medicine.

Rådet for legeetikk hadde mottatt en henvendelse fra en norsk forsker som var blitt invitert til et forskningsprosjekt der dette materialet skulle brukes. Han ville ha en avklaring på om det var forskningsetisk å delta i dette prosjektet. Rådet for legeetikk hadde bedt menneskerettighetsutvalget vurdere saken.

Verdens legeforening har vedtatt at leger ikke skal delta i noen trinn i gjennomføringen av en henrettelse. Retten til liv er en menneskerett og nedfelt i artikkel tre i FNs verdenserklæring om menneskerettigheter. Menneskerettighetsutvalget mente at bruk av materiale fra henrettede strider både mot legeetikken og menneskerettighetene og anbefalte at legen ikke skulle delta i prosjektet.

Fengslet indisk lege

Utvalget hadde mottatt en henvendelse fra menneskerettighetsutvalget i Det Norske Videnskaps-Akademi om en fengslet indisk lege. Legen er anklaget for å ha samarbeidet med en maoistorganisasjon om voldelige aksjoner. Han var fengslet nesten ett år før saken mot han kom opp. Utvalget har sjekket flere kilder og alle bekrefter materialet som er oversendt fra menneskerettighetsutvalget i Videnskaps-Akademiet. Utvalget vedtok å be Legeforeningen sende brev til den indiske legeforening med anmodning at den følger opp saken over for Dr. Sen.

Helsepersonell hindres tilgang til de palestinske områdene

Utvalget mottok via presidenten en e-post om at 120 deltakere ble nektet innreise av israelske myndigheter til Gaza for å delta på en kongress om psykologiske og sosiale følger av blokaden av Gaza. Israelske myndigheter hadde også nektet palestinsk helsepersonell fra Vestbredden å komme inn i Jerusalem fra annet enn en port som ligger ved Ramallah. Dette gjør adkomsten til det Palestinske Universitetssykehuset i Jerusalem, svært vanskelig.

Utvalget anbefalte Legeforeningen å skrive et brev til den israelske legeforening og be den undersøke disse forholdene og eventuelt ta dette opp med sine myndigheter.

Nasjonal konferanse om tvang i psykiatrien

Konferansen ble avholdt ved Sanderud sykehus 27. – 28.11. 2008. Utvalget deltok på konferansen med Eline Thorleifsson, Arnstein Grøtting, Arvid Nedal og Bjørn Oscar Hoftvedt.

Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling

Etter initiativ fra Allmennlegeforeningen (AF), Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Norsk samfunnsmedisinsk forening (NORSAM) og foreningen for leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) opprettet sentralstyret i juni 2007 Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling. Av forskjellige grunner tok det lang tid før utvalget var fulltallig, og det første møtet fant sted i februar 2008.

Sentralstyret behandlet utvalgets forslag til mandat, hvor det bl.a. heter: *"Hovedoppgaven for utvalget er å bidra til at erfaringene og resultatene fra ELIN-prosjektet videreføres, spesielt utviklingen av tjenlig programvare og kvalitetssikringen rundt denne"* og videre: *"Utvalget skal ha spesiell oppmerksomhet på allmennlegenes og avtalespesialistenes behov for en instans, en "ELIN-a (allmennlege/avtalespesialist)", ettersom det ikke er noe særskilt organ i kommuner eller helseforetak som målbærer disse gruppenes behov. Foruten å bidra til å videreføre resultater og erfaringer fra ELIN-prosjektet kan utvalget gi råd til sentralstyret vedrørende generelle spørsmål omkring IKT i helsesektoren."*

Utvalget har representanter fra ovennevnte organisasjonsledd og fra Overlegeforeningen, Yngre legers forening og Praktiserende Spesialisters Landsforening. Ved utgangen av 2008 hadde utvalget følgende medlemmer: Ola Jøsendal (leder), Roger Bjugn, Kjartan Olafsson, Aud Nome Dueland, Trine Bjørner, og Eirik Arnesen.

Pasientsikkerhetsutvalget

Legeforeningens rådgivende utvalg for å arbeide med pasientsikkerhetsspørsmål har følgende mandat: *Utvalget skal rådggi sentralstyret i arbeidet med pasientsikkerhet, herunder foreslå strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen.*

Utvalget har hatt følgende medlemmer i 2008: Ellen Tveter Deilkås (leder), Tor Carlsen, Inger Lise Fjellanger, Gunnar Andersen, Hege Gjessing (til 22.10. 2008) og Børre Fevang (fra 22.10. 2008). Utvalget hadde fire regulære møter og ett telefonmøte i 2008.

Pasientsikkerhetsutvalget har på oppdrag fra sentralstyret utarbeidet forslag til Legeforeningens handlingsprogram for pasientsikkerhet. Sentralstyret vedtok forslaget i april 2008. Utvalget arbeider videre med å konkretisere og omsette forslagene i praksis.

Utvalget var medarrangør av Nasjonal konferanse om pasientsikkerhet på Rikshospitalet 10. september og kurs i pasientsikkerhet i Kunnskapssenteret 27. november. To medlemmer av utvalget deltok på The National Forum on Quality Improvement in Health Care i desember.

Psykoteraپیutvalget

Psykoteraپیutvalget 2006 - 09: Elisabeth Tjora (leder), Bente Øvensen, Petter H. Knutsen, Kirsten Magerøy, Grazyna Banach, Bjørn Ravneberg og Astrid Birkenæs.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst tre års godkjent veiledning i psykoteraپی. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykoteraپیiske 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.

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 til 2009. Spesialitetskomiteen i bryst- og endokrinkirurgi er oppnevnt for perioden 8.12. 2006 til 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 bryst- og endokrinkirurgi er oppnevnt etter forslag fra Norsk kirurgisk forening.

Det er et omfattende, uhonorert dugnadsarbeid som utføres av 220 medlemmer av de 44 spesialitetskomiteene. I enkelte spesialitetskomiteer er saksmengden så omfattende at de tre vararepresentantene trekkes inn i saksbehandlingen. Det vil si at det er opptil 350 leger som utfører et stort, gratis arbeid for det norske samfunn i spesialitetskomiteene.

Arbeidet i den enkelte komité er naturlig nok varierende, alt fra de store spesialitetene som kan ha 85 utdanningsinstitusjoner å vurdere, til de som kun har to institusjoner. Det varierer fra allmennmedisin hvor det godkjennes 150 nye spesialister per år, samt over 400 regodkjenninger per år, eller indremedisin og psykiatri som godkjenner nærmere 100 nye spesialister hvert år, og ned til spesialiteter hvor det godkjennes én ny spesialist per år.

I 2008 ble det gitt 998 nye spesialistgodkjenninger og 454 regodkjenninger i allmennmedisin. I tillegg til disse 1 452 sakene som førte til godkjenning, ble det behandlet en rekke søknader fra leger om godkjenning av helt eller delvis gjennomført spesialistutdanning, avklaring om utdanning, kurs, vurdering av utenlandsk tjeneste mv. Anslagsvis behandles det per år ca. 3 000 søknader fra leger med avklaring av utdanningsforløp inklusive søknader som fører til spesialistgodkjenning.

I tillegg vurderer spesialitetskomiteene hvert år rapporter fra ca. 850 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner), og hvert år gjennomføres ca. 130 besøk av spesialitetskomiteen på de godkjente utdanningsinstitusjonene. Per år behandles også i gjennomsnitt 25-30 søknader om godkjenning av nye utdanningsinstitusjoner fra sykehusavdelingene, dvs. avdelinger fordelt på de aktuelle 43 spesialitetene. Dette er ofte omfattende saksbehandling for de respektive spesialitetskomiteene.

Hvert år vurderes ca. 650 søknader om godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisinenes utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføringen av spesialistutdanningen.

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), 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) frem til 30.6. 2008, Ole Bjørn Herland (vara) frem til 30.6. 2008, Torgeir Løvig (observatør) fra 26.8 2008, Helsedirektoratet, Norvald Langeland frem til 26.8. 2008, Guro Birkeland fra 26.8. 2008, 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 Helsedirektoratet.

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

Rådet har i 2008 hatt seks møter og behandlet 89 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 oppnevnt en arbeidsgruppe til å utarbeide forslag til spesialitetsrådets uttalelse om *Utredning om spesialistutdanningen av leger 2007*. Arbeidsgruppen besto av: Kjell Nordby (leder), Ingrid Os og Norvald Langeland.

Det er utarbeidet en årsrapport for 2008 som er lagt ut på Legeforeningens nettsider.

Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Sjur Lehmann (leder), Inge Glambek, Jørn Kippersund, Barbro Kvaal, Anders Nordby, Kristina Halvorsen, Ingebjørn Bleie, Toralf Hasvold. Varamedlemmer: Kari Sollien Øfstaas, Lars-Henrik Mariero, Inger Kristin Aase, E. Andreas Steinsvik, Svein Zander Bratland, Britt Ingjerd Nesheim.

Turnusrådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 48 saker. Møtene i turnusrådet har også blitt avholdt i tilknytning til besøk ved sykehus og allmennlegepraksiser med turnuslege. Det har blitt gjennomført besøk ved to sykehus og tre allmennlegepraksiser. I forkant av besøkene får turnuslegene utsendt 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 den rapporten turnusrådet lager om stedet. Disse rapportene har til nå vært formulert som møtereferater, og som sådan ikke dannet grunnlag for videre statistikk eller skjematisk evaluering. Rapportene har heller ikke blitt publisert eller 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, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir) om turnus generelt, forslag om midlertidig lisens for medisinske kandidater/leger fra EØS land uten gjennomført turnustjeneste, prøveordning med tre måneders obligatorisk psykiatri i sykehus og i forhold til direktoratets nye gjennomgang av turnustjenesten som skal foreligge senhøstes 2009.

Turnusrådet har fortsatt engasjement omkring situasjonen ved Helgelandssykehuset, Mosjøen HF pga. mangel på adekvat akuttkirurgisk turnustjeneste ved dette sykehuset. Legeforeningen har gjentatte ganger signalisert at den ikke kan akseptere det kirurgiske akuttilbudet som fullverdig, og som ikke er i tråd med kravene til turnustjenestens innhold.

I januar 2008 fikk turnusrådet i oppdrag av sentralstyret å utarbeide et grunnlagsdokument om turnus. Oppdraget ble sett i sammenheng med den da pågående utredning om turnustjenesten i Helsedirektoratet. Turnusrådet har arbeidet med en samlet drøftelse av turnusordningen i 2008. Dette har skjedd parallelt med Legeforeningens arbeid i forbindelse med direktoratets forslag. Hensikten med dokumentet har vært å både oppdatere og forberede sentralstyret på å møte myndighetenes utspill og forslag til eventuelle endringer, samt å utarbeide Legeforeningens standpunkter til om det fortsatt er ønskelig med en turnustjeneste / praktisk tjeneste etter grunnutdanning for å oppnå autorisasjon som lege i Norge.

Oppdrag til turnusrådet 2008

Sentralstyret fattet slikt vedtak: *Sentralstyret ber turnusrådet, med utgangspunkt i rådets tidligere utredning om "Kvalitet i turnustjenesten – strategier og tiltak" av september 2007, å utarbeide et utkast til grunnlagsdokument om turnustjenesten med beskrivelse av problemområdene og forslag til løsninger i løpet av våren 2008. Utkast til dokument oversendes sentralstyret for videre behandling.* Med bakgrunn i notatet vil det bli utarbeidet et grunnlagsdokument som kan gi bakgrunn for å arrangere et seminar i regi av Legeforeningen

Et første utkast til grunnlagsdokument ble presentert for sentralstyret i juni 2008. Rapporten har senere

blitt bearbeidet, og dannet grunnlag for diskusjonsseminaret med relevante organisasjonsledd på Soria Moria den 20.10. 2008.

Rådet la frem sitt endelige utkast til ordning for den praktiske tjenesten i sentralstyrets møte i desember 2008. Utkastet var i tråd med konklusjonene på Soria Moria, nemlig en avgrenset introduksjon til praktisk legearbeid etter cand. med. eksamen. Forslaget blir nå viderebearbeidet av sekretariatet, og det er planlagt at det vil foreligge et høringsdokument primo mars som vil sendes på høring til relevante organisasjonsledd i Legeforeningen.

Se også pkt. 3.2.1 om turnustjenesten

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 fire ordinære møter (ett avlyst) og behandlet 17 saker i 2008. Det har i tillegg vært avholdt ett møte i samarbeid med styret i Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) (utsatt og gjennomført 27.1. 2009).

Forskningsutvalget har blant annet bidratt med innspill til Omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst og har vært en referansegruppe for Legeforeningens Prosjekt forskning. Utvalget har virket rådgivende overfor alle arbeidsgruppene, og har spesielt bidratt med innspill knyttet til Legeforeningens kontakt med politikere i forhold til forskningspolitiske spørsmål. Forskningsutvalget ble delegert ansvar for utforming av hensikt, målgruppe og fremdriftsplan for en internasjonal forskningskonferanse i 2011. I tillegg har Forskningsutvalget hatt fokus på organiseringen av høyere utdanning i Norge med fokus på medisinsk forskning (Stjernø-utvalgets innstilling).

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole M Sejersted (leder), Per Hjortdahl (sekretær), Irene Hetlevik, Jana Midelfart Hoff, Tobias Schmidt Slørdahl, Anna Midelfart, Arne Sandvik, Anne Sameline Grimsgaard, Lars A. Akselen og Ole-Bjørn Tysnes.

6.2.13 Prosjekter/Annet

Arbeidsgruppe "Legeforeningen og ledelse"

Sentralstyret vedtok i sitt møte 14.11. 2007 å oppnevne en arbeidsgruppe for å utarbeide et forslag til Legeforeningens fremtidige plattform for ledelse i sykehus og kommunehelsetjenesten.

I sentralstyremøte 14.1. 2008 ble følgende medlemmer oppnevnt til arbeidsgruppen: Cecilie Risøe (leder), Norsk Overlegeforening, Anny Spydsaug, Norsk Overlegeforening, Einar Hysing, Norsk Overlegeforening, Karin Frydenberg og Odd Jarle Kvamme, Allmennlegeforeningen, Ola Jøsendal, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Eva Gerds, Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger, Ragnhild Øydna Støen, Yngre legers forening, Axel Lupton, Norsk medisinstudentforening, Sverre Uhlving og Jana Midelfart Hoff, fagmedisinske foreninger. Senere ble gruppen utvidet med en representant for Norsk psykiatrisk forening, Ellen Hagemo.

Arbeidsgruppen har hatt seks møter hvorav ett ble avholdt i tilslutning til et halvdags arbeidsseminar 14.4. 2008. Tema var ledelse av kunnskapsorganisasjoner og samhandling / teamarbeid. Innledninger ved professor Torger Reve, Handelshøyskolen BI og Johan Kaggstad ble etterfulgt av plenumsdiskusjon. Ledere av yrkesforeningene og medlemmer av Sentralstyret var invitert.

Utkast til rapport ble diskutert i sentralstyrets arbeidsmøte i september 2008. Etter videre bearbeiding på bakgrunn av muntlig tilbakemelding og justering av mandat, ble forslag til endelig rapport framlagt i sentralstyremøte 5.12. 2008. Sentralstyret vedtok å be sekretariatet om å utarbeide forslag til videre oppfølging.

"Frist meg inn i ledelse"

"Frist meg inn i ledelse" er et kurs på tre bolker for unge kvinnelige leger som har som formål å friste flere kvinner inn i ledelse. Kurset ble startet i 2005 som et pilotprosjekt med en styringsgruppe med deltakere fra Legeforeningens ledelse, Legeforeningens likestillingsutvalg, Helse Sør RHF og Helse Øst RHF. Det ble i 2008 utført en evaluering som konkluderte med at kurset bør fortsette.

Arbeidsgruppe "Godt Legevaksarbeid"

Landsstyret 2006 ba sentralstyret arbeide videre med faglige og organisatoriske retningslinjer for godt legevaksarbeid, og arbeide med å gjøre disse kjent. Det ble i sentralstyremøte 18.1. 2007 og 22.3. 2008

utviklet mandat og nedsatt en arbeidsgruppe med følgende medlemmer: Ola Jøsendal (leder), Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Ole Johan Bakke, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Kari Sollien, Allmennlegeforeningen, Helen Brandstorp, Norsk forening for allmennmedisin, Lars Nesje, Legeforeningens utvalg for prehospitalet akuttmedisin (nedlagt 1.1. 2008).

Arbeidsgruppen avla en foreløpig rapport behandlet i sentralstyret 13.2. 2008. I drøfting av innhold og forslag i sentralstyret kom det frem at man hadde behov for i videre utredning å få sterkere oppmerksomhet om faglige retningslinjer for utvikling av allmennlegevakt basert på bemannede vaktentraler og med interkommunalt samarbeid som overordnet føring. Etter møte mellom representanter for arbeidsgruppen og sentralstyret ble det utarbeidet et justert mandat, og arbeidsgruppen ble utvidet med to medlemmer.

Arbeidsgruppens omforente utkast til rapport basert på det justerte mandatet, ble fremlagt for sentralstyret 27.1. 2009. Sentralstyret vedtok å sende utkastet med enkelte endringer på høring til relevante organisasjonsledd. Revidert utkast etter høring vil bli lagt fram for sentralstyret i april møtet for beslutning om videre behandling.

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 og som ble avsluttet vinteren 2008.

På grunnlag av funksjonelle kravspesifikasjoner utviklet i prosjektet har ti programvareleverandører utviklet løsninger. Prosjektet har fått midler fra Helsedirektoratet, Innovasjon Norge (tidligere Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, SND), og fra Nasjonal IKT.

I løpet av prosjektperioden har prosjektet vært en verdifull kontaktskaper mellom leger og Legeforeningen på den ene siden og helseforetak, trykdeetat, apotek og øvrig kommunehelsetjeneste og pasienter på den andre siden. Prosjektet har bidratt til samarbeid og koordinering med andre relevante prosjekter i sektoren.

Prosjekt ELIN-a (allmennlege / avtalespesialist)

Dette er et delprosjekt under programmet "Nasjonalt meldingsløft", som ledes av Helsedirektoratet. Legeforeningen er prosjekt "eier".

ELIN-a forprosjekt skal legge til rette for utbredelse av programvareløsninger for helsefaglig kommunikasjon for legekantor i tråd med oppdatert samhandlingsarkitektur og IT-brukernes faglige og funksjonelle behov.

Prosjektet skal resultere i følgende leveranser:

- etablere krav til leverandører og kunder på legekantor som fullverdige samhandlingsaktører
- etablere krav til programvareløsning for tilbakerapportering av status for oppdatert programvare og teknisk plattform fra legekantor til leverandør
- etablere krav til programvareløsning for automatisk oppdatering av EPJ-versjon på legekantor
- vurdering av behov for opplæring og veiledning for elektronisk kommunikasjon på legekantor, herunder håndtering av avvik
- integrasjon og oppdatering av nasjonalt adresseregister
- avtalefeste godkjente prioriterte basismeldinger med ebXML (fra meldingsløftet)
- beskrive forslag til hvordan ELIN-a kan forankres hos Dnlfs medlemmer

Prosjektet forutsettes finansiert av Helsedirektoratet, Legeforeningen og Innovasjon Norge, og planlegges gjennomført i løpet av 2009.

Prosjekt ELIN sykmelding

Som et element i den nasjonale satsningen Inkluderende Arbeidsliv (IA) er det bevilget midler til et prosjekt som Legeforeningen skal gjennomføre for å utvikle en veileder for helsepersonell ved utfylling av sykmelding, slik at intensjonen med den nye sykmeldingsblanketten ivaretas.

Legeforeningen ønsker gjennom dette forprosjektet å tilrettelegge for utvikling av nye programvareløsninger for prosess-støttet utfylling av sykmeldingsblankett basert på en faglig funksjonell kravspesifikasjon som sikrer etterlevelse av intensjonene med den nye blanketten og ivaretar brukerkrav til arbeidsflyt. Kravspesifikasjonen skal utarbeides av en brukergruppe i samarbeid med en redaksjonsgruppe, en leverandørgruppe og prosjektledelsen.

Prosjektet vil legge vekt på at vurdering av restarbeidsevne i forhold til alternative arbeidsoppgaver alltid inngår som del av utfyllingen av skjemaet.

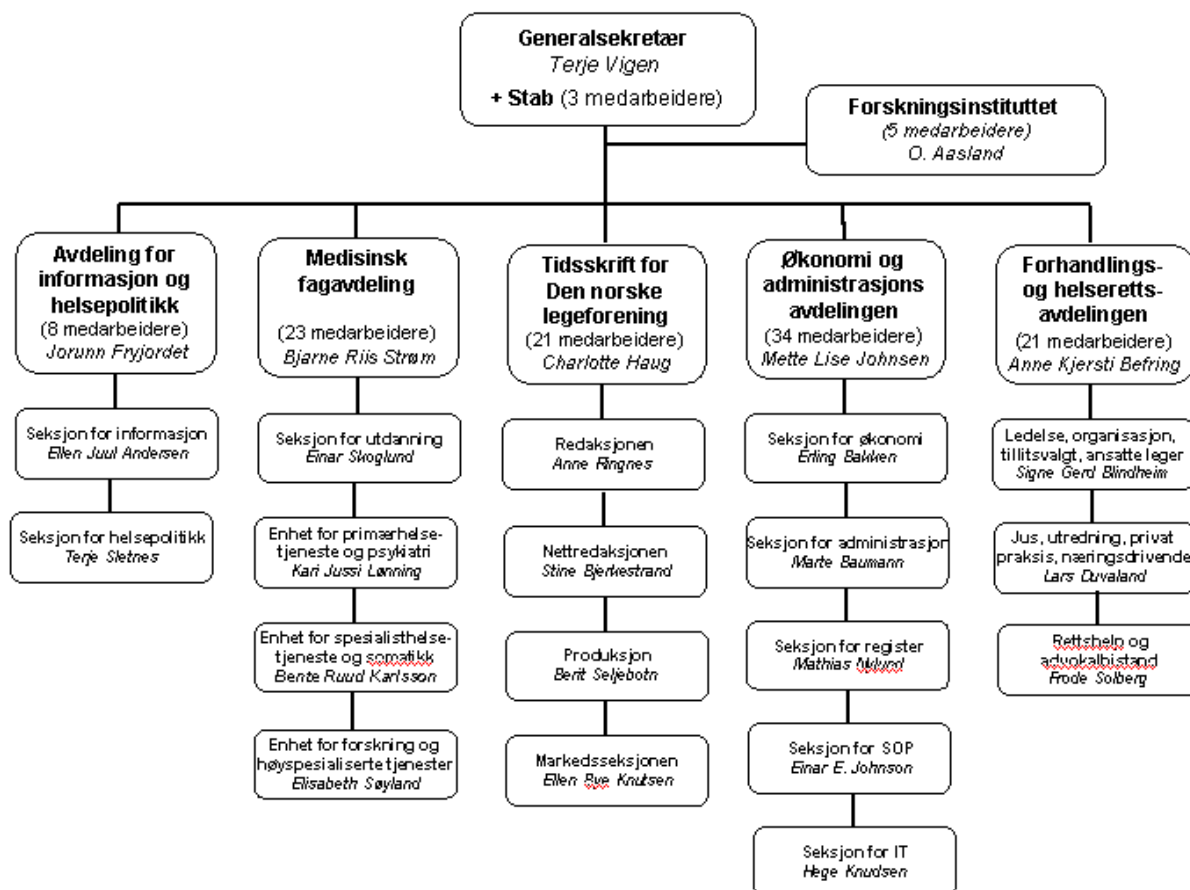
Initiativet til prosjektet kom fra Allmennlegeforeningen, og ble støttet av IA-koordineringsgruppen (under Arbeids- og inkluderingsdepartementet), hvor Akademikerne er representert.

Forprosjektet organiseres etter ELIN-prosjektmetoden, som tar utgangspunkt i BIT-programmet fra Innovasjon Norge, og planlegges gjennomført i løpet av 2009.

6.3 Sekretariatet

6.3.1 Organisasjonskart

Organisasjonskart Legeforeningens sekretariat per 31.12. 2008.



6.3.2 Organisering og bemanning

Per 31.12. 2008 var det 140 fast ansatte i sekretariatet inkludert veiledningskoordinatorer og koordinatorkontorene. I antall årsverk svarer dette til 123,0.

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 2008 totalt 4,95 % som er en reduksjon på 0,61 % -poeng fra 2007. Hovedårsaken til dette ligger i reduksjon i langtidsfraværet. Legeforeningen er en IA-bedrift.

I forbindelse med at generalsekretær Terje Vigen har nådd aldersgrensen, er Geir Riise ansatt som ny generalsekretær fra 1.3. 2009, etter en omfattende rekrutteringsprosess.

6.3.3 Informasjonsvirksomhet

Intern og ekstern informasjon

Sekretariatet har, sammen med øvrige avdelinger i sekretariatet, ansvar for å utarbeide både intern og ekstern informasjon. Det benyttes ulike kanaler for å nå målgruppene, som e-post og den nye kanalen "Min side" for å kommunisere til tillitsvalgte og medlemmer. Legeforeningens hjemmeside benyttes til å publisere standpunkter fra foreningen som det er nyttig at medlemmer, tillitsvalgte og andre interessegrupper har kunnskap om. Tidsskrift for Den norske legeforening når alle medlemmer med informasjon og formidler aktiviteten i foreningens ledelse og i de ulike organisasjonsledd. I tillegg produseres det brosjyrer og veiledere med informasjon til spesielle målgrupper, f.eks. deltakere på møter i fagmedisinske foreninger, yrkesforeningens medlemmer og tillitsvalgte. For å oppdatere sekretariatets ansatte benyttes intranett.

Sekretariatet mottar og formidler en rekke henvendelser fra presse, medlemmer og publikum. Legeforeningens nettsider er en viktig informasjonsbærer om Legeforeningen, og det vises i økende grad til informasjon som er tilgjengelig på nettsidene.

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. Det er også 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 som Legeforeningen er opptatt av, eller for å korrigere utspill og nyansere nyhetsbildet.

Aktuelt i foreningen

Det produseres også stoff til Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet. Målsettingen er å vise foreningens bredde og engasjement for å ivareta medlemmenes faglige, sosiale og økonomiske interesser. Sidene skal også speile engasjementet i foreningens ulike organisasjonsledd. Det produseres artikler om helsepolitisk stoff, reportasjer fra møter og konferanser i de ulike organisasjonsledd, intervjuer, o.l. Presidenten skriver leder til hver utgave. I 2008 er det etablert en egen side "Legeforeningen i mediene" som med kortfattet tekst og faksimiler fra avisoppslag viser hvordan Legeforeningen er synlig i mediene.

Visuell kommunikasjon

Legeforeningens nye kommunikasjonsprofil ble tatt i bruk 1.1. 2008. Målet med den nye kommunikasjonsprofilen er å markere avdelingenes tilhørighet til Legeforeningen. Foreningen har vært opptatt av å finne frem til et felles visuelt uttrykk. Den nye kommunikasjonsprofilen består av nye logoer, oppsett på brevark for ca. 100 organisasjonsledd, PowerPoint-maler for like mange, visittkort, brevark, penner, maler for hvordan grafisk materiale skal se ut m.m. Designkontoret Melkeveien har utarbeidet den nye kommunikasjonsprofilen i tett samarbeid med representanter fra yrkesforeningene, fylkesavdelingene, de fagmedisinske foreningene og fra sekretariatet.

Sekretariatet bistår både interne og eksterne organisasjonsledd og samarbeidspartnere med design av foldere, brosjyrer og profileringsmateriale. Avdelingen har også en viktig rolle når det gjelder visuell profil på landsstyremøtene, de årlige statusrapportene og annet trykt materiale. Den samme visuelle profilen benyttes i økende grad ved utsending av elektroniske nyhetsbrev.

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 og Prostatauken. 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.

Presseinformasjon for Tidsskriftet

Sekretariatet sender ut kortfattede pressemeldinger basert på tre-fem artikler i Tidsskriftet. I 2008 er det totalt sendt ut 70 pressemeldinger. I tillegg gis det ut en eller flere artikler eksklusivt til utvalgte medier. Pressemeldingene kan leses på www.tidsskriftet.no/?nota_id=476. De resulterte i nærmere 900 større eller mindre presseomtaler. Det har vært store oppslag, både førstesider og dobbeltsider, i de store

riksdekkende avisene, i en rekke mindre aviser, i magasiner og i etermediene som riksdekkende TV-medier som NRK og TV2, i tillegg til flere radiostasjoner, bl.a. NRK og P4. 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 det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen. Heftet *Legen og pressen. Gode råd om pressekontakt* som benyttes i dette arbeidet, oppdateres kontinuerlig. Heftet er tilgjengelig i elektronisk variant på www.legeforeningen.no/?id=47537

Medieberedskapsgruppen

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

Overvåking av mediebildet

Legeforeningen kjøper ekstern medieovervåking gjennom firmaet Retriever. Det utarbeides daglig en oversikt over de viktigste medieoppslagene "Dagens mediebilde" - der Legeforeningen, viktige helsepolitiske og helserelaterte problemstillinger omtales. Dagens mediebilde er i første rekke ment som et arbeidsverktøy for politisk ledelse slik at man raskt kan "komme på banen" i saker som er av betydning for foreningen.

Ekstern representasjon

Legeforeningen deltar i referansegrupper i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk, i tilknytning til massemedieutspill og kampanjer vedrørende tobakksarbeidet. Informasjonsseksjonen deltar i Akademikernes informasjonsnettverk sammen med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene. Viktige saker har vært forberedelser til Akademikernes konferanser, forhandlingsinformasjon og presserelasjoner. Under streiken ved Lovisenberg Diakonale Sykehus 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.

6.4 Forskningsinstituttet

6.4.1 Personale og finansiering

Instituttet har i 2008 hatt fem faste medarbeidere: to forskere – instituttleder og seniorforsker – og to sekretærer som deler en full stilling, samt en informasjonsrådgiver i redusert stilling. Frem til 30.4. 2008 hadde instituttet en forsker i engasjementstilling, og fra 1.5. 2008 har instituttet hatt en forsker som er finansiert med et postdoktorstipend. To av instituttets medarbeidere har i 2008 hatt 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. Instituttet har en rekke eksterne samarbeidspartnere, både nasjonalt og internasjonalt. Forskningsinstituttet deltar i prosjekter hvor det enten er vi selv eller andre forskningsmiljøer som tar initiativ til og følger opp datainnsamling og undersøkelser. Studiene er godkjent av vårt personvernombud, som er Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste.

Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no/lefo> der det blant annet finnes oversikt over alle publikasjoner. Nettsiden ble betydelig revidert og oppgradert i løpet av 2008, for

å fremstå mer tilgjengelig og brukervennlig. Bl.a. presenteres sammendrag og fulltekstversjoner av alle publikasjoner både på norsk og engelsk. Databasen inkluderer også samtlige innlegg på fjorårets konferanse om leger med problematferd (se nedenfor) og ytterligere informasjon om hva samarbeidet med eksterne forskningsmiljøer består i.

Det ble publisert 17 egne artikler i 2008. I tillegg ble doktorgradsavhandlingen til en av våre samarbeidspartnere, Ellen Melbye Langballes "Burnout in modern work life: Concept and consequences. Examined in different occupational groups in Norway", forsvart i april 2008. Data ble samlet inn av SSB og registrert og bearbeidet av Forskningsinstituttet. Avhandlingen ble forsvart ved Psykologisk institutt, Samfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo. Forskningsinstituttet sto i månedsskiftet januar/februar ansvarlig for en internasjonal konferanse: "Handling concerns about the performance of doctors". Konferansen samlet deltakere fra 11 land og ble arrangert i samarbeid med Statens helsetilsyn, Statens autorisasjonskontor for helsepersonell, Helsepersonellnemnda, Rådet for legeetikk, Universitetene i Oslo og Bergen, samt Helsedirektoratet. Konferansens hovedtema var ulike støttetiltak og behandlingsprogram som er utviklet, enten ved læresteder, i myndighetenes eller i profesjonsforeningenes regi. Representanter fra den britiske organisasjonen National Clinical Assessment Service (NCAS) og Vanderbilt University Medical Center, USA, delte sine erfaringer med å følge opp leger som fungerer dårlig i jobben. Med håp om at man kan se på et system for oppfølging også i Norge, er – og vil – konferansen bli fulgt opp videre, bl.a. med nettverksmøter og -kontakt både nasjonalt og internasjonalt (se nedenfor).

I løpet av 2008 har instituttets medarbeidere deltatt med innlegg på en rekke forskningskonferanser, samt at instituttleder har deltatt i program/planleggingskomiteer (bl.a. på konferansen "Doctors Health Matters – Finding the Balance" i London, november 2008). Videre har medarbeiderne bidratt fortløpende som fagfellevurderere i tidsskrifter, i redaksjonelt arbeid med bokutgivelser, og med redigering av nettsider til Legeforeningens underliggende organer – så som KOHO (Legeforeningens helse- og omsorgsutvalg). Instituttet bistår i et pågående doktorgradsarbeid/bokprosjekt om det norske spesialistregimet i et historisk perspektiv. Disse arbeidene videreføres i 2009.

Paneldata

Forskningsinstituttets referansepanel er instituttets viktigste datakilde. Panelet består av et tilfeldig utvalg leger som har mottatt i alt 11 spørreskjemaer siden 1993. For å sikre at bl.a. aldersfordelingen skal være representativ, også med yngre leger som har fått autorisasjon etter 2000, ble panelet supplert i juni 2008. Leger som blir pensjonister går automatisk ut av panelet og over i et pensjonistpanel. For tiden består panelet av 1 650 yrkesaktive leger.

Den siste spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut i oktober 2008. Den har hatt særlig tatt for seg arbeidsforhold og arbeidstid (herunder jobbtilfredshet, vakt- og bistillinger, permisjoner, supervisjon og veiledning) profesjonsetikk (herunder holdninger til kliniske retningslinjer, prioritering og egenansvar for sykdom samt betydningen av sosioøkonomiske forhold i pasientbehandlingen, administrative reaksjoner/pliktbrudd samt etiske vurderinger i akutsituasjoner), kartlegging av nettbruk og faglig oppdatering. Bearbeiding av data står for døren i 2009.

Bearbeiding av datainnsamlingen høsten 2007 fra vårt pensjonistpanel med 897 deltakere ble videreført i 2008. Hensikten er først og fremst å måle helse og livskvalitet, se hvem som fortsetter å jobbe, og ikke minst spørsmålet om fornyet lisens.

Undersøkelsene av de såkalte studentkohortene ble også videreført, dette i samarbeid med Avdeling for atferdsfag, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo. I 2008 sendte Avdeling for atferdsfag ut nye spørreskjemaer. Dette blir da femte bølge i denne unike kohorten.

Øvrige oppdrag/samarbeidsprosjekter, nasjonale

- Legeforeningens prosjekt "Utredning om spesialistutdanning av leger": Som del av prosjektet gjennomførte instituttet en spørreskjemaundersøkelse til alle 44 fagmedisinske foreninger, hvor de skulle vurdere virksomheten over en tiårsperiode (2007 – 17). Instituttet videreførte i fjor sin bistand til prosjektgruppen ledet av Frank Andersen, bl.a. bearbeidet dataene, skrev enkeltkapitler samt språkvasket rapporten – lagt frem som høringsutkast vinteren 2008.
- "Utbrenthet - begrep, forekomst, prosess og behandling": Prosjektet er initiert av Forskningsinstituttet, og hovedansvarlig er tidligere medarbeider Erik Falkum. Han samarbeider bl.a. med Ellen Melbye Langballe, Folkehelseinstituttet, og Siw Tone Innstrand, NTNU. Prosjektet er planlagt i fire faser, som også skal inkludere intervjuer. Det har hittil kommet en rekke publikasjoner (også i 2008, se doktorgradsarbeidet ovenfor), og flere er under arbeid.

- Evaluering av opplegget ved Villa Sana – Modum Bad: På oppdrag fra SOP (Sykehjelps og pensjonsordningen for leger) har Forskningsinstituttet hittil levert to rapporter om kurs- og rådgivningsvirksomheten ved Villa Sana. I forbindelse med videreføring av Villa Sana-tilbudet vedtok styret i SOP sommeren 2007 at tilbudet skulle gjøres permanent, under forutsetning av at Forskningsinstituttet regelmessig evaluerer virksomheten der. Det arbeides med videreføring av dette.
- Etter forespørsel fra generalsekretæren i Legeforeningen gjennomførte instituttet i februar/mars 2008 sin andre arbeidsmiljøundersøkelse blant alle ansatte i Legeforeningens sekretariat. Data ble bearbeidet og fremlagt i april.
- ”Prioritering i praksis”: To pågående studier i samarbeid med Rokkansenteret og Institutt for samfunnsmedisinske fag, Universitetet i Bergen.
- ”Individuelt ansvar og prioritering til helsetjenester”: Studie i samarbeid med Institutt for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo. Prosjektet utvides til å inkludere internasjonale teoretiske og empiriske bidrag i løpet av 2009. Fagmiljøer innenfor rettferdig fordeling og prioritering til helsetjenester i England, Danmark, Canada og Australia er foreløpige samarbeidspartnere.
- ”Dyreassisterte intervensjoner for voksne med psykiske lidelser: Kjennskap, holdninger og motivasjon blant behandlere”: Studie i samarbeid med Universitetet for miljø- og biovitenskap (UMB), Institutt for husdyr- og akvakulturvitenskap. Behandlergruppen i undersøkelsen omfatter et representativt utvalg psykiatere, allmennleger og psykologer.
- Kartlegging av intervensjoner ved alkoholrelaterte problemer og røykeslutt i allmennpraksis, i samarbeid med Statens institutt for rusmiddelforskning og Norsk forening for allmennmedisin. Undersøkelsen har to deler. Den første delen ble gjennomført i 2008 og er en spørreskjemaundersøkelse til et representativt utvalg av norske fastleger. Den andre delen vil være basert på gruppeintervjuer med fastleger.
- Evaluering av studiereformen Oslo96, på oppdrag fra Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo: I samarbeid med Studier av innovasjon, forskning og utdanning (NIFU STEP) og Senter for profesjonsstudier, Høgskolen i Oslo. Instituttet følger medisinstudenter fra siste årskull i Oslo som fullførte gammel studieordning i 2001, og andre årskull som fullførte Oslo96 i 2003. I tillegg inngår et årskull fra Universitetet i Bergen uteksaminert i 2003. Dette prosjektet varer etter planen til 2015.
- Forebygging av mentale helseproblemer hos fremtidige leger. En prospektiv kontrollert intervensjonsstudie av medisinstudenter ved Universitetet i Bergen (UiB), i samarbeid med Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen. Målet er å følge en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe over lang tid, med til sammen fem måletidspunkt. Prosjektet er planlagt å vare frem til 2013.
- Øvrige norske miljøer: Instituttet har flere pågående samarbeidsprosjekter om profesjonsetikk med tidligere medarbeider Reidun Førde, professor ved Seksjon for medisinsk etikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Legers sykelighet: Prosjektet innebærer videre bearbeiding av SOP-data og supplering med sykefraværdata fra NAV.

Internasjonalt samarbeid

- ”Career entry and turnover tendencies among medical graduates in European countries”: Prosjektet koordineres og finansieres fra Universitetet i Hamburg. Hovedmålet er å se på legekarrierer med særlig vekt på leger som forflytter seg internasjonalt. Gruppen består av forskere fra Norge, Spania, Storbritannia, Sveits, Sverige, Tyrkia, Tyskland og Østerrike. Det ble utarbeidet en foreløpig rapport og avholdt et felles møte i Hamburg i 2008. Det ble besluttet at det skal skrives en serie internasjonale artikler. Forskningsinstituttet skal bl.a. bidra med én artikkel om forholdene i Norge, og én om legemigrasjon i Europa.
- National Clinical Assessment Service (NCAS), British Medical Association (BMA): Forskningsinstituttet er aktiv deltaker og pådriver i et europeisk nettverk der alle som driver med lege-for-lege- og andre behandlingsprogram for leger utveksler erfaringer, bl.a. BMAs Doctors for doctors-program. Aktiviteten i 2008 ble intensivert etter legehelsekonferansen i London i november, bl.a. med etablering av elektroniske nettverk. Dette følges opp i 2009 ved at Forskningsinstituttet gjennomfører en questback-undersøkelse som skal kartlegge de europeiske legeforeningers hjelpe- og støttetiltak for leger med problemer.
- Øvrige internasjonale miljøer som instituttet har samarbeidet med i 2008 og som videreføres fortløpende: PAIMM (Barcelona, Spania), The Kettil Bruun Society for Social and Epidemiological Research on Alcohol m.fl..

6.5 Tidsskrift for Den norske legeforening

6.5.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er 10 medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker. Tidsskriftet er delt inn i seksjoner og følgende er seksjonssjefer: Medisinsk redaktør Erlend Hem, redaksjonssjef Anne Ringnes, markedssjef Ellen Bye Knutsen og nettrektør Stine Bjerkestrand.

Fra 2008 har redaksjonskomiteen bestått av Guri Rørtveit (leder), Annetine Staff, Lill-Tove Busund, Ola Dale, Baard-Christian Schem, Are Brean (1.1.-15.9. 2008), Karl Otto Nakken (fra 16.9. 2008), Terje Vigen og Marte Walstad.

280 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet.

Redaksjonen mottok i 2008 i overkant av 2 000 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 335 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserte i tillegg om lag 350 egne artikler. I juni ble det innført et nytt redaksjonelt elektronisk manussystem, Manuscript Central, for behandling av manuskripter.

6.5.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 2 936 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 707 sider og andre annonser 398 sider. I tillegg kommer to løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2007 publisert 3 360 sider, hvorav ledige stillinger 868 sider og andre annonser 524 sider. I tillegg var det 14 løse (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er nå 25 400 eksemplarer (desember 2008).

Antall publiserte sider er de siste årene redusert, bl.a. som følge av strengere faglig kvalitetskontroll. Dette innebærer at flere manus blir refusert og at manusene som publiseres, har gjennomgått mer omfattende bearbeiding og pedagogisk tilrettelegging, herunder vektlegging av kortere artikler og at tilleggselementer til artiklene publiseres i Tidsskriftets nettutgave.

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 2008 ble det utgitt temahefte om hiv/aids og hjerneslag i skriftserien.

6.5.3 Min side, Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider

Nettrektorsjonen arbeider med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets Internettsider og Medlemsportalen Min side. De har også ansvaret for drift og utvikling av e-læringsvirksomheten i Legeforeningen og bistår også andre organisasjonsledd med deres nettsider. Nettrektorsjonen er organisert som en seksjon i Tidsskriftet.

Tidsskriftets nettutgave har mellom 6 000 og 8 000 unike brukere i døgnet, mens Legeforeningens nettsider har hatt omtrent 3 000 unike brukere per døgn i gjennomsnitt, ifølge Google Analytics.

Januar 2008 fikk Tidsskriftet nettsider ny design og struktur. Særlig designen på de vitenskapelige artiklene fikk et løft og ble bedre tilrettelagt for lesing på skjerm. Det er blitt publisert et økende antall artikler Først på nett, og enkelte artikler har video eller annen type illustrasjoner eller supplement kun på nett. Høsten 2008 ble Tidsskriftet medlem av CrossRef, og nettversjonen av artiklene tilrettelagte for å benytte Digital Object Identifiers (DOI-numre) som gir artiklene én unik nettreferanse som bistår selv om url-adressen forandrer seg. Tidsskriftets forfatterveiledning som finnes kun på nettet er fornyet både innholdsmessig og strukturelt.

1.1. 2008 fikk Legeforeningens nettsider ny design basert på Legeforeningens nye profilmal. I løpet av året har også alle de rundt 80 andre organisasjonsleddene som benytter seg av publiseringsløsningen Legeforeningen tilbyr, ny design.

September 2008 ble Legeforeningens nye medlemsportal Min side, lansert. Der kan medlemmer skreddersy sin egen forside basert på faglige temaer som interesser dem, diskutere med kollegaer og tillitsvalgte kan få samarbeidsrom. Det av innholdet i portalen som ikke er brukergenerert er i all hovedsak hentet fra Tidsskriftet og Legeforeningens nettsider. Alle høringer i Legeforeningen gjennomføres nå via Min side. Medlemmer kan også se og korrigere opplysninger foreningen har registret om dem, samt åpne sin profil slik at de blir søkbare for andre medlemmer. Per desember 2008 hadde om lag 17 000 unike brukere vært inne i portalen, og nærmere halvparten av medlemmene i Legeforeningen har oppdatert opplysningene som er registret om dem.

Det er også blitt jobbet med anskaffelse av en ny og moderne teknisk plattform for Legeforeningens e-læringsvirksomhet. Utvikling av nettkurs er for øvrig beskrevet under punkt 3.2.12

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 Malling AS. Styret i 2008 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 2008 fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2008 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus, Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var Arbeids- og inkluderingsdepartementets representant i styret.

Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2008 gis følgende informasjon:

Driftsresultatet ble 449,4 millioner kroner. Dette ble dekket gjennom reduksjon i avsetningen til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2008 3 850,3 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 139,1 millioner kroner, mot 137,8 millioner kroner i 2007. Av dette utgjorde pensjoner 62,2 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 66,3 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 10,5 millioner kroner. I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter relatert til ordningens formålsparagraf. Støtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, fylkesavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. Totalt utgjorde støtten til disse formål 9,7 millioner kroner i 2008.

SOP arbeidet i 2008 videre med revisjon av ordningens pensjonsytelser. Intensjonen var at dette skulle være klart innen 1.1. 2010, men etter at pensjonsreformen ble utsatt til 2011, vil arbeidet fortsette i SOP i 2009 og 2010. SOP er avhengig av at vesentlige deler av pensjonsreformen er avklart for å kunne tilpasse ytelsene. Etter at SOP har utarbeidet et utkast til endring av vedtekter, skal endringene godkjennes av sentralstyret og Arbeids- og inkluderingsdepartementet. SOP tar derfor sikte på, om mulig, å fremme et endringsforslag primo 2010, slik at behandlingen i sentralstyret og departementet er ferdig før 1.1. 2011.

Et ledd i arbeidet med pensjonene har vært å etablere en ny pensjonsordning som skal gi mulighet for leger til å etablere tjenestepensjonsordning i foretaket uten at pensjonen blir samordnet med pensjoner fra SOP. Avtale mellom Legeforeningen, SOP og Storebrand ble inngått 23.10. 2008 og Legeforetakenes pensjonsordning (LP-ordningen) var et faktum. LP-ordningen ble godkjent som samordningsfri av SOPs styre, og innen årsskiftet hadde ca. 1000 legeforetak etablert pensjonsavtale.

SOP måtte i 2008 redusere pensjonsyttelsene. Fravær av tilfredsstillende kapitaltilførsel gjennom de årlige tarifforhandlinger har fra 1991 gjennom flere år gjort det nødvendig å holde igjen reguleringen av ordningens pensjonsnivå, og altså ført til at nettoppensjonene fra SOP i gjennomsnitt har blitt redusert.

6.8 Soria Moria

Soria Moria kurs- og konferansesenter er en egen stiftelse med styre oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Administrerende direktør er Marie Wærsted. Beleggsutviklingen ved Soria Moria har vært i en positiv utvikling, og det arbeides nå med en videreføring av salg av tomteområder som Soria Moria ikke kan benytte seg av. Styret i Soria Moria i 2008 har 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, som annet hvert år avholder møte.

Akademikernes råd velger Akademikernes styre. For perioden oktober 2006 til oktober 2008 var

Torunn Janbu valgt som styremedlem med Per Meinich som varamedlem. Fra oktober 2008 er Torunn Janbu gjenvalgt som styremedlem. Bård Lilleng ble valgt som varamedlem, men har bedt seg fritatt. 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. Disse har i 2008 vært: Erik Ellekjær (-31.12. 2008), Tone Skeie Jensen (-31.12. 2008), Georg Sager (31.12. 2008), Anette Fosse, varamedlem (-31.12. 2008), Elena Kvan, varamedlem (-31.12. 2008), Knut Reite, varamedlem (-31.12. 2008). Oppnevning av nye medlemmer var under forberedelse ved årsskiftet.

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 dens 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.

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.

Fra 2008 er Legeforeningen representert med Hans Asbjørn Holm.

7 Internasjonalt arbeid

7.1 Generelt

Legeforeningen har hatt et økende engasjement med sitt internasjonale arbeid, både på nordisk, europeisk og globalt plan i perioden. Blant annet har Legeforeningen engasjert seg i menneskerettighetsarbeid både i Tyrkia og i Kina, og planla også i årsmeldingsåret å arrangere et seminar i Midt-Østen med deltakelse fra Tyrkia, Egypt, Libanon, Syria, Jordan, Israel og Palestina. Dette vil etter de siste meldinger først kunne gjennomføres på høsten 2009. Jfr. 6.2.13 Menneskerettighetsutvalget. Legeforeningen har videre ved sin president Torunn Janbu hatt ledervervet i etikkomiteen i den europeiske legeforeningen. Jfr. 7.6.

7.2 World Medical Association (WMA)

WMA holdt sitt councilmøte i Ferney-Voltaire i Frankrike i mai 2008 der drøftingene i hovedsak dreide seg om hvilken type revisjon av tidligere statements og policyutsagn som skulle gjennomføres. General Assembly ble avholdt i Seoul i Sør-Korea. Der møtte fra Legeforeningen leder av Rådet for legeetikk, Trond Markestad, Bjørn Hoftvedt og Terje Vigen. På dette møtet ble endelig ny utforming av Helsinkideklarasjonen vedtatt etter en lang prosess som har gått over flere år. På General Assembly ble også presidenten i den israelske legeforening, Yoram Blachar, valgt til ny president etter dr. Jon Snædal fra Island.

7.3 Nordisk legeråd

Det nordiske legeråd består av legeforeningene i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Det avholdes ett fellesmøte mellom de nordiske sentralstyrene hvert annet år. I 2008 ble dette avholdt i Helsingør. Her tas opp ulike fellestemaer så som global oppvarming og konsekvenser for helse, organisering av helsetjenestetilbudene i ulike land og nordisk internasjonalt samarbeid. Mellom møtene med sentralstyrene avholdes det to årlige møter mellom presidenter og generalsekretærer i de nordiske landene. Her drøftes særlig strategier i forhold til møter i internasjonale fora og gjensidig informasjon om utviklingstrekk i helsetjenestetilbudene i landene.

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

Dette er et samarbeidsforum som siden 1984 har arrangert årlige møter mellom legeforeninger i Europa og WHO. Møtene holdes på ulike steder i Europa. Det har tidligere vært en del diskusjoner om dette forumets fremtid, da interessen fra WHO i de senere årene ikke har vært spesielt stor. Dette har det siste året blitt drøftet med WHOs europakontor i København som nå har besluttet at de ønsker en sterkere samarbeidsrelasjon til de europeiske legeforeningene. Forummøtet i 2008 ble avholdt i Tel Aviv i mars, der hovedtema var pasientsikkerhet og migrasjon av helsepersonell. På møtet i Tel Aviv var det et foredrag fra Norge der Ove Kjell Andersen holdt et innledningsforedrag om gjennombruddsprosjekter. EFMA/WHO er det eneste forum hvor det inviteres representanter fra legeforeninger i østblokklandene av Europa, og er således et viktig møtepunkt for utveksling av informasjon mellom øst og vest. Legeforeningen har nå i 19 år i forbindelse med forummøtene utarbeidet en oppdatert oversikt over nøkkelpersonell i de ulike organisasjonene samt de hovedaktivitetene som organisasjonene driver med. Legeforeningen er videre fast observatør i Liaison Committee som utformer programmet for møtene. De som vanligvis møter i forummøtene er president og generalsekretær.

7.5 Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

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 informasjon om spesialistutdanning i EØS-området.

I tillegg til disse to rapportene, lager arbeidsgruppen også publikasjonen "Att arbeta som läkare i

Norden” og statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”. Alle publikasjonene utarbeides på svensk., og statistikkfolderen utarbeides i tillegg på engelsk. Alle publikasjonene legges ut på Legeforeningens nettsider, og rapporten for legearbeidsmarkedet finnes her:

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

Statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta” for 2008 finnes på både engelsk og svensk her:

<http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=143925>

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Helsingør i juni 2008. Rapporten over legearbeidsmarkedet inneholder en beregning av tilgang på - og etterspørsel etter - leger frem til år 2025, 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 500 nye stillinger og i det andre alternativet en årlig vekst på 400 nye stillinger. Det første alternativet gir balanse i legearbeidsmarkedet i Norge i 2010 og deretter et økende underskudd av leger. Det andre alternativet gir et lite overskudd av leger i Norge i 2010 som når en topp i 2015, og som deretter er synkende. Begge alternativene peker mot et økende underskudd av leger før 2025. Rapporten sier ikke noe spesifikt om arbeidsmarkedet for godkjente spesialister, men det kan være rimelig å anta at beregningene kan peke på et økende underskudd av spesialister fra ca. 2015 både i Norge og i Norden som helhet.

Nye rapporter og oversikter, samt statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”, vil bli utarbeidet i 2010.

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 2008 vært representert ved president Torunn Janbu, Terje Vigen og Bjarne Riis Strøm med støtte fra sekretariatet. Visepresident Bård Lilleeng var oppnevnt som representant fra sentralstyret. I tillegg har Yngre legers forening (Ylf) ved Hege Gjessing, Allmennlegeforeningen (Af) ved Jan Emil Kristoffersen og Overlegeforeningen (Of) ved Arne Refsum deltatt. Disse organisasjonene dekker selv kostnadene ved deltagelsen.

Torunn Janbu tiltrådte som leder for Subcommittee for Ethics and Professional Codes 1.1. 2008. Komiteen arbeider med mange etiske problemstillinger som angår leger i Europa, blant annet telemedisin og elektroniske journaler. EU er opptatt av å ta i bruk IKT for å effektivisere helsetjenesten. Andre saker komiteen har behandlet er behandling ved livets slutt, global knapphet på helsepersonell, genetisk informasjon og forsikring, utdanning i medisinsk etikk og organandonasjon.

Andre viktige saker organisasjonen har arbeidet med og som Legeforeningen har involvert seg i dette året, har bl.a. vært spørsmål rundt helsetjenestedirektivet og arbeidstidsdirektivet. EU har sendt ut for kommentarer et Green Paper om utnyttelse av den europeiske arbeidskraften innenfor helse. Denne ble sendt til yrkesforeninger og medisinske foreninger for kommentarer, og Legeforeningen har sendt sine kommentarer til CPME.

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 helsetjenester på tvers av landegrensene. Møtene i Management Council har i stor grad vært preget av diskusjoner om forholdet mellom UEMS og de underliggende Sections/Boards.

Legeforeningen har representanter i 28 av Sections and Boards, noen av disse er valgt til ledere.

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 allmennlegeforeningen – European Union of General Practitioners (UEMO)

Det har vært avholdt to møter i UEMO i 2008. Vårmøtet var lagt til Bergen primo juni og høstmøtet var i Sofia primo november. Det ble på begge møtene avholdt arbeidsgrupper og generalforsamling.

Diskusjonene dreier seg om å utvikle felles forståelse av hva spesialiteten i allmennmedisin innebærer, og forsøk på å utvikle felles kvalitetskrav til allmennleger i EU. Det er stor variasjon innen EU vedrørende arbeids- og lønnskrav for allmennleger. Diskusjonene dreier seg i hovedsak om å tilrettelegge for lik kvalitet og like vilkår for leger og pasienter innen EU.

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

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeforening (Of) ved at styret sender to til tre representanter til et årlig plenumsmøte. Plenumsmøtet har ca. 35 representanter. Våren 2008 ble møtet holdt i Zagreb. 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.

7.10 Permanent Working Group og European Junior Doctor (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, en til to 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. I år arrangerte Norge vårens plenumsmøte i Bergen. Høstens plenumsmøte ble avholdt i Tallin, men Norge hadde ikke anledning til å delta på dette. 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. Norge var villige til å overta presidentposisjonen med sikte på å få til en slik endring. Dette ønsket imidlertid ikke PWG.

8 Økonomi

8.1 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter:

- 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. 2008 på kr 1 125 419 012. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 97,7 % av egenkapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen hadde i 2008 et regnskapsmessig underskudd på kr 42 480 402. Underskuddet i totalregnskapet består av et negativt driftsresultat på kr 47 452 441 og netto finansinntekter på kr 4 972 038.

Driftskostnader i utdanningsfondene og kvalitetssikringsfondene er ca. kr 20 millioner høyere enn i 2007. Av dette kan kr 12 millioner relateres til prinsippendring for kostnadsføring av bevilgninger ved at bevilgede tilskudd fra og med 2008 i sin helhet er kostnadsført i det året bevilgningsvedtaket er fattet. Dette er i henhold til ny regnskapsstandard for ideelle organisasjoner. Det er også innført mindre endringer i retningslinjene for refusjoner fra fondene som medfører noe høyere utdelinger. I tillegg er tilskuddene til fondene redusert med ca. kr 7 millioner sammenholdt med 2007 som følge av endringer i fordelingen av tilskudd til felles formål fra normaltariffen.

Netto finansinntekter er vesentlig lavere enn de to foregående år. Netto finansinntekter utgjør i underkant av kr 5 millioner i 2008, mot kr 54,9 og 48,7 millioner i hhv 2007 og 2006 og skyldes det kraftige verdifallet i finansmarkedet høsten 2008. I finansinntektene er inkludert kr 1 450 000 i utbytte fra Legeforeningens aksjer i Christiania Torv AS.

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 2008 et underskudd før årsoppgjørdisposisjoner på kr 7 302 800. Resultatet i hovedforeningen viser med dette et negativt avvik på kr 9 606 899 fra det budsjetterte overskuddet. Avviket relaterer seg i hovedsak til økte personalkostnader, sviktende annonsesalg samt svakt finansresultat som følge av finanskrisen. I desember 2008 ble det krevet inn en ekstrakontingent øremerket styrking av "Konfliktfondet" i balansen etter utbetalingene i forbindelse med arbeidskonfliktene i 2007 og 2008. Akkumulert ekstrakontingent utgjorde kr 5 787 600. Konflikten i 2008 kostet foreningen kr 670 542. Nettobeløpet, kr 5 117 058, godskrives "Konfliktfondet" som en årsoppgjørdisposisjon. I tillegg er resultatregnskapet belastet med til sammen kr 1 193 327 til ulike prosjekter som belastes "Avsetning til utredningsformål" i balansen.

Annonseinntekter utgjorde i 2008 ca. kr 26,3 millioner, et negativt avvik på ca. kr 4,3 millioner sammenliknet med budsjett. Posten andre inntekter overstiger budsjettet med ca. kr 2,1 millioner. Posten omfatter inntekter av eksternt finansierte prosjekter fra eksempelvis SOP, Sosial- og helsedirektoratet og UD. Dette er i stor grad inntekter uten resultateffekt ved at prosjektinntektene motsvares av en kostnadsside som er like stor, og som dermed utligner inntektene med tilsvarende avvik på kostnadssiden. Inntekter og kostnader på disse områdene var ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for i budsjettet. Kontingentinntektene avvek positivt fra budsjett med ca. kr 5,32 millioner kroner. Avviket relaterer seg til ekstrakontingenten i desember 2008.

Driftskostnadene i foreningen viser en økning både sammenliknet med årsbudsjett 2008 og sammenliknet med regnskapstallene for foregående år. Viktigste årsak er at personalkostnadene øker med ca. kr 9,8 millioner sammenliknet med budsjett. Avviket relateres til dyrere lønnsoppgjør enn forutsatt i

budsjett og økte pensjonskostnader. Det er foretatt en tileggsavsetning i regnskapet vedrørende pensjonsforpliktelser knyttet til pensjonsavtale for tidligere generalsekretær da forpliktelsen etter nye beregninger ikke var dekket opp gjennom livrenten anskaffet til dette formål. Budsjettavviket vedrørende personalkostnader skyldes forøvrig at kostnader ved fødselspermisjoner og annet langtidsfravær ble høyere enn forutsatt i budsjettet, samt at det var nødvendige bemanningsøkninger som ikke var tilstrekkelig tatt høyde for i budsjettet for 2008.

Innenfor "Andre driftskostnader" er det i hovedsak IT-kostnader og reisekostnader som avviker negativt, mens avskrivningene har vært lavere enn forutsatt i budsjett.

Den frie egenkapitalen i hovedforeningen er etter de foreslåtte årsoppgjørdisposisjonene, redusert med kr 11 226 531 i 2008. Det fokuseres derfor på å gjenopprette den frie egenkapitalen gjennom regnskapsmessig overskudd i 2009 og årene fremover. Det er budsjettert med et regnskapsmessig overskudd på kr 1,6 millioner i 2009.

Hovedforeningens økonomi preges av en ubalanse mellom variable inntekter og faste kostnader noe som gjør foreningen sårbar ved svikt i inntektene. Variable inntekter består hovedsaklig av Tidsskriftets annonseinntekter. Både stillingsannonse- og produktannonsevolumet viste en negativ tendens sammenliknet med 2007. Hovedforeningen vil derfor arbeide for at en mindre del av kostnadene finansieres gjennom variable inntekter i de kommende budsjettbehandlinger. Det tas også sikte på å gjøre den ordinære driften av foreningen uavhengig av finansresultatene.

Det er også iverksatt flere tiltak i Hovedforeningen for å holde kostnadene innenfor budsjetttrammene i 2009. Det vurderes nøye om stillinger skal besettes ved oppståtte vakanser og reise- og møteaktiviteter begrenses så langt det er mulig innenfor foreningens virksomhet.

Finansmarkedet er fortsatt ustabilt. Sentralstyret vil opprettholde den strategien som er fastsatt for investeringsporteføljen da det ikke synes formålstjenlig å endre strategien i et ustabilt marked.

8.2 Økonomiske nøkkeltall

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2008	
						Egen- kapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	239 564	287 017	4 972	0	-42 480	1 125 419	1 202 595
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	123 348	129 884	-767	0	-7 303	73 102	124 660
2 Utdanningsfond I	45 143	52 520	-4 773	0	-12 150	157 351	160 751
3 Utdanningsfond II	24 600	36 806	-4 845	0	-17 052	136 899	141 115
4 Utdanningsfond III	34 704	43 247	-3 024	0	-11 566	81 354	88 159
5 Lånefondet	0	4 365	19 187	0	14 823	664 718	664 720
6 Kvalitetssikringsfond I	8 455	12 383	-431	0	-4 359	6 063	11 877
7 Kvalitetssikringsfond II	3 314	7 731	-316	0	-4 733	4 209	9 589
8 Fond for forebyggende medisin	0	37	-30	0	-67	867	867
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	44	-29	0	-73	857	857
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	153	435	0	282	8 153	8 193
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	6 123	8	-640	0	5 474	7 459	7 559
3 Delphin og hustrus legat	0	9	-1 660	0	-1 669	5 794	5 801
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	11	-5 288	0	-5 299	12 297	12 300
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	69 028	61 679	-4 834	0	2 514	74 176	154 126
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	5 641	162 981	-290 622	0	-447 963	14 950	3 850 295
E. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	14 167	3 306	-5 697	0	5 668	36 314	176 355

¹⁾ Regnskapstall for Soria Moria representerer foreløpige tall per 6.3. 2009 som ikke er endelig vedtatt av styret for stiftelsen

²⁾ For Christiania Torv AS vises resultat før skattekostnad

8.3 Styrke hovedforeningens egenkapital

Landstyremøtet 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. Det negative økonomiske resultatet i 2008 har imidlertid medført at den frie egenkapitalen pr 31.12. 2008 er nede i kr 23 477 346. Det er budsjettert med et overskudd på kr 1 681 059 i 2009.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra landsstyrets møte 20.-22.5. 2008 på Soria Moria

Oversikten omfatter ikke alle vedtak som skal gjennomføres – bare de vedtak som ble vedtatt oversendt sentralstyret eller som var av "oversendelsesmessig karakter", dvs som krever videre utredning.

Status per 27.4. 2009

Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. 2007 - 31.12. 2007

Det ble under debatten påpekt at Ernst Horgen, LSA er medlem av Forhandlingsutvalget Stat. Det ble uttrykt savn av omtale av UEMO og arbeidet som internasjonalt utføres av representanter for de fagmedisinske foreningene.

Redegjørelse om virksomheten i UEMO er inntatt i forslaget til årsmeldingen.
--

Sak 13 Etablering av arenaer for utstilling av medisinsk teknisk utstyr

Sentralstyrets reviderte innstilling til **vedtak**:

Den enkelte fagmedisinske forening gis tillatelse til at det arrangeres utstillinger av medisinsk teknisk utstyr i tilknytning til ett av sine årlige møter som også gir tellende kurstimer (årsmøte, generalforsamling, vår-/ høstmøte m.v.). Andre organisasjonsledd kan søke sentralstyret særskilt om tillatelse etter samme kriterier.

Forutsetning er at kursarrangement og utstilling er separate arrangementer uten økonomisk forbindelse mellom kursarrangør og utstilling, det vil si at utstillerarrangementet ikke gir noen inntekt til kursarrangøren. Utstillingene plasseres slik at kursdeltagere ikke nødvendigvis må forholde seg til utstillingene.

Det forutsettes at alle slike arrangementer blir innrapportert til sekretariatet slik at ordningen kan evalueres. Ordningen evalueres til landsstyret 2010.

Sentralstyret bes innarbeide bestemmelser i tråd med dette i retningslinjene for godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning.

Vedtatt mot tre stemmer.

Vedtaket er innarbeidet i reviderte kursretningslinjer.

Sak 18 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2007

Forslag fra Møre og Romsdal legeforening v/ Ottar Grimstad:

Landsstyret ber sentralstyret greie ut behov og mulighet for å styrke SOP sine inntekter og legge frem ei sak om dette for landsstyret i 2009.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Innstilling til landsstyret behandlet i sentralstyret 27.4. 2009.

Sak 19 Budsjett for Den norske legeforening 2009

Forslag fra Tone Dorthe Sletten og Kari Sollien, Allmennlegeforeningen:

B.3.C

Vi foreslår at praksiskompensasjon skal øke i takt med generell lønnsvekst og dessuten ta høyde for utgiftsveksten for selvstendig næringsdrivende.

Vedtatt oversendt sentralstyret til vurdering.

Satsene for praksiskompensasjon vurderes i forbindelse med budsjett for 2010. Forslag behandlet i sentralstyrets møte den 27.4. 2009.

Sak 20 Fagmedisinske foreninger representasjon i landsstyret – leger i spesialisering

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

1. Landsstyret anmoder sentralstyret om å forberede endringer i Legeforeningens lover til landsstyremøtet i 2009 slik at det kan etableres en valgordning som sikrer at kravet til forholdsmessig representasjon for leger i spesialisering fra de fagmedisinske foreninger blir oppnådd for fremtiden.
2. Landsstyret anmoder sentralstyret om straks å iverksette en prosess for vedtak av en midlertidig lovbestemmelse som sikrer at de fagmedisinske foreningers representasjon ved landsstyremøtet i 2009 utvides med to representanter, slik at det i valggruppe 1 og 2 hver velges en landsstyrerepresentant som på valgtidspunktet er lege i spesialisering. Valget forutsetter forøvrig å skje i henhold til § 3-6-4, 7. ledd.

Enstemmig vedtatt.

Midlertidig lovendring er gjennomført ved Questback per 1.10. 2008. 2 nye landsstyrerepresentanter for resterende del av landsstyreperioden er valgt per 1.11. 2008. Forslag om permanent lovendring – utarbeidet av en arbeidsgruppe nedsatt av sentralstyret – har vært på høring med høringsfrist 1.3. 2009. Innstilling behandlet i sentralstyret 25.3. 2009. Det er den 4.3. 2009 fremmet forslag fra Norsk indremedisinsk forening om å oppheve nåværende 6. ledd. Sentralstyret vedtok i møte 25.3. 2009 om at saken skulle behandles som landsstyresak og sendes på høring. Sentralstyret vedtok i møte den 27.4. 2009 å innstille på at dette forslaget ikke skulle vedtas.

5.5. 2009. 2009/OB