



LANDSSTYRE- MØTE BODØ 2023

QUALITY HOTEL RAMSALT 6.-8. JUNI



DEN NORSKE
LEGEFORENING

SAKSPAPIRER



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003044

Dato: 26-04-2023

Sak 1 - Godkjenning av innkalling

Landsstyret skal på landsstyremøtet fatte vedtak om å godkjenne om innkallingen har skjedd i samsvar med Legeforeningens lover, § 3-1-2.

Tidspunkt og sted for landsstyremøtet har vært kunngjort på Legeforeningens nettsider siden høsten 2021.

Innkalling av landsstyrets representanter skjedde ved e-post av 15.02.2023 med frist for påmelding 16.03.2023. Påminnelse til delegatene ble sendt 20.03 og 29.03, samt forløpende fram mot møtestart. Vararepresentanter er innkalt straks etter mottatt forfallsmelding.

Sentralstyret behandlet innkallingen i møte 25.4.2023 og vedtok å innstille på at innkallingen godkjennes.

Innstilling til **vedtak**:

Innkallingen til landsstyremøte 6.-8. juni 2023 godkjennes.

Med vennlig hilsen

Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023001206

Dato: 26-04-2023

Sak 2 - Valg av dirigenter

Landsstyremøtene skal i henhold til lovenes § 3-1-2 ledes av valgte dirigenter.

Sentralstyret behandlet saken i møte den 16.2.2023.

Sentralstyret vedtok å innstille overfor landsstyret på at Anne Mathilde Hanstad og Kristian Fosså velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2023.

Begge er forespurt og har sagt seg villige.

Innstilling til **vedtak**:

Anne Mathilde Hanstad og Kristian Fosså velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2023.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023001213

Dato: 26-04-2023

Sak 3 - Godkjenning av forretningsorden

I samsvar med lovenes § 3-1-2, 7. ledd har sentralstyret lagt til grunn at det ved hvert landsstyremøte skal vedtas en egen forretningsorden.

Forslag til forretningsorden er uendret fra 2022.

Sentralstyret behandlet saken i møte 15.3.2023.

Innstilling til vedtak:

Forslag til forretningsorden godkjennes.

Forslag til forretningsorden vedlegges.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

1. Åpne møter

Landsstyrets møter er åpne for Legeforeningens medlemmer og media. I særskilte saker kan landsstyret bestemme at landsstyremøtet lukkes for media (lovene § 3-1-2, 4. ledd).

2. Åpning

Presidenten åpner møtet, vanligvis med en oversikt over Legeforeningens virksomhet (lovene § 3-1-2, 6. ledd).

3. Konstituering, godkjenning av innkalling

Generalsekretæren foretar navneopprop av landsstyrets representanter ved møtestart. Eventuelle endringer i representasjonen i forhold til oppropslisten, må meddeles møteledelsen og/eller behandles etter reglene om permisjon i § 4. Opprop kan gjøres digitalt.

Presidenten avklarer så om det er bemerkninger til innkallingen og inviterer landsstyret til å godkjenne denne.

4. Permisjon

Påmeldte landsstyreprerentanter har møteplikt for hele landsstyremøtet.

Sekretariatet kan innvilge søknader om fravær fra landsstyremøtet i forkant av møtet, forutsatt at det dreier seg om helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner.

Det samme gjelder nødvendige møter med arbeidsgiver, myndigheter eller andre viktige samarbeidsaktører, dersom slike møter ikke kan utsettes.

Ved fravær som kan forutses, må fravær under møtet eller ved tidligere møteavslutning søkes avhjulpet ved melding av tidsbegrenset forfall og innkalling av vararepresentanter i god tid før landsstyremøtet.

Søknad om permisjon under landsstyremøtet kan bare unntaksvis innvilges og må ha sitt grunnlag i årsaker som ikke kunne forutses.

Søknad om permisjon fra landsstyremøtet leveres skriftlig til dirigentene og behandles av landsstyret, dirigentene og generalsekretær, eller den generalsekretær bemyndiger. Landsstyret skal informeres om beslutning, men ikke om årsaken til søknaden. Permisjonssøknader som ikke faller inn under unntaket i 2. - 4. ledd, bør avslås.

5. Dirigenter

Presidenten leder valg av dirigent(er) til å lede møtet (lovene § 3-1-2, 6. ledd, jf 7. ledd nr. 1 og § 3-1-2, 1. ledd). Dirigent(ene) overtar møteledelsen.

6. Forretningsorden

Landsstyret fastsetter egen forretningsorden for hvert landsstyremøte (lovene § 3-1-2, 7. ledd) etter innstilling fra sentralstyret.

7. Tale-, forslags- og stemmerett og stemmeplikt

Landsstyrets representanter har tale-, forslags- og stemmerett. Alle møtende landsstyrrerepresentanter har stemmeplikt ved voteringer.

Øvrige møtedeltakere (foreningsmedlemmer) som ikke er representanter i landsstyret har tale- og forslagsrett til de konkrete sakene. Det voteres kun over slike forslag dersom forslaget støttes av minst ett av landsstyrets representanter.

Sentralstyret har ikke stemmerett i saker som angår sentralstyrets disposisjoner bakover i tid, herunder årsmelding og regnskap (lovene § 3-1-2, 7. ledd nr 6, 2. setning).

8. Tellekomité

Landsstyret velger tellekomité etter innstilling fra sentralstyret for nødvendig opptelling av avgitte stemmer etter dirigentenes beslutning om opptellingsmåte.

Tellekomiteen trer bare i funksjon dersom elektroniske avstemninger og valg ikke lar seg gjennomføre.

9. Sakliste

Dirigenten(e) avklarer om det er saker utover de saker sentralstyret har foreslått, som landsstyret ønsker å sette på sakslisten, og ber om godkjenning av denne. Landsstyret vedtar så saksrekkefølge etter forslag fra dirigenten(e).

10. Redaksjonskomité

Landsstyret velger redaksjonskomité etter innstilling fra valgkomiteen (lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr. 2). Komiteen består av leder og 2 medlemmer.

Redaksjonskomiteen redigerer og legger frem forslag til vedtak for landsstyret. Redaksjonskomiteen skal arbeide med det siktemål å fremme forslag til vedtak som kan bli vedtatt i landsstyret. I dette arbeidet skal det iakttas fremsatte forslag, samt innspill fra talerstolen.

Landsstyret vedtar hvilke saker redaksjonskomiteen skal arbeide med; jf for øvrig Legeforeningens lover § 3-1-2, 7. ledd, nr 3:

”Sakene tas opp til votering etter hvert som de er behandlet med mindre ett av landsstyrets medlemmer ber om redigering og forslag til vedtak fra redaksjonskomité valgt i møtet, og/eller orientering og anbefaling til vedtak av sentralstyret.”

Redaksjonskomiteen skal i nødvendig utstrekning konferere med forslagstiller.

Dersom redaksjonskomiteen foreslår vedtak som avviker fra sentralstyrets innstilling til vedtak i saken, skal sentralstyret ha anledning til å vurdere om de ønsker å opprettholde innstillingen til vedtak.

Redaksjonskomiteen skal ha bistand fra sekretariatet.

11. Taletid

Etter forslag fra dirigentene kan det innføres begrensning av taletid og av antall innlegg den enkelte kan fremføre til samme sak.

12. Replikk

Replikker rettes direkte mot siste ordinære innlegg. Det er ikke anledning til å tegne seg for replikk under replikkordskiftet. Det kan innføres begrensning av adgangen til replikkordskifte.

13. Forslag

Forslag skal fremsettes fra talerstolen.

Forslagsstillere skal ha prioritert plass på talelisten, slik at alle forslag blir fremmet tidligst mulig i debatten.

Forslag til vedtak skal leveres skriftlig til sekretariatet enten elektronisk via møteapplikasjonen dersom denne benyttes, eller på e-post, før forslaget fremlegges fra talerstolen. Forslag til vedtak skal være undertegnet av forslagsstilleren og påført dennes registreringsnummer.

Utsettelsesforslag skal tas til votering med en gang de er fremsatt.

Forslag som ikke har sammenheng med den oppførte saken på saklisten behandles ikke.

14. Strek

Når en sak ansees tilstrekkelig belyst, kan det settes strek for debatten til saken.

Alle forslag til vedtak må ha vært fremmet før strek settes. Forslag kan trekkes etter at strek er satt, med mindre et annet medlem av landsstyret krever votering over forslaget.

Når strek er satt, refereres talelisten.

Dersom det fremkommer nye momenter under debatten etter at strek er satt, kan strek oppheves.

15. Votering

Sakene tas opp til votering etter hvert som de er behandlet, med mindre en av landsstyrets representanter ber om redigering og forslag til vedtak fra redaksjonskomiteen, og/eller orientering og anbefaling til vedtak av sentralstyret (lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr 3).

Dirigentene refererer alle innkomne forslag til vedtak før de tilkjennegir at saken er tatt opp til votering. Fra dette tidspunkt har ingen møtedeltakere krav på å få ordet til saken.

Landsstyret er beslutningsdyktig når minst halvparten av representantene er til stede (lovene § 3-1-2, 1. ledd, siste punktum).

Representant i landsstyret må ikke ved løfte til avdeling eller ved pålegg fra noen av disse være bundet i sin stillingtagen til de saker som skal behandles (lovene § 3-1-2, 7. ledd nr 5.).

Votering skjer som hovedregel elektronisk, med mindre dette ikke er praktisk gjennomførbart. Voteringsprosedyrer er åpne med mindre et av landsstyrets medlemmer ber om hemmelig votering.

Dersom det både er fremmet resolusjonsforslag og vedtak i samme sak, skal det først voteres over alle vedtaksforslag før resolusjonen tas opp til votering.

16. Flertall

Vedtak fattes med simpelt flertall (flere stemmer enn et annet forslag, men ikke nødvendigvis 50 % av stemmene) med unntak av:

- a) i saker angående lovendringsforslag hvor det kreves kvalifisert flertall med 2/3 av stemmene blant de stemmeberettigede (lovene § 5-1, 2. ledd)
- b) til valg av president og visepresident hvor det kreves absolutt flertall (mer enn 50 % av stemmene) blant de stemmeberettigede (lovene § 3-2-1, 2. ledd)
- c) i saker angående eksklusjon (lovene § 2-6 fjerde ledd) hvor det kreves kvalifisert flertall med ¾ av stemmene blant de stemmeberettigede.

17. Valg

Valg skjer som hovedregel elektronisk, med mindre dette ikke er praktisk gjennomførbart. Valg skjer ved hemmelig avstemning.

Nærmere regler for fremgangsmåten ved valg fremgår av lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr 7:

”Ved valg på sentralstyret og andre organer som landsstyret velger, skal det oppføres like mange navn som antallet plasser som skal besettes. Det skal bare oppføres navn som er foreslått av valgkomiteen eller av en landsstyrerepresentant under landsstyremøte, og som ikke er trukket av forslagsstilleren før nomineringen er avsluttet.

Foreslåtte kandidater må være forespurt og ha gitt sitt samtykke før nomineringen.”

Først velges president, deretter visepresident, sentralstyremedlemmer og til sist varamedlemmer.

18. Helsepolitisk debatt

Helsepolitisk debatt kan organiseres ved at landsstyredelegatene melder inn sine spørsmål på forhånd. For å sikre god representasjon og spredning som speiler landsstyret og den saken som debatteres, er spørsmålene fordelt på ulike foreninger og faggrupper. En slik gjennomføring av helsepolitisk debatt skal være gjort kjent for landsstyret i forkant.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Sendt kun pr. e-post:

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003148

Dato: 06-06-2023

NY - Sak 4 - Godkjenning av sakliste

Landsstyret skal i henhold til vanlig praksis, jfr. lovenes § 3-1-2, og punkt 9 i den forretningsorden som landsstyret normalt vedtar hvert år, fastsette saklisten for møtet.

I tillegg til tidligere saker fremmer sentralstyret forslag til en ny sak – sak 27-Valg av tellekomite.

Vedlagt følger revidert sakliste.

Sentralstyrets innstilling til vedtak:

Saklisten godkjennes.

Med vennlig hilsen

Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

LANDSSTYREMØTE 2023

- Sak 1 Godkjenning av innkallingen
- Sak 2 Valg av dirigenter
- Sak 3 Forretningsorden
- Sak 4 Godkjenning av saklisten
- Sak 5 Valg av redaksjonskomite

Helsepolitikk

- Sak 6 Helsepolitisk debatt
Forholdet mellom den offentlige og private helsetjenesten

Legeforeningens organisasjon

- Sak 7 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1.22-31.12.22
- Sak 8 Tidsskriftet. Orienteringer v/ sjefredaktør
- Sak 9 Aktuell sak: Sykehusutvalgets anbefalinger
- Sak 10 Prinsippprogram 2022-26
- Sak 11 Arbeidsprogram 2022-24
- Sak 12 Underveisevaluering av ordningen med fagstyre og faglandsråd
- Sak 13 Legeforeningens økonomiske bærekraft - "Bærekraftprosjektet"
- Sak 14 Rettshjelpsordningen - forslag til vedtektsendring vedrørende endringer i regelverk om tilsynsreaksjoner
- Sak 15 Fastsettelse av lokal arrangør for landsstyremøte 2025
- Sak 16 Digitaliseringens konsekvenser for forskrivningsrett

Valg

- sak 17 Valg president, visepresident og nytt sentralstyre
- sak 18 Valg valgkomite
- sak 19 Valg SOP
- sak 20 Valg desisor

Lovendringer

- Sak 21 Endringer i Legeforeningens lover - § 3-6 Fagmedisinske foreninger
- Sak 22 Lovendringsforslag - lover § 3-3-3 (4) assosierte medlemmer, § 3-5-1 (4) Yrkesforeninger og obligatoriske medlemmer, § 3-7-3 Nmfs organer og § 3-2-2 stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer

Regnskap og budsjett

- Sak 23 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2022
- Sak 24 Regnskaper for 2022 til landsstyrets orientering
- Sak 25 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for SOP 2022
- Sak 26 Budsjett for Den norske legeforening 2024
- Sak 27 Valg av tellekomite

Tirsdag 6. juni

Sak 1 Godkjenning av innkalling

Sak 2 Valg av dirigenter

Sak 3 Forretningsorden

Sak 4 Godkjenning av saksliste

Sak 5 Valg av redaksjonskomite

Sak 6 Helsepolitisk debatt

Valgkomiteen presenterer sin innstilling til valg av president, visepresident, 7 medlemmer i sentralstyret og 3 vara

Sak 27 -Valg av tellekomite

Sak 8 Orienteringer fra sjefredaktør

Onsdag 7. juni

Sak 23 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2022

Sak 24 Regnskaper for 2022 til landsstyrets orientering

Sak 25 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for SOP 2022

Sak 7 Årsmelding

Sak 12 Underveisevaluering av fagstyret og faglandsråd

Sak 10 Prinsippprogram

Sak 11 Arbeidsprogram

Sak 17 Valg av president, visepresident og nytt sentralstyre

Sak 18 Valg av valgkomite

Sak 20 Valg av desisorer

Sak 19 Valg av SOP

Sak 13 Bærekraftprosjektet

Torsdag 8. juni

Sak 26 Budsjett for Den norske legeforening 2024

Sak 21 Endringer i Legeforeningens lover - § 3-6 Fagmedisinske foreninger

Sak 22 Lovendringsforslag - lover § 3-3-3 (4) assosierte medlemmer, § 3-7-3 Nmfs organer og § 3-2-2 stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer

Sak 14 Rettshjelpsordningen - forslag til vedtekssendring vedrørende endringer i regelverk om tilsynsreaksjoner

Sak 9 Aktuell sak - sykehusutvalget

Sak 16 Digitaliseringens konsekvenser for forskrivningsrett

Sak 15 Lokal arrangør landsstyremøte 2025

Takk for møte



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003046

Dato: 6.6-2023

Sak 5 - Valg av redaksjonskomite

I samsvar med forslaget til forretningsorden, pkt 10, skal landsstyret velge redaksjonskomité bestående av leder og to medlemmer, som velges av landsstyret etter forslag fra valgkomiteen.

Generalsekretæren har besluttet at redaksjonskomiteen skal ha bistand av Aadel Heilemann, Bjørn Ove Kvavik, Linda Markham og Ole Andre Gjerde fra sekretariatet.

Valgkomiteens innstilling:

Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges:

Lars Magnus Aker, Ylf, leder
Anne Catherine Skaar, Of
Ingvild Vatten Alsnes, Nfa

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
Generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003466

Dato: 11-05-2023

Sak 6 Helsepolitisk debatt: Forholdet mellom den offentlige og private helsetjenesten

Den helsepolitiske debatten på landsstyremøtet gjennomføres tirsdag 6. juni 2023 fra klokken 14.30 til 16.30. President Anne-Karin Rime åpner og ønsker velkommen til debatten. Håkon Haugsbø, journalist og tidligere programleder i NRK, vil være ordstyrer.

Deltakere i årets debatt er:

- Helse- og omsorgsminister Ingvild Kjerkol (Arbeiderpartiet)
- Leder i helse- og omsorgskomiteen og helsepolitisk talsperson Tone Wilhelmsen Trøen (Høyre)
- Andre nestleder i helse- og omsorgskomiteen og helsepolitisk talsperson Bård Hoksrud (Fremskrittspartiet)
- Helsepolitisk talsperson og nestleder Marian Hussein (Sosialistisk Venstreparti)

Om temaet: Forholdet mellom den offentlige og private helsetjenesten

I krevende økonomiske tider der budsjettkutt råder, er det grunn til å stille spørsmål om hvordan politikerne ønsker at den offentlige helsetjenesten skal se ut. Vi vet at helsetjenesten vil stå overfor en rekke vanskelige prioriteringer i årene fremover. Fra fagfolk og ansatte i helsetjenesten ropes det varsko om at den offentlige helsetjenesten bygges ned.

Legeforeningen ønsker at den offentlige helsetjenesten skal være førstevalget for både leger og pasienter. Regjeringen har et uttalt mål om å styrke den offentlige helsetjenesten og redusere innslaget av helprivate aktører i helsetjenesten.

Samtidig ser vi en oppblomstring av stadig flere helprivate tilbydere av helsetjenester, innenfor de fleste spesialiteter. Legeforeningen har advart mot at økt privatisering på sikt kan føre til en økt todeling av helsetjenesten, forvitring av fagmiljøer og økt sosial ulikhet. Men er privatisering av helsetjenester utelukkende negativt?

Ifølge Helsepolitisk barometer 2023 er 67 % av befolkningen positive til å kjøpe private helsetjenester, en økning på over 15 % fra 2022. Hva er årsaken til at så mange nordmenn er villige til å betale for tjenester som dekkes av det offentlige? Hva skal den offentlige helsetjenesten tilby, og

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

hva skal den private helsetjenesten tilby? Dette er noen av spørsmålene vi ønsker å diskutere med politikerne under landsstyremøtet 2023.

Under den helsepolitiske debatten ønsker sentralstyret særlig å løfte følgende tre temaer:

- Ansvarsfordeling og samhandling.
- Arbeidsforhold og arbeidsoppgaver.
- Økonomi.

Spørsmål fra landsstyredelegatene

En sentral del av den helsepolitiske debatten hvert år er spørsmål fra landsstyredelegatene til politikerne. Sentralstyret har vedtatt en fordeling av antall spørsmål til de ulike foreningsleddene. Det åpnes også opp for spørsmål utover de foreninger som er har blitt tildelt spørsmål, dersom det er tid mot slutten av debatten.

I samarbeid med ordstyrer er det besluttet at Overlegeforeningen, Allmennlegeforeningen og Yngre legers forening vil representeres i et fagpanel som gis anledning til å kommentere og stille spørsmål underveis i løpet av debattens første time. AF og OF er valgt da disse representerer både primær- og spesialisthelsetjenesten og jobber tett med spørsmål knyttet til forholdet mellom den offentlige og private helsetjenesten. YLF er valgt da de representerer fremtidens legespesialister, og det er viktig å høre deres synspunkter knyttet til fremtidig arbeid i helsetjenesten. Øvrige foreninger vil få anledning til å stille spørsmål mot slutten av debatten etter følgende fordeling:

- **Leger i samfunnsmedisinsk arbeid – 1 spørsmål**
- **Praktiserende spesialisters forening – 1 spørsmål**
- **Leger i vitenskapelige stillinger – 1 spørsmål**
- **Norsk arbeidsmedisinsk forening – 1 spørsmål**
- **Fagmedisinske foreninger – 2 spørsmål**
- **Lokalforeningene – 2 spørsmål**
- **Norsk medisinstudentforening – 1 spørsmål**

Vi oppfordrer delegasjonene til å drøfte aktuelle spørsmål på sine styremøter og formøter, og beslutte hvem som skal stille spørsmålene og innretningen på disse. De fagmedisinske foreningene og lokalforeningene må bli enige om hvilke foreninger som får anledning til å stille spørsmål.

Videre oppfordrer vi til at spørsmålene sendes inn på forhånd. Dette vil sikre variasjon i spørsmålene, samt gjøre ordstyrer i stand til å strukturere debatten på best mulig måte. Detaljer om innsendingsmåte vil opplyses om nærmere landsstyremøtet.

Det bes om at spørsmålene er så korte og konkrete som mulig, da dette sikrer bedre svar og diskusjon med politikerne. Det settes en tidsramme på maksimalt 1 minutt per spørsmål. Legeforeningens sekretariat bistår gjerne med råd og veiledning rundt utforming av spørsmål.

Praktisk informasjon

Spørsmål og andre henvendelser om debatten sendes sekretariatet v/Oda Sjøvoll (oda.sjovoll@legeforeningen.no). Dersom din forening skal sende inn spørsmål på forhånd, ber vi om dette gjøres innen **05.06 kl. 16.00**.

Vi gleder oss til årets helsepolitiske debatt!

Den norske legeforeningens sentralstyre

Etter fullmakt

Siri Skumlien
Generalsekretær

Marit B. Randsborg
Avdelingsdirektør helsepolitisk avd.

Saksbehandlere:
Gisle Bruknaap & Oda Sjøvoll, seniorrådgivere

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003300

Dato: 26-04-2023

Sak 8 - Tidsskriftet - orienteringer ved sjefredaktør

I henhold til Legeforeningens lover § 3-1-3 Landsstyrets oppgaver pkt. 2 skal sjefredaktøren gi melding om Tidsskriftets virksomhet.

Sjefredaktør Are Brean vil gi en muntlig orientering til landsstyret om Tidsskriftets virksomhet i 2022. Kortfattet oversikt over Tidsskriftets virksomhet foreligger i Legeforeningens årsmelding.

Redaksjonell årsrapport for 2022 følger vedlagt.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Redaksjonell årsrapport 2022

Innhold

Innledning	3
Redaksjonelle og innholdsmessige forhold	4
Strategiske forhold, prosjekter og hovedsatsninger	6
Miljøstrategi	7
Samarbeid med sekretariatet	7
Redaksjonskomiteen	7
Økonomiske forhold	8
Tidsskriftets synlighet	8
Kommunikasjonsmessige forhold	9
Internasjonalt engasjement	9
Oppsummering	10

Innledning

Dette er Tidsskrift for Den norske legeförenings redaksjonelle årsrapport for 2022. Rapporten gir en oversikt over redaksjonens arbeid og Tidsskriftets resultater i året som har gått, og danner grunnlag for Tidsskriftrådet's årlige evaluering av sjefredaktøren.

Redaksjonelle og innholdsmessige forhold

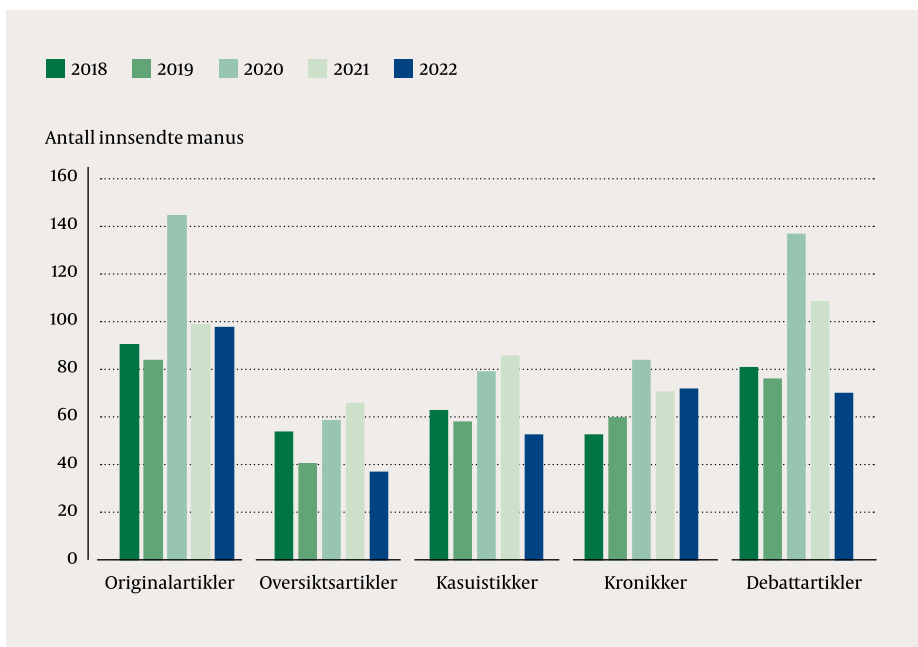
Tidsskrift for Den norske legeforening redigeres etter Redaktørplakaten, følger anbefalingene fra International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) samt er medlem av Fagpressen, Tidsskriftforeningen, Directory of Open Access Journals (DOAJ) og Committee on Publication Ethics (COPE).

Tidsskriftet publiseres på nett og på papir. I 2022 ble 18 papirutgaver utgitt, med et gjennomsnittlig opplag på 32 760 eksemplarer. Sammenlagt sidetall på papir var 1 636, mot 1 768 i 2021. Nettsiden www.tidsskriftet.no hadde i 2022 i overkant av 10 millioner sidevisninger. Det er omtrent det samme som de to foregående årene, og betyr at vi har beholdt den økte trafikken vi antok skyldtes covid-19 (se også punkt 8, Tidsskriftets synlighet).

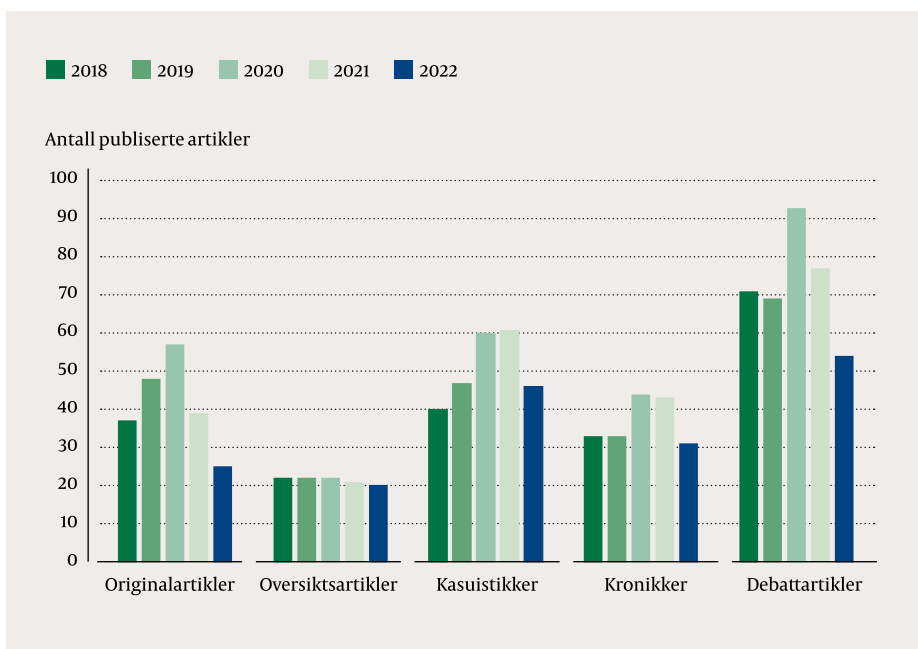
Tidsskriftet produserer også podkasten Stetoskopet. Vi publiserte podkast så å si ukentlig gjennom året, i 2022 totalt 48 episoder (hvorav 1 reprise). Disse fikk til sammen nesten 138 000 avspillinger, en betydelig økning sammenliknet med 2021 (se også punkt 8, Tidsskriftets synlighet).

Tidsskriftet publiserer en rekke ulike artikkeltyper, som kan deles inn i tre hovedkategorier: meningsytringer (debatt og kronikk), vitenskapelige artikler og mer kulturbærende stoff. De fleste artikkeltyper baserer seg på manuskripter spontant innsendt fra eksterne forfattere. Alle manuskripter gjennomgår redaksjonell vurdering før publisering, og de vitenskapelige artiklene vurderes også av eksterne fagfellevurderere, slik vanlig praksis for vitenskapelige tidsskrifter tilsier. Vi publiserer i tillegg lederartikler, intervjuer, nyhetssaker og reportasjer, som i hovedsak er produsert av Tidsskriftets medarbeidere.

Fra 2016 har Tidsskriftet hatt som mål å øke antallet vitenskapelige artikler og å effektivisere arbeidet med disse for å få behandlingstiden ned. Det siste er viktig for å sikre at Tidsskriftet er en attraktiv publiseringskanal der forskere kan formidle aktuelt fagstoff. Vi har i hovedsak klart å nå disse målene, men i 2022 observerte vi en nedadgående tendens i antall innsendte manuskripter innen enkelte artikkeltyper (figur 1) og en viss oppgang i behandlingstid (figur 4) sammenliknet med foregående år. Covid-19-pandemien medførte en sterk økning i antallet innsendte og publiserte artikler i 2020–21, så nedgangen kan til en viss grad være relatert til dette.



Figur 1 Innsendte manuskripter i perioden 2018–22.

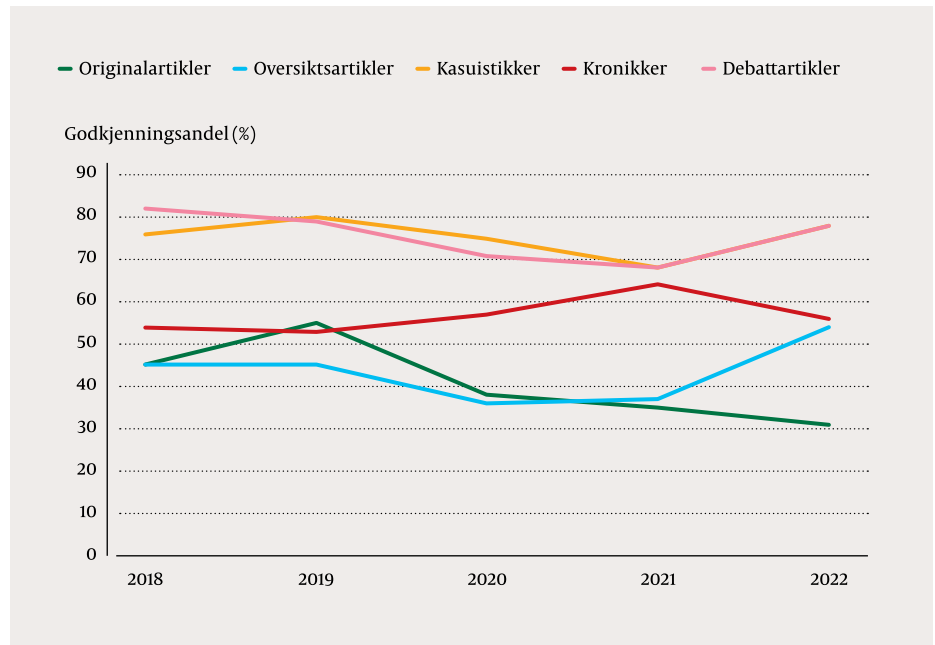


Figur 2 Antall publiserte artikler i perioden 2018–22.

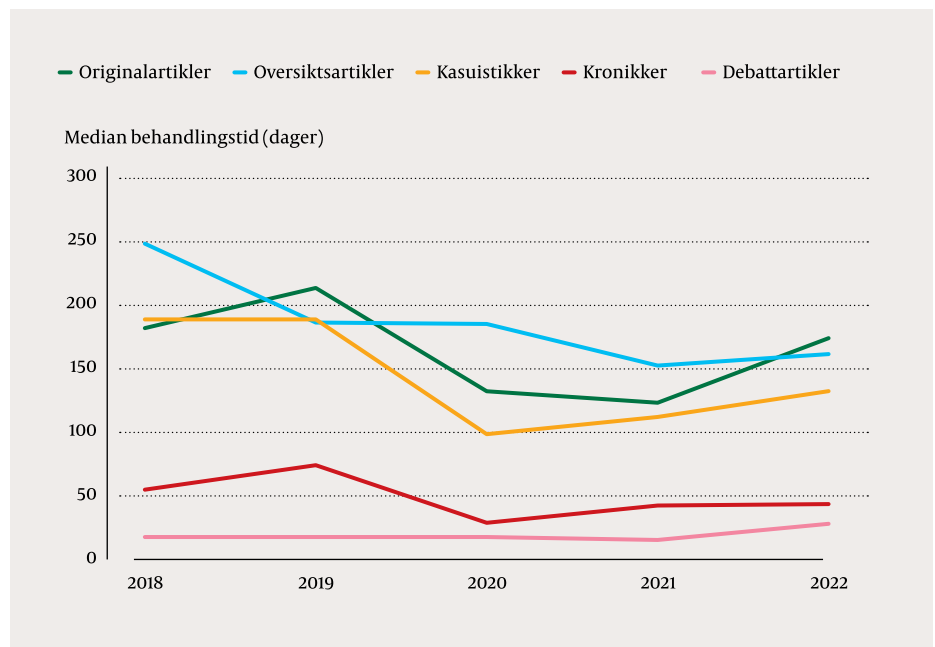
Figur 2 viser antallet publiserte artikler i 2022. Det er betydelig færre originalartikler enn i 2020 og 2021. Dette skyldes til dels en relativt høy refusjonsrate av de innsendte manuskriptene i denne kategorien (figur 3), altså at de innsendte manuskriptene ikke har holdt god nok kvalitet. Pandemien medførte en stor økning i antallet kasuistikker, mens nivået nå er tilbake til omtrent der vi lå i 2019 og der vi ønsker å være i «normaltid». Kasuistikkene vi får tilsendt, er gjennomgående gode, noe som gjenspeiles av den lave refusjonsraten (figur 3).

Behandlingstiden for godkjente manuskripter har ligget stabil eller steget noe i 2022 sammenliknet med de to foregående årene (figur 4), men ligger fremdeles betydelig under nivået fra 2016, da vi startet prosjektet med å få ned behandlingstiden. For vitenskapelige manuskripter lå median behandlingstid på 4-6 måneder, avhengig av artikkeltype. Behandlingstiden for refuserte manuskripter er relativt kort (median 2-3 uker for vitenskapelige artikler, data ikke vist), noe som sikrer at forfatterne får beskjed i rimelig tid i de tilfeller der vi ikke ønsker å gå videre med teksten.

Lederartiklene våre skrives enten av redaksjonen eller av inviterte eksperter på ulike felt. De sistnevnte omhandler enten et aktuelt tema eller kommenterer en vitenskapelig artikkel i samme nummer av Tidsskriftet. Gode lederartikler er viktige for alle vitenskapelige tidsskrifter, og vi bruker derfor mye ressurser på å innhente og bearbeide disse. Antallet lederartikler skrevet av redaksjonen ligger fast på én til hvert nummer, altså 18. I 2022 publiserte vi til sammen 53 lederartikler med eksterne forfattere – en oppgang på 10 artikler fra fjoråret.



Figur 3 Andelen av innsendte manuskripter 2018-22 som ble godkjent.



Figur 4 Behandlingstid for godkjente vitenskapelige artikler, kronikker og debattartikler i perioden 2018-22.

Strategiske forhold, prosjekter og hovedsatsninger

Redaksjonell strategi

I 2022 har vi jobbet med implementering av strategien vi utviklet i 2021. Strategien gjelder for perioden 2022–25, og er bygd opp rundt tre satsningsområder: Digital og papir, Relevans og Forretning, og understøttes av to bærebjelker: Attraktiv arbeidsplass og Bærekraft (figur 5). Tanken er at vi sammen med de strategiske målene må ha et stimulerende arbeidsmiljø og tenke bærekraft i alt vi gjør for å lykkes med vår visjon: Vi binder leger sammen.

Digital og papir. Så langt har innholdet på tidsskriftet.no og i papirutgaven vært nær identisk. Vi har satt oss som mål å utvikle en helhetlig digital strategi, samtidig som vi skal lage en ny papirutgave. Tanken er å utnytte internettets og papirets egenart best mulig. Omleggingen vil medføre et større skille mellom innhold på papir og innhold på nett, men alt innholdet vil fremdeles være tilgjengelig på tidsskriftet.no, som er vår primære publiseringskanal. Vi har i 2022 forberedt og påbegynt dette arbeidet. Blant annet har vi nedsatt en arbeidsgruppe for papirprosjektet, utarbeidet mandat for gruppa og påbegynt arbeidet med skisser og innholdsmessige endringer. Som ledd i utviklingen av en helhetlig digital strategi har vi blant annet hatt en gjennomgang av vår sosiale medier-profil med ekstern konsulenthjelp. Vi bruker nå Instagram mer aktivt og bevisst enn tidligere. Arbeidet med digital strategi og ny papirutgave vil intensivere i 2023.

Relevans. Å være relevant for leger i Norge er kjernen i vår virksomhet. Vi har som mål å nå stadig nye lesere, både med vitenskap og annet aktuelt innhold av høy kvalitet. For å få et bedre innblikk i lesevaner gjennomførte vi i 2022 en ny leserundersøkelse med bistand fra Opinion. Siden vi har satt oss mål om å nå bedre ut til spesielt medisinstudentene og leger i spesialisering, oppjusterte vi antallet studenter i utvalget, slik at undersøkelsen ble sendt til 2 000 studenter og 4 000 yrkesaktive leger. Åtte av ti respondenter oppga at de leser papirutgaven, og at Tidsskriftet oppleves som en god kilde for holde seg faglig oppdatert. Selv om resultatene gir et visst innblikk, var svarprosenten såpass lav (hhv. 3,7 % blant studenter og 8 % blant yrkesaktive leger) at vi tror andre metoder kan gi bedre grunnlag for innsikt i lesevaner. Til senere evalueringer

vil vi derfor utrede alternativer til denne typen spørreundersøkelser, som for eksempel fokusgrupper.

Som ledd i arbeidet med å nå studentene har vi utpekt en studentansvarlig i redaksjonen. Vi har jevnlig kontakt med Norsk medisinstudentforening (NMF), blant annet ved at studentansvarlig sender lenker til relevante artikler fra hver utgave til leder og PR-ansvarlig i NMF, som så deler videre i deres digitale kanaler. Direkte kontakt med representanter for studenter og leger i spesialisering er essensielt for å få innspill til hvordan vi best treffer disse målgruppene. Vi har derfor opprettet en egen gruppe for studenter og leger i spesialisering blant våre faglige medarbeidere (se ellers neste avsnitt), der to studenter er rekruttert. Videre har vi rekruttert et medlem i redaksjonskomiteen som er tidlig i spesialiseringssløpet, og dette punktet er tatt inn som ett av flere vi vurderer ved ansettelse av leger til redaksjonelt arbeid. Vi utreder muligheten for å møte studentene i forbindelse med skriving av den obligatoriske oppgaven, i tillegg til møtepunktene som allerede er godt etablert – introduksjon av Tidsskriftet ved studiestart og deltakelse på faghelg i regi av NMF-utland. Vi har utviklet en egen temaside om utdanning på tidsskriftet.no og har vedtatt å lage en digital skriveportal primært rettet mot uerfarne skribenter.

For at Tidsskriftet skal være relevant for alle leger i Norge, bør vi sikre mangfold blant våre bidragsytere. I 2022 hadde vi en større gjennomgang av listen over faglige medarbeidere. Sett mot gjennomsnittet av norske leger har det tradisjonelt vært noen skjevheter i sammensetningen av våre faglige medarbeidere, særlig knyttet til alder (høy gjennomsnittsalder) og kjønn (overvekt av menn). Ved revisjon av listen i 2022 gjorde vi derfor utskiftninger som reduserte gjennomsnittsalderen i gruppen fra 62,2 til 56,6 år og økte andelen kvinner fra 31,1 % til 43,5 %. Vi har supplert med fagområder som tidligere ikke har vært representert: akutt- og mottaksmedisin, nukleærmedisin og rus- og avhengighetsmedisin, i tillegg til den nevnte gruppen for studenter og leger i spesialisering.

For å øke relevansen av innholdet vårt ønsker vi i større grad aktivt å innhente stoff, både vitenskap og debatt. I 2022 publiserte vi 52 inviterte lederartikler, mot 42 året før. Andelen kvinnelige forfattere i denne sjangeren var 58 %, mot 42 % i 2021.

Aktiv innhenting av vitenskapelige originalartikler er et mer omfattende og langsiktig arbeid. Dette arbeidet er påbegynt, blant annet ved at vi kontakter foredragsholdere ved større faglige arrangementer, og det vil bli videreutviklet i årene som kommer.

Forretning. Dette punktet handler både om å sikre at våre interne arbeidsprosesser er effektive og formålstjenlige, og om å sikre stabile inntektskilder. Effektivisering av arbeidsprosesser er et kontinuerlig arbeid. I 2022 har vi blant annet definert nøkkeltall-sindikatorer (Key Performance Indicators, KPI) og laget en enkel, punktvis og fleksibel sjekkliste for igangsettelse av prosjekter (se også punktet Kommersiell strategi).

Bærekraft. For å lykkes med våre tre strategiske hovedsatsninger må vi være bærekraftige. FNs 17 bærekraftsmål danner grunnlaget for Tidsskriftets bærekraftsarbeid. Vi har i vårt arbeid særlig tatt utgangspunkt i FNs mål nummer 3 (God helse og livskvalitet), nummer 4 (God utdanning) og nummer 12 (Ansvarlig forbruk og produksjon). I 2022 har vi utarbeidet en intern veiledning for alle arrangementer i regi av Tidsskriftet, inkludert en sjekkliste som fylles ut for hvert arrangement. Tidsskriftet skrev i 2022 under på FNs opprop for utgivere; SDG Publishers Compact. Med dette forplikter vi oss til å publisere et tidsskrift som informerer, utvikler og inspirerer til handling for å nå FNs bærekraftsmål. Miljøhensyn er også viktig i utviklingen av den nye papirutgaven, og Tidsskriftet bidrar aktivt inn i Legeforeningens miljøfyrtårngruppe med to representanter.

Attraktiv arbeidsplass. Dette punktet, som handler både om å jobbe best mulig sammen og å tilrettelegge for individuell utvikling, er et kontinuerlig arbeid. Ledere med personalansvar prioriterer å delta på sekretariatets interne opplærings- og utviklingsprogram for ledere. Av konkrete tiltak i 2022 har vi laget et årshjul med blant annet relevante arrangementer og kongresser, sjekklister for opplæring av nyansatte samt en oversikt over kritiske funksjoner. I tillegg har vi startet med en månedlig internavis (kalt Egenmelding), som kompletterer de andre kanalene vi har for informasjonsutveksling mellom ansatte i redaksjonen.

Miljøstrategi

Kommersiell strategi

Tidsskriftet på papir og nett er en av Legeforeningens viktigste medlemsfordeler og en viktig faglig informasjonskilde for norske leger. Dette gjør Tidsskriftet til en sterk merkevare og et unikt medium for annonser som har leger som målgruppe. Våre inntekter kommer fra kommuner, helsefor-etak og enkelte private aktører som søker etter leger (stillingsannonser) og fra legemiddel- og utstursindustrien (produktannonser). Antallet stillingsannonser på papir har, som hos andre, sunket gradvis gjennom flere år. Vi etablerte derfor allerede i 2009 stillingsportalen Legejobber.no, som har utviklet seg til å bli Norges viktigste stillingsportal for leger. Portalen ivaretar viktige funksjoner både for jobbsøkende leger og for dem som rekrutterer. I tillegg ivaretas Legeforeningens ønske om å sikre et nasjonalt stillingsmarked for legene.

Nye og fremtidsrettede digitale tjenester er etablert også i 2022 for å imøtekomme nye behov i markedet. Tjenestene fra pilotprosjektet Legejobber har hatt sitt første år i ordinær drift, under seksjonsnavnet Legejobber Karriere. Bruken av vår CV-registrering som en individuell digital karriereprofil øker stadig. I november 2022 lanserte vi en utvidet mulighet for leger til å registrere sin jobbsøkerstatus, i tillegg til registrering av CV. Dette har ført til nærmere dobbelt så mange registreringer per dag, og aktive jobbsøkere følges opp av rekrutteringsrådgiverne i seksjon Legejobber karriere. Seksjonen oppnådde i 2022 en omsetning på snaut 4 millioner kroner.

Funksjonen for utlysning av egne vikarier i privat praksis er mye brukt og høyt verdsatt av allmennleger.

Nettsiden Legespesialister.no er en søkbar og komplett nettside for privatpraktiserende spesialister som gjør det enklere både for fastleger, sykehusleger og pasienter selv å finne spesialister. Videreutviklingen av Legespesialister.no skjer i tett samarbeid med Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), og 2 040 spesialister er til nå oppført i registeret. Foreløpig er inntektene fra nettsiden beskjedne, men også her videreutvikles stadig tjenestene med tanke på fremtidige inntektsmuligheter.

FNs 17 bærekraftsmål er en sentral del av Tidsskriftets strategi også i perioden 2022–25 (se over). Trykkeriet vi bruker, Aksell, er sertifisert i tråd med kravene til miljømerket Svanen og oppfyller nordisk miljømerkes krav til blant annet papirkvalitet, bruk av kjemikalier, løsemidler og fargestoffer.

Tidsskriftet trykkes på papir sertifisert av FSC (Forest Stewardship Council – Forests For All Forever) og PEFC (Programme for the Endorsement of Forest Certification). Eventuelle bilag blir pakket i 100 % biologisk nedbrytbar miljøfilm, som skal sorteres som matavfall. Produksjon, trykking, adressering, pakking og distribusjon gjøres av leverandører som ligger i kort avstand fra hverandre i Norge. Tidsskriftet sampakkes dessuten med andre utgivelser, blant annet fra Fagpressen. Mer effektiv pakking og korte avstander er mindre belastende for miljøet.

Tidsskriftet.no drives på servere i Strasbourg-datasenteret til OVH Cloud, som ligger i verdenstoppen innen energieffektiv serverdrift, med en strømforbrukseffektivitet (PUE) på 1,09.

Miljøhensyn, inkludert valg av transport, tas alltid med i vurderingen ved planlegging av egne møter og arrangementer og ved deltagelse på andres. Ved arrangementer i Tidsskriftets regi skal det, med enkelte unntak, alltid være mulig å delta digitalt for dem som har lang reisevei.

Samarbeid med sekretariatet

Tidsskriftets redaksjon er lokalisert i Legenes hus sammen med de øvrige delene av Legeforeningens sekretariat. Redaksjonen samarbeider regelmessig med alle øvrige avdelinger på huset. Eksempler er samarbeid med økonomiavdelingen om regnskap, budsjett, fakturering og kommersiell videreutvikling, HR-seksjonen om ansettelse, arbeidsmiljø og sykefraværsoppfølging samt med jus- og arbeidslivsavdelingen om avtaleinngåelser med leverandører.

Sjefredaktør Are Brean er arbeidsgiverrepresentant i Arbeidsmiljøutvalget (AMU) i sekretariatet.

Tidsskriftets markedsseksjon har fra høsten 2022 bidratt med markedsarbeid og forretningsutvikling i kurs- og konferansesenteret i Legenes hus, og samarbeidet vil pågå utover våren 2023. Representanter fra Tidsskriftet har også bidratt i prosjektet med innføring av digitalt HR-system. Systemet ble lansert i desember 2022.

Tidsskriftet samarbeider med PSL i arbeidet med å vedlikeholde og videreutvikle tjenesten Legespesialister.no. Tjenesten lar fastleger og pasienter søke etter privatpraktiserende spesialister, basert på spesialitet, geografi og tilleggsopplysninger. I tillegg gir tjenesten PSL et offentlig tilgjengelig medlemsregister.

I 2022 arrangerte Tidsskriftet både sommerfesten og julebordet for Legeforeningens sekretariat.

Redaksjonskomiteen

Tidsskriftets redaksjonskomité ble i 2022 ledet av Mette Brekke. Redaksjonskomiteen har for øvrig bestått av Jeanette Bjørke, Cathrine Ebbing, Ane Brandtzæg Næss, Torben Wisborg, Per-Henrik Randsborg og Marte Syvertsen (som fratradte i august 2022).

Komiteen avholdt fire møter i 2022 med sjefredaktøren eller assisterende sjefredaktør og andre representanter for redaksjonen. Ett møte ble avholdt i Stavanger i kombinasjon med et besøk til Stavanger universitetssjukehus, der assisterende sjefredaktør holdt et foredrag om Tidsskriftet.

Blant faste diskusjonssaker i 2022 var manusbehandlingstid, strategi for Tidsskriftet, internasjonalt samarbeid, Tidsskriftets økonomi samt det faste punktet «innspill fra fagmiljøene». Representanter fra komiteen har bidratt til det strategiske arbeidet i 2022. Redaksjonskomiteen har også fagvurdert Tidsskriftets frittstående lederartikler og kommet med innspill til temaer og skribenter.

Økonomiske forhold

Tidsskriftets totale annonseinntekter beløp seg i 2022 til 34,6 millioner kroner. Til sammenligning var annonseinntektene i 2021 32,1 millioner kroner, dvs. en økning på 2,5 millioner kroner. Inntektsøkningen kommer fra stillingsannonser på portalen Legejobber.no, og er en følge av den betydelige satsningen rundt etableringen av Legejobber Karriere samt at vi etter pandemien har gjenopptatt oppsøkende arbeid og avholder møter med helseforetak og kommuner. Legejobber.no har dermed blitt en enda sterkere merkevare og fått økt fotfeste i markedet. Dessuten er nye og fremtidsrettede digitale tjenester etablert for å imøtekomme nye behov i legestillingsmarkedet.

Mens annonsemarkedet i Norge for øvrig har opplevd en betydelig nedgang, har etterspørselen etter både digital- og papirannonser i Tidsskriftet vært stabile. Vi jobber kontinuerlig med å forbedre og utvide våre digitale annonseflater på Tidsskriftet.no. De digitale annonsemulighetene vil imidlertid fortsatt være begrenset, fordi vår profil som en tung og seriøs formidler av vitenskap ikke er forenlig med å fylle opp nettsiden med annonser.

Kostnaden for trykk og distribusjon av Tidsskriftet fordeler seg på sideproduksjon, trykk, papir, ferdiggjøring og distribusjon, og var i 2022 på kr 13 132 782. Det er en økning fra 2021, da kostnaden var på kr 12 514 899 kroner. Økningen skyldes i hovedsak økte papirpriser.

Tidsskriftets synlighet

Tidsskriftet.no

Tidsskriftet.no hadde i løpet av 2022 så vidt over 10 millioner sidevisninger og opprettholdt dermed trafikken fra 2021. Veksten i hvor mange som leser oss på mobil, har flatet ut og ligger som i 2021 på 63 %. Antallet visninger av våre engelske oversettelser økte noe og endte på litt over en million.

Mesteparten av lesingen på tidsskriftet.no kommer fra brukere som har søkt på Google (74 %). Etter mange år med vekst flatet den ut i fjor. Fra Facebook fikk Tidsskriftet 560 000 visninger. Antallet brukere fra søketjenesten Pubmed som går til tidsskriftet.no, vokste fortsatt og var i 2022 på 93 000 visninger, mens trafikken fra Google Scholar endte med 73 800 visninger.

Nyhetsbrev og siteringer

Redaksjonen sender ukentlig ut nyhetsbrev med et utvalg av nylig publiserte artikler. Nyhetsbrevet sendes til 37 500 medlemmer og 4 180 andre mottakere. Tidsskriftet bidrar også til å sette dagsordenen for helsenyheter ved å ha kontakt med journalister og redaksjoner i nasjonale så vel som lokale medier. Det skjer både gjennom pressemeldinger og direkte kontakt med aktuelle redaksjoner. I 2022 ble Tidsskriftet sitert 773 ganger i norsk presse.

Podkast

Vi publiserte 48 episoder (hvorav 1 reprise) av Tidsskriftets podkast, Stetoskopet, i løpet av 2022. Totalt fikk vi nesten 138 000 avspillinger i 2022, som er en økning på over 35 000 avspillinger sammenlignet med 2021. Den mest avspilte episoden i 2022 var Psykiatriens skyhøye forventninger (publisert 10. februar). 6. oktober 2022 passerte vi for øvrig totalt 100 publiserte episoder av Stetoskopet siden nylanseringen i 2020.

Kommunikasjonsmessige forhold

Forfattere

Arbeidet for å tiltrekke oss nye forfattere og sikre et størst mulig mangfold blant disse har fortsatt også i 2022. Vår publiseringsredaktør har, i tråd med vår strategi, arbeidet med å rekruttere forfattere av især vitenskapelige artikler gjennom å overvåke hva som presenteres ved underforeningenes faglige møter (se også over).

Tidsskriftets tradisjonelle publiseringskurs, som arrangeres i samarbeid med Frontier Science Norden, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus, ble i 2022 arrangert 7.-8. juni og var fulltøget. I tillegg til kurslærere fra Tidsskriftet og Universitetet i Oslo deltok Darren Taichman fra New England Journal of Medicine, Christine Laine fra Annals of Internal Medicine og David Weinberg fra Gastroenterology som kurslærere denne gang.

Også i 2022 holdt Tidsskriftets medarbeidere kurs og foredrag i en lang rekke sammenhenger, blant annet for Norsk medisinstudentforening, Helsehistorisk forum, obligatorisk kurs for spesialistkandidater i samfunnsmedisin, Senter for kvalitet på legekontor sitt årlige SKIL-forum, ANSAs faghelg i Krakow, Legenes Klimaaksjon, forskningsseminar for OUS, i tillegg til flere av Legeforeningens organisasjonsledd.

Fagfellevurderere

Som nevnt over, ble listen over faglige medarbeidere revidert i 2022. Heller ikke dette året var det mulig, av smittevernhensyn, å avholde det tradisjonelle møtet for faglige medarbeidere fysisk. Møtet ble derfor avholdt digitalt 30. mars, med hovedtema «Dimensjonering og prioritering i helsevesenet – hva har vi lært av en pandemi». Hovedinnleder var sjefredaktør i British Medical Journal, Kamran Abbasi. I tillegg bidro blant andre visepresident i DNLF, Nils Kristian Klev.

Alle forfattere og fagfellevurderere mottar jevnlig et eget nyhetsbrev fra redaksjonen med aktuelle nyheter, tips og råd.

Internasjonalt engasjement

Også i 2022 ble en rekke internasjonale konferanser avlyst av smittevernhensyn. Den internasjonale Peer Review-kongressen, som arrangeres i Chicago hvert fjerde år, ble imidlertid endelig avholdt i fysisk format i september 2022, med deltagelse fra Tidsskriftet. Tidsskriftet har for øvrig vært representert på samtlige av disse kongressene helt siden oppstarten i 1989. Tidsskriftet var også representert på Nordisk tidsskriftmøte, som i september 2022 ble avholdt på Island.

Sjefredaktør er medlem av The World Association of Medical Editors (WAME), CSE og EASE. Han ble opted in (innvalgt mellom valgperiodene) i European Association of Science Editors' styre i 2022. Vitenskapelig redaktør er fra 2021 council-medlem i Committee on Publication Ethics (det styrende organet i COPE).

Oppsummering

For mange var 2022 et år for langsom normalisering etter «unntaksårene» 2020 og 2021. Dette gjaldt også for Tidsskriftet. Likevel var også dette året betydelig preget av koronapandemien. Det uttalte målet fra 2021 om å bruke erfaringene fra pandemien inn i det videre redaksjonelle arbeidet tok vi med oss inn i 2022, og vi har endret flere av våre redaksjonelle rutiner.

Antallet innsendte originalartikler var i 2022 omtrent på nivå som i 2021, men på grunn av lavere godkjenningsandel publiserte vi en del færre enn året før. Antallet publiserte originalartikler er halvert i 2022 sammenlignet med i 2020. Dette må dels sees i sammenheng med at pandemien ga et oppsving både i antall innsendte manus og i godkjenningsandel. Antallet innsendte originalartikler var i 2022 på nivå med antallet før pandemien. Antall publiserte kasuistikker gikk i 2022 også ned sammenlignet med de to foregående årene. Dette anser vi som naturlig, da vi hadde et betydelig antall koronarelaterte kasuistikker i både 2020 og 2021. Reduksjonen i antallet debattartikler er noe bekymringsfull, og vi vil følge denne utviklingen nøye fremover.

Den fortsatte økningen i lyttertall for vår podkast er gledelig, særlig i et podkastmarked som på mange måter synes mettet. Vår podkast er et nisjeprodukt som nesten utelukkende er rettet mot leger. Det legger en begrensning for hvor mye lyttertallene kan fortsette å stige i årene fremover.

En viktig satsning i 2022 har vært den fortsatte implementeringen av strategien vi utarbeidet i 2021. Dette har blant annet resultert i en mer gjennomarbeidet sosiale medier-strategi, et tydeligere skille mellom nett og papir, og at arbeidet med revisjon av papirutgaven har blitt igangsatt. I leserundersøkelsen 2022 oppga åtte av ti respondenter at de leser papirutgaven, og Tidsskriftet oppleves som en god kilde for å holde seg faglig oppdatert. I 2022 gjennomførte vi en rekke tiltak for enda bedre å nå våre yngre lesere og for å øke mangfoldet blant våre bidragsytere. Vi fortsatte også arbeidet med vår bærekraftstrategi, og sluttet oss til FNs SDG Publishers Compact.

Som ledd i vår kommersielle strategi hadde vår nysatsning Legejobber Karriere sitt første ordinære driftsår i 2022 og oppnådde en omsetning på om lag 4 millioner kroner. Våre totale annonseinntekter økte med 2,5 millioner kroner sammenlignet med 2021, mens produksjonsutgiftene økte med rett over 600 000 kroner, noe som i hovedsak skyldes økt prisnivå.

Til Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003570

Dato: 08-05-2023

Sak 9. Sykehusutvalgets anbefalinger

Landsstyret drøfter hvert år en aktuell helsepolitisk sak som ledd i foreningens politikkutvikling. Årets tema er Sykehusutvalgets anbefalinger. Dette er en åpen debatt der alle delegater og påmeldte med talerett kan ta ordet.

Saken skal behandles torsdag 8. juni kl. 11. President Anne-Karin Rime ønsker velkommen og innleder saken. Deretter blir det forberedte innlegg fra:

- Jon Magnussen, professor i helseøkonomi ved NTNU og leder av Sykehusutvalget
- Ståle Clementsen, sentralstyret, leder av Overlegeforeningen og medlem av Sykehusutvalget
- Kristin Kornelia Utne, sentralstyret, leder av Yngre legers forening
- Kristin Hovland, sentralstyret, leder av Oslo legeforening

Etter innleggene blir det en panelsamtale hvor det åpnes for spørsmål og kommentarer fra salen.

Bakgrunn for saken

Sykehusutvalget ble nedsatt 4. februar 2022 med formål om å gi en vurdering av erfaringene med dagens styring og organisering av sykehusene og helseforetaksmodellen. Utvalget skulle også foreslå tiltak som kan bidra til effektiv ressursutnyttelse, og spesialisthelsetjenester av god og likeverdig kvalitet med statlig eierskap og regional, politisk, og demokratisk innflytelse i styringen av sykehusene. Utvalgets arbeid skulle være innenfor rammen av helseforetaksmodellen.

Utvalget leverte sin utredning, [NOU 2023:8 Fellesskapets sykehus — Styring, finansiering, samhandling og ledelse](#), 27. mars 2023.

Utvalget foreslår en rekke endringer i måten sykehusene styres, driftes og finansieres. Her følger en oppsummering av utvalgets anbefalinger:

Markedstenkning i styringen av helseforetakene

- Utvalget foreslår at dagens finansieringsordning med 40 pst. ISF «fra første pasient», erstattes med rammefinansiering som hovedmodell. For å ivareta et element av risikodeling mellom stat og regionale helseforetak, foreslår utvalget å beholde et innslag av aktivitetsbasert toppfinansiering for aktivitet utover nivået som er forutsatt finansiert av rammen.
- Utvalget anbefaler også at man tilstreber at den samlede finansieringen av avtalespesialistene skal inngå som en del av finansieringen av de regionale helseforetakene.



- Utvalget anbefaler at private aktører som leverer helse- og omsorgstjenester uten avtale med den offentlige helse- og omsorgstjenesten, skal ha plikt til å rapportere behandlingsaktiviteten til etablerte helseregistre.
- Utvalget foreslår at det utredes om en form for godkjenningsordning bør gjelde for etablering av privatfinansierte helsetjenester.

Mål- og resultatstyring

- Utvalget støtter forslaget fra de regionale helseforetakene om forbedringer i arbeidet med de nasjonale kvalitetsindikatorerne. Utvalget har valgt ikke å komme med konkrete forslag til indikatorer som skal utgå, men foreslår at alle aktører gjør en kritisk gjennomgang av indikatorer og rapportering.
- Utvalget mener klinisk fagrevisjon kan være et godt virkemiddel for å etterleve plikten om å evaluere og korrigere virksomheten, slik det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Finansiering av sykehusbygg

- Utvalgets vurdering er at drift og investeringer i utstyr, IKT og bygg må ses i sammenheng.
- Utvalget mener at dagens krav til 30 pst. egenkapital er for høyt og foreslår å redusere egenkapitalkravet til 10 pst.
- Utvalget foreslår at rentemodellen endres tilbake til de prinsippene som ble brukt før 2018. Dette vil sikre likebehandling mellom gjennomførte og nye sykehusutbygginger og gi helseforetakene reduserte rentekostnader.
- Utvalget foreslår å endre kostnadskomponenten i modellen for inntektsfordeling til de regionale helseforetakene slik at helseforetakene får dekket 75 pst. av sine faktiske regnskapsførte avskrivningskostnader.
- Utvalget foreslår at arbeidet med utvikling og vedlikehold av framskrivningsmodellen organiseres med tettere og mer formell involvering av de kliniske fagmiljøene både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene.

Helsefelleskap og samhandling med kommunehelsetjenesten:

- Utvalget foreslår å innføre samhandlingsbudsjetter for kommuner og helseforetak. Det ligger to premisser til grunn for forslaget: Samhandlingsbudsjettene må legge til rette for varig finansiering av samhandlingstiltak og bidra til at tidsavgrensede prosjekter kan tas inn i ordinær drift.
- Utvalget anbefaler at den kommunale betalingsplikten for utskrivningsklare pasienter inntil videre opprettholdes og at døgnsetsen videreføres på dagens nivå. Utvalget foreslår imidlertid å evaluere ordningen.
- Utvalget anbefaler at det etableres et nasjonalt kompetansemiljø for samhandling. Et slikt miljø skal både bidra til forskningsbasert kunnskap om hvilke samhandlingstiltak som virker, og kunne bistå kommuner og helseforetak med utforming og evaluering av tiltak.



Styring og ansvarsforhold – regional politisk og demokratisk innflytelse:

- Utvalget foreslår å gi det enkelte helseforetak en lovpålagt plikt til å inngå avtale med kommuner og fylkeskommunen i opptaksområdet om i hvilke saker disse skal høres før styret i helseforetaket fatter beslutninger.
- Flertallet i utvalget foreslår at de regionale helseforetakene, i forkant av styrevalg til helseforetakene, bør innhente forslag fra kommunene i helseforetakets opptaksområde til kandidater med forvaltnings- og samfunnskompetanse, men at de ikke bør være bundet til å oppnevne noen av kandidatene.
- Utvalget mener at den helsefaglige kompetansen i styrene må styrkes.
- Utvalget foreslår også et felles program for opplæring av styremedlemmer i regionale helseforetak og helseforetak, med sikte på å klargjøre ansvar og rolleforståelse for styrene.
- Utvalget foreslår at det bestemmes gjennom eierstyring at de som har lederroller i regionale helseforetak eller er administrerende direktør i helseforetak, ikke samtidig skal kunne inneha styreverv i annet helseforetak i egen eller andre regioner. Tilsvarende foreslår utvalget at ansatte i det regionale helseforetaket ikke skal ha styreverv i underliggende helseforetak.
- Flertallet i utvalget foreslår at én til to representanter for de ansatte i helseforetakene får observatørstatus med tale og forslagsrett i styrene for de felleseide helseforetakene.
- Utvalget mener en viktig forutsetning for legitimiteten og den reelle innflytelsen for styrene i helseforetakene, er at styrene gis mulighet for å uttale seg i en tidlig nok fase av saksutredningen og dermed faktisk kan påvirke beslutninger i styret i det regionale helseforetaket.

Lederstillinger og lederstruktur

- Etter utvalgets vurdering bør dagens krav til enhetlig ledelse i sykehusene videreføres, men det bør legges til grunn en vid forståelse av dette kravet, for å ivareta helseforetakenes autonomi.

Ivaretagelse av medbestemmelse til den samiske befolkningen

- Utvalget foreslår at det blir gjennomført en egen utredning for å vurdere behov for tiltak som sikrer inkorporering av de folkerettslige bestemmelsene, FN's erklæring om urfolksrettigheter og konvensjonen om sivile og politiske rettigheter ved styringen av spesialisthelsetjenesten
- Flertallet i utvalget mener at utredningen må ta stilling til om dagens organisering av Sámi klinihkka er hensiktsmessig. Dette inkluderer vurdering av hvordan SÁNÁG/SANKS sine nasjonale funksjoner kan utvikles. Disse medlemmene mener utredningen også må vurdere et alternativ hvor Sámi klinihkka med alle funksjoner overføres organisatorisk til UNN HF.
- Flertallet i utvalget foreslår at det skal oppnevnes ett styremedlem i hvert av styrene for de regionale helseforetakene etter forslag fra Sametinget.

Foretaksmøtets og Stortingets myndighet



DEN NORSKE LEGEFORENING

- Utvalgets vurdering er at § 30 i helseforetaksloven gir statsråden tilstrekkelig handlingsrom til å sikre den nasjonale politiske forankringen av vedtak. Utvalget mener det verken er hensiktsmessig eller behov for å konkretisere ytterligere hvilke saker som skal besluttes av foretaksmøtet.

Strukturelle forhold

- Utvalget viser til forslaget fra Helsepersonellkomisjonen om å utrede en framtidig bærekraftig sykehusstruktur. Utvalget slutter seg til dette forslaget, og anbefaler at en slik utredning også inkluderer en vurdering av antallet helseforetak og regionale helseforetak i en framtidig struktur.

Navn og begrepsbruk

- Utvalget foreslår, for det første, at de regionale helseforetakene får samme navn som det geografiske området de har sørge-for-ansvaret for. De nye navnene vil da være Helseregion Sør-Øst, Helseregion Vest, Helseregion Midt-Norge og Helseregion Nord.
- Utvalget foreslår videre at helseforetakene som driver pasientbehandling, navngis og omtales som sykehus og ikke helseforetak. Utvalget foreslår en navngiving av helseforetakene som utformes slik at sykehus inngår i navnet, og samtidig avspeiler om det er ett eller flere sykehus som inngår i organisasjonen.

Sykehusutvalgets rapport er sendt på intern høring i Legeforeningens underforeninger, med frist 26. mai for å komme med innspill. Diskusjonen på landsstyremøtet vil, sammen med innkomne høringsinnspill fra foreningsleddene, danne grunnlaget for Legeforeningens høringssvar til rapporten, samt være viktige bidrag i arbeidet med å videreutvikle Legeforeningens sykehuspolitikk.

Legeforeningens høringssvar til Sykehusutvalgets rapport skal behandles av sentralstyret 21. juni, og deretter blir høringssvaret oversendt til Helse- og omsorgsdepartementet innen fristen den 30. juni.

Med vennlig hilsen

Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Linda Markham
seniorrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2022007145

Dato: 05-05-2023

Sak 10 Prinsippprogram 2023-2027

Hvert fjerde år beslutter landsstyret nytt prinsippprogram og hvert annet år nytt arbeidsprogram (se sak 11). For å utarbeide forslag til nytt prinsippprogram for 2023 – 2027 og nytt arbeidsprogram for 2023 – 2025 besluttet sentralstyret høsten 2023 å nedsette en arbeidsgruppe bestående av Nils Kristian Klev (Af), Ståle Clementsen (Of), Kristin Kornelia Utne (Ylf) og Ståle Sagabråten (fagstyret). Sekretariatet har bistått arbeidsgruppen i arbeidet.

Prinsippprogrammet beskriver Legeforeningens verdigrunnlag og prinsipielle rammer og fremhever langsiktige mål og overordnede områder som foreningen skal arbeide med. Det nye prinsippprogrammet viderefører i all hovedsak verdigrunnlaget i det eksisterende prinsippprogrammet. Prinsippene ligger fast, men målene og beskrivelsene er justert noe i møtet med nye politiske utfordringer.

Arbeidsgruppen utarbeidet forslag til prinsippprogram som så ble sendt på høring til alle foreningsleddene 9. februar. Det kom i alt inn 4 høringsuttalelser. Foruten et nytt kapittel om klima og miljø, er det er kun gjort mindre endringer i det opprinnelige forslaget basert på innspillene.

Med bakgrunn i høringsinnspillene vedtok sentralstyret 25.4.2023 et justert forslag til prinsippprogram som innstilling overfor landsstyret.

Forslag til vedtak:

Forslag til Prinsippprogram 2023-2027 godkjennes.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ole Andre Gjerde,
seniorrådgiver

Vedlegg

Sentralstyrets forslag til Prinsippprogram 2023 – 2027

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Prinsippprogram for Den norske legeforening 2023 - 2027

MED KVALITET OG FAG SOM LEDESTJERNE

Legeforeningen er en helhetlig profesjonsforening for alle leger, hele livet. Foreningen er partipolitisk uavhengig og livssynsnytral.

I henhold til lovene i Legeforeningen er foreningens formål:

- å arbeide for høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer.
- å samle alle leger og medisinstudenter for å fremme kollegiale og felles faglige, sosiale og økonomiske interesser.
- å verne om medlemmenes psykiske og fysiske helse.
- å fremme kvalitet i legeutdanningen og den medisinske fagutvikling.
- å fremme medisinsk vitenskap, herunder medisinsk forskning og forskningsetikk.
- å fremme tiltak for folkehelsen.
- å arbeide med helsepolitiske spørsmål.

Etikk i alt vi gjør

Etikk er grunnleggende for helsetjenesten og legegjerningen. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og nasjonal lovgivning. Medisinsk utvikling og endrede krav og normer i befolkningen fører til nye etiske utfordringer. Muligheten til å gjøre riktige etiske valg utfordres også av nye prioriteringskrav, effektivitetskrav og omorganiseringer. Legeforeningen mener god profesjonsetikk må stå i fokus for å bidra til en bedre helsetjeneste – for pasienter og pårørende.

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet for gode helsetjenester. Det er nødvendig for å bedre kvaliteten og sikkerheten på helsetjenestene som gis. Utvikling av kunnskap krever at kvalitets- og forbedringsarbeid prioriteres. Avvikshåndtering i trygge rammer med fokus på pasientsikkerhet og arbeidsmiljø må videreutvikles. Det handler om å gjøre jobben og gjøre den bedre. Fagpersoner både i lokale og sentrale kompetansemiljøer må involveres for å oppnå bedre beslutninger og resultater. Det er viktig å sikre at kunnskap raskt kommer pasienten og samfunnet til gode, og at kunnskap deles over landegrensler.

Det må legges til rette for at medisinsk kunnskap vektlegges i alle helsepolitiske beslutninger. Erfaringer har vist at helsereformer oppnår best resultat når fagpersoner involveres tidlig og tiltakene piloteres.

Bevare en sterk offentlig helsetjeneste

Den offentlige helsetjenesten er en av velferdsstatens viktigste bærebjelker. Helsetjenesten

38 skal sikre gode og likeverdige helsetilbud til alle, uavhengig av hvem du er og hvor du bor. En
39 sterk offentlig helsetjeneste er nødvendig for å sikre likeverdige helsetjenester for alle og
40 motvirke et todelt helsevesen. Legeforeningen vil styrke en offentlig finansiert helsetjeneste
41 som gir gode og likeverdige tilbud til alle uavhengig av sosial status, inntekt og bosted. Ulike
42 private helsetjenester er viktige supplement til, og i økende grad del av den offentlige
43 helsetjenesten. Gode arbeidsforhold for de ansatte er en avgjørende forutsetning for å
44 bevare en sterk offentlig helsetjeneste.

45 46 **God folkehelse er målet**

47 Sosiale helseforskjeller er fortsatt for store i Norge. Frafall fra skole og manglende deltagelse
48 i arbeidslivet er et økende problem. For den enkelte gir det tap av muligheter og økt
49 helserisiko, og samfunnet mister verdifull arbeidskraft. Gode løsninger fordrer bredt
50 samarbeid mellom skole og arbeidsliv, helsetjenesten, politikere og sivilsamfunn.
51 Fattigdomsbekjempelse og utdanning er viktige helsefremmende faktorer, også i Norge.

52 Gode oppvekstvilkår, deltagelse i arbeidslivet og sosiale relasjoner bidrar til god folkehelse.
53 Måltrettet forebyggende og helsefremmende arbeid bidrar til god helse for enkeltpersoner
54 og grupper av befolkningen. Legeforeningen støtter WHO's mål om helse i all politikk (HiAP),
55 dvs. at helsehensyn skal integreres i politikktutforming på tvers av sektorer. Det er et
56 samfunnsansvar å gjøre det enklere å ta sunne valg. Dette kan også redusere behovet for
57 helsehjelp og bidra til mer bærekraftige helsetjenester. Viktige tiltak er blant annet å
58 tilrettelegge for økt fysisk aktivitet, gode kostvaner og redusert bruk av tobakk, alkohol og
59 andre rusmidler. Negativ klima- og miljøpåvirkning av folkehelsen, både globalt, nasjonalt og
60 lokalt må bekjempes.

61 62 **Gode helsetjenester til alle**

63 Helsetjenesten i Norge står ved et veiskille. Det er alvorlige vansker med å rekruttere og
64 beholde leger i den offentlige helsetjenesten, både i fastlegetjenesten,
65 kommunehelsetjenesten generelt, og i sykehusene. Norge har et mål om likeverdige
66 helsetjenester uavhengig av bosted. Legemangelen er størst i distriktene. Det er klare
67 sammenhenger mellom avstand til sykehus og legevakt og forbruket av polikliniske tjenester,
68 dagbehandling og legevakt, også for akutte alvorlige tilstander.

69 Gode helsetjenester er en forutsetning for at folk skal kunne bo i hele landet. Det er viktig
70 for landets verdiskaping og beredskap. Dersom legemangelen vedvarer utgjør det en trussel
71 mot et Norge med bosetting i hele landet, og dermed verdiskaping og trygghet.
72 Legeforeningen vil jobbe for at folk i hele landet skal ha gode, tilgjengelige helsetjenester.

73 Legeforeningen skal jobbe for å øke antallet legeårsverk i kommunene. En robust
74 allmennlegetjeneste vil dempe behovet for leger i spesialisthelsetjenesten.

75

76 **Helsetjenesten skjer i møtet med pasienten**

77 Møtet mellom mennesker, mellom lege og pasient, er grunnleggende for å yte god
78 helsehjelp. Helsetjenesten må verne om dette møtet. Helsetjenesten må organiseres slik at
79 helsepersonell får bruke mer tid sammen med pasientene. Kontinuitet i lege-
80 pasientforholdet er viktig for god behandling. Helsetjenesten må legge til rette for
81 kontinuitet. For å frigjøre tid til pasientrettet arbeid trengs støttepersonell og velfungerende,
82 brukervennlige, sikre IKT-løsninger. Ved investering i IKT-løsninger er det viktig at
83 ressursbruken står i forhold til gevinstene. Da kan leger gi god behandling, til rett tid, og med
84 riktig kompetanse. God tilgjengelighet og kvalitet er avgjørende for pasientenes tillit til
85 helsetjenesten.

86

87 **Utdanning og kontinuerlig kompetanseutvikling er fremtiden**

88 Kontinuerlig kompetanseutvikling kjennetegner legeprofesjonen. I takt med den medisinske
89 utviklingen utvikler og fornyer leger sin høye kompetanse gjennom hele yrkeslivet.
90 Medisinstudiet må være et dynamisk studium slik som til enhver tid gjenspeiler
91 helsetjenestens behov for kompetanse. Utdanningskapasiteten i Norge må økes for å dekke
92 fremtidige behov, både for å gjøre oss mindre avhengig av import av spesialister utdannet i
93 andre land og for ikke å tappe andre land for egne fagfolk.

94 Spesialisering og etterutdanning skal være målrettet, systematisk og av høy kvalitet. Det må
95 satses offensivt på medisinsk forskning. Leger må få starte LIS1 umiddelbart etter
96 utdannelsen. All videreutdanning av leger skal holde høy kvalitet og være i tråd med
97 helsetjenestens behov. Det må tilrettelegges økonomisk og faglig for at leger skal utvikle sin
98 kompetanse gjennom hele yrkeslivet.

99

100 **Gode rammer for fagutøvelsen**

101 Legevirkosomhet er arbeidsintensiv og krever høy kompetanse. Leger har stort ansvar, fatter
102 vanskelige beslutninger og utsettes for økende arbeidsbelastning. Det vil bli økt konkurranse
103 om arbeidskraften i årene fremover. Dersom den offentlige helsetjenesten skal klare å
104 beholde kompetent arbeidskraft må arbeidsgivere ha god dialog med de ansatte om hva
105 som skal til for at helsetjenesten fortsatt skal være en god arbeidsplass. Legene må ha trygge
106 arbeidsforhold, som gir tid til og mulighet til å gi pasientbehandling av høy kvalitet, personlig
107 og faglig utvikling, attraktiv lønn og en arbeidsplass der de blir satt pris på.
108 Arbeidstidsordningene må ivareta god fagutøvelse, forsvarlighet, legers helse og
109 pasientsikkerhet. For å sikre at legens lojalitet til pasienten må det være et sterkt vern av
110 legens ytringsfrihet. Legeyrket skal være et attraktivt yrkesvalg. Avtale- og lønnsystemer
111 skal belønne kompetanse, ansvar, innsats, forskning, undervisning og ledelse. Åpenhet og
112 trygghet på arbeidsplassen er avgjørende for å skape godt arbeidsmiljø og sikre god kvalitet.
113 Legeforeningen vil jobbe mot diskriminering på grunnlag av kjønn, graviditet, permisjon ved
114 fødsel og adopsjon, etnisitet, funksjonsnedsettelse, seksuell orientering, religion, livssyn,

115 politisk syn, alder eller andre liknende vesentlige forhold ved en person, og arbeide aktivt for
116 likebehandling og like muligheter.

117 Likestilling mellom kjønnene er viktig for arbeidsmiljøet, for god ledelse og for samfunnet.
118 Det bør tilstrebes kjønnsbalanse i medisinstudiet. Det er et mål at flest mulig leger og
119 medisinstudenter er tilsluttet Legeforeningen.

120

121 ***God ledelse er en forutsetning for gode helsetjenester***

122 Den pasientnære ledelse må styrkes i både primær- og spesialisthelsetjenesten.
123 Medisinsk faglig kompetanse er viktig for å lede i helsetjenesten. Legeforeningen har som
124 mål at flere leger går inn i ledelsen, og at ledere får mulighet til å utvikle sin kompetanse.
125 Helseledere må ha tilstrekkelig administrativ støtte, og tid og rom for å utøve ledelse.
126

127 ***Legeforeningens internasjonale samarbeid***

128 Legeforeningen skal være en aktiv medspiller på relevante internasjonale helsepolitiske
129 arenaer. Norge må være et foregangsland i arbeidet med globale helseutfordringer.
130 Internasjonalt arbeid bidrar til å styrke foreningen gjennom kompetanseheving og
131 informasjonsdeling. Retten til å utøve legeyrket på uavhengig og faglig grunnlag er en
132 prioritet i Legeforeningens internasjonale engasjement.

133 Ulikhet i helse er en global helseutfordring. Pandemi, sult, krig og konflikter krever
134 internasjonalt samarbeid for å ivareta befolkningens grunnleggende helsebehov. Alvorlige
135 epidemier og økt forekomst av livsstilssykdommer er blant de fremste internasjonale trusler
136 mot befolkningens helse. Norge bør være et foregangsland i arbeidet med globale
137 helseutfordringer, gjennom forskning, bistand og kunnskapsdeling. Det bør legges til rette
138 for at norske leger får mulighet til å jobbe i land med svakt utbygd helsetjeneste.

139

140 ***Klima og miljø***

141 Klimaendringer er en alvorlig trussel mot folkehelsen, både lokalt og globalt. Utslipp av
142 klimagasser har omfattende negative helsekonsekvenser. Den norske helsetjenesten står for
143 en vesentlig del av Norges klimagassutslipp. Utfordringen angår hele sektorens verdikjede,
144 herunder utslipp fra bygg, transport, farmasøytisk industri og medisinsk aktivitet og
145 behandling. Norske myndigheter har etter FNs klimatoppmøte i 2021 forpliktet seg til et mål
146 om klimanøytral drift i helsevesenet innen 2045, samt en bærekraftig lavutslipp helsesektor
147 innen 2050. Legeforeningen vil jobbe for å løfte frem både hvordan klimaendringer påvirker
148 folkehelsen og for tiltak for å redusere klimagassutslipp i helsesektoren.

149 Kunnskapen som Legeforeningen besitter, kan og må anvendes på flere ulike arenaer og
150 beslutningsnivå. Muligheten for å utøve innflytelse spenner fra hva vi gjør som
151 enkeltpersoner og leger i vår lokale arbeidshverdag, til hvordan vi som nasjonal forening,

152 gjerne i samarbeid med søsterorganisasjoner i andre land, bidrar i det internasjonale
153 arbeidet for å redusere helsekonsekvenser av global oppvarming.

154





**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2022007145

Dato: 11-05-2023

Sak 11 Arbeidsprogram 2023 - 2025

Hvert fjerde år beslutter landsstyret nytt prinsipprogram (se sak 10) og hvert annet år nytt arbeidsprogram. For å utarbeide forslag til nytt prinsipprogram for 2023 – 2027 og nytt arbeidsprogram for 2023 – 2025 besluttet sentralstyret høsten 2023 å nedsette en arbeidsgruppe bestående av Nils Kristian Klev (Af), Ståle Clementsen (Of), Kristin Kornelia Utne (Ylf) og Ståle Sagabråten (fagstyret). Sekretariatet har bistått arbeidsgruppen i arbeidet.

Arbeidsprogrammets funksjon er å gi en retning for arbeidet i kommende sentralstyreperiode. Ettersom virkeperioden er begrenset til to år kan ikke arbeidsprogrammet være for omfattende.

Arbeidsgruppen utarbeidet med utgangspunkt i tidligere arbeidsprogram et forslag til nytt arbeidsprogram, som så ble sendt på høring til alle foreningsledd 9. februar. Det kom i alt inn 4 høringsuttalelser fra foreningsleddene. Arbeidsprogrammet er justert på bakgrunn av høringsinnspillene. I tillegg har sentralstyret i møte 25. april bidratt med noen mindre endringer etter høringsrunden. Forslaget ble vedtatt oversendt landsstyret i sentralstyrets møte den 25. april.

Forslag til vedtak:

Forslag til arbeidsprogram 2023 - 2025 godkjennes.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Marit Randsborg
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ole Andre Gjerde,
seniorrådgiver

Vedlegg

Sentralstyrets forslag til Arbeidsprogram 2023-25

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

Arbeidsprogram for Legeforeningen 2023-2025

1. Legeforeningen: For alle leger, hele livet

Legeforeningen er en helhetlig profesjonsforening som arbeider både for legers lønns- og arbeidsvilkår og fagmedisinske områder som fagutvikling, utdanning og kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Foreningen er partipolitisk uavhengig og livssynsnøytral. Legeforeningen har en høy medlemsopplutning, mange engasjerte medlemmer og gode representanter i ulike foreningsledd.

Legeforeningen vil jobbe for:

- a) Fortsatt høy medlemsopplutning, bl.a. gjennom å videreutvikle god medlemsinformasjon og relevante medlemstilbud.
- b) Å styrke tillitsvalgtrollen og tillitsvalgtopplæringen slik at det er attraktivt for medlemmene å bli og være tillitsvalgt.
- c) Å videreutvikle den fagmedisinske aksen, herunder fagstyrets arbeid og rammebetingelser.
- d) Et oppdatert og konsistent medlemsregister med enkle og effektive rutiner for oppdatering av medlemsdata.
- e) Å videreutvikle digitale plattformer og verktøy for samhandling, kurs og gjennomføring av møter.

2. En sterk offentlig helsetjeneste er førstevalget

En sterk offentlig helsetjeneste er den viktigste garantisten for likeverdige helsetjenester for alle. Samtidig har vi en lang tradisjon med supplement til den offentlige helsetjenesten. Vår felles helsetjeneste må ha som mål å beholde og videreutvikle et offentlig helsevesen som yter god helsehjelp til alle som trenger det. Legeforeningen ser med stor bekymring på manglende tiltak for å sikre en sterk og fremtidsrettet offentlig helsetjeneste. En svakere offentlig helsetjeneste gir grobunn for en todelt helsetjeneste. Kombinert med endringer i finansieringsordninger, individuelle rettigheter og persontilpasset medisin kan denne utviklingen utfordre det likhetsprinsippet vi har i Norge og bidra til økt sosial ulikhet.

Legeforeningen vil jobbe for:

- a) At en sterk offentlig helsetjeneste med høy kvalitet fortsetter å være førstevalget for leger og pasienter.
- b) At den offentlige helsetjenesten har lønns- og arbeidsforhold som bidrar til å utvikle og beholde ansatte.
- c) At pasientene skal sikres tilbud av lik kvalitet uavhengig av om tilbudet er utført av den offentlige helsetjenesten eller av private tjenesteytere. Dette kan oppnås i større grad ved at private helsetilbydere må rapportere og kommunisere på samme vis som den offentlige tjenesten.
- d) At den private helsetjenesten er et supplement til den offentlige med ordnede arbeidsforhold for de ansatte, klare avtaler med det offentlige og kvalitetskrav

40 3. Styrket finansiering og bedre bruk av ressursene

41 Etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester vil øke i årene fremover som følge av demografiske
42 endringer og medisinsk utvikling. Å opprettholde og videreutvikle et godt offentlig helsetilbud over
43 hele landet vil være en betydelig oppgave for myndighetene og helsetjenesten i en periode med
44 sterkt økende behov. Dette forutsetter bedre samhandling og bedre oppgave- og ansvarsfordeling i
45 helsetjenesten. Videre må det investeres mer i helsetjenester enn det gjøres i dag og ressursene må
46 brukes mer effektivt. Det er gjennomført mange utredninger som viser hva som er effektive tiltak for
47 drift og organisering. De viktigste tiltakene for å håndtere behovsveksten vil være tiltak som er rettet
48 inn mot å øke produktiviteten til helsepersonell. Bedre bruk av kompetanse vil øke helsetjenestens
49 bærekraft, og derfor trengs det en målrettet satsing for å sikre riktig bruk av helsepersonell.

50 Legeforeningen vil jobbe for:

- 51 a) At ressursene brukes på riktig nivå i helsetjenesten og at alle pasienter behandles på laveste
52 effektive omsorgsnivå.
- 53 b) At nye sykehus bygges store og fleksible nok, med rom for god pasientbehandling og godt
54 arbeidsmiljø.
- 55 c) At kommunene og de regionale helseforetakene oppfyller sitt sørge-for-ansvar.
- 56 d) At det investeres i brukervennlige IKT-løsninger som bidrar til bedre og mer effektiv
57 pasientbehandling. Leger og annet helsepersonell må involveres tidlig i utviklingen og ved
58 uttesting og innføring av nye løsninger.
- 59 e) Medbestemmelse og stedlig ledelse ved at pasientnære ledere er tilstrekkelig myndiggjort.
- 60 f) At tidstyver i hverdagen fjernes slik at leger får mer tid til pasientbehandling.

61

62 4. Samhandling mellom helsetjenestene

63 Økt behov og etterspørsel etter tjenester vil stille større krav til samhandling og samarbeid mellom
64 primær- og spesialisthelsetjenesten, og tjenestene må ses i sammenheng. Uten en velfungerende
65 fastlegeordning øker presset på spesialisthelsetjenesten. Uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene
66 øker presset på fastlegene og kommunale omsorgstjenester. En sømløs og effektiv helsetjeneste med
67 god kvalitet for våre pasienter er avhengig av at det bevilges nok ressurser og at vi har kompetanse til
68 å ivareta oppgavene på begge nivåer.

69

70 Ved enhver overføring av oppgaver eller aktiviteter fra spesialisthelsetjenesten til kommunene eller
71 fra kommunene til spesialisthelsetjenesten skal overføringen være forsvarlig. Partene må sikre at den
72 som skal utføre en oppgave har faglig kompetanse og nødvendige ressurser og utstyr til å utføre
73 tiltaket. I forsvarlighetsvurderingen er det viktig at det etableres et nært samarbeid mellom personell
74 med allmennkompetanse og spesialkompetanse.

75

76 Oppgaveoverføring kan kun skje dersom det følger ressurser med oppgaven. Ved oppgaveoverføring
77 mellom forvaltningsnivå må det lages et system som sikrer at ressurser følger oppgaven.

78

79 Legeforeningen vil jobbe for:

- 80 a) At legetjenesten i kommunen styrkes for å få flere fastleger, gi fastlegene mer tid til hver
81 pasient, legevakten nok ressurser og kommuneoverlegene større stillinger.

- 82 b) At det blir bedre samsvar mellom oppgaver og ressurser i sykehusene, at sykehusene
83 skjermes fra effektiviseringskutt og at sykehusene legges bedre til rette for de gode
84 pasientmøtene.
- 85 c) At overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner er faglig begrunnet, basert på
86 kliniske behov og ikke drevet av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.
- 87 d) At avtalespesialistordningen utvikles videre som en viktig ressurs i spesialisthelsetjenesten.
- 88 e) At samhandling, effektivitet og pasientsikkerhet understøttes av veltilpassede IKT-løsninger.
- 89

90 5. Forskning og kvalitet

91 Forskning og implementering av ny kunnskap er grunnlaget for en kunnskapsbasert helsetjeneste, og
92 bidrar både til god helse og innovasjon. Helseforskning må være et tydelig og markert
93 hovedsatsingsområde i norsk forskningspolitikk. Kvalitetsarbeid må være en integrert del av
94 myndighetenes, kommunenes og helsepersonells daglige virke. En forutsetning for dette er at
95 ansatte sikres reell medvirkning i omorganiseringsprosesser og i daglig drift. Disse prinsippene må
96 også gjelde for samarbeid om pasienter og på tvers av nivåer. Det kan ligge betydelige gevinster ved i
97 større grad å ettergå effektene av tiltak og ved at tjenestene opptrer i tråd med etablerte faglige
98 retningslinjer. God pasientsikkerhet handler også om å organisere helsetjenestene på en slik måte at
99 uønskede hendelser forebygges og læres av.

100

101 Legeforeningen vil jobbe for:

- 102 a) At rammene for medisinsk forskning økes og at lønns- og arbeidsvilkårene for legeforskere
103 styrkes. Forskning er avgjørende for å videreutvikle gode tjenester.
- 104 b) Styrket prioritering av klinisk forskning og tilstrekkelig klinisk undervisning i utdanningen av
105 medisinstudenter.
- 106 c) Å være en premissgiver for utvikling og implementering av persontilpasset medisin.
- 107 d) En faglig begrunnet reduksjon av medisinsk overaktivitet, herunder videreføre Gjør kloke-
108 valg kampanjen.
- 109 e) Å styrke forskningssamarbeidet mellom ulike fagområder.
- 110 f) Å øke antallet leger i medisinsk grunnforskning og sikre bedre rammevilkår for medisinsk
111 forskning og fagutvikling.
- 112 g) En pasientsikkerhetskultur basert på åpenhet og læring av feil.
- 113 h) At det legges til rette for god klinikerinvolvering i tidlige faser av helseinnovasjonsprosjekter i
114 alle deler av helsetjenesten
- 115

116 6. En bedre arbeidshverdag og et bedre arbeidsmiljø for alle leger

117 Flere undersøkelser har avdekket at leger har lange arbeidsdager og høyere arbeidspress enn
118 gjennomsnittet av norsk arbeidsliv. Det høye arbeidspresset går ofte på bekostning av helt basale
119 ting som lunsj og pauser, og mange leger opplever en ubalanse mellom arbeidsliv og fritid. Dette
120 rammer alt fra egen helse til muligheten å kunne gi kollegial tilbakemelding og støtte. En
121 velfungerende helsetjeneste bidrar til bedre helse og mestring, og flere gode leveår, innenfor en
122 bærekraftig økonomi og personellinnsats. Bedre rammevilkår for yrkesutøvelsen er derfor helt
123 avgjørende for en god legehverdag hele legelivet.

124

125 Legeforeningen vil jobbe for:

- 126 a) Forsvarlige arbeidstidsordninger for leger i hele helsetjenesten og at leger får mer innflytelse
127 over egen arbeidsbelastning og arbeidstid, tid til kompetanseutvikling, samt reell
128 medvirkning i omorganiseringsprosesser og daglig drift.
- 129 b) At legevakt sees i sammenheng med fastlegejobben, med en samlet forsvarlig
130 arbeidsbelastning.
- 131 c) At mer av legers tid går til pasientbehandling, forskning, undervisning og kvalitetsforbedring.
132 Tidstyver i legehverdagen, som unødvendige rapporteringssystemer, dårlige IKT-systemer og
133 byråkrati, må fjernes.
- 134 d) At andelen merkantilt personell i sykehusene økes for å avlaste og effektivisere
135 sykehuslegenes arbeidshverdag.
- 136 e) At sykehusene må bygges og driftes for å tilrettelegge for de gode pasientmøtene og et godt
137 arbeidsmiljø for legene.
- 138 f) At antall ledernivå i helseforetakene reduseres, og stedlig ledelse med reell
139 beslutningsmyndighet innføres på alle sykehus.
- 140 g) At leger og medisinstudenter sikres rammer til å ivareta egen helse i møte med en krevende
141 hverdag med høy arbeidsbelastning. Ivaretagelse av egen helse må være en del av
142 grunnutdanningen.
- 143 h) Å øke forståelsen blant leger og ledere omkring bevisst og ubevisst diskriminering som har
144 bakgrunn i etnisitet, legning, funksjonsnedsettelse og kjønn.
- 145 i) At lønnsforskjeller mellom kjønnene blir kartlagt på arbeidsplassene, for å sikre at leger får lik
146 lønn for likt arbeid, uavhengig av kjønn.
- 147

148 **7. Styrket helseberedskap**

149 Koronapandemien viste at Norge ikke var godt nok forberedt på en stor krise og at beredskapen må
150 styrkes. Dette inkluderer at nødvendig planverk er på plass, at det finnes tilstrekkelig kapasitet i krisetid
151 og at nødvendig utstyr er tilgjengelig. Pandemien viste også betydningen av praksisnær forskning og
152 forskningssamarbeid mellom ulike fagområder for raskt å kunne utvikle gode helsetjenester.

153

154 Legeforeningen vil jobbe for:

- 155 a) At beredskapsplanlegging blir en integrert del av helsetjenestens operative funksjon og at
156 det etableres et informasjonssystem som sikrer tilgang på relevant informasjon så tidlig som
157 mulig ved kriser og beredskapssituasjoner
- 158 b) Å tydeliggjøre det kommunale ansvaret for beredskap, styrke avtaleverket og sikre bedre
159 dekning av kommuneoverleger gjennom økt stillingsprosent og flere stillinger slik at
160 samfunnsberedskapen styrkes.
- 161 c) At intensivkapasiteten i sykehusene økes.
- 162 d) At spesialisthelsetjenestene ses i sammenheng slik at kapasiteten i helsetjenesten utenfor
163 sykehus utnyttes på en best mulig måte. Avtalespesialister og private tilbydere må
164 mobiliseres når sykehusenes overbelastes.
- 165 e) At sykehusene bygges store nok og fleksible nok til å kunne ivareta beredskap og håndtere
166 kriser.
- 167 f) Flere allmennleger for å sikre tilgjengelige fastlege tjenester og en styrket fastlegeordning,
168 samt ivareta beredskap i sykehjem og på legevakt.
- 169 g) At Norge har tilgang på lagre av nødvendige medisiner og medisinsk utstyr.

170 h) At forskning og fagutvikling inkluderes i forberedelse av fremtidige helsekriser.

171

172 8. Prioritere psykisk helse

173 De siste tiårene har det skjedd en dramatisk omlegging av psykisk helsevern med kraftig nedbygging
174 av døgnplasser, økt poliklinisk aktivitet, og betydelig økt ansvar hos kommunene for pasienter med
175 alvorlig psykisk sykdom. Det er stort press på døgnplassene i psykisk helsevern og dette øker risikoen
176 for hyppige overføringer mellom avdelinger og mange korte innleggelser uten gode nok overganger.
177 Det er en betydelig mangel på spesialister. God kvalitet i tjenestene krever nok fagfolk til å møte,
178 vurdere, utrede og behandle pasientene lenge nok til at de blir bedre.

179

180 Legeforeningen vil jobbe for:

- 181 a) At nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien stanses.
- 182 b) En riktig organisering av tjenestene, herunder kritisk gjennomgang av oppgavefordeling
183 mellom ulike profesjoner.
- 184 c) Bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk lidelse og/eller
185 ruslidelser.
- 186 d) Å sikre rekruttering til spesialitetene innen psykisk helse og rus, samt skape stabile fagmiljøer
187 og arbeide for å beholde legespesialister i faget.
- 188 e) Økt forskning innen psykisk helse og sikre at det legges til rette for mer evidensbasert
189 behandlingsmetodikk innen psykisk helsevern og rus.

190

191 9. Arbeid for en god folkehelse

192 Folkehelsen i Norge er generelt god og levealderen er høy. Samtidig utgjør ikke-smittsomme
193 sykdommer hovedvekten av den totale sykdomsbyrden og det er store sosiale helseforskjeller i
194 befolkningen. En god folkehelsepolitikk må bekjempe sosial ulikhet i helse. De viktigste tiltak for å
195 fremme folkehelsen er på samfunnsnivå, som å sikre gode oppvekstvilkår og hindre frafall i
196 utdanning og arbeidsliv, men også målrettet oppfølging fra helsetjenesten er viktig for å styrke det
197 forebyggende arbeidet. I tillegg er det avgjørende å bryte barrierene som hindrer grupper i
198 samfunnet likeverdig tilgang til helsetjenester og hindrer mulighetene til å ta gode helsevalg.
199 Økende omfang av sykdom som følge av levevaner og økende sosial ulikhet fører til økt behov for
200 helsetjenester i en allerede presset helsetjeneste. En forsterket satsing på folkehelse og
201 forebyggingsarbeid vil kunne bidra til å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester.

202 Legeforeningen vil jobbe for:

- 203 a) At det blir enklere å gjøre sunne valg. Dette innebærer å legge til rette for lavterskel tilgang
204 til økt fysisk aktivitet, gode kostvaner og redusert bruk av tobakk, alkohol og andre rusmidler.
- 205 b) En times fysisk aktivitet i skolen for alle elever hver dag.
- 206 c) At Norge skal bli et tobakksfritt samfunn.
- 207 d) At utsatte grupper skjermes mot egenandeler og at egenandelen fjernes for alle til og med 20
208 år.
- 209 e) Å styrke helsestasjon- og skolehelsetjenesten, spesielt i videregående skole.
- 210 f) At både organiserte fritidstilbud og arenaer for uorganisert aktivitet skal være tilgjengelig for
211 alle barn og unge.

- 212 g) Å styrke befolkningens helsekompetanse gjennom å målrette og tilpasse offentlig
213 helseinformasjon til ulike målgruppers behov etter språk, kulturell bakgrunn, digital
214 kompetanse osv.
- 215 h) At det etableres praktiske ordninger som gir papirløse migranter tilgang til helsehjelp og
216 medisiner på linje med alle andre i Norge, også dersom de ikke er betalingsdyktige.
- 217 i) At helse og utjevning av sosial ulikhet er et viktig premiss i samfunns- og arealplanleggingen.
- 218 j) At arbeidshelse inkluderes i nasjonale retningslinjer og handlingsplaner om folkehelse og at
219 arbeidshelsekompetansen i forskningsinstanser, akademia, statlig forvaltning og
220 bedriftshelsetjenesten styrkes.
- 221 k) Å begrense negativ klima- og miljøpåvirkning av folkehelsen, både globalt, nasjonalt og
222 lokalt.
- 223

224 10. God spesialist- og etterutdanning

225 Alle nyutdannede leger trenger LIS1 for å starte spesialisering, men bare rundt halvparten tilbys
226 stilling. Samtidig er det en prekær mangel på spesialister i helsetjenesten. 40% av nye
227 spesialistgodkjenninger er konverteringer fra annet land. Det betyr at Norge tapper lav- og
228 mellominntektsland for ressursen legespesialister. Spesialistutdanningen må være nasjonal og holde
229 høy kvalitet. Ferdige spesialister må også sikres videre- og etterutdanning av høy kvalitet fordi
230 medisinsk virksomhet endres stadig raskere og behovet for ny, høyspesialisert kompetanse øker.

231

232 Legeforeningen vil jobbe for:

- 233 a) At utdanningskapasiteten for medisin økes for å dekke fremtidige behov for leger Norge bør
234 utdanne minst 80% av legene vi trenger selv.
- 235 b) At nye studieplasser i medisin opprettes ved de universitetene som har tilstrekkelig kapasitet og
236 i samråd med fagmiljøene ved universitet og universitetssykehus.
- 237 c) Styrket prioritering av tilstrekkelig klinisk undervisning i utdanningen av medisinstudenter.
- 238 d) At spesialistutdanning dimensjoneres for å ivareta fremtidig spesialistbehov og implementeres i
239 tråd med spesialistforskriftens intensjoner.
- 240 e) At det avsettes tid til veiledning og supervisjon både for leger i spesialisering og for veiledere.
- 241 f) Å sikre målet om 200 nye LIS1-stillinger ved at de resterende 31 stillingene implementeres i
242 løpet av kort tid, samt øke antallet i tråd med behovsberegninger, for å dekke behovet for
243 spesialister i sykehusene og primærhelsetjenesten på lengre sikt.
- 244 g) At den nasjonale ALIS-ordningen styrkes og videreutvikles slik at alle nye allmennleger får en
245 forutsigbar og trygg vei inn i allmennlegeyrket.
- 246 h) At leger sikres gode muligheter til å oppdatere og utvikle egen fagkompetanse, herunder
247 mulighet for deltakelse i forskning gjennom hele yrkeslivet.
- 248 i) At spesialistenes mulighet til etterutdanning styrkes
- 249 j) At det etableres kvalitetsindikatorer på spesialist- og etterutdanning som helsetjenesten måles
250 på.
- 251 k) At det prioriteres mer lege-lege-tid i helsetjenesten for å sikre god supervisjon og veiledning av
252 den enkelte lege. Kunnskap om og opplæring i supervisjon, veiledning og kompetansevurdering
253 bør være nasjonalt utviklet.
- 254
- 255

256 11. Autonomi og faglighet

257 Helsepersonell som opplever at de møtes med tillit, har tilstrekkelig kompetanse, tilstrekkelig
258 autonomi og bærekraftige rammer for fagutøvelsen er mer effektive og pasientsikre. Dette gir også
259 bedre pasientopplevelser. Den nordiske modellen med sterk grad av involvering og
260 medbestemmelse, undermineres av nye tilnærminger til styring, ledelse og endret personalpolitikk. Å
261 ha tillit til at kompetent personell gjør jobben sin og tillates å gjøre fortløpende vurderinger innen
262 sine rammer, vil både spare ressurser og gjøre arbeidshverdagen mer meningsfull.

263 Legeforeningen vil jobbe for:

- 264 a) At leger og annet helsepersonell involveres ved uttesting og innføring av nye løsninger.
- 265 b) At ansatte sikres reell medvirkning i daglig drift og i omorganiseringsprosesser.
- 266 c) God oppgavedeling og en meningsfull arbeidshverdag.
- 267 d) At det innføres fagrevisjon i spesialisthelsetjenesten.
- 268 e) At medisinsk ledelse ivaretas av lege som er spesialist i relevant fagområde.
- 269 f) At helsepersonell med medisinsk faglig ansvar har de nødvendige fullmakter.

270

271 12. Internasjonalt engasjement

272 Sult, krig, konflikter, klimautfordringer og alvorlige pandemier er blant de fremste internasjonale
273 truslene mot befolkningens helse og viser betydningen av internasjonalt samarbeid om felles, globale
274 helseutfordringer. Legeforeningen skal være en pådriver i internasjonalt arbeid. Dette gir også
275 gjensidig nytte i form av kompetanseheving og informasjonsdeling om saker av relevans for norsk
276 helsetjeneste. Mange land har ekstra store helseutfordringer på grunn av dårlige infrastruktur,
277 mangel på medisiner, vaksiner, og mangel på leger og annet helsepersonell.
278 Internasjonalt arbeid bidrar også til styrking av foreningen gjennom.

279

280 Legeforeningen vil jobbe for:

- 281 a) Å være en aktiv bidragsyter på relevante internasjonale arenaer og innenfor global helse.
- 282 b) At Norge skal være et foregangsland i arbeidet med globale helseutfordringer.
- 283 c) Å styrke legers menneskerettigheter verden over, inkludert ytrings- og forsamlingsretten.
- 284 d) Å være en pådriver for økt kunnskap om helseskader som følge av klimaendringer, fremme
285 klimasaken på relevante arenaer og arbeide for at The Standing Committee of European
286 Doctors (CPME), Verdens legeorganisasjon (WMA) og Verdens helseorganisasjon (WHO)
287 utformer politikk som motvirker negative helsekonsekvenser av klimaendringer.
- 288 e) At det legges til rette for at leger som ønsker det, kan bidra i internasjonalt arbeid.



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.: SAK2021004709

Dato: 15-03-2023

Sak 12 - Oppfølging av landsstyrevedtak fra 2018 om evaluering av faglandsråd og fagstyre

Bakgrunn:

Landsstyret gjorde i 2018 følgende vedtak om evaluering i forbindelse med etablering av ny ordning med faglandsråd og fagstyre¹:

Landsstyret ber sentralstyret evaluere organiseringen med Faglandsråd og Fagstyre, og legge evalueringen fram for landsstyret i 2021.

I tillegg ble følgende forslag til vedtak ikke votert over, men oversendt sentralstyret:

Samtidig bes det evaluert om det er mulig å forenkle Legeforeningens struktur, ved å se på organisasjonsledd som helt eller delvis overlapper hverandre ved opprettelse av de nye organisasjonsleddene Faglandsråd og Fagstyre.

Den foreliggende evalueringen svarer ut første del av vedtaket. Oversendingsvedtaket er av sentralstyret vurdert å skulle svares ut under oppfølgingen av bærekraft 2.0 - prosjektet i årets landsstyremøte.

Evalueringen har vært til høring i alle foreningsledd. Det vises til innkomne høringssvar og sentralstyrets vurdering av disse. På bakgrunn av høringsrunden fremmer sentralstyret følgende forslag til vedtak:

- 1. Legeforeningen vil videreutvikle ordningen med faglandsråd og fagstyre.*
- 2. De økonomiske rammene vil utredes i forbindelse med oppfølging av bærekraft 2.0 - prosjektet.*

Fagaksen og ny ordning med fagstyre og faglandsråd

Ordningen med fagstyre og faglandsråd ble etablert etter vedtak i landsstyrets møte i 2018.

¹ [vedtaksprotokoll-godkjent-19062018.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

Bakgrunnen for etableringen av de nye organene var en lang prosess der landsstyremøtet over tid hadde sett behov for styrking av fagaksen.

Landsstyret besluttet i 2005 å endre Legeforeningens organisasjon. Det ble nedsatt et organisasjonsutvalg i 2003 (ledet av Bjørn Halvorsen, landstyredelegat for OF) som uttalte at *"det strengt faglige arbeidet opp til sentralstyrenivå bør skje i organer med en formell uavhengighet av de organer som driver fagforeningsarbeidet"*. Ett av hovedmålene for den videre prosessen var å styrke fagets plass i foreningen, og de fagmedisinske foreningene ble opprettet og forsterket med ressurser og rettigheter innad i Legeforeningen. Formålet var å sikre at det var faglige premisser som tydelig lå til grunn når Legeforeningen foretok veivalg og fattet beslutninger om fagpolitikk. En viktig intensjon med organisasjonsendringen i 2005 var også å markere et tydeligere skille mellom saker av fagmedisinsk karakter og saker av fagforeningsmessig karakter – tydelig både for medlemmer og offentlighet.

Etter 10 års erfaring med ordningen, var det grunn til å hevde at organisering og koordinering av den faglige aksene ikke fungerte optimalt. Myndighetene ved Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet signaliserte med jevne mellomrom en opplevelse av at fag og fagforening var for sterkt koblet sammen, og at potensialet i de fagmedisinske foreningene heller ikke fullt ut var realisert.

Sentralstyret vedtok i august 2016 å nedsette en arbeidsgruppe med mandat for vurdering og organisering av den fagmedisinske akse i Legeforeningen. Gruppens mandat var å gjennomgå og vurdere om et nytt kontakt- og samarbeidsorgan for de fagmedisinske foreningene kunne organiseres på en mer optimal og direkte måte. Gruppen skulle vurdere hvilke funksjoner et slikt samarbeidsorgan skulle ivareta overfor de fagmedisinske foreninger og overfor Legeforeningen. Arbeidsgruppen skulle også se på om de fagmedisinske foreningene som gruppe kunne gis en mer direkte kontaktflate til myndighetene i utdannings spørsmål og som ressurs for faglige utredninger i regi av Helsedirektoratet og HOD. Gruppen ble bedt om å se på hvilke oppgaver og funksjoner som kunne delegeres til et samarbeidsorgan for de fagmedisinske foreningene, og hvordan samarbeidet mellom spesialitetskomiteene og fagmedisinske foreninger kunne utvikles ytterligere. Videre skulle arbeidsgruppen peke på eventuelle endringer av Legeforeningens lover og komme med konkrete forslag.

Sentralstyret la frem arbeidsgruppens rapport for landsstyremøtet 2017. Rapporten inneholdt forslag ny modell for den fagmedisinske aksene som innebar en ny, overordnet struktur med etablering av faglandsråd og et fagstyre. Landsstyret ba sentralstyret videreutvikle modellen og fremme forslaget med tilhørende forslag til lovendringer og økonomiske konsekvenser for landsstyret 2018. Videre vedtok landsstyret i 2017 enkelte lovendringer, herunder opprettelsen av fagutvalg av leger i spesialisering (Fuxx) i alle fagmedisinske foreninger.

Landsstyret i 2018 ble av sentralstyret forelagt et ferdig utviklet forslag som innebar å opprette et faglandsråd og et fagstyre med tilhørende mandat, valgeregler, representasjon mv. med tilhørende endringer i Legeforeningens lover.

Under behandlingen av lovforslaget ble det fra Norsk forening for samfunnsmedisin framsatt et todelt forslag om evaluering av nyordningen. Del 1 av forslaget ble vedtatt, del 2 ble oversendt sentralstyret. (Se "Bakgrunn" over)

De økonomiske rammene for de nye organisasjonsleddene ble avgrenset til møteavvikling, og administrative støttetjenester fra sekretariatet. Fagstyrets leder ble besluttet frikjøpt 50 %.

Utsettelse av evalueringen

Sentralstyret besluttet på møtene 26. august 2020 og deretter 7. desember 2021 å utsette landsstyrebehandling av en evaluering grunnet Covid-19. Den foreliggende rapporten fremlegges nå for landsstyret i juni 2023 etter høring i alle foreningsledd.

Mandat for evalueringen:

Sentralstyret vedtok 28.10.2021 følgende mandat for underveisevalueringen:

- *vurdere om erfaringene så langt tilsier at:*
 - *organiseringen i et faglandsråd er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover § 3-6-4-2*
 - *organiseringen i et fagstyre er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover § 3-6-5-3*
 - *om sekretariatet er rigget for å sikre at organiseringen i et faglandsråd og fagstyre er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover §3-6-4-2 og §3-6-5-3.*

Gjennomføring av evalueringen:

Utgangspunktet for evalueringen har vært om etableringen av fagstyre og faglandsråd har bidratt til å styrke fagaksen og derigjennom Legeforeningen i tråd med intensjonene bak endringen.

Evalueringsrapporten er utarbeidet av sekretariatet på grunnlag av:

1. Gjennomgang av bakgrunn og landstyrevedtak med sentrale lovendringer.
2. Gjennomgang av sentralstyrets beslutninger og dialog med fagstyret om arbeidsdeling /oppgaveoverføringer.
3. Resultater fra workshop i september 2022 med et flertall av de fagmedisinske foreningene til stede basert på semistrukturerte spørsmål, arbeid i grupper og sammenfatninger.
4. Gjenbruk av spørsmål i workshop i Quest Back til fagmedisinske foreninger
5. Oppsummering av aktivitet og måloppnåelse for fagstyre og faglandsråd på sentrale områder
6. Bred høring av utkast til evalueringsrapport til alle foreningsledd.

Høringssvar fra foreningsledd

Evalueringen var på høring til alle foreningsledd i perioden 15.12.2022 til 1.2.2023. Det kom inn høringssvar fra følgende 12 foreningsledd:

- Norsk overlegeforening
- Yngre legers forening
- Leger i samfunnsmedisinsk arbeid
- Akershus legeförening
- Oppland legeförening
- Norsk anestesilogisk forening
- Norsk forening for allmenmedisin
- Norsk forening for klinisk nevrofysiologi
- Norsk revmatologisk forening
- Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
- Rådet for legeetikk
- Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Om de enkelte høringsvar:

Overlegeforeningen mener at det er bra med en samlet profesjonsforening og at det var riktig å styrke foreningen med en fagakse. OF mener at ordningen med fagstyre og faglandsråd vil kunne tydeliggjøre Legeföreningen som en faglig aktør. Videre mener OF at fagstyret og faglandsrådet med fordel kan gjøres mer kjent blant legeföreningens medlemmer.

Yngre legers forening deler den overordnede situasjonsbeskrivelsen i rapporten. Ylf er enig i at det fortsatt er et utnyttet potensial i strukturen som er etablert. Ylf påpeker at det er viktig å erkjenne mengden av saker som både inneholder faglige elementer og rammebetingelser for fagutøvelse, og at medlemmene i Legeföreningen alle er opptatt av å kunne utøve faget sitt under best mulige forhold både for pasienter og ansatte, og at dette perspektivet må være tydelig i fagaksens arbeid. Ylf vurderer derfor at det kan være behov for bedre informasjonsflyt internt i Legeföreningen og få belyst flere saker fra ulike sider for dermed å stå enda bedre i det endelige budskapet. Ylf støtter samtidig et tydelig skille utad mot omverdenen. Videre ønsker Ylf at det etableres en fast møtearena for ledere av fagstyret og lederne i yrkesforeningene. Ylf mener også at fagaksen kan bidra med faglige argumenter inn mot fagforeningsutfordringer i noen tilfeller.

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) vurderer at fagstyre og faglandsråd fyller sine oppgaver som angitt i foreningens lover, og støtter således sentralstyrets foreløpige vurdering i evalueringsprosessen som gjengitt i punkt 14 i høringsnotatet. Det bemerkes at det først og fremst er kvaliteten på arbeidet som er løftet. Arbeidet som er overtatt av fagstyret fra sentralstyret er en tydelig men ikke stor andel av sentralstyrets arbeid. Ellers så finner LSA det uheldig at underveis evalueringen ikke tar opp det økonomiske fundamentet for drift av fagstyre og faglandsråd. LSA mener at etableringen av fagstyret og faglandsråd har gitt merverdi på flere områder. Videre at uten en vesentlig økning av hovedforeningens inntekter kan denne type vedtak imidlertid ikke forsvares uten enten kostnadsreduksjon i andre aktiviteter eller at de fagmedisinske foreningene selv i større grad finansierer dette arbeidet, eventuelt en kombinasjon av disse.

Akershus legeförening fremhever at det er gjort et grundig arbeid med evalueringen og at faglige synspunkt har fått en tydeligere plass og skilles klarere fra fagforenings- og den geografiske aksene i Legeföreningen. Det påpekes at de minste fagmedisinske foreningene har noen utfordringer med å

bli hørt og kapasitet til drift, og at et nettverk for mindre spesialiteter vil kunne avhjelpe dette. Videre fremhever Akershus legeförening at det er utfordrende at delegater ikke blir frikjøpt fra sine helseforetak når de blir plassert inn i offentlige nedsatte utvalg eller arbeidsgrupper.

Oppland legeförening støtter opp om en sterk faglig akse med bred tilknytning til resten av foreningen. Videre støttes utvikling av samarbeid på tvers slik at fagutvikling foregår i alle relevante foreningsledd og at de som arbeider med fagutvikling forskning og innovasjon bidrar i arbeidet med fagaksens utvikling.

Norsk anesthesiologisk forening mener at hverken fagstyret eller faglandsrådet er representativt sammensatt. Det pekes på at i *"Faglandsrådet er indremedisin representert med til sammen 12 delegater. Fire av disse kommer fra Norsk indremedisinsk forening med 3500 medlemmer, mens de resterende 8 delegatene kommer fra indremedisinske foreninger som til sammen har ca. 2000 medlemmer, dvs litt flere medlemmer enn NAF, men fire ganger så mange delegater. Tilsvarende har kirurgene i realiteten 9 delegater: Norsk barnekirurgisk forening (30 medl), Norsk kjevekirurgisk forening (28 medl), Norsk forening for klinisk nevrofysiologi (56 medl), og Norsk forening for medisinsk genetikk (79 medl) har én delegat hver, til sammen 4 delegater, til tross for at de kun har 193 medlemmer til sammen. Altså dobbelt så mange delegater som NAF, med drøyt 1/10 av vår medlemsmasse. Dette gir en betydelig overrepresentasjon for indremedisinske og kirurgiske fag i faglandsrådet. Spesialiteten anesthesiologi, med ca. 1600 medlemmer har til sammenlikning 2 delegater til faglandsrådet og ingen i fagstyret".*

Norsk anesthesiologisk forening mener dette er en *"uverdig situasjon"* og ønsker at sammensettingen av faglandsråd og fagstyre gjennomgås på nytt. Foreningen har ikke fremmet lovendringsforslag.

Videre peker Norsk anesthesiologisk forening på at særlig under pandemien ble det levert mye som beskrives som gratisarbeid for helsemyndighetene. Foreningen mener også at verken Faglandsråd eller Fagstyret har vært spesielt synlige i det offentlige ordskiftet. For øvrig anføres det at legeföreningens sekretariat behandler høringsinnspill fra ulike fagmedisinske foreninger slik at disse har en tendens til å bli redigert til det ugjenkjennelige, slik at de taper både retning og form.

Norsk forening for allmenmedisin (NFA) mener overordnet at rapporten grundig omtaler alle de fleste punkter en underveisevaluering bør inneholde. Det pekes på at i *"en foreløpig evaluering kunne vurderingene av økonomi og behov vært belyst noe grundigere. I dag er fagstyrets leder frikjøpt i 50 prosent stilling, det fremkommer ikke intuitivt for den som leser rapporten. Selv om bærekraft 2.0 skal omtale dette vil antagelige ikke detaljene i fagaksens økonomi eller behov framkomme. Landsstyret burde få innblikk i hva fagstyret har økonomi til og hva som ikke kan prioriteres med dagens rammer."*

Videre påpeker NFA at noen høringer som behandles i sentralstyret har en så klar faglig karakter at fagstyret er en like naturlig arena. NFA mener at det fortsatt er noe uavklart hvordan fagstyret skal forholde seg til foreningene utenfor fagaksen i Legeföreningen og i rollen internt.

Norsk forening for klinisk nevrofysiologi anfører at det er vanskelig for både tillitsvalgte og medlemmer og skille mellom standpunkt som er begrunnet i fagforenings- eller fagaksen. Foreningen løfter også frem dilemmaer som oppstår når et tiltak som har økt kvalitet som mål kan oppfattes som en trussel fra et tillitsvalgt ståsted. Videre foreslår foreningen at fagaksen gjøres enda tydeligere med et

bedre navn enn fagakse, dog har foreningen ikke et godt forslag, skriver de. Det foreslås at det satses mer på nettverksmøter en tidligere, også eventuelt samlinger for de små spesialitetene basert på samlende fagtema.

Norsk revmatologisk forening støtter intensjonen med innføringen av fagstyret og faglig landsråd. Foreningen mener at dette ikke i tilstrekkelig grad har tydeliggjort Legeforeningen som en faglig aktør i det offentlige rom. Det anføres dog at hvorvidt fag rollen er tydeligere overfor helsebyråkratiet eller helsepolitikere ikke ligger innenfor det foreningen har noen formening om. Foreningen etterlyser bedre muligheter for å drive fagutvikling på tvers av fagområder og savner en tydeligere kommunikasjons og samhandlingsplattform til dette formålet.

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin mener at Legeforeningen er på riktig vei når det gjelder fagstyret og faglandsråd. Det bemerkes at den låste fordelingen av FUxx representanter kan slå ut uheldig for flere av dem mindre foreningene, som også sliter med i det hele tatt å få FUxx til å stille til verv. Foreningen foreslår derfor at sammensetning av delegater til faglandsrådet gjøres mindre låst.

Rådet for legeetikk viser til at Rådet i klagesaker etter Kap. III §1 i Etiske regler har bedt om vurdering fra aktuelle fagmedisinske foreninger via fagstyret når rådet har vurdert slike saker. Det fremheves at vurderingene har vært gode og grundige og gitt rådet mulighet til å uttale seg i saker med skjæringspunkt mellom fag og etikk. Videre påpeker rådet for legeetikk at man ser at noen virksomheter tilbyr tjenester som kan være i grenseland mellom spesialiteter, og at noen tilbud muligens har for svak faglig forankring. For rådet har det da vært av betydning å få tilbakemelding fra flere fagmedisinske foreninger i samme sak.

Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet mener at ordningen med faglandsråd og fagstyre har fungert etter hensikten og styrket legeforeningens forutsetninger for å være en sterk faglig aktør. Det påpekes at det er et spørsmål om det er hensiktsmessig at faglandsrådet utelukkende skal bestå av delegater fra spesialitetsspesifikke foreninger. Det fremheves at legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet faller mellom stolene fordi arbeidet strekker seg på tvers av spesialiteter og tjenestenivåer. Dermed blir ikke fagaksen en arena for å diskutere helt sentrale faglige spørsmål. Foreningen mener derfor det ville vært fordelaktig om lignende foreninger som deres også kan gis plass i faglandsråd og mulighet for å stille til valg til fagstyret.

Sammenfatning av hørings svar med sentralstyrets kommentarer

Endringer i representasjon

Norsk anesthesiologisk forening peker på at sammensetningen av faglandsrådet er lite representativt for antallet medlemmer i de enkelte fagmedisinske foreninger. Det pekes særlig på at de kirurgiske og indremedisinske foreningene er overrepresentert sammen med de minste foreningene, mens Norsk anesthesiologisk forening framheves som underrepresentert. Det vises her til beslutninger som fører til dobbeltregistrering av medlemmer i tidligere hovedspesialiteter og grenspesialiteter.

Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet ønsker representasjon i fagstyre og faglandsråd for spesialforeninger med tilhørighet som rekker over flere fagmedisinske foreninger.

Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin ønsker mindre grad av obligatorisk oppnevning av kobling til FUxx når representanter skal velges.

Sentralstyrets vurdering

Representativitet er en utfordring der det er stor variasjon i medlemsmassen. Dette kompliseres ytterligere, som påpekt, ved at spesialitetsstrukturen er endret, med tilhørende vedtak om doble medlemskap i fagmedisinske foreninger.

Etter sentralstyrets syn kan det gjerne diskuteres hvorvidt en skal legge større vekt på lik representasjon av alle foreningsledd, eller om en i større grad skal tilnærme seg et ideal om "en lege, en stemme".

Spesialforeningenes rolle i fagaksen er slik sett en relevant problemstilling. Modellen som ble vedtatt i 2005 var direkte knyttet til spesialitetene som foreningsbærere. Medlemmer av spesialforeningene er også medlem av sin spesialitets fagmedisinske forening. Et viktig formål for fagstyre og faglandsråd er at disse strukturene også ivaretar behovet for spesialitetsovergripende fagkunnskap. Sentralstyret vil for øvrig påpeke at endringer i sammensetning av faglandsrådet ikke bør medføre et økt totalt antall delegater.

Arenaer for internt samarbeid

Flere høringsinstanser påpeker et utfordringsbilde knyttet til tilstrekkelig aktivitetsnivå, og ressursinnsats som understøtter dette. Det nevnes blant annet:

- Behov for nettverk for de minste foreningene
- Behov for samhandlingsarena mellom fagakse, lokalakse og yrkesakse gjennom for eksempel arenaer for møte mellom ledere av aksene

Bedre synlighet

Det beskrives behov for tiltak som i større grad skaper bedre synlighet, samt bedre samhandling mellom fagmedisinske foreningsledd, og stilles spørsmålstegn ved om yrkes-/fagakseskillet er tydelig nok overfor både medlemmene og eksterne aktører.

Sentralstyrets vurdering:

Sentralstyret vil peke på de eksisterende nettverk og samlinger, og at det ville være nyttig med en konkretisering av hvilke typer nettverk og arenaer som er anses nødvendig i tillegg til de eksisterende. Opprettelse av faste møteplasser har en kostnad, og bør derfor ta utgangspunkt i spesifikke behov. Det finnes allerede en årlig samling av lederne i alle foreningsledd, med unntak av spesialforeningene.

Finansielle aspekter vil følges opp i bærekraftprosjektet.

Økonomi

Høringsuttalelser som berører temaet økonomi fordeler seg på fire problemstillinger:

- Behov for frikjøp fra arbeidsgiver for å kunne prioritere deltakelse i offentlige utvalg og arbeidsgrupper
- Behov for kompensasjon for rollen som fagkonsulent for offentlige myndigheter
- Behov for tydeligere vurdering av det økonomiske fundamentet for fagstyre/faglandsråd
- Midler for økt aktivitet/prosjektdrift i fagstyret.

Sentralstyrets vurdering:

Høringsuttalelsene peker i ulike retninger mtp økonomi. Sentralstyret mener at eventuelle endringer i økonomiske rammevilkår bør vurderes som en del av en helhetlig gjennomgang av økonomi og kontingentfordeling. Dette er naturlig å følge opp i bærekraft 2.0 - prosjektet.

De økonomiske rammer for faglandsråd og fagstyre i budsjett vedtatt av sentralstyret for 2023 er slik:

Total ramme for faglandsråd og fagstyre er kr 2.653.200.

Det er avsatt kr 783.200 til avvikling av faglandsråd. De største utgiftspostene til faglandsråd er reise og opphold; kr. 525.000 samt praksiskompensasjon; kr 200.000 og 68.220 til øvrige kostnader

Det er avsatt kr. 1.870.000 til fagstyret. De største postene er frikjøp, kr 1.400.000, prosjektmidler kr 300.000 og reisekostnader, kr 150.000. For øvrige møtekostnader er det satt av kr. 20.000

Det er satt av to årsverk i sekretariatet som i hovedsak har sekretariatsoppgaver for fagstyre og faglandsråd.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak i landsstyret 2018

- Leger i samfunnsmedisinsk arbeid peker på at evalueringen kun svarer ut vedtaket om å evaluere ordningen med fagstyre og faglandsråd, og ikke oversendelsessaken der det ble bedt om en evaluering av overlapp mellom foreningsledd ved opprettelse av de nye organisasjonsleddene fagstyre og faglandsråd.
- ***Sentralstyrets vurdering:***
- del 2 av forslaget om evaluering i landsstyremøtet 2018 ble protokollført som "oversendes sentralstyret". Sentralstyret har valgt å ikke følge opp dette forslaget som ledd i denne underveisevalueringen, men mener dette er en problemstilling som bør håndteres som ledd i oppfølgingen av bærekraft 2.0-prosjektet, i og med at forslaget favner hele foreningen, ikke bare fagstyre og faglandsråd.

Kritikk mot høringsarbeid i Legeforeningens sekretariat

- Norsk forening for anesthesiologi mener at Legeforeningens sekretariat ikke tilstrekkelig presist gjengir innkomne hørings svar i oppfølgingen av høringer.

Sentralstyrets vurdering:

Sentralstyret legger vekt på at innkomne hørings svar skal ivaretas på en god måte. Samtidig er det en kjensgjerning at ved synteser av en store mengder høringsinnspill vil detaljer og nyanser fort vurderes ulikt i forskjellige deler av organisasjonen. Kvalitet i høringsarbeidet har høyt fokus i Legeforeningens sekretariat, men ligger utenfor mandat for denne landsstyresaken.

Vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Jan Emil Kristoffersen
fagdirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk



Underveisevaluering av ordning med Fagstyre og Faglandsråd

- oppdrag fra Legeforeningens landsstyre om å gjennomføre en evaluering av vedtatte endringer i fagaksen.

Den norske legeforening 2022

1.	Forord	3
2.	Mandat og bakgrunn – landsstyrets vedtak i 2017 og 2018	4
3.	Fagaksen tydeliggjøres og styrkes i organisasjonsprosessen 2001 -2005.....	5
	Etablering av fagstyre og faglandsråd – støttestrukturer	6
4.	Metode for evalueringen	7
5.	Oppgavedeling mellom fagstyre og sentralstyre	7
6.	Fagstyrets og faglandsrådets økonomi	10
7.	Fagstyrets løpende arbeid – avgitte høringer	11
8.	Viktige saker i fagstyret og faglandsrådet	11
9.	Viktige arbeidsområder hvor fagstyre og fagakse har vært involvert i evalueringsperioden.....	12
	Klinikerinvolvering nye metoder	13
	Ny spesialistutdanning	13
	Gjør kloke valg	14
	Arbeidsgruppe helseinnovasjon	14
	Arbeidsgruppe vedrørende somatisk sykdom hos alvorlig psykisk syke pasienter	14
	Covid-19 pandemien	15
	Prioriteringsråd ved ikke covid-19 sykdom	15
	Medisinsk rådgivningsgruppe covid-19.....	16
10.	Fagaksens rolle ved tilsynssaker.....	16
11.	Samspill mellom fagstyreleder og president.....	17
12.	Workshop for ledere av fagmedisinske foreninger.....	17
	Vurdering av diskusjonene i workshop og parallell questback opp mot mandat for evalueringen ...	1
	Økt samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene	1
	Fagutvikling på tvers av spesialitetene.....	1
	Tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør.....	19
	Andre viktige elementer.....	19
13.	Sentralstyrets vurderinger.....	19
14.	VEDLEGG 1: Spørsmål til workshop 14.9.22 og parallell questback.....	21
15.	VEDLEGG 2: Sammendrag av innspill i workshop 14.9.22 og parallell questback	23

1. Forord

Legeforeningen har gjennom 137 års historie arbeidet ikke bare for gode arbeidsvilkår, men for kvalitet i grunnutdanning, spesialistutdanning, forskning og innovasjon. Den viktigste drivkraften for stiftelsen av Legeforeningen i 1886 var knyttet til bekymring for manglende faglig oppdatering av medisinstudiets innhold ved universitetet i Christiania¹.

Gjennom de siste 20 årene har landsstyret gjentatte ganger tatt beslutninger om organisatorisk og strukturell styrking av Legeforeningens faglige engasjement. Etter en flerårig organisasjonsprosess fikk Legeforeningen fra 2005 tre tydelige «akser», yrkesaksen, den geografiske aksene og fagaksen. Fagaksen ble realisert gjennom en fagmedisinsk forening for hver gren- og hovedspesialitet. Det var imidlertid fortsatt grunn til å hevde at organisering, koordinering og synliggjøring av den faglige aksene ikke fungerte optimalt. Dette kom til syne både i interne diskusjoner og med eksterne samarbeidspartnere, som blant annet etterlyste en tydeligere struktur i Legeforeningen for å håndtere og utvikle faglige spørsmål.

I 2016 nedsatte sentralstyret en arbeidsgruppe med mandat å vurdere organiseringen av den fagmedisinske akse i Legeforeningen. Arbeidsgruppen foreslo opprettelse av et fagstyre og faglandsråd. Forslaget ble vedtatt av landsstyret i 2018². Denne rapporten er en underveisevaluering av ordningen med fagstyre og faglandsråd i tråd med landsstyrets vedtak.

Anne-Karin Rime

president

¹ Skoglund S: Spesialistutdanningens historie. Tidsskr Nor Legeforen 2009 129: 1124-7
doi: 10.4045/tidsskr.09.0432

² Sak 17 Lovendringssak - § 3-6 om fagmedisinske foreninger. [Vedtaksprotokoll-godkjent-19062018.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

2. Mandat og bakgrunn – landsstyrets vedtak i 2017 og 2018

Landsstyret vedtok å styrke Legeforeningens faglige akse på landsstyremøtene i 2017 og 2018 ved blant annet å etablere et fagstyre og faglandsråd.

Faglandsrådets og fagstyrets formål og oppgaver ble nedfelt i Legeforeningens lover § 3-6-4-2 og §3-6-5-3. Lovendringene innebar blant annet at faglandsrådet skal bidra til at Legeforeningens fag- og helsepolitiske arbeid er basert på oppdatert medisinsk kunnskap og størst mulig konsensus om faglige prioriteringer, at det samlede arbeid med legeutdanningen er av høy kvalitet, og at organisering av helsetjenesten i og utenfor sykehus og samhandling mellom og på tvers av nivåene tuftes på et faglig grunnlag.

Fagstyret skal koordinere de fagmedisinske foreningenes arbeid og skal være et kontaktorgan for organisasjonsleddene i fagmedisinske spørsmål, arbeide med fagmedisinske problemstillinger etter delegert myndighet fra president eller sentralstyre og holde tett kontakt med og være et konsultasjonsorgan for president og sentralstyre.

Videre skal fagstyret koordinere uttalelser som vedrører fagmedisinske forhold og være et kontakt- og samarbeidsorgan for myndighetene i fagmedisinske spørsmål. Fagstyret skal også være et høringsorgan i relevante saker. Landsstyrets vedtak innebar dessuten at fagstyret fikk myndighet til å oppnevne medlemmene av spesialitetskomiteene etter innstilling fra de fagmedisinske foreningene.

Bakgrunnen for denne underveisevalueringen av fagaksen er at landsstyret i 2018 også fattet flg. vedtak (sak 17/2018) etter forslag fremsatt av Kirsten Andrea Toft, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid:

«Landsstyret ber sentralstyret evaluere organiseringen med Faglandsråd og Fagstyre, og legge evalueringen fram for landsstyret i 2021.» (Forslaget ble vedtatt med 128 mot 13 stemmer.)

Sentralstyret besluttet på møtene 26. august 2020 og deretter i e-post-møte 7. desember 2021 å utsette landsstyrebehandling av en evaluering grunnet covid-19.

Sentralstyret vedtok 28.10.2021 mandat for underveisevalueringen:

- *Vurdere om erfaringene så langt tilsier at:*
 - *organiseringen i et faglandsråd er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover § 3-6-4-2*
 - *organiseringen i et fagstyre er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover § 3-6-5-3*
 - *om sekretariatet er rigget for å sikre at organiseringen i et faglandsråd og fagstyre er en modell som underbygger de mål som følger av Legeforeningens lover §3-6-4-2 og §3-6-5-3.*

Overordnet hadde bestemmelsene i §3-6-4-2 og §3-6-5-3 som formål å bidra til:

- tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør
- økt samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene
- fagutvikling på tvers av spesialitetene

Dette rapportutkastet vil fremlegges for landsstyret i dets møte 6-8. juni 2023, etter høring i alle foreningsledd.

3. Fagaksen tydeliggjøres og styrkes i organisasjonsprosessen 2001 -2005

Den norske legeforenings organisasjonsmodell skiller seg fra strukturen i de fleste andre land, inkludert våre nordiske naboer. Prinsippet om én samlet profesjonsforening med flere oppgaver er blitt holdt i hevd. Den «norske modellen» har vært godt forankret blant medlemmene i Legeforeningen, og har vist seg motstandsdyktig mot flere runder med organisasjonsutredninger, - debatter og vedtak i landsstyret gjennom årene. Den bærende tanke bak organiseringen er at det er de samlede rammer – både faglige, sosiale og økonomiske mv. – for legers yrkesutøvelse som er av betydning for pasientbehandlingen, og dermed utviklingen av norsk helsetjeneste.

I 2003 understreket organisasjonsutvalget i sin innstilling til landsstyret at *«foreningen skal ivareta det firedelte formålet med å være fagforening for medlemmene, å arbeide for utvikling av de medisinske fag, å arbeide med legeutdanningen, herunder forvalte spesialistregler og å drive samfunnspåvirkning som helsepolitisk premissleverandør og aktør.»* (Organisasjonsutvalgets innstilling av 30. januar 2003).

Landsstyret besluttet så i 2005 å styrke Legeforeningens organisasjon med en egen fagakse. Målet var å styrke fagets plass i foreningen, og de fagmedisinske foreningene ble opprettet og forsterket med tydeligere ressurser og rettigheter, og oppgaver i Legeforeningen. Formålet var å sikre at det var faglige premisser som tydelig lå til grunn når Legeforeningen foretok veivalg og fattet beslutninger om fagpolitikk.

Intensjonen med organisasjonsendringen var også å markere et tydeligere skille mellom saker av fagmedisinsk karakter og saker av fagforeningsmessig karakter – tydelig både for medlemmer og offentlighet.

Etter mer enn 10 års erfaring med ordningen, var det en generell oppfatning at organisering og koordinering av den faglige aksene ikke fungerte optimalt. De fagmedisinske foreningene savnet en overbygning for håndtering av faglige spørsmål på tvers av de ulike spesialiteter. Myndighetene, ved Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet, signaliserte med jevne mellomrom at Legeforeningen burde se på muligheten til å justere organisasjonen for å bli enda bedre i stand til å ivareta sin faglige rolle, bl. a i forbindelse med en modernisert spesialistutdanning. På bakgrunn av rapport fra en arbeidsgruppe oppnevnt av sentralstyret vedtok landsstyret i 2018³ en organisasjonsendring med etablering av et fagstyre og et faglandsråd. Organisasjonsendringen skulle evalueres etter to år, men grunnet pandemien er evalueringen blitt forsinket.

³ Rapport fra arbeidsgruppe; Utvikling av den fagmedisinske akse i Legeforeningen (2018) <https://www.legeforeningen.no/contentassets/d0f61535ec1c45fea02b1fcb90b90b5b7/rapport-fagmedisinsk-akse-7.2.-til-nettversjon-sendt-5.3.pdf>

Etablering av fagstyre og faglandsråd – støttestrukturer

Arbeidsgruppen som utredet utvikling av den fagmedisinske aksen la til grunn et behov for å styrke sekretariatet med en stilling for å understøtte drift og utvikling av fagstyre og faglandsråd. I forbindelse med etablering av fagstyre og faglandsråd er det etter hvert avsatt stillinger svarende til to årsverk i sekretariatet (Medisinsk fagavdeling).

Det er utarbeidet en nettside på legeforeningen.no som tydeliggjør hva det vil si å ha et verv i en fagmedisinsk forening, samt gir informasjon om selve foreningsarbeidet.

Alle foreningsledd i Legeforeningen har fått en gratis lisens på Microsoft 365. Foreningene kan selv velge å kjøpe ytterligere lisenser til resten av styret. Flere av de fagmedisinske foreningene var tidlig ute med å ta i bruk MS365. Løsningen gir tillitsvalgte et sted hvor arbeid knyttet til foreningsarbeidet kan utføres på en sikker måte. Behovet for å videreføre informasjon til etterfølgere ivaretas på en enkel måte, og løsningen inneholder også funksjonalitet for digitale møter.

Alle fagmedisinske foreninger er tildelt én kontaktperson i fagstyret og én i sekretariatet (Medisinsk fagavdeling). Kontaktpersonene kan bistå i fagpolitiske saker og har et spesielt ansvar for å ta imot henvendelser fra sitt fagfelt.

Leder av fagstyret forholder seg til medisinsk fagdirektør i den løpende drift, og har også løpende dialog med generalsekretær og president. Sekretariatet ivaretar det administrative arbeidet i forbindelse med fagstyre- og faglandsrådsmøter, og bistår i oppfølgingsarbeidet av saker som vedtas av faglandsrådet.

4. Metode for evalueringen

Evalueringen er gjennomført med en pragmatisk-metodisk tilnærming med flg. komponenter⁴:

1. Gjennomgang av bakgrunn og landstyrevedtak med sentrale lovendringer.
2. Gjennomgang av sentralstyrets beslutninger og dialog med fagstyret om arbeidsdeling /oppgaveoverføringer.
3. Resultater fra workshop i september 2022 med et flertall av de fagmedisinske foreningene til stede basert på semistrukturerte spørsmål, arbeid i grupper og sammenfatninger.
4. Gjenbruk av spørsmål i workshop i spørreundersøkelser til fagmedisinske foreninger
5. Oppsummering av aktivitet og måloppnåelse for fagstyre og faglandsråd på sentrale områder
6. Bred høring av utkast til evalueringsrapport til alle foreningsledd.

5. Oppgavedeling mellom fagstyre og sentralstyre

Høst og vinter 2018-19 ble det gjennomført en prosess med formål å etablere en mer detaljert arbeids- og oppgavedeling mellom sentralstyret og fagstyret, basert på føringene i landsstyrets vedtak fra mai 2018. Sentralstyret og fagstyret hadde flere møter i perioden hvor slike avklaringer var tema. Rammene var lagt i lovreguleringen av fagstyre og faglandsråd:

Faglandsrådets formål og oppgaver (§ 3-6-4-2, 1-6. ledd)

Faglandsrådet skal bidra til å fremme Legeforeningens medisinskfaglige formål fastsatt i § 1-2, jf. § 3-6-3-2. Dette innebærer blant annet:

1. *å koordinere de fagmedisinske foreningenes arbeid i Legeforeningen*
2. *å bidra til at fag- og helsepolitisk arbeid baseres på oppdatert medisinsk kunnskap og på størst mulig konsensus om faglige prioriteringer*
3. *å bidra til å påvirke den medisinske grunnutdanning og videre- og etterutdanning*
4. *å bidra til å påvirke fagutvikling og forskning*
5. *å bidra til at Legeforeningens samlede arbeid med legeutdanningen er av høy kvalitet*

⁴ En ekstern prosess med innhenting av informasjon om nytte/synlighet av fagaksen fra eksterne samarbeidspartnere (Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Direktoratet for e-helse, Folkehelseinstituttet, KS, andre profesjonsforeninger, media mm.) har vært vurdert. En slik vurdering måtte for å ha troverdighet vært gjennomført gjennom kjøp av tjenester fra en ekstern leverandør. Det har vært vurdert at kostnad/nytte neppe kunne forsvares gitt utfordringen med å innhente tilstrekkelig konkret informasjon fra forvaltningsvirksomheter, som av mange gode grunner ikke har som sedvane å gi skussmål til ulike profesjonsforeninger eller andre eksterne aktører.

6. *å bidra til at organisering av helsetjenesten i og utenfor sykehus og samhandling mellom og på tvers av nivåene tuftes på et faglig grunnlag*

Fagstyrets hovedoppgaver § 3-6-5-3 (3), 1-15. ledd:

1. *å koordinere de de fagmedisinske foreningenes arbeid mellom faglandsrådets møter*
2. *å være et kontaktorgan for organisasjonsleddene i fagmedisinske spørsmål*
3. *å arbeide med fagmedisinske problemstillinger etter delegert myndighet fra president eller sentralstyre*
4. *å holde tett kontakt med og være et konsultasjonsorgan for president og sentralstyre*
5. *å koordinere uttalelser som vedrører fagmedisinske forhold*
6. *Fagstyret sammenkaller faglandsrådet.*
7. *å være et kontakt- og samarbeidsorgan for myndighetene i fagmedisinske spørsmål*
8. *å forberede saker til faglandsrådet, herunder innstilling til arbeidsprogram*
9. *å arbeide i henhold til arbeidsprogram vedtatt av faglandsrådet*
10. *å være høringsorgan i relevante saker*
11. *å oppnevne leder og medlemmene av spesialitetskomiteene etter innstilling fra de fagmedisinske foreningene. For representanten blant leger i spesialisering er det fagutvalget for leger i spesialisering som innstiller.*
12. *å oppnevne leder og medlemmene av spesialitetskomiteen for spesialiseringens første del etter innstilling fra de aktuelle fagmedisinske foreningene. For representantene blant leger i spesialisering er det de aktuelle fagutvalgene for leger i spesialisering som innstiller. For representanten fra studentene er det Norsk medisinstudentforening som innstiller.*
13. *å oppnevne leder og medlemmene av sakkyndigkomiteene for kompetanseområder etter forslag fra de fagmedisinske foreningene og eventuelle spesialforeninger som er relevante for det enkelte kompetanseområdet.*
14. *å etablere samarbeidsorgan/spesialitetsråd der relevante aktører i legers spesialist- og etterutdanning inviteres til å delta.*
15. *Fagstyret legger frem årsberetning for fagstyrets virksomhet i foregående periode på faglandsrådsmøtet.*

Opgaver og saker som naturlig hører hjemme i fagaksen og som kan delegeres til fagstyret ble vedtatt delegert i sentralstyrets møte 13.3.2019:

- *Oppnevning av medlemmene i psykoterapiutvalget, godkjenning av psykoterapiveiledere i psykiatri og endringer i retningslinjene for godkjenning av psykoterapiveiledere delegeres til fagstyret.*
- *Godkjenning av psykoterapiveiledere og endringer i retningslinjene for godkjenning av psykoterapiveiledere i barne- og ungdomspsykiatri delegeres til fagstyret.*
- *Fremtidige oppnevninger til UEMS Board, Council og UEMS akkrediteringsorgan EACCME delegeres til fagstyret.*
- *Videre håndtering av Legeforeningens engasjement i styret i Norsk legemiddelhåndbok delegeres til fagstyret.*

Forskningsutvalg og forskningspolitikk

Det følger av Legeforeningens lover og strategiske dokumenter at Legeforeningen skal ha en tydelig forskningspolitikk, både når det gjelder det faglige fundamentet og rammebetingelsene for forskning. Dette er vesentlige temaer både for de fagmedisinske foreningene og yrkesforeningene. I fellesmøter etter lovendringene av 30.5.2018 diskuterte sentralstyret og fagstyret hva som var viktige oppgaver i den videre utvikling av Legeforeningens forskningspolitikk og hvordan sakene kunne fordeles mellom de to styrene. Hvilken rolle, mandat og sammensetning forskningsutvalget skulle ha og hvorvidt forskningsutvalget skulle være et rådgivende organ for sentralstyret eller fagstyret, var også sentrale temaer i debatten. Disse spørsmålene ble besluttet utredet videre, og skulle sees i sammenheng med at nytt sentralstyre ville gjøre en generell gjennomgang av alle råd og utvalg i Legeforeningen.

I sentralstyrets møte 24.9.20 ble så følgende vedtak fattet: *«Forskningsutvalget skal heretter rapportere til fagstyret. Fagstyret utarbeider mandat for et nytt forskningsutvalg, samt oppnevner medlemmer til utvalget. Fagstyret orienterer sentralstyret om aktivitetene i forskningsutvalget. Sekretariatet bes om å prioritere utvalgets budsjett innenfor den ordinære budsjettrammen for hovedforeningen for 2021 og fremover».*

Høringer av faglig karakter

I Legeforeningens lover § 3-6-5-3, 3, pkt. 9 (Fagstyrets formål og oppgaver) er det tillagt fagstyret å være høringsorgan i relevante saker. Både fagstyret og sentralstyret ønsket at fagstyret fikk delegert ansvar for å sluttbehandle høringssaker av faglig karakter. I disse sakene skulle høringsarbeidet og -forberedelsene i sekretariatet praktiseres som i dag, sendes på organisatorisk høring som i dag, men avsluttes i fagstyret og signeres av generalsekretær og medisinsk fagdirektør. Det er utarbeidet interne rutiner for dette.

Nasjonale faglige retningslinjer og faglige veiledere

Fagstyret har ønsket å jobbe videre med problemstillinger knyttet til faglig innhold og status for faglige retningslinjer og faglige veiledere ved blant annet å søke et samarbeid med Helsedirektoratet. Dette har sentralstyret gitt tilslutning til. Det har samtidig vært enighet om at yrkesforeningene og sentralstyret må jobbe videre med rammevilkår og rettigheter for medlemmer som arbeider med faglige veiledere.

Gjør kloke valg

Gjør kloke valg-kampanjen er en norsk versjon av den internasjonale Choosing wisely-kampanjen

som startet i USA i 2012. Hensikten er å redusere overbehandling og overdiagnostikk i helsevesenet. Kampanjen startet som et initiativ fra Legeforeningen. I dag er Tannlegeforeningen, Norsk pasientforening, Norsk kiropraktorforening, Norsk fysioterapeutforbund, Norges optikerforbund, Jordmor forbundet NSF, Norges farmaceutiske forening og Norsk Radiografforbund også med i dette arbeidet. Sentralstyret er prosjekteier for prosjektet.

Sentralstyret har foretatt endringer i styringsgruppen for *Gjør kloke valg* ved å oppnevne en representant fra fagstyret og utpeke ny leder av styringsgruppen fra de fagmedisinske foreningene. Dette knytter kampanjene enda tettere til fagaksen i foreningen og understreker at *Gjør kloke valg* er et prosjekt som springer ut av og hviler på innsats fra fagmiljøene i primær- og spesialisthelsetjenesten.

Erfaringer med ny arbeidsdeling

På svært mange av Legeforeningens arbeidsområder vil det være gråsoner mellom rent medisinsk-faglige spørsmål som hører hjemme i fagaksen og rammebetingelser for fagutøvelsen. Dette har som forventet medført behov for tett dialog mellom sentralstyre og fagstyre, og tilsvarende tett samarbeid på sekretariatsnivå, med formål å styrke Legeforeningens samlede gjennomslagskraft. Dette samarbeidet sentralt i Legeforeningens organisasjon har ikke vært konfliktpreget, og har regelmessig medført dialoger som har bidratt til å styrke kvalitetene i Legeforeningens eksterne kommunikasjon.

6. Fagstyrets og faglandsrådets økonomi

Arbeidsgruppen som utredet utvikling av den fagmedisinske aksen la til grunn et behov for å styrke sekretariatet for å understøtte drift av fagstyre og faglandsråd.

Det er nå to årsverk i sekretariatet (Medisinsk fagavdeling) plassert i fagdirektørs stab som har driftsfunksjoner for faglandsråd og fagstyre som sine hovedoppgaver.

I tabellen nedenfor vises direkte kostnader til drift av faglandsråd og fagstyre. Kostnadene er knyttet til gjennomføring av fagstyre- og faglandsrådsmøter, honorar og reisekostnader for fagstyrets leder.

Fagstyrets møter har foregått dels fysisk i Legenes Hus, dels digitalt. Faglandsrådsmøtene har vært gjennomført digitalt i 2020 og 2021, og kunne gjennomføres fysisk i Legenes Hus i 2022. Møtene har vært strømmet, og dermed vært tilgjengelige for alle medlemmer. Finansiering av ordningen vil fremover måtte sees i sammenheng med foreningens samlede økonomi, bærekraft og gjennomslagskraft. Det vises i den forbindelse til prosjektet Bærekraftig 2.0, som også legges frem for landsstyret.

	Direkte kostnader til fagstyret og faglandsrådet*1					
	2018R*2	2019R	2020R	2021R	2022R (prognose)	2023B
Fagstyret	-	940 640	1 026 135	1 067 737	1 147 667	1 870 000
Faglandsrådet	132 448	633 401	318 456	175 727	541 679	783 200
Sum	132 448	1 574 041	1 344 591	1 243 464	1 689 346	2 653 200
R= Regnskap						
B= Budsjett						
*1 inneholder ikke felleskostnader (sosiale utgifter, pensjon, forsikringer, til lokaler o.l)						
*2 Gjelder årssamling for fagmedisinske foreninger						

7. Fagstyrets løpende arbeid – avgitte høringer

Etter at sentralstyret delegerte ansvar for å behandle høringer av rent faglig karakter har fagstyret behandlet totalt 48 høringer. Listen over høringerne fagstyret har behandlet kan sees her: [Høringer behandlet av fagstyret \(legeforeningen.no\)](#).

8. Viktige saker i fagstyret og faglandsrådet

2019 var året hvor Legeforeningen gjennomførte sitt første ordinære faglandsråd og vedtok et arbeidsprogram som staket ut kursen for hvordan de skulle arbeide for å følge opp vedtaket i landsstyret i mai 2018 om etablering av en sterkere og tydeligere fagakse. Fagstyret fikk blant annet delegert ansvar fra sentralstyret i å oppnevne medlemmer til spesialitetskomiteene, avgi hørings svar i fagsaker, og eller fremme fag- og utdanningsaker av ulik karakter. Andre formål med opprettelsen var å forenkle og koordinere det interne, faglige arbeidet og styrke eksternt samarbeid i faglige spørsmål.

I etableringsfasen var det viktig å forsøke å etablere en god relasjon til helsemyndighetene og å øke den organisatoriske profesjonaliteten i faglandsråd og fagstyre. Fagstyret var også opptatt av å etablere tett kontakt med de fagmedisinske foreningene for å sikre ivaretagelse av fag- og utdanningsaker.

Det ble gjennomført kontaktmøter med blant annet helsedirektoratet, Statens legemiddelverk og sykehusinnkjøp.

Etablering av Legeforeningens grunnutdanningspris ble vedtatt på faglandsrådsmøtet i 2019. Formålet var å oppfordre til økt innsats i den medisinske grunnutdanningen ved å belønne god undervisning som bidrar til å skape gode leger og å synliggjøre undervisning som en naturlig del av legerollen. Prisen deles ut på faglandsrådsmøtene, første gang i 2020.

I 2020 preget covid-19-pandemien mye av fagaksens arbeid. Faglandsrådet og de fleste fagstyremøtene ble gjennomført digitalt, noe som var med på å endre dynamikken i diskusjonene og arbeidet.

Det ble lagt ned et stort arbeid for å styrke og koordinere arbeidet i fagaksen også i 2020. Arbeidet resulterte i en samling av dokumenter på hjemmesiden under «Tillitsvalgt» med råd og tips til nye ledere og styremedlemmer i fagmedisinske foreninger – [Styrearbeid i fagmedisinske foreninger \(legeforeningen.no\)](#).

Fagstyret startet i 2020 opp flere aktiviteter som det skulle arbeides videre med i de kommende periodene. Eksempler kan nevnes reoppnevning av Forskningsutvalget i fagstyrets linje, arbeidsgruppen om helseinnovasjon, og arbeidsgruppe vedrørende somatisk sykdom hos alvorlig psykisk syke pasienter.

Det organisatoriske arbeidet ble styrket gjennom at mange fagmedisinske foreninger ønsket hjelp til avvikling av digitale årsmøter, hvilket styrket fagstyrets og sekretariatets kunnskap om utfordringer i fagaksen. Det var ikke enkelt å organisere møtepunkter mellom de fagmedisinske foreningene i 2020

på grunn av pandemien. Fagstyret innførte derfor muligheten for å dele kunnskap eller refleksjoner med andre fagmedisinske foreninger gjennom en åpen post på faglandsrådsmøtet 2021. Videre er det etablert en Facebook-side for lederne i fagutvalg for leger i spesialisering (FUXX).

Ved faglandsrådet i 2021 ble et [nytt arbeidsprogram](#) vedtatt. Foruten å videreføre de fem punktene fra arbeidsprogrammet 2019-21 ble et nytt punkt lagt til som inkluderte forskning og innovasjon.

Fagstyret har i samarbeid med sentralstyret jobbet for å etablere kommunikasjonsplattformer som skal sikre at klinikere er involvert i prosessene i nye metoder fra tidlig fase og frem mot Beslutningsforum. Arbeidet med økt klinikerinvolvering gjennom deltakelse i referanse- og arbeidsgrupper inkluderte også blant annet henvendelsen fra Helsetilsynet om behovet for sakkyndige i tilsynssaker, referansegruppe for faglige råd om forhåndssamtaler og rekruttering av klinikere for å bistå Legemiddelverket i arbeid med refusjonsvilkår for CGPR-hemmere.

Det har også vært viktig for fagstyret at resolusjonene som vedtas på faglandsrådet skal synliggjøres ved oppslag i media. Sekretariatets kommunikasjonsavdeling har laget en [Podcast om sosial ulikhet \(legeforeningen.no\)](#) i tillegg til en artikkel som ble publisert i Tidsskriftet, [Slik jobber de fagmedisinske foreningene med å redusere sosial ulikhet i helse | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](#) og i Dagens Medisin. Det ble også avholdt et webinar for å belyse tematikken. Flere fagmedisinske foreninger har engasjert seg og vært i media for å løfte frem viktige saker.

Resolusjoner:

2019 – Redusere overdødelighet av somatisk sykdom

2020 – Medisinsk overaktivitet i livets slutfase

2021 – Sosial ulikhet i helse

2022 – Legemiddelbehandling, samarbeid og ansvarsforhold

9. Viktige arbeidsområder hvor fagstyre og fagakse har vært involvert i evalueringsperioden

Fagstyret har – sammen med sentralstyret – vært en viktig bidragsyter på flere områder som er kort oppsummert i følgende kapitler. Det er oppnådd betydelige gevinster på disse områdene som i ikke liten grad kan ansees som en effekt av en styrket fagakse koordinert gjennom fagstyret og faglandsrådet. Samtidig som gråsonene mellom medisin og rammebetingelser er betydelige er det grunn til å hevde at både tempo og måloppnåelse har vært økende når eksterne samarbeidspartnere som statlig helseforvaltning, RHF/HF og KS opplever at Legeforenings fagmedisinske akse har en tydelig, selvstendig og godt koordinert dialog med dem.

Klinikerinvolvering nye metoder

[Å bygge arenaer for eksternt samarbeid og klinikerinvolvering](#) er et uttalt mål for Legeforeningen. Et viktig tiltak i dette arbeidet er å få på plass avtaler med eksterne aktører om at fagmedisinske foreninger (FMF) skal forespørres om å foreslå kandidater til utredningsoppgaver, utvalg, komiteer mm. Ved å tilby faglige ressurser til myndighetsstyrte organer og prosesser, i dette tilfellet til Nye metoder, bidrar Legeforeningen, gjennom FMF-ene, til økt pasientsikkerhet og faglig kvalitet.

Legeforeningen har arbeidet frem en intensjonsavtale med de regionale helseforetakene (RHF-ene) som legger til rette for rekruttering og involvering av medisinske fageksperter fra FMF i prosesser innenfor systemet for Nye metoder i spesialisthelsetjenesten. Samarbeidet innebærer at fagekspertene involveres:

- før behandling av saken (metodevarsel og metodevurdering) i Bestillerforum: Innspill fra relevante FMF til metodevarsel og bestilling av metodevurdering
- etter at Bestillerforum har besluttet at det skal gjennomføres en metodevurdering: Medisinske fageksperter rekruttert fra relevante FMF bistår metodevurderingsarbeidet
- før behandling av saken i Beslutningsforum: Medisinske fageksperter, eventuelt relevante FMF, konsulteres ved behov for innspill utover metodevurderingenes beslutningsgrunnlag

Intensjonsavtalen ble offentliggjort høsten 2022 og det skal sammen med sekretariatet for Nye Metoder utvikles en samarbeidsprosedyre basert på intensjonsavtalen. Intensjonsavtalen skal evalueres om ett år. Avtalen vil forhåpentlig få positive ringvirkninger for fagmiljøene og enkeltmedlemmer. Intensjonsavtalen innebærer dessuten en aksept for at Legeforeningens FMF-er er en «femte vei» for rekruttering av fageksperter, i tillegg til de fire RHF-ene. Avtalen kan bidra til fagaksens synlighet og relevans på andre viktige arenaer for Legeforeningen.

Ny spesialistutdanning

Bidrag til utvikling av spesialistutdanningen har stått sentralt i hele prosessen med styrking av fagaksen. I Helsedirektoratets rapport «*Fremtidens legespesialister – En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og -innhold*» fra 2014 var direktoratets anbefaling at Legeforeningen i den nye ordningen for spesialistutdanningen kun skulle tildeles rollen som interesse- og fagforening. Det var etter dette tett dialog med helsemyndighetene og det ble lagt ned et betydelig politisk arbeid for å synliggjøre at Legeforeningen har flere akser, og for å fremheve fagaksens og de fagmedisinske foreningenes betydning som uavhengige representanter for fagmiljøene på nasjonalt nivå. Dette forarbeidet til den senere prosessen med ytterligere tydeliggjøring og videreutvikling av fagaksen vurderes som viktig for at Helseministeren i desember 2015 besluttet å ikke ta Helsedirektoratet anbefaling til følge; Legeforeningens spesialitetskomiteer ble gitt en forskriftsfestet rolle som rådgiver for Helsedirektoratet knyttet til innhold i spesialitetene og kvalitetsoppfølging av utdanningssystemet.

I forarbeidet til den nye spesialistforskriften ble betydningen av de nasjonale fagmiljøene fremhevet som viktig for å sikre faglig kvalitet og legitimitet i utdanningssystemet, og presentert som en vesentlig begrunnelse for videreføringen av Legeforeningens/spesialitetskomiteenes rolle.

Det er nå fagstyret som oppnevner spesialitetskomiteene og FUXXene, samt LIS-representanter til spesialitetskomiteene. Dette har bidratt til å tydeliggjøre spesialitetskomiteenes forankring i fagaksen. Godkjenninger i kompetanseområdene og godkjenninger av gruppeveiledere i ASA

spesialitetene er også overført fra sentralstyret til fagstyret. Spesialitetskomiteene skal, i den nye som i den tidligere ordningen, samarbeide tett med sine fagmedisinske foreninger, i tråd med Legeforeningens lover.

Gjør kloke valg

[Gjør kloke valg](#) er Legeforeningens versjon av det globale prosjektet «The Choosing Wisely Initiative» som startet i USA i 2012 og som siden har spredt seg til snart 30 nasjoner.

Fagstyret har i sitt arbeidsprogram vedtatt å støtte opp om det faglige arbeidet i Gjør kloke valg-kampanjen, og har en representant i Gjør kloke valgs styringsgruppe.

Kampanjen har seks grunnprinsipper: Den skal være profesjonsdrevet, kunnskapsbasert, transparent, ha tydelig pasientfokus og være tverrfaglig. Det sjettede prinsippet handler om at det ikke er en sparekampanje, men først og fremst en kampanje for økt kvalitet og pasientsikkerhet, noe som er grunnleggende for kampanjens troverdighet overfor pasienter og befolkning. Et budskap om nytten av å redusere helsetjenester og at «mer er ikke alltid bedre» er komplisert og må være solid forankret i bred faglig enighet og profesjonalitet. Kampanjen har et «bottom-up»-design og det er fagmiljøene selv, ved FMF-ene, som innenfor sine respektive fagfelt lager anbefalinger over tester, prøver, prosedyrer og behandling som bør reduseres, unngås eller avsluttes. I tillegg har kampanjen som mål å nå ut til pasienter, pårørende og befolkning med budskapet om at «mer er ikke alltid bedre». Både legen og pasienten oppfordres til å bringe medisinsk overaktivitet inn som tema i konsultasjonene.

Selv om hovedfokus for Gjør kloke valg er å redusere medisinsk overaktivitet, har kampanjen en åpenbar plass i prioriteringsdebatten og kan få betydning i arbeidet med å nå bærekraftsmålene for helsetjenesten. I tillegg kan kampanjen spille en rolle som kunnskapsformidler og bidra til å heve befolkningens helsekompetanse.

Styringsgruppen samarbeider med det internasjonale Choosing Wisely-miljøet gjennom årlige Roundtable Meetings, og med nordiske kampanjer som «Vælg klokt» i Danmark og lignende initiativ i Sverige, Finland og Island. The Choosing Wisely Roundtable Meeting skal arrangeres i Oslo i 2023.

Arbeidsgruppe helseinnovasjon

Fagstyret drøftet en strategi for helseinnovasjon på fagstyremøtene i mai og september 2020. Saken ble behandlet i fellesmøtet med sentralstyret i oktober 2020, og det ble vedtatt at det skulle opprettes en arbeidsgruppe som skulle utrede helseinnovasjon i tråd med mandat skissert av fagstyret. Sentralstyret vedtok å bevilge en finansiell ramme for arbeidet. Rapporten gir et grunnlag for Legeforeningens videre arbeid med helseinnovasjon:

[Helseinnovasjon. Rapport fra arbeidsgruppen for helseinnovasjon \(2021\)](#)

Arbeidsgruppe vedrørende somatisk sykdom hos alvorlig psykisk syke pasienter

Fagstyret vedtok i februar 2020 å etablere en arbeidsgruppe bestående av representanter fra fagmedisinske foreninger som skulle foreslå konkrete tiltak for å bedre somatisk helse blant pasienter med alvorlig psykisk sykdom og/eller ruslidelse. Grunnet koronaepidemien ble arbeidet satt på vent. Arbeidsgruppens medlemmer ble oppnevnt i mars 2021 og startet sitt arbeid i

september 2021. Arbeidet er nå i avslutningsfasen, og en rapport med anbefalinger om tiltak ble presentert for fagstyret i november 2022 og vil bli offentlig lansert i januar 2023.

[Bedre helse og lengre liv \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no)

Covid-19 pandemien

Da Norge ble stengt ned 12. mars 2020 var det allerede klart at covid-19-epidemien hadde overstrukket kapasiteten i helsetjenesten i land som fikk tidlige utbrudd, som Kina og Italia. Det var en forventning om at elektiv virksomhet måtte tas betydelig ned både i spesialist- og primærhelsetjenesten, og at helsetjenesten av smittevern hensyn ville måtte overføre mye poliklinisk aktivitet til video- eller telefonkonsultasjoner. Intensivkapasiteten var en sentral bekymring.

Legeforeningen tok umiddelbart kontakt med nasjonale helsemyndigheter for å bidra til å forberede helsetjenesten og befolkningen på behovet for krevende prioriteringer i helse- og omsorgstjenestene også i Norge. Målet var å gi god og omsorgsfull helsehjelp til de som utviklet alvorlige forløp av covid-19 samtidig som pasienter med annen, livstruende sykdom fortsatt også skulle få helsehjelp.

Fagstyret, de fagmedisinske foreninger, sentralstyret og sekretariatet ble raskt omstilt til primært å arbeide med ulike aspekter knyttet til covid-19, ut fra en forståelse av at våre fagmiljøers kompetanse ville være til uvurderlig nytte for både nasjonal helseforvaltning, ledere på alle nivåer i helsetjenesten og leger og annet personell som ville stå midt i utfordringene ute i helsetjenesten.

Det systematiske arbeidet som var gjort med å rigge fagaksen kom til god nytte da pandemien brøt ut. Kontaktnettene som var bygget opp, gjorde at fagstyret raskt kunne innhente faglig sterke og omfattende innspill fra de fagmedisinske foreningene.

Legeforeningens samlede kompetanse ble viktige bidrag som var med og formet arbeidet med pandemien. Utfordringer knyttet til intensivkapasitet, smittevernutstyr, smitteverntiltak, prioritering av alvorlig ikke-covid-19 sykdom, samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og utvikling av digitale løsninger for å understøtte arbeidet med å redusere og monitorere smittespredningen i samfunnet kan nevnes som hovedområder hvor Legeforeningens samlede kompetanse ble viktig, og ble satt stor pris på fra omverdenen.

Som profesjonsforening klarte Legeforeningen å bidra til en mer kunnskapsbasert innretning av det nasjonale pandemiarbeidet i det fulle bredde. Det kan ikke være tvil om at dette ble lagt merke til, og at Legeforeningen gjennom pandemien også styrket sin posisjon som faglig premissgiver og en viktig leverandør av gode løsninger i en krisetid. Hele Legeforeningen med alle sine medlemmer stod i dette. De fagmedisinske foreningene koordinert gjennom fagstyret var helt sentrale.

Pandemien viste verdien av å ha en sterk organisering av fagmiljø på tvers av geografiske- og virksomhetsgrenser. De organisatoriske grepene som var gjort i Legeforeningen bidro til en smidig organisasjon som var proaktiv og raskt kunne respondere ved behov.

Tillit og legitimitet må opparbeides over tid. Det er nå all grunn til å tro at den motstand Legeforeningen opplevde mot å ta våre fagmiljø med på råd i den aller første fasen av pandemien vil være mindre i kommende kriser.

Prioriteringsråd ved ikke covid-19 sykdom

Fagstyret sendte 13. mars 2020 ut en invitasjon med kort svarfrist til de fagmedisinske foreningene om å spille inn prioriteringsråd innen deres spesialitet for hvilke pasienter med annen alvorlig

(livstruende) sykdom enn covid-19 som måtte prioriteres ved betydelig redusert kapasitet i helsevesenet. Målet var å forberede både fagmiljøene og helseforetakene på å måtte balansere det gi god helsehjelp til pasienter med alvorlige forløp av covid-19 samtidig som legene måtte å sikre at også pasienter med annen alvorlig sykdom mottok nødvendig helsehjelp. Våre fagmedisinske foreninger utarbeidet råd for totalt 34 spesialiteter. Legeforeningen bidro parallelt i arbeidet med Helsedirektoratets overordnede prioriteringsdokument og vurderte at våre fagspesifikke råd ville være et utfyllende og nødvendig tillegg til dette. Legeforeningen tilbød Helsedirektoratet å kunne bruke våre faglige prioriteringsråd. Helsedirektoratet takket nei i første runde, men kom tilbake og sendte det medio april ut i styringslinjen, både til spesialisthelsetjenesten og kommunene.

Medisinsk rådgivningsgruppe covid-19

Legeforeningens medisinsk-faglige rådgivende gruppe for covid-19

Fagstyrets leder sendte 14. mars ut en invitasjon til de fagmedisinske foreninger som en antok ville være mest berørt av epidemisituasjonen om å stille til rådighet relevant ekspertkompetanse. Formålet var å raskt kunne gi sentrale helsemyndigheter solide, faglige råd om håndtering av epidemisituasjonen fra de mest berørte kliniske fagmiljøene. Gruppens samlede spisskompetanse ble viktig for Legeforeningens dialog, særlig med Folkehelseinstituttet. Det var blant annet stor usikkerhet knyttet til riktig bruk av smittevernutstyr og manglende tilgang på utstyr fra mars til juni 2020. Spesielt i spørsmål rundt aerosolgenererende prosedyrer og tiltak for helsepersonell med egen risiko for alvorlig forløp av covid-19 ga ekspertgruppen raske og kunnskapsbaserte råd som bidro til en raskere utvikling av gode nasjonale råd på området.

10. Fagaksens rolle ved tilsynssaker

Legeforeningen nedlegger betydelige ressurser i å bistå enkeltleger juridisk i bl.a. tilsyns-, takst- og arbeidsrettssaker. Sekretariatet har samlet sett de fremste kompetansemiljøene i landet på denne type bistand. Dette er viktig for legers rettssikkerhet, og en sentral oppgave for foreningen. I saker hvor det medisinskfaglige er av betydning for saken har det stor verdi at sekretariatet kan benytte seg av kompetansen i de fagmedisinske foreningene for rådgivning.

I 2016 nedsatte sentralstyret en arbeidsgruppe bestående av representanter for relevante fagmedisinske foreninger og sekretariatet, for å formalisere et samarbeid mellom sekretariatet ved Jus- og arbeidslivsavdelingen (JA) og de fagmedisinske foreningene. Formålet var å styrke medlemstilbudet og synliggjøre Legeforeningens faglige kompetanse.

Erfaringene fra pilotprosjektet var utelukkende positive, og sentralstyret besluttet i januar 2017 at ordningen og gjeldende retningslinjer skulle etableres som en del av Legeforeningens medlems- og bistandstilbud.

Fagstyret har nå en naturlig koordinerende rolle overfor de fagmedisinske foreninger i dette arbeidet, som også er et eksempel på hvorledes medisinsk-faglige premisser er av betydning for gjennomslag i fagforeningssaker.

Utgangspunktet er at sekretariatet ved Jus- og arbeidslivsavdelingen foretar en konkret vurdering av om det er formålstjenlig/behov for å konsultere fagmedisinske foreninger. Det gjelder særlig i saker med:

- medisinskfaglige spørsmål av betydning for saken/utfallet
- medisinske spørsmål av betydning for innretting av sekretariatets bistand
- medisinskfaglige spørsmål/uenighet av avgjørende betydning for medlemmet

JA innhenter samtykke fra medlemmet, og tar kontakt med relevant fagmedisinsk forening på mest hensiktsmessig måte. Medlemmets navn skal som hovedregel ikke gjøres kjent, og taushetsbelagte opplysninger videreformidles ikke. Både overfor medlemmene og utad har de organisatoriske grepene knyttet til fagaksen bidratt til å understøtte legitimiteten og objektiviteten til disse faglige rådene.

11. Samspill mellom fagstyreleder og president

Presidenten er foreningens øverste valgte leder og uttaler seg på foreningens vegne. Rollen som fagstyrets leder står også i en særstilling fordi vedkommende med bakgrunn i den samlede rollen for de fagmedisinske foreningene får en funksjon som deres talsperson utad. På samme måte som fagstyret behandler hørings svar i medisinskfaglige spørsmål, kan leder møte for Legeforeningen når slike tema diskuteres. Erfaringene er at dette både skjer på initiativer utenfra, og ved at president eller sekretariat ber fagstyrets leder om å møte på vegne av Legeforeningen. Flere hensyn kan tale for at det i noen situasjoner kan være mer hensiktsmessig at budskapet kommer fra fagstyrets leder. Enkelte ganger kan det gi Legeforeningen en mulighet til å presentere ulike vinklinger innen samme sakskompleks.

Innenfor helsetjenestene vil som tidligere svært mange saker ha både medisinskfaglige og politiske sider. Det er derfor ikke mulig med noen klar grenseoppgang for rollen til fagstyrets leder. En åpen og respektfull dialog mellom fagstyrets leder og Legeforeningens president er essensiell for å utnytte de gode mulighetene som ligger i den strukturen som nå er lagt. Inntrykket er at det allerede er skapt en god tradisjon for dette.

12. Workshop for ledere av fagmedisinske foreninger

Lederne av de fagmedisinske foreningene ble invitert til en workshop 14. september 2022 for å gi innspill til evalueringen av ny ordning med fagstyre og faglandsråd.

På workshopen deltok 31 av 46 fagmedisinske foreninger. 20 av 31 foreninger var representert ved styrelederen, mens de resterende elleve var representert ved nestleder eller et annet styremedlem. Workshopen ble ledet av nestleder i fagstyret Thea Falkenberg Mikkelsen. Workshopen arbeidet med utgangspunkt i et sett forhåndsdefinerte spørsmål. Gjennom diskusjon i plenum og fokusgrupper (på tvers av valggruppene) kom det frem en rekke vurderinger som ble skriftlig oppsummert i gruppene og av sekretariatet (for plenumssesjonene) og deretter sendt ut til deltagende fagmedisinske foreninger for korreksjoner. Fagmedisinske foreninger som ikke deltok i workshopen, fikk tilsendt spørsmålene som en Quest Back for å kunne bidra med sine innspill.

De fagmedisinske foreningene som var representert på samlingen var som følger:

Den norske patologforening	Norsk endokrinologisk forening
Norsk anesthesiologisk forening	Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin
Norsk barnelegeforening	Norsk forening for arbeidsmedisin
Norsk cardiologisk selskap	Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi

Norsk forening for fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin	Norsk kirurgisk forening
Norsk forening for geriatri	Norsk nevrokirurgisk forening
Norsk forening for klinisk nevrofysiologi	Norsk nevrologisk forening
Norsk forening for lungemedisin	Norsk nyremedisinsk forening
Norsk forening for medisinsk biokjemi	Norsk oftalmologisk forening
Norsk forening for medisinsk mikrobiologi	Norsk onkologisk forening
Norsk forening for nukleærmedisin og molekylær avbildning	Norsk psykiatrisk forening
Norsk forening for otorhinolaryngologi hode- og halskirurgi	Norsk radiologisk forening
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin	Norsk revmatologisk forening
Norsk gastroenterologisk forening	Norsk samfunnsmedisinsk forening
Norsk indremedisinsk forening	Norsk urologisk forening
Norsk karkirurgisk forening	

Vurdering av diskusjonene i workshop og parallell questback opp mot mandat for evalueringen

(Se vedlegg 1 og 2)

I sentralstyrets mandat for evalueringen skulle det tre viktige formål belyses:

- *Økt samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene*
- *Fagutvikling på tvers av spesialitetene*
- *Tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør*

Økt samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene

Det var en hovedretning i de fagmedisinske foreningenes vurderinger at faglandsråd og fagstyre fremmer samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene. Dette ble illustrert blant annet ved at faglandsrådsmøtet hjelper til med bedre å forstå andre spesialiteters utfordringer og problemstillinger. Faglandsrådet er opplevd å knytte fagmiljøene sammen, som en arena hvor man blir bedre kjent med andre spesialiteter, deres utfordringer og hvorledes veldig mange faglige spørsmål faktisk er spesialitetsovergripende.

Foreningsleddene syntes å oppleve fagstyret som en mindre tydelig arena for støtte, og etterlyser mer ekstern kommunikasjon og dialog med de fagmedisinske foreningene. Det fremkom også at de mindre foreningene opplevde større utfordringer med ekstern kommunikasjon enn de større.

Samtidig understreket ledere av små foreninger at de så et verdifullt fellesskap mellom de foreningene som har få medlemmer, med ganske like utfordringer knyttet til foreningsdrift og aktivitet. Dette kan oppfattes å være et uttrykk for at det foreligger smådriftsulemper for flere av foreningsleddene i fagaksen, slik det trolig også kan foreligge smådriftsulemper i foreningsledd i legeföreningens to andre akser.

Pandemien ble beskrevet som en faktor som bidrar til at man hadde konkrete erfaringer på at man når lenger med sine synspunkter når man samarbeider på tvers av fagmedisinske foreninger.

Fagutvikling på tvers av spesialitetene

Det ble gitt uttrykk for at det er et stykke å gå enda, eksemplifisert bl.a. gjennom observasjoner om at det skjer (for) lite mellom faglandsrådets møter. Særlig mindre fagmedisinske foreninger har sammenfallende utfordringer og etterspør et felles forum for dem. Det er derfor grunn til å tenke

igjennom om det er mulig å understøtte eller tilrettelegge for en særskilt dialog mellom de minste spesialitetene for å styrke muligheten for fagutvikling på tvers. Det fremkom også synspunkter rundt valget av organisasjonsmodell, knyttet til hvorvidt en hierarkisk struktur etter modell fra yrkesaksen fungerer tilstrekkelig godt for fagutviklings og innovasjonsarbeid, eller om andre organisasjonsmodeller kunne vært enda bedre.

Tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør

Etablering av fagstyret, faglandsråd, og en bedre koordinert fagakse oppfattes som en tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør, men det ble hevdet at modellen trolig var lite kjent blant legeforeningens medlemmer. Det ble påpekt at det fortsatt er en utfordring at eksterne aktører tar direkte kontakt med enkeltleger fremfor å kontakte den fagmedisinske foreningen.

Det oppleves problematisk særlig for de små foreningene å få satt sin spesialitet på agendaen, og man etterlyste mere støtte fra fagstyret i dette. Det ble også påpekt at fagmedisinsk arbeid er nedenfra og opp-arbeid og at rammene derfor må utvikles videre for å støtte det fagmedisinske arbeidet. Videre ble det påpekt at styrken med Legeforeningen som fagmedisinske aktør er knyttet til at man klarer å bli en viktig og troverdig stemme til myndigheter, media, andre organisasjoner og internt i Legeforeningen.

Andre viktige elementer

Flere foreningsledere påpekte at arbeidet som forventes av deres fageksperter fra for eksempel ulike myndighetsorgan oftest ikke er ledsaget av finansiering. Man ser også at når medlemmer av fagmedisinske foreninger oppnevnes fra helseforetakene til å gi leveranser til sentral statlig helseforvaltning, gis det sjelden tilstrekkelig fri fra ordinære oppgaver i helseforetaket, slik at i praksis leverer helseforetakene legenes fritid til den sentrale helseforvaltning. Det ble nokså sterkt etterlyst løsninger på dette. Videre var det enkelt røster som mente å ha observert at Legeforeningen ikke alltid hadde en tilstrekkelig god balanse mellom fag- og yrkesaksen i oppnevningssaker til sentrale nasjonale råd og utvalg. Det ble ikke nevnt konkrete eksempler.

En stikkordmessig oppsummering av innspillene i workshop og questback er at de fagmedisinske foreningers ledere fremfører mye begeistring for ordningen med fagstyre og faglandsråd. Det signaliseres også bekymringer, særlig knyttet til de små foreningenes utfordringer. Det etterlyses styrket finansiering for fagmedisinsk aktivitet. Sammen med begeistringen er det også en grad av utålmodighet for å komme videre i arbeidet med å styrke legeforeningens fagmedisinske profil, forklart av en av workshop deltakerne med følgende utsagn: *«Formålet med fagaksen er å styrke Legeforeningens innflytelse»*

13. Sentralstyrets vurderinger

Organisasjonsendringer er komplekse å evaluere. Noen endringstrekk kan lett observeres og relateres til organisasjonsendringen mens andre endringer vanskelig kan observeres eller isoleres fra andre faktorer enn organisasjonsendringen i seg selv. I forbindelse med etableringen av fagstyre og faglandsråd og landsstyrets vedtak om gjennomføring av en evaluering ble det ikke etablert en formell følgeevaluering. Det er imidlertid sentralstyrets helhetlige vurdering at ordningen med ordningen med fagstyre og faglandsråd har tilført Legeforeningen en betydelig merverdi.

Gjennom delegering av oppgaver og ansvar til fagstyret har Legeforeningen etablert en langt bredere plattform og et bredere repertoar for sitt påvirkningsarbeid, slik denne evalueringen viser. Flere

kanaler for ekstern kommunikasjon gir nye muligheter, og har tydeliggjort Legeforeningen som den viktigste faglige premissleverandøren i helsetjenesten. Sentralstyret vurderer derfor at fagaksen koordinert gjennom sitt faglandsråd og et fagstyre som har fått delegert en rekke oppgaver som tidligere lå i sentralstyret, er blitt et sterkt strategisk verktøy i Legeforeningens arbeid med å skape bedre og mer kunnskapsbaserte helsetjenester, hvor legene blir lyttet til i enda sterkere grad på ulike faglige arenaer.

Så er det fortsatt betydelig potensial for utvikling. Arbeidet med å bygge bedre arenaer for eksternt samarbeid og klinikerinvolvering må utvikles videre slik at våre fagmiljø bl.a. får større innflytelse og myndighet i utvikling av nasjonale normerende produkter som faglige retningslinjer og veiledere. Dette krever fortsatt dialog med helsemyndighetene og arbeid for strukturer som både innebærer støttefunksjoner, tekniske løsninger og finansiering av deltagelse.

Fagaksen faglige og strategiske potensial er ennå ikke fullt utnyttet, og det er fortsatt rom for å videreutvikle interne samarbeidsformer, men sentralstyret vurderer at Legeforeningen er på rett vei.

14. VEDLEGG 1: Spørsmål til workshop 14.9.22 og parallell questback

WORKSHOP 14.9.22 – EVALUERING AV ORDNING MED FAGLANDSRÅD OG FAGSTYRE

Til diskusjon i plenum før lunsj

Intensjonen med organisasjonsendringen var å markere et tydeligere skille mellom saker av fagmedisinsk karakter og saker av fagforeningskarakter – tydelig både for medlemmer, samarbeidsparter, premissleverandører og offentlighet.

- Hvor godt har man lyktes med å skille fagpolitisk og fagforeningspolitiske spørsmål i Legeforeningen etter organisasjonsendringen? Er det behov for å tydeliggjøre ytterligere? Hvis ja, er det fint med eksempler på saker.
- Hvordan vil du, gjerne med utgangspunkt i en konkret sak, beskrive grenseoppgangen mellom fagmedisinske og fagforeningsrelaterte problemstillinger
 - for medlemmer?
 - for premissleverandører?
 - i media?

Landsstyret

Etter organisasjonsendringen ble det ingen endring i antall fagdelegater i landsstyret, men en endring i sammensetning og valg av delegatene. Er dagens struktur med antall og sammensetning av fagdelegater i landsstyret tilfredsstillende mtp. representasjon og antall?

Hvordan ser du på fagaksens rolle i Landsstyret etter organisasjonsendringen?

- Er den tjenlig for Legeforeningen?
- Er det tjenlig for fagaksen?

I grupper etter lunsj

- A. *Målet var også å forsterke samarbeidet mellom de fagmedisinske foreningene og koordinere fagutvikling på tvers av spesialitetene - uten å endre grunnstrukturen i Legeforeningen. Den organisatoriske forsterkningen innebar opprettelse av et faglandsråd og fagstyre.*
- Stimulerer faglandsrådene til samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene?
 - Hvis ja – hvordan
 - Hvis nei hvorfor ikke?
 - Stimulerer fagstyret til samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene?
 - Hvis ja – hvordan
 - Hvis nei hvorfor ikke?
 - Har faglandsrådene bidratt til økt kunnskap om og koordinering av hvordan andre fagmedisinske foreninger jobber?
 - Hvis ja hvordan?
 - Hvis nei hvordan ikke?
 - Hva må til for å få det til?
 - Har fagstyret bidratt til økt kunnskap om og koordinering av hvordan andre fagmedisinske foreninger jobber?
 - Hvis ja hvordan?
 - Hvis nei hvordan ikke?
 - Hva må til for å få det til?
 - På hvilken måte brukes din kontaktperson i fagstyret?
 - Hva fungerer bra med faglandsråd?
 - Hvorfor?

- Hva fungerer mindre bra?
 - Hvorfor?
- Hva fungerer bra med fagstyre?
 - Hvorfor?
- Hva fungerer mindre bra?
 - Hvorfor?

B. Legeforeningens fagmedisinske rolle

- Har etableringen av fagstyre og faglandsråd tydeliggjort Legeforeningen som en faglig aktør både for medlemmene og for eksterne samarbeidspartnere og samfunnet (Hdir, HOD, presse med mer)?
 - Hvis ja: Hvordan? Eksempler?
- Hvis nei? Hva er mulig årsak, hva kan evt. Endres?
- Hvordan kan en enda bedre synliggjøre det faglige arbeidet til legeforeningen gjennom
 - Fagmedisinske foreninger?
 - Fagstyre og fagstyreleder?
- Hvordan kan faglandsrådet bidra til å synliggjøre det fagmedisinske arbeidet? Eksempler
- Er det noe dere ønsker/savner i arbeidet med å synliggjøre det fagmedisinske arbeidet?

- Har din fagmedisinske forenings kontakt med helsemyndighetene endret omfang etter organisasjonsendringen (etablering av faglandsråd og fagstyre), eller er den uendret?
 - Hvilke typer eksterne og interne henvendelser mottar dere?
 - Hvordan mottar dere dem?
 - Er det noen type oppgaver/henvendelser dere burde vært mer koblet på?
 - Hvilke typer henvendelser i så fall?
- Når din fagmedisinske forenings kompetanse etterspørres av helsemyndighetene – til utredninger, kvalitetsutvikling, registerutvikling, retningslinjearbeid og utdanning.
 - Hvilken instans får dere som oftest oppdragene/henvendelsene i hovedsak fra? Direkte fra helsemyndighetene eller via Legeforeningen sentralt? Hva foretrekker dere?
- Opplever dere at fagstyret er en samlende aktør som kan fronte saker opp mot helsemyndighetene på vegne av flere fagmedisinske foreninger?
 - - hvis ja, har dere eksempler på saker der det lykkes
 - Hvis nei, har dere eksempler på saker der det ikke lykkes, eller saker som burde vært frontet?

De fagmedisinske foreningenes kompetanse skal gjøres enda mer tilgjengelig for faglige utredninger, kvalitetsutvikling, registerutvikling, retningslinjearbeid og utdanning.

- Har de organisatoriske endringene bidratt til å styrke de fagmedisinske foreningenes faglige arbeid?
 - Hva fungerer bra
 - Hva savner du?

15. VEDLEGG 2: Sammendrag av innspill i workshop 14.9.22 og parallell questback

Deltakerne ga uttrykk for at faglandsråd og fagstyre har fått stor verdi for fagaksen i foreningen. Faglandsrådet som arena for nettverksbygging ble trukket fram. Nettverk mellom fagmedisinske foreninger har betydning for å fremme samarbeid om ulike problemstillinger, for eksempel tilnærminger til en pandemisituasjon. Kjennskap til andre fagmedisinske foreningers problemstillinger og utfordringer bidrar til dette. Fagstyret som en samlende faglig overbygning ble trukket fram. Fagstyre og faglandsråd har betydning for å tydeliggjøre Legeforeningen som fagaktør – noe som ble vurdert som viktig.

Synet på betydningen av fagstyre og faglandsråd synes å variere mellom de fagmedisinske miljøene. Foreningsledd med færre medlemmer vil kunne ha begrenset kapasitet til å følge opp det fagpolitiske arbeidet. Ressurssituasjonen varierer mellom de fagmedisinske foreningene. Dette kan gi seg uttrykk i at enkelte fagmedisinske foreninger opplever stor nytte av fagstyret og faglandsråd som overbygning, mens andre fagmedisinske foreninger ser en mer begrenset nytte. Dette synes også å kunne handle om opplevde smådriftsulemper.

Det beskrives forbedringsmuligheter. Et innspill fra flere er at fagstyret kunne vært mer synlig og tilgjengelig. Kontakten med fagstyret ble opplevd å være begrenset utenom faglandsrådet – fagstyrets rolle i å knytte fagmedisinske foreninger sammen har derfor forbedringspotensial.

Beslektet med dette synet er en oppfatning av at det er begrenset aktivitet i fagaksen mellom faglandsrådene. Med tanke på fagaksens kontakt med myndighetene ble det uttrykt behov for kompensasjon for konsultasjoner av spesialistmiljøene – og bekymring for at man ikke får være med på avgjørende råd i siste ledd i beslutningsprosessene i for eksempel Helsedirektoratet - og at de med den best faglig kompetanse ikke nødvendigvis blir hørt i slutfasen.

Noen forslag for å styrke fagaksen ble løftet frem:

- Bedre tilbakemeldinger til fagmedisinske foreninger som har gitt innspill til høringsuttalelser
- Styrke informasjon og kontakt med nye fagrepresentanter slik at «overrekkelse av stafettpinner» blir bedre
- Informasjon om fagaksens struktur og informasjon i form av podcast eller webinar er ønsket
- Bedre synliggjøring av fagstyrets og andre fagmedisinske foreningers arbeid
- Ønske om at Helsedirektoratet, helseforetak og andre beslutningstakere i større grad tar fagmiljøene med i beslutningsprosesser
- Helsedirektoratet kan bes om i større grad å ta kontakt med fagstyret, som kan delegere til eller bruke fagmedisinske foreningers kompetanse i sine vurderinger og beslutningsprosesser
- Fagmedisinske foreninger ønsker å være tettere på spesialistutdanningen for å bedre bidra til utformingen av utdanningen.

Gjennomgående i diskusjonen var hvordan de ulike fagmedisinske foreningene opplevde pandemien.

Det ble trukket fram at pandemien viste hvor viktig faget er for både helsemyndighetene og Legeforeningen. Faget ble godt inkludert i prosessene i forbindelse med pandemien. De fagmedisinske foreningene ble løftet frem ved at de ble inkludert og hørt i prosesser.

Det trekkes imidlertid og frem at kommunikasjonen mellom de fagmedisinske foreningene kunne ha vært bedre. For eksempel nevnes pasientgrupper hvor det måtte tas spesielle hensyn under

pandemien. Da var det et savn av et sterkere faglig fellesskap innad i foreningen. De fagmedisinske foreningene opplevde at de ad hoc måtte ta kontakt med andre fagmedisinske foreninger for råd og samarbeid, at det ikke var noe organisert fra hovedforeningen. Dette førte til mye parallelt arbeid i forbindelse med for eksempel vaksineringsstrategien.

Det rådet hos noen en oppfatning av at utvalg som ble satt ned av direktorat og arbeidsgivere (HF) ble fylt med representanter fra yrkesforeningene. Noen opplevde at «de som dro lasset» gjennom pandemien ikke ble invitert.

Pandemien ble beskrevet som en faktor som bidro til at man erfarte at man kan nå lenger ved å samarbeide på tvers av foreninger.

Mindre fagmedisinske foreninger ønsker mer hjelp med å sette dagsorden for sine fag i media, vanskelig å komme til uten støtte fra Legeforeningen/fagaksen

Noen representanter opplevde at det var et litt uklart skille mellom Legeforeningens sekretariat og fagstyret.

Det var en hovedretning i workshopens vurderinger at faglandsråd og fagstyre fremmer samarbeid mellom de fagmedisinske foreningene, bl.a. ved at faglandsrådsmøtene hjelper dem med å bedre forstå andre spesialiteters utfordringer og problemstillinger.

«Faglandsrådet: Knytter fagmiljøene sammen, bli kjent med spesialiteter, utfordringer og problemstillinger»

«Faglandsrådet har en klar oppgave med å knytte de fagmedisinske foreningene sammen. Blir kjent med hverandres utfordringer og hvordan de jobber. [Faglandsrådet] fremmer samarbeid.»

Samtidig er det et stykke å gå, som kan eksemplifiseres gjennom en gruppes svar: *«Det skjer lite mellom faglandsrådets møter. Mindre fagmedisinske foreninger har sammenfallende utfordringer, og kan ha glede av et felles forum».*

Det er også uttrykt ønsker om mer informasjon gjennom året om hvordan de andre fagmedisinske foreningene jobber. «Kunne man vært mer åpen, delt mer med de fagmedisinske foreningene hva fagstyret gjør. Kanskje et nyhetsbrev? Der et utvalg blir utfordret til å si litt om hva man jobber med. Noe kortfattet og lett tilgjengelig av hva fagmedisinske foreninger og fagstyret jobber med».

En gjenganger fra gruppene er at de opplever fagstyrets arbeid som positivt for den faglige delen av foreningen, og at faglandsrådet fremmer nettverksbygging og samarbeid. Men samtidig ser de på det som et problem at fagstyrets arbeid oppleves *«å være for lukket, og at det er for lite informasjon som kommer ut fra fagstyret.»*

Det fremkom også noen refleksjoner rundt hvorledes en *«Hierarkisk struktur etter modell fra tillitsmannsapparatet»* fungerer for fagutviklings- og innovasjonsarbeid.

«Hvis intensjonen er å lage vedtak er det sikkert bra, hvis intensjonen er å skape innovativ kultur og samarbeid på tvers kanskje mindre bra.»

«- hvis man klarer å legge fra seg den konserverende og mistenksomme tillitsmannsrollen. Koordinerer Legeforeningens fagstemmer. Viktig stemme til myndigheter, media, andre organisasjoner og internt».

Av det som fungerer mindre bra nevner flere at fagstyret er for lite synlig, at man ikke kjenner nok til fagstyret og at fagaksen har for lite økonomiske midler.

Etableringen av fagstyre og fagakse oppfattes som en tydeliggjøring av Legeforeningen som en faglig aktør, men som fortsatt er lite kjent blant medlemmene. Utfordring at eksterne aktører tar direkte kontakt med enkelt leger heller enn den fagmedisinske foreningen. Vanskelig for små foreninger «å få satt sin spesialitet på agendaen uten støtte fra sentralt hold.»

«Styrkingen av den fagmedisinske akse skjer på initiativ nedenfra og opp, viktig at rammene legger til rette for fagmedisinsk arbeid.»



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023002673

Dato: 16-05-2023

Sak 13 - Bærekraftprosjektet

Foreningens økonomiske bærekraft har blitt debattert i landsstyremøter gjennom mange år. Flere har tatt til orde for at foreningens økonomi ikke er bærekraftig over tid.

Som en oppfølging av landsstyrevedtak knyttet til økonomien i foreningen har sentralstyret hatt en gjennomgang av hovedforeningens økonomi ("Bærekraft 1.0") og aktiviteter/oppgaver i foreningsleddene ("Bærekraft 2.0"). I tillegg er modellen som ligger til grunn for fordeling av de samlede kontingentinntekter gjennomgått.

"Bærekraft 1.0", dvs. analysen om hovedforeningens økonomi er bærekraftig eller ikke, ble presentert på landsstyremøte 2021. Konklusjonen i 2021 var at økonomien i hovedforeningen var bærekraftig. Imidlertid har det skjedd store endringer det siste året. Landsstyret vedtok i 2022 å underregulere kontingenten i forhold til forventet prisstigning. I tillegg har kostnader økt mer enn forventet pga den generelle prisveksten i samfunnet, samtidig som det har vært et kraftig fall i finansinntektene. Landsstyret vedtok i 2022 et budsjett med underskudd, og underskuddet blir større enn antatt. Det henvises til landsstyresakene *Sentralstyrets årsmelding for 2022 og forslag til budsjett for 2024*.

Som et ledd i å få innsikt i foreningsleddenes aktiviteter og prioriteringer ble det våren 2022 gjennomført en spørreundersøkelse til de 73 foreningsleddene. I undersøkelsen ble det bl. a spurt om hvilke oppgaver foreningen brukte tid på, herunder lovpålagte oppgaver i henhold til foreningens lover. Undersøkelsen viste at foreningene i stor grad arbeider med oppgaver og aktiviteter i tråd med lovene, men at det er variasjoner. Oppsummering fra spørreundersøkelsen følger i vedlegg 1.

En av Legeforeningens styrker er at foreningen er både en fagforening og en faglig forening, samt at den har en geografisk akse. Et medlem er innmeldt i alle tre akser: lokalforening basert på arbeidsstedets beliggenhet, yrkesforening basert på arbeidsforhold og fagmedisinsk forening basert på spesialitet. Studentene er innmeldt i Norsk medisinstudentforening.

Siden årtusenskiftet har det vært store endringer i organisering av helsetjenesten i Norge, som f.eks. innføring av fastlegeordningen, foretaksmodellen og de siste årene økt grad av private aktører/digitale tjenester. Legeforeningen har også vært i endring, men det er allikevel behov for å se Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

nærmere på om aktiviteter og oppgaver er hensiktsmessig organisert ut fra dagens situasjon, og ut fra et fremtidig perspektiv. I vedlegg 2 følger en oppsummering av Legeforeningens organisasjonsutvikling siden 2000-tallet, dvs. etablering av regionutvalg og fagaksen med henvisning til landsstyrets vedtak i 2018 om evaluering av ordningen med fagstyre og faglandsråd (se egen sak) og om hvorvidt det er overlappende funksjoner/oppgaver som følge av opprettelse av de nye organisasjonsleddene. I vedlegg 3 følger en oppsummering av tidligere evalueringer av lokalaksen og regionutvalg.

Yrkesforeningene har ennå ikke hatt tilsvarende evaluering, og det er derfor naturlig at det igangsettes en intern gjennomgang innen yrkesforeningsaksen.

Sentralstyret ser også behov for en gjennomgang av aktivitets- og oppgavefordeling mellom de tre aksene yrkes-, fag- og lokalakse (inkludert regionutvalgene). Sentralstyret legger som et premiss for gjennomgangen at dagens tre akser skal opprettholdes og at samlet økonomi skal være optimal og bærekraftig. Økonomien må følge oppgavene og lovene må tilpasses organisasjonen og endrede behov.

Sentralstyret behandlet saken i møte 25.4 og fremmer følgende innstilling til **vedtak**:

1. Utvalg for gjennomgang av aktivitets- og oppgavefordeling for Legeforeningens tre akser samt regionutvalgene

Sentralstyret foreslår at det nedsettes et utvalg som får som mandat å gjennomgå aktivitets- og oppgavefordeling i henhold til Legeforeningens lover og vurdere hvor ansvaret for de ulike oppgavene bør ligge.

En samlet legeforening

Legeforeningen har som mål en fortsatt høy medlemsoppslutning der medlemmene har tillit til organisasjonen og der de gjennom foreningsleddene er med på å påvirke foreningens mål og prioriteringer.

- Medlemmene skal ha tillit til organisasjonen og oppleve et tilbud som bidrar til trygghet, samhold og kompetanse
- Medlemmer med tillitsverv skal oppleve vervet som attraktivt og meningsfylt, og ha påvirkning på foreningens mål og prioriteringer
- Foreningsleddene skal drives godt, og i tråd med Legeforeningens formål

- Legeforeningen skal opprettholde en høy medlemsoppslutning og gjøre det attraktivt å ha tillitsverv samtidig som at driften av foreningen skal være økonomisk bærekraftig

Utvalget

Det nedsettes et utvalg bestående av to representanter fra henholdsvis lokalforeningene, yrkesforeningene og de fagmedisinske foreningene. Utvalget får bistand fra sekretariatet. Forslag til representanter meddeles sekretariatet innen 20. juni. Utvalgets sammensetning, herunder oppnevning av utvalgets leder, behandles i sentralstyremøte 22. juni.

Mandat for arbeidet

1. Utarbeide forslag til justeringer/tydeliggjøring av hvor det er hensiktsmessig at oppgaver er plassert, herunder regionutvalgets oppgaver og funksjon. Utvalget skal særskilt se på oppgaver knyttet til § 3-4 -3 pkt. (2) – tilrettelegging av tillitsvalgtfunksjonen.
2. Vurdere fordeler og ulemper ved ulike alternative forslag til oppgavefordeling.
3. Vurdere økonomiske konsekvenser av eventuell flytting av oppgaver/aktiviteter.
4. Komme med forslag til konkrete endringer i Legeforeningens lover.
5. Utvalget skal levere sine anbefalinger innen 15.1.24

Forslaget legges fram for sentralstyret før det sendes på høring i organisasjonen som en del av forberedelsene i forkant av debatt og vedtak i landsstyremøte 2024. Forslaget vil kunne få budsjettmessige følger for rammebudsjett 2025. Eventuelle lovendringer kan tidligst vedtas av landsstyret 2024, eventuelt i 2025.

Forutsetninger og avgrensninger

En grunnleggende forutsetning for arbeidet er at Legeforeningens tre akser opprettholdes. Prosessen skal bidra til en optimalisering av oppgavefordelingen innad i foreningen slik at Legeforeningens samlede økonomiske bærekraft ikke svekkes som et resultat av eventuelle foreslåtte endringer. Kontingentfordelingsmodellen og øvrige organisatoriske endringer er ikke en del av denne gjennomgangen.

Sentralstyret orienteres underveis om fremdrift i arbeidet.

Finansiering

Kostnader i forbindelse med gjennomføring av utredningen belastes sentralstyrets disposisjonskonto.

2. Utvalg for gjennomgang av yrkesaksen

Sentralstyret foreslår at det nedsettes et eget utvalg som får i mandat å gjennomgå yrkesforeningenes struktur, ansvar og oppgaveportefølje sett i sammenheng med organisasjonen for øvrig. Utvalget skal som ledd i dette vurdere behov for endringer i Legeforeningens struktur for tariffpolitisk arbeid. Analysen av utviklingsbehov skal skje i lys av dagens legearbeidsmarked og

behov for en Legeforening som også i tiden som kommer skal oppleves relevant og representativ for alle leger. Samtlige yrkesforeninger skal være representert i arbeidet.

Sentralstyret oppnevner leder av utvalget. Utvalget får bistand fra sekretariatet.

Rapporten ferdigstilles innen medio januar, for etterfølgende foreningsintern høring med sikte på diskusjon i landsstyremøte 2024.

Utvalgets arbeid relatert til fordeling av oppgaver og aktiviteter mellom aksene gjennomføres i løpet av høsten 2023 slik at innsikten kan tas med videre inn i hovedprosjektet.

Utgifter til utvalgets arbeid belastes sentralstyrets disposisjonskonto.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Vedlegg 1

Oppsummering av spørreundersøkelse til foreningsledd – "Bærekraft 2.0"

Våren 2022 ble det gjennomført en spørreundersøkelse til ledere av Legeforeningens foreningsledd som en del av prosjektet "Bærekraft 2.0", som er en oppfølging av landsstyrets vedtak om en gjennomgang av Legeforeningens økonomiske bærekraft opp mot foreningens kjerneoppgaver og drift. I 2021 ga sentralstyret en orientering til landsstyret vedrørende hovedforeningens økonomiske bærekraft, og konkluderte på det tidspunktet at økonomien til hovedforeningen er bærekraftig. Neste trinn i prosjektet var å kartlegge aktivitets- og oppgavefordeling i foreningsleddene – dvs. yrkesforeninger, lokalforeninger, fagmedisinske foreninger og Norsk medisinstudentforening. Det ble i den anledning utarbeidet en spørreundersøkelse.

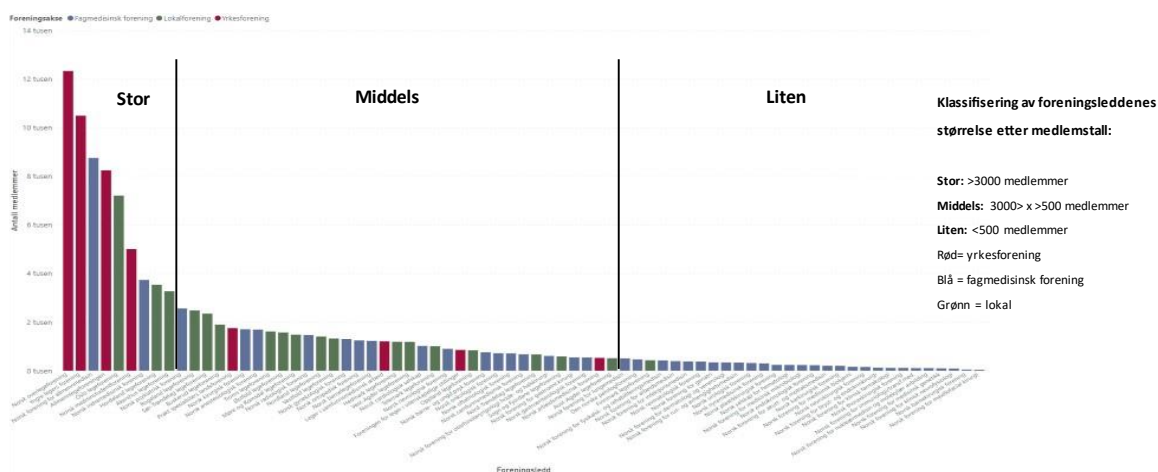
I forbindelse med Bærekraftprosjektet opprettet sentralstyret en referansegruppe bestående av Kristin Kornelia Utne, Ole Johan Bakke, Kristin Hovland, Ingunn Romundstad Innerdal, Marte Kvittum Tangen og Thea Mikkelsen. I arbeidet med Bærekraft 2.0 ble referansegruppen invitert til to møter, og fikk også anledning til å komme med innspill i utarbeidelse av spørsmål. Referansegruppen deltok også i et møte i forbindelse med gjennomgang av svarene på undersøkelsen.

Spørreundersøkelsen ble sendt ut til lederne i alle lokalforeninger (19), fagmedisinske foreninger (46), yrkesforeninger (7) og Norsk medisinstudentforening den 27. april 2022. Innen fristens utløp 10. mai var det innkommet 31 svar. Fristen ble utvidet til 19. mai gjennom en påminnelse på epost, og det kom inn 49 svar innen utvidet frist. Til slutt ble det gjennomført både elektroniske og telefoniske purrerunder fram til endelig sluttstrek ble satt i juni 2022. Siste svar ble mottatt 20. juni 2022. Utsatt svarfrist ble ansett som viktig for å få svar fra så mange foreningsledd som mulig, og det ble til slutt mottatt 66 svar. Besvarelsen fra Norsk medisinstudentforening er inkludert i besvarelsene fra yrkesforeningene.

Konsulentselskapet Karabin har bistått med analyse av svarene. Formulering av spørsmål, svaralternativer, intervall på skala osv., gir undersøkelsen visse svakheter som trolig reduserer datakvaliteten, men svarene vurderes fremdeles å være av tilstrekkelig kvalitet til å kunne styrke eller svekke de hypotesene man søker svar på i arbeidet. En svarprosent på 89 % var også svært høy og sørget for et representativt utvalg.

For å kunne sammenligne svarene ble foreningene inndelt i stor, middels og liten. Stor forening har mer enn 3000 medlemmer, en middels forening har mellom 500-3000 medlemmer, og en liten forening har færre enn 500 medlemmer. 9 foreningsledd har mer enn 3000 medlemmer, mens antall foreningsledd fordeler seg ganske likt innenfor kategorien middels stor og liten. I kategorien liten finner vi kun fagmedisinske foreninger med unntak av Finnmark legeforening.

Foreningsledd stor, middels og liten



DEN NORSKE LEGEFORENING

Kilde: Medlemstall fra 09.01.2023

Økonomi

Inntektssammensetningen er svært ulik for de største sammenlignet med de minste foreningene. Inntektene til foreningsleddene fra hovedforeningen er satt sammen av tre komponenter: Grunntilskudd, tilskudd per medlem og tilskudd kostnadskrevede drift (geografi/stor andel av selvstendig næringsdrivende).

For den minste foreningen utgjør grunntilskuddet 91% av inntektene, og er dermed hovedinntekten. Tilskudd per medlem utgjør en liten inntektskilde. For en middels stor forening (medianforeningen) utgjør grunntilskuddet betydelig mindre, bare 40%, og her har medlemstilskuddet mye større andel. For den største foreningen er medlemstilskuddet hovedinntekten til foreningen. Små justeringer i inntektsfordeling vil dermed kunne gi svært ulikt utslag for foreninger med ulik størrelse. I tillegg til inntekter fra kontingentfordelingen, har flere foreninger også inntekter fra f. eks kurs, medlemsblad eller annonseinntekter.

Også mellom foreningsleddene i de tre aksene er det store forskjeller i inntektssammensetningen. Årsmøtefastsatt kontingent kan utgjøre nærmere halvparten av en foreningsinntekt når medlemstallet er høyt. Videre kan en se at geografitilskudd bidrar til inntektene hos enkelte lokalforeninger, og at det gir mest utslag hos de minste.

Det er en svært tydelig sammenheng mellom et foreningsledd totale egenkapital og antall medlemmer. De fleste foreninger har en egenkapital på under 3 millioner kroner, og det kun er 11 foreninger som har en egenkapital over dette beløpet.

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

Et foreningsledd har anledning til å kreve inn inntil 10% av medlemskontingent, og det er årsmøtet som vedtar størrelsen. I 2019 var det totalt 26 foreningsledd som benyttet seg av mulighet til å innkreve årsmøtefastsatt kontingent. Antallet er økt til 30 foreninger i 2022. Fagmedisinske foreninger har høyest gjennomsnittlig pris på årsmøtefastsatt kontingent, etterfulgt av yrkesforeninger og lokalforeninger. Forskjellen mellom minste og største årsmøtefastsatte kontingent per akse er også betydelig, med minste på kr 50 og største på kr 870. Den gjennomsnittlige prisen på den årsmøtefastsatte kontingenten på tvers av foreningsledd uavhengig av akse, ligger på kr 332 blant de foreningsleddene som har dette.

Prisen på den årsmøtefastsatte kontingenten vil dermed ha mye å si for de totale inntektene til en forening, spesielt for større foreninger med mange medlemmer. Det er ingen åpenbar sammenheng mellom størrelsen på foreningsleddene og prisen på årsmøtefastsatt kontingent. De største foreningene har et større totalt bidrag fra den årsmøtefastsatte kontingenten ettersom de har flere medlemmer.

Godtgjørelse for styrearbeid

Styrene har ulike ordninger for å godtgjøre styrearbeid, fra frikjøp, styrehonorar, praksiskompensasjon, møtegodtgjørelse/møtehonorar og dekning av reiseutgifter/faktiske kostnader. Enkelte oppgir også å ha andre godtgjørelser som støtte til PC og annet teknisk utstyr. 85% av foreningene praktiserer kompensasjon for reiseutgifter, og 64 % utbetaler styrehonorarer. Bare 21 % av foreningene har styremedlemmer som er frikjøpte. Det er relativt stor forskjell i størrelsen på godtgjørelser. Alle yrkesforeningene utbetaler styrehonorar, mens kun 49% av de fagmedisinske foreningene gjør det. Når det gjelder praksiskompensasjon og møtegodtgjørelse skiller lokalforeningene seg ut og utbetaler disse godtgjørelsene i mye større grad enn de andre aksene. Det er relativt stor variasjon i hvilket beløp som benyttes til honorar/frikjøp, men det er en overvekt av honorarer som er på mer enn kroner 100.000. Kun noen få foreninger utbetaler honorarer/frikjøp på et betydelig større beløp enn 100.000.

Tidsbruk

Foreningene ble spurt om å anslå hvor mange timer i gjennomsnitt styret samlet sett bruker på foreningsarbeid per uke. 88 % av store foreninger anslår at de bruker mer enn 50 timer per uke i foreningsarbeid. Med store foreninger menes foreninger med mer enn 3000 medlemmer. Yrkesforeningene bruker flere timer på foreningsarbeid per uke sammenlignet med de øvrige aksene, hvor 50 % av yrkesforeningene bruker mer enn 50 timer per uke.

Oppgaver og aktiviteter

Basert på svarene er det mye som tyder på at det blir brukt mest ressurser på administrative oppgaver, medlemsmøter og kursvirksomhet. I tillegg ble det i fritekst nevnt mediekontakt, skriving av artikler, deltakelse i råd og utvalg, arbeidsgrupper, styringsgrupper, prosjektgrupper, samarbeid med andre organisasjoner, veiledere, kvalitet og pasientsikkerhet og oppfølging av tillitsvalgte.

Den norske legeförening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeföreningen@legeföreningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeföreningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

Ved spørsmål på om hva foreningen ville brukt mer tid på dersom økonomien ble styrket, er det områder som fagutvikling, medlemsmøter og kursvirksomhet som scorer høyest. I tillegg ble det i fritekstfelt nevnt oppgaver som f. eks nettsider, kvalitet- og pasientsikkerhet, frikjøp av ledere, politisk påvirkningsarbeid, høringer og rekrutteringsarbeid. Kun en liten andel av respondentene valgte å legge inn kommentarer i fritekstspørsmål, og svarene ovenfor er dermed kun en oppsummering av kommentarene - ikke en representativ oversikt som gjelder alle foreningsleddene.

Å svare på høringer er en vesentlig del av foreningenes arbeid. 25% av foreningene med mer enn 3000 medlemmer sier at de besvarer over 50 høringer per år. De øvrige foreningene estimerer at de besvarer 1-10 høringer per år. Yrkesforeninger svarer på flere høringer per år enn de to andre aksene, mens det blant lokalforeninger og fagmedisinske foreninger er vanligst å besvare 1-10 høringer per år. Det bør her merkes at ikke alle høringer er like relevante for alle foreningsledd.

Oppgaver og ansvar regulert i Legeforeningens lover

Foreningene ble spurt i hvilken grad de mener de arbeider med foreningsaksens oppgaver og ansvar definert i Legeforeningens lover. Svarskala var ikke proporsjonal, slik at det vanskelig kan trekkes konklusjoner, og det er interessant å undersøke funnene videre.

Lokalforeningene har hovedsakelig svart at de i «stor grad» eller «meget stor grad» mener at de arbeider med lokalforeningers oppgaver og ansvar, men noen oppgaver gir også utslag på «liten grad». Dette gjelder spesielt oppgaven som handler om å løse lokale tvister og delvis oppgaven som innebærer et ansvar for å ivareta samarbeidet med yrkesforeningene. Lokalforeningene svarer at en årsak til at de i liten grad utfører enkelte oppgaver er at medlemmene ikke etterspør oppgaven. Andre årsaker er lite tid, få ressurspersoner i styret eller at en er usikker på hva oppgaven er. Kun to av lokalforeningene har svart på hvorfor de i liten grad utfører enkelte oppgaver, slik at det er usikkert om svarene er representative.

De fagmedisinske foreningene har hovedsakelig svart at de i «stor grad» eller «meget stor grad» mener at de arbeider med de fagmedisinske oppgaver og formål, sett bort fra oppgave 1 som er å vurdere og påvirke den medisinske grunnutdanningen. Også formål 4 og 5, dvs arbeid med hovedsakelig det faglige grunnlaget for organisering av helsetjenesten i og utenfor sykehus, lokalisering, utbygging av faget og samhandling innen og mellom helsetjenestenivåene og kontakt med akademisk medisin og medisinsk praksis nasjonalt og internasjonalt har noe utslag på at oppgaven utføres i «ingen» eller «liten grad». Kun åtte svarte på årsaken til at enkelte oppgaver utføres i mindre grad, men de som har svart har begrunnet det med at de har for lite tid og at oppgaven må nedprioriteres. Andre årsaker er økonomiske prioriteringer, liten etterspørsel fra medlemmer, få ressurspersoner i styret til å ta oppgaven eller mangelfull opplæring.

Yrkesforeningene har hovedsakelig svart at de i «stor grad» eller «meget stor grad» mener at de arbeider med yrkesforeningens oppgaver og ansvar, sett bort fra oppgave 3 og 4 – nedfelt i Legeforeningens lover §3-5-3, pkt 5 og 6.

(5) Lokalt/regionalt skal yrkesforeningene ved sine tillitsvalgte og organisasjonstillitsvalgte inngå i dannelsen av styrene i Legeforeningens lokalforeninger og regionutvalg.

(6) Yrkesforeningen har ansvar for at de lokale tillitsvalgte holder styret i lokalforening orientert om alle viktige spørsmål innen de tillitsvalgtes ansvarsområde og sørger for at de tillitsvalgtes behov for dekning av utgifter knyttet til vervet blir meddelt lokalforeningen, jf. § 3-4-3 (1) nr. 2.

På spørsmål om hvorfor de i liten grad utfører enkelte oppgaver har ingen yrkesforeninger svart.

Medlemsblad og nettsider

24 foreninger har eget medlemsblad, og av disse er 70 % utgitt i både digital- og papirformat. Majoriteten av yrkesforeninger har medlemsblad. 71 % av foreningsleddene som har medlemsblad, har annonseinntekter. Av disse er det 56 % som har gode nok inntekter til å finansiere hele eller deler av virksomheten tilknyttet medlemsbladet. Alle foreninger har nettside, men bare tre foreninger har annonseinntekter fra nettsidene sine, og de rapporterer relativt beskjedne annonseinntekter fra nett.

Kommentarer fra fritekstspørsmål

Foreningene hadde muligheter til å komme med tilbakemeldinger i fritekst, og det kom flere anbefalinger fra respondentene. Blant annet er det ønsket om å få på plass bedre struktur for å arrangere kurs. Det er også ønskelig med økt grad av profesjonalisering gjennom både frikjøp, sekretærstøtte og økt støtte fra Legeforeningen sentralt både for innholdsproduksjon til nettsider, og regnskap og revisjon. Behovet for å styrke Legeforeningens fokus på forskning ble også kommentert.

Vedlegg 2 – Utvikling av Legeforeningens organisasjon siden 2000-tallet med henblikk på den fagmedisinske aksen

I landsstyremøtet 2001 fremmet Hordaland legeforening et forslag om å nedsette et organisasjonsutvalg som bl.a. skulle se på organisering av tillitsvalgte i Legeforeningen som følge av endringer i sykehusstrukturer, dvs. omleggingen av spesialisthelsetjenesten til regionale helseforetak. Landsstyret vedtok en handlingsplan på tre punkter. Det ble opprettet et interimsutvalg av tillitsvalgte i hver region, som var en forløper for dagens regionutvalg. Videre skulle organisasjonsutvalget ha en gjennomgang av forhandlingsstrukturen og komme med forslag til relevante tilpasninger i Legeforeningens organisasjon og forhandlingsstrukturer nasjonalt, regionalt eller lokalt samt utrede hvordan sekretariatsfunksjoner kunne tilpasses. I tillegg skulle utvalget foreta en gjennomgang av Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygging med tanke på gjennomføring av eventuelle endringer av gjeldende lover, regler og instruksjoner for foreningen. Utvalget skulle vurdere om Legeforeningens organisasjonsstruktur var tilpasset de kommende eksterne og interne utfordringer, og foreslå eventuelle endringer av organisasjonsstrukturen. Gjennomgangen og eventuelle endringsforslag skulle sees i sammenheng med Legeforeningens økonomiske bæreevne, herunder medlemmenes kontingentvilje.

Under behandling av saken i 2003 fikk sentralstyret et pålegg om å fullføre arbeid med forslag til endringer i organisasjonsmessig oppbygging og struktur med utgangspunkt i organisasjonsutvalgets innstilling. Landsstyret vedtok å nedsette et organisasjonsutvalg med et tydelig mandat om at Legeforeningen fortsatt skulle ha en obligatorisk fordeling av medlemmer etter to akser, en geografisk tilhørighet og en etter yrkestilhørighet, samt en sammenslutning i form av fagmedisinske foreninger som skal danne et viktig organisatorisk grunnlag for Legeforeningens arbeid med medisinsk utdanning, fag og kvalitetsutvikling. I tillegg ønsket landsstyret at Legeforeningens geografiske enheter skulle utvikles til mer slagkraftige enheter enn daværende fylkesavdelinger med hensyn til rekruttering, skolering og drift av tillitsvalgtapparater etter hovedavtale og andre foreningsverv. Selv om foreningen burde ha en nasjonal hovedstruktur, så man at det ville være variasjoner mellom landsdelene.

Landsstyret uttalte videre at yrkesforeningen bør bygges på naturlig interessefellesskap som ikke kan antas forsvarlig ivaretatt av andre. Landsstyret ønsket ikke å ta initiativ til å endre status for noen av de daværende yrkesforeningene, men vurderte om at det av hensyn til ressursutnyttelse kunne være hensiktsmessig å forenkle struktur gjennom frivillig sammenslutning.

Landsstyret hadde merket seg oppslutningen om utvalgets forslag om å styrke det medisinsk-faglige arbeidet i foreningen, og at sekretariatet fra 2004 burde styrke innsatsen i arbeidet med utdanning, fagutvikling og kvalitetsutvikling. Det skulle også vurderes om det skulle opprettes et sentralt fagråd som skulle få delegert beslutningsmyndighet på visse områder, og for øvrig virke samordnende for spesialforeningenes aktiviteter og være rådgivende overfor sentralstyret i faglige og fagpolitiske spørsmål. Landsstyret satte som en forutsetning at Legeforeningens enhet og enhetlig ledelse under sentralstyre og president skulle være usvekket av en slik endring.

I landsstyremøte 2005 ble det lagt fram forslag om at Legeforeningen skulle organiseres med tre akser; en yrkesakse, lokal akse og en faglig akse. Den geografiske aksen skulle dannes av

lokalavdelinger som samlet alle lege-medlemmer i et område, dvs. ett eller flere fylker samt at lokalavdelingene innenfor en region skulle danne et regionutvalg som samarbeids- og koordinerende organ. Den faglige aksene skulle dannes av fagmedisinske enheter – i prinsippet én forening per godkjent spesialitet. Disse var foreslått etablert ved en endring av konstitusjonell status for nåværende spesialforeninger som dekket en godkjent spesialitet.

Sentralstyret foreslo *lokalavdelingsprinsippet* anvendt slik at man ville få 13 lokalavdelinger mot nå 19. Avdelingsgrensene skulle følge foretaksgrenser og kunne dekke fylker som bedømmes å ligge naturlig til hverandre mht. infrastruktur, næringsliv etc. Forslaget kunne medføre justeringer av grenser mellom noen nåværende fylkesavdelinger (Rogaland/Hordaland og Nordland/Troms).

Sentralstyret foreslo videre at det skulle stilles strengere krav om størrelse, egenart og mulighet for praktisk fremme av særinteresse for å kunne opprettholde status som *yrkesforening*. Det måtte innebære at yrkesforeninger som tradisjonelt ivaretar de faglige interesser innen en spesialitet og ikke har forhandlings- og interessefunksjoner av betydning for yrkesgruppen som sådan, måtte endre status til å bli fagmedisinsk spesialforening. Forslaget ble sett i sammenheng med at slike spesialforeninger samtidig ville få obligatorisk medlemskap på linje med yrkesforeningene. Antall yrkesforeninger ble foreslått redusert til fem: Foreningen for leger i vitenskapelig stilling og annen statlig virksomhet (LVS), Norsk overlegeforening (Of), Praktiserende spesialisters landsforening (PSL), Primærmedisinsk legeförening (PML) og Yngre legers forening (Ylf).

De fagmedisinske spesialforeningene som tidligere hadde frivillig medlemskap skulle integreres i hovedforeningen gjennom en obligatorisk tilslutning til en fagmedisinsk forening. Sentralstyrets forslag innebar at alle lege-medlemmer med autorisasjon ville bli ilagt et tillegg i *totalkontingenten* for å dekke denne siden ved medlemskapet. *Godkjente spesialister* var foreslått automatisk plassert i den fagmedisinske spesialforening som dekker spesialiteten. *Leger under spesialisering* skulle kunne velge fritt om de for sin fagkontingent ville knytte seg til fagmedisinsk forening eller ikke og i tilfelle hvilken. Nye bestemmelser i lovene/vedtektene ville definere de fagmedisinske foreningenes hovedoppgaver og rolle innen Legeföreningen og de fagmedisinske foreningenes egne lover vil måtte revideres etter dette. Disse foreningene ville ved landsstyrets behandling få tildelt budsjettmidler til driften på samme måte som yrkesforeningene, og det var med dette tatt sikte på en styrket tilførsel av økonomiske ressurser til faglig virksomhet.

I tråd med landsstyrets oppdrag hadde sentralstyret nøyvurdert spørsmålet om etablering av et fagråd og kommet fram til at det neppe ville være noen gevinst for Legeföreningen i å ha et fagråd. Sentralstyret hadde imidlertid hatt stor nytte av kontakten med spesialforeningenes landsstyrerepresentanter og ga uttrykk for at et behov for kontakt, formidling og koordinering som ikke blir ivaretatt gjennom en styrket fagavdeling i sekretariatet, burde kunne tas hånd om av gruppen av landsstyrerepresentanter med grunnlag i et mandat gitt av de fagmedisinske spesialforeningene selv.

Fra 2007 fikk de fagmedisinske foreningene representasjon i landsstyret med 20 delegater basert på seks valggrupper:

Den norske legeförening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeföreningen@legeföreningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeföreningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

Valggruppe 1 Kirurgiske fag – fire representanter
Valggruppe 2 (Indre)Medisinske fag – fire representanter
Valggruppe 3 Allmennmedisin – tre representanter
Valggruppe 4 Grupperettede medisinske fag – tre representanter
Valggruppe 5 Medisinske servicefag – tre representanter
Valggruppe 6 Psykiatriske fag – tre representanter

De fagmedisinske foreningenes landsstyrerepresentanter konstituerer seg som fast utvalg og virket som kontakt- og samarbeidsorgan i forholdet mellom Legeforeningen og de fagmedisinske foreningene. Utvalget fikk tilskudd til nødvendig møtevirksomhet. Utvalget – som ble kalt for FaMe – er forløperen til dagens fagstyre.

Sekretariatet opprettet i 2006 et prosjekt - "Serviceprosjektet" - der målet var å etablere tjenester til de fagmedisinske foreningene, som nå var blitt en del av Legeforeningens organisasjon. Serviceprosjektet innebar å definere tjenestene til de fagmedisinske foreningene, som f. eks tilbud om hustrykkeri, postadresse Legenes hus, arkivering av papir, bankavtaler, nettsider, kontorplass i Legenes hus, mulighet for møterom, bruk av Legeforeningens profil, medlemsregister, kontingentfakturering, Min side, utsendelse av medlemsbrev og pressekontakt. I forbindelse med etablering av den fagmedisinske delen av foreningen ble det brukt mye ressurser i sekretariatet.

Siden 2007 har den fagmedisinske delen av Legeforeningen vært under kontinuerlig utvikling. Sentralstyret vedtok i august 2016 å nedsette en arbeidsgruppe med mandat til å gjennomgå og vurdere om et nytt kontakt- og samarbeidsorgan for de fagmedisinske foreningene kunne organiseres på en mer optimal og direkte måte. Gruppen skulle vurdere hvilke funksjoner et slikt samarbeidsorgan skulle ivareta overfor de fagmedisinske foreninger og overfor Legeforeningen. Arbeidsgruppen skulle også se på om de fagmedisinske foreningene som gruppe kunne gis en mer direkte kontaktflate til myndighetene i utdanningsspørsmål og som ressurs for faglige utredninger i regi av Helsedirektoratet og HOD. Gruppen ble bedt om å se på hvilke oppgaver og funksjoner som kunne delegeres til et samarbeidsorgan for de fagmedisinske foreningene, og hvordan samarbeidet mellom spesialitetskomiteene og fagmedisinske foreninger kunne utvikles ytterligere. Videre skulle arbeidsgruppen peke på eventuelle endringer av Legeforeningens lover og komme med konkrete forslag.

I 2017 vedtok landsstyret etablering av fagstyre og et faglandsråd samt opprettelse av fagutvalg av leger i spesialisering (Fuxx) i alle fagmedisinske foreninger. Landsstyret ba sentralstyret videreutvikle modellen og fremme forslaget med tilhørende forslag til lovendringer og økonomiske konsekvenser for landsstyret 2018 og det ble nedsatt en arbeidsgruppe.

Landsstyret i 2018 ble av sentralstyret forelagt et forslag som innebar å opprette et faglandsråd og et fagstyre med tilhørende mandat, valgeregler, representasjon mv. med tilhørende endringer i Legeforeningens lover. Det ble lagt fram en overordnet oversikt over økonomiske konsekvenser av ny struktur for den fagmedisinske aksen og hvordan opprettelsen av faglandsrådet og fagstyret skulle finansieres. Sentralstyret la til grunn at det ikke var ønskelig å finne finansiering innenfor budsjettene

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

til hovedforeningen, og at det heller ikke var ønskelig å foreslå økt medlemskontingent i denne sammenheng. Arbeidsgruppen hadde i stedet sett hen til samlet egenkapital for de fagmedisinske foreningene, og kommenterte at soliditeten i disse var meget god med samlet egenkapital tilsvarende 110-120 % av årlig kostnadsomsetning. Det ble derfor foreslått at finansieringen skulle skje ved en omfordeling av kontingentfordelingsmidler fra de fagmedisinske foreningene til hovedforeningen, og at det ble forutsatt at det skulle utvikles en intern utjevningmodell som skulle ivareta ulikheter i aktivitetsnivå eller særskilt kostnadskrevende drift.

Flere av høringssvarene støttet forslaget om en omfordeling av kontingentmidler, men det kom også fram i høringen at det ikke kunne utelukkes at hovedforeningen måtte tilføre ytterligere økonomi. Det ble stilt spørsmål til om graden av frikjøp av leder 50% og en 100% sekretariatstilling ville være tilstrekkelig, og at det kunne synes som om økonomien i etableringen var underestimert. Høringssvarene ga også uttrykk for at det ikke var ønskelig å øke kontingenten som følge av organisasjonsendringen. Flere av de fagmedisinske foreningene hadde kontingentinntekter som sin primære finansieringskilde, og de var usikre på hvordan deres økonomiske situasjon ville bli. En nedskalert inntekt ville gjøre det vanskelig å drive foreningen.

Det opprinnelige forslaget om økonomifordeling – finansiering innenfor en omfordeling av kontingentmidler fra de fagmedisinske foreningene til hovedforeningen – ble forlatt i sentralstyrets forslag til budsjett basert på innspillene fra høringen. I stedet ble det foreslått at fagstyrets og faglandsrådets økonomi – tilsvarende 2,3 millioner kroner – ble lagt innenfor budsjettene til hovedforeningen. Fagstyrets og faglandsrådets økonomi på 2,3 millioner kroner ble fordelt flatt på foreningsleddene.

Landsstyret fattet vedtak om evaluering av ordningen samt et oversendelsesvedtak fra LSA om å se på organisasjonsledd som helt eller delvis overlapper hverandre ved opprettelse av de nye organisasjonsleddene faglandsråd og fagstyre.

Årsberetningen for fagaksen de siste årene viser stor aktivitet. Det har blitt gjort et omfattende arbeid for å øke den organisatoriske profesjonaliteten for å kunne oppnå økt gjennomslag for faglige fremstøt og for god samhandling. Sekretariatet forbereder sakene for styrebehandling uavhengig om sak skal behandles i sentralstyret eller fagstyret. Fagstyret behandler en rekke saker som tidligere ble behandlet i sentralstyret, med henvisning til Legeforeningens lover §3-6-5-3 [Fagstyrets formål og oppgaver](#). Kun et fåtall saker ble behandlet både i fagstyret og sentralstyret. Det synes derfor i mindre grad å være overlapp. Organisering/tilrettelegging av fagstyremøter og faglandsråd er imidlertid aktiviteter som er kommet i tillegg, selv om det også tidligere ble brukt ressurser på FaMe-gruppen fra 2007-2017 til bl.a. gjennomføring av årssamling og frikjøp. Samlet saksomfang er økt sammenlignet med aktiviteten i 2017. Det har vært en ønsket utvikling å styrke Legeforeningens medisinsk-faglige posisjon.

Budsjettrammen for faglandsråd og fagstyret for 2023 er kr. 2 650 000, inkludert frikjøp av leder tilsvarende 50%. I tillegg kommer to årsverk i sekretariatet som har som arbeidsoppgave å jobbe med fagstyre/faglandsråd og den fagmedisinske delen av Legeforeningen. Faglandsrådet skal i

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

henhold til lovene møtes minst en gang i året, og møtes normalt over to dager. Det er i budsjettet satt av avrundet kr 800 000 til gjennomføring av møtet, som i hovedsak omfatter direkte kostnader til reise og opphold, praksiskompensasjon samt øvrige kostnader. Sekretariatinnsats utover de to stipulerte årsverkernes arbeid med arrangementet er ikke medregnet.

Fagstyret, som består av leder, nestleder og syv medlemmer møtes ca. 10-11 ganger i året. Normalt møter fagdirektør på alle fagstyrets møter og i tillegg deltar styresekretær samt aktuelle saksbehandlere. Totalt er det avsatt ca. kr 1 850 000 til fagstyret. Til selve møtegjennomføring er det avsatt kr 20 000. Fagstyrets leder er frikjøpt i 50%, og disponerer kontor plass i Legenes hus. Kostnader til frikjøp av fagstyrets leder vil være en variabel kostnad. Per i dag utbetales ikke styrehonorar til fagstyrets medlemmer. Det er også satt av midler til øvrige reisekostnader samt prosjektmidler. Fagstyrets medlemmer får også tilbud om medietrening, som dekkes av hovedforeningens budsjett.

Representasjonen i landsstyret fra fagaksen er uendret siden 2007, dvs. at de fagmedisinske foreningene har 20 delegater. Kostnadene er således uendret idet hovedforeningen dekker alle kostnadene til landsstyremøtene. Representasjonen fra fagaksen er imidlertid endret, siden fagstyrets ni representanter er blant de 20. De resterende 11 representanter med vararepresentanter velges slik at de 20 representantene samlet representerer de seks valggruppene som tidligere er beskrevet. I forbindelse med landsstyremøtet avholdes et forberedende møte for de 20 delegatene.

Ordningsen med faglandsråd og fagstyre ser ut til å ha funnet sin form i organisasjonen. Etter at rammene for etablering ble vedtatt, har det vist seg å være behov for en økning i sekretariatstøtte tilsvarende en stilling. Rammene tar ikke høyde for et eventuelt høyere ambisjonsnivå for fagstyrets aktivitet. En videreutvikling av den fagmedisinske delen av Legeforeningen, herunder ordningen med fagstyre og faglandsråd, må ses i sammenheng med Legeforeningens samlede bærekraft.

Vedlegg 3 – Om lokalaksen

Lokalforeningene

Lokalforeninger, organisert som fylkesavdelinger, har vært del av Legeforeningens organisering siden stiftelsen i 1886. Etter innføring av helseforetaksmodellen besluttet landsstyremøtet i 2005 å gå over fra fylkesavdelinger til lokalforeninger. Hovedprinsippet var at en lokalforening ikke bør være mindre enn et helseforetaksområde i spesialisthelsetjenesten. Det ble åpnet opp for sammenslåing av lokalforeninger, men ingen slike ble gjennomført. Lover og formål for lokalforeningene ble samtidig diskutert og forslag til justeringer ble sendt på intern høring og vedtatt på landsstyremøtet i 2006. Endringene resulterte bl.a. i en overføring av landstyredelegater fra lokalforeningene til yrkesforeningene og de fagmedisinske foreningene.

Diskusjoner om regional tilpasning av lokalforeningene har ikke ledet til endring i struktur eller til sammenslåinger. Det er per 2023 fremdeles 19 lokalforeninger som følger tidligere fylkesinndeling.

Regionutvalgene

Etableringen av regionutvalgene i Legeforeningen har sin bakgrunn i den statlige overtakelsen av spesialisthelsetjenesten i 2002 og organiseringen i regionale og lokale helseforetak. Ifølge Legeforeningens lover skal det for hver offentlig helseregion etableres et regionutvalg som (a) kontakt- og samarbeidsorgan for lokalforeningene i regionen og som (b) legger til rette for dialog med regional helseforvaltning og eventuelle arbeidsgivere eller kontraktsparter som måtte opptre på et regionalt nivå¹. Utvalgene skal særlig ha sin oppmerksomhet på organisering av helsetjenester og den helsepolitiske utvikling i regionen og i størst mulig grad opptre i samråd og samhandling med lokalforeningene og yrkesforeningenes tillitsvalgte i regionen.

I 2005 vedtok landsstyret at regionutvalget skulle lovfestes i hver av landets daværende fem helseregioner. I dag er det fire regionutvalg etter sammenslåingen av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til ett regionalt helseforetak. Fra vedtaket heter det også at regionutvalget selv skal velge sin leder, som ikke skal anses å representere en yrkesforening. Om nødvendig oppnevnes annen yrkesforeningsrepresentant. Mål og oppgaver for utvalgene ble trukket opp for regionutvalgene basert på vedtakene gjort av landsstyret i perioden 2001-2005. Regionutvalgenes hovedoppgaver regnes som kontakt- og samarbeidsorgan for lokalforeningene i regionene og representativt talerør for Legeforeningen overfor regionale helsemyndigheter.

Evaluering av lokalforeningene

Sentralstyret vedtok i 2018 å nedsette en arbeidsgruppe som skulle utrede en eventuell justering av Legeforeningens lokale akse med tanke på en tilpasning til regionreformen. Man skulle også se på evt. etablering av lokalforeningsbistand i Legeforeningens sekretariat for å sikre samkjøring, profesjonalitet og utvikling i alle lokalforeningene. Arbeidsgruppen gjennomførte også en kartlegging

¹ [Lover for Den norske legeforening \(legeforeningen.no\)](#) (regionutvalg)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

av aktiviteten i lokalforeningene med utgangspunkt i lokalforeningens lovpålagte oppgaver. Sluttrapporten ble sendt ut på intern høring og forelagt sentralstyret 19. oktober 2020.

1. Lovpålagte oppgaver og aktivitet

I henhold til Legeforeningens lover skal lokalforeningen fremme Legeforeningens formål i sitt geografiske område ved å ivareta fellesskapet blant legene og virke for deres felles interesser. Dette er videre spesifisert i syv formål/aktiviteter ².

Kartleggingen av aktivitet viser at lokalforeningene er aktive i Legeforeningens høringsarbeid og organiserer kollegastøtte og drift av helsetiltak for leger. Alle lokalforeningene driver med kurs- og utdanningsvirksomhet (emnekurs i allmennmedisin og drift av legepraksis går igjen) og hoveddelen av lokalforeningene har mellom tre og fem medlemsarrangementer i året.

Kartleggingen viste imidlertid at lokalforeningene i liten grad gir økonomisk og praktisk støtte til tillitsvalgte i helseforetakene. De arbeider også i liten grad med det lovpålagte arbeidet med tvistehåndtering. Arbeidsgruppen mente det vil være helt sentralt at lokalforeningene på enkelte områder oppnår høyere grad av aktivitet med utgangspunkt i lovpålagte oppgaver, og da særlig økonomisk og praktisk støtte til tillitsvalgte i berørte helseforetak.

2. Sekretariatsbistand

Ifølge evalueringen mener lokalforeningene at ordningen med kontaktpersoner i hovedforeningen er viktig og at de ønsker å videreutvikle denne. Lokalforeningene peker samtidig på at det er behov for mer bistand knyttet til helsepolitisk påvirkningsarbeid, samt i arbeidet med kommunikasjon og mediehandtering. Det blir også pekt på behov for grunnleggende styreopplæring og at en slik opplæring bør systematiseres, gjerne gjennom seminar eller workshops.

Av helt konkrete anbefalinger nevnes:

- Å modernisere aktiviteten i lokalforeningene gjennom nye digitale løsninger som kursplattform og grupperom i Teams (Microsoft Office).
- Å legge til rette for fire virtuelle møter årlig for de ansatte i lokalforeningene slik at de får jevnlig og nødvendig oppdatering og informasjon.

3. Administrasjonskonsulenter

Rapporten viser til at lokalforeninger som har en lokalt ansatt administrasjonskonsulent fremstår som mer koordinerte, systematiske og har bedre kontinuitet i sin aktivitet. 12 av 17 lokalforeninger som besvarte undersøkelsen sa at de har egen eller deler administrasjonskonsulent med andre. Arbeidsoppgavene omhandlet organisering av kurs, møteinnkalling, referatskriving, regnskap, budsjettering, nettside og kontakt med tillitsvalgte og medlemmer. Rapporten gir følgende konkrete anbefalinger knyttet til ansatte i lokalforeningene:

² [Lover for Den norske legeforening \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/lover) (lokalforeninger)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

- Ansatte i lokalforeningene bør inkluderes og involveres på den årlige lokalforeningssamlingen.
- Det er behov for opplæring/informasjon vedrørende arbeidsgiveransvaret som ligger hos lokalforeninger med ansatte administrasjonskonsulenter.

4. Geografisk inndeling

Oppsummeringen i rapporten viser til at sammenslåing har både fordeler og ulemper. Av fordeler nevnes en mer robust organisering og bedre økonomi, mulighet for å "profesjonalisere" lokalforeningene ytterligere og at det kan åpne opp for administrasjonskonsulenter med høyere stillingsbrøk i flere lokalforeninger, noe som igjen kan bidra til mer systematikk og kontinuitet i lokalforeningsarbeidet. Av ulemper nevnes større fysisk avstand til medlemmene, større interessemotsetninger gitt større geografisk område og at uløste regionale konflikter kan hemme, snarere enn fremme, rekruttering av tillitsvalgte.

Konklusjonen til arbeidsgruppen er at det er viktig å se på lokale løsninger og hva som fungerer for hver enkelt lokalforening heller enn å foreslå en samlet løsning med sammenslåinger for alle lokalforeningene. Rapporten peker på at organisasjonsstruktur best gjenspeiles gjennom lokalforeningenes viktigste oppgaver, og at helsepolitikk hovedsakelig utøves mot kommunene og lokalsamfunnene. Rapporten understreker også at kontakten med medlemmene er best ivaretatt desentralisert, og at det dermed ikke er viktig å endre strukturen før lokalforeningene selv vil det.

Evaluering av regionutvalgene

Regionutvalgene ble evaluert i 2007 og i 2016. Evalueringen fra 2007 viste at det var for dårlig definert hvilken rolle, plassering og ansvar regionutvalgene skulle ha i Legeforeningen, og at regionutvalgene måtte bli mer aktive organer. Flere ulike faktorer ble vektlagt; både økt engasjement internt i utvalgene, større grad av kontakt med det regionale helseforetaket og mer kontakt med, og bedre rammebetingelser fra, Legeforeningen sentralt.

Det har ved to anledninger blitt fremmet forslag for landsstyret om å legge ned regionutvalgene. Begge gangene har forslaget blitt nedstemt.

I 2016 ba landsstyret sentralstyret nedsette en arbeidsgruppe med mandat til å evaluere og eventuelt foreslå endringer i daværende ordning med regionutvalg. Sluttrapporten ledet frem til et forslag om endringer av lovene, som ble behandlet og vedtatt på landsstyremøte i 2017. Vi har valgt å sortere vurderingene og anbefalingene i arbeidsgruppens sluttrapport i fire tematiske hovedpunkter:

1. Kontakt og samarbeid i regionen

Vurderingen i rapporten er at regionutvalgene bør videreutvikle rollen som relasjonsbygger både mot regional helseforvaltning og for lokalforeningene i regionen. Arbeidsgruppen mener det er gode forutsetninger for at regionutvalgenes bredde gir verdi. Siden regionutvalget er et uformelt organ uten direkte beslutningsmyndighet, kan utvalgenes brede representasjon være viktig for regionale helsemyndigheter.

Arbeidsgruppen gir følgende anbefalinger:

- a) Konserntillitsvalgte bør delta i regionutvalget med talerett for å sikre god dialog opp mot det regionale helseforetaket.
- b) Avhengig av lokale forhold og aktuelle saker bør regionutvalget stå fritt til å invitere foretakstillitsvalgte til sine møter.
- c) Regionutvalgenes sammensetning bør ivareta en geografisk representativitet og faglig sammensetning som sikrer at regionutvalgene er aktive i saker som gjelder lokalsykehusenes organisering, og samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.
- d) Akademikersamarbeidet i regionen (ASUR) bør kobles til regionutvalgenes virksomhet.

2. Kontakt og samarbeid med Legeforeningen sentralt

Rapporten konkluderer med at det er behov for mer og bedre strukturert møtevirksomhet mellom Legeforeningen sentralt og regionutvalgene. Arbeidsgruppen mener også at møtene mellom Legeforeningen sentralt og regionutvalgene kan videreutvikles ved at det legges opp til et enda tettere samarbeid om utvalgte saker.

Arbeidsgruppen gir følgende anbefalinger:

- e) Det bør etableres formaliserte møter hvert halvår mellom Legeforeningens president og regionutvalgenes leder og konserntillitsvalgte.

3. Informasjons- og erfaringsutveksling

Rapporten peker på at det er stor variasjon når det gjelder hvordan de ulike regionutvalgene jobber og hvilken kontakt de har med de regionale helseforetakene. Noen av regionutvalgene har regelmessige møter med den regionale ledelsen mens andre opplever at det er krevende å få i gang dialog. For å dra nytte av hverandres erfaringer, samt å skape mer synergi mellom utvalgene, mener arbeidsgruppen at det bør tilrettelegges for mer informasjon- og erfaringsutveksling på tvers av regionutvalgene.

Arbeidsgruppen gir følgende anbefalinger:

- f) En årlig rapportering bør gis av det enkelte regionutvalg i egnet fellesmøte med andre regionutvalg.
- g) Det bør utvikles nettbaserte arbeidsrom for regionutvalgene.

4. Rolle, aktivitet og rapportering

Rapporten viser til at det siden opprettelsen har vært utfordringer knyttet til hvilken rolle og plassering regionutvalgene skal ha i Legeforeningens arbeid, både i relasjon til de regionale helseforetakene og til hovedforeningen. Regionutvalgenes aktivitet er preget av stor variasjon mellom regionene. Felles for utvalgene er at det er relativt lite dokumentasjon av aktiviteten. Arbeidsgruppen peker på at en tydeliggjøring av oppgaver og arbeidsmetoder for regionutvalgene vil kunne bidra til å styrke utvalgenes innflytelse og legitimitet overfor de regionale helseforetakene.

Arbeidsgruppen gir følgende anbefalinger:

- h) Det bør utarbeides veiledningsmateriale for å klargjøre regionutvalgenes oppgaveportefølje og arbeidsmetoder.
- i) Regionutvalgene bør holde sentralstyret skriftlig orientert om sin virksomhet gjennom årlig rapportering.
- j) Regionutvalgene bør innen utløpet av september hvert år sende inn sine budsjettforslag for det kommende budsjettåret til sekretariatet. Nye kostnadskrevende aktiviteter skal begrunnes.

Evalueringene av lokalaksen har i varierende grad ført frem til anbefalinger som er blitt fulgt opp av ulike årsaker. Anbefalinger som det er ønskelig og hensiktsmessig å gå videre med må ses i sammenheng med målsettingen om bærekraft i foreningen.



Til Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300322

Dato: 03-05-2023

Sak 14

Landsstyresak - Vedtekter for rettshjelpsordning for leger - forslag til vedtektsendringer vedrørende endringer i regelverk om tilsynsreaksjoner

Med virkning fra 1. juli 2022 ble helsepersonelloven endret ved at reaksjonsformen "advarsel" ble opphevet og erstattet med reaksjonen "faglig pålegg". "Faglig pålegg" innebærer at helsepersonell kan pålegges å motta veiledning eller gjennomføre andre kompetansehevende tiltak. Tilsynsmyndigheten skal også kunne pålegge arbeidsgiver å legge til rette for å følge opp faglige pålegg til helsepersonell. Tilsvarende pålegg skal kunne gis til kommuner når det gjelder fastleger. Både Statens helsetilsyn og statsforvalteren vil ha myndighet til å ilegge faglig pålegg med Statens helsepersonellnemnd som klageinstans.

I tillegg medførte lovendringen at det ble åpnet for å begrense suspensjonen av legens autorisasjon, lisens eller spesialistgodkjenning til å kun gjelde enkelte arbeidsoppgaver i en periode, fremfor å suspendere all rett til yrkesutøvelse. Endelig medførte lovendringen at det blir adgang til å midlertidig tilbakekalle autorisasjonen ved manglende svar til tilsynsmyndighetene etter pålegg. Dette oppheves straks opplysningsplikten er oppfylt.

Med ovennevnte som utgangspunkt, har Sentralstyret foreslått følgende endringer i vedtektene (det er kun de bestemmelsene som foreslås endret som hitsettes, øvrige bestemmelser videreføres uendret):

Nåværende ordlyd i vedtektene § 5-1 Hvilke saksforhold Rettshjelpsordningen omfatter:

"1. Tilsynssak - Advarsel

Ved behandling av administrative reaksjoner i Statens helsetilsyn og Statens helsepersonellnemnd som kan resultere i advarsel etter helsepersonellovens § 56. Det ytes normalt ikke bistand ved saksforberedelse hos Helsetilsynet i fylket.

2. Tilsynssak - Suspensjon/tilbakekall

Ved behandling av spørsmål om suspensjon/tilbakekall av legens autorisasjon/lisens eller spesialistgodkjenning etter vilkårene i helsepersonellovens § 57, § 58 og ved vedtak om begrensning av autorisasjon etter helsepersonellovens § 59.

Bistand kan også ytes i forbindelse med suspensjon forut for eventuelt tilbakekall av autorisasjon/lisens.

Det ytes ikke bistand ved tvist om hvorvidt vilkårene for å oppnå lisens, autorisasjon eller spesialistgodkjenning er oppfylt. Helt unntaksvis kan det i saker hvor det er fattet vedtak om å nekte godkjenning likevel gis støtte dersom Utvalget finner det godtgjort at vedtaket bygger på klar saksbehandlingsfeil som er egnet til å endre vedtaket."

Forslag til ny ordlyd i vedtektene § 5-1 Hvilke saksforhold Rettshjelpsordningen omfatter:

1. *"Tilsynssak – faglige pålegg*

Ved saker som gjelder faglige pålegg, jf. helsepersonelloven § 56, ytes det som hovedregel ikke støtte. Støtte kan likevel gis der tungtveiende grunner tilsier det eller det er grunn til å tro at saken vil ende med andre administrative reaksjoner.

2. *Tilsynssak – administrative reaksjoner*

Ved behandling av saker som gjelder administrative reaksjoner, jf. helsepersonelloven §§ 57-59, kan det innvilges støtte.

Det gis som den store hovedregel ikke støtte til saker som gjelder tvister hvorvidt vilkårene for å oppnå lisens, autorisasjon eller andre godkjenninger er oppfylt. Helt unntaksvis kan det likevel gis støtte der Utvalget finner det godtgjort at vedtaket bygger på en klar saksbehandlingsfeil som er egnet til å endre vedtaket eller at vedtaket fremstår som klart."

De øvrige punktene i § 5-1 videreføres uendret. Dette innebærer at det som utgangspunkt ikke gis støtte via Rettshjelpsordningen til bruk av ekstern advokat der legen ikke etterkommer opplysningsplikten i helsepersonelloven § 58a.

I tillegg – og dette har ikke vært på høring i organisasjonen– foreslår Sentralstyret en endring i vedtektene § 4-2 Jurisdiksjon. Bakgrunnen for dette forslaget er en endring i den nordiske

samarbeidsavtalen for juridisk bistand. Legeforeningene i de nordiske landene har en samarbeidsavtale som innebærer at et medlem i en nordisk legeforening med et midlertidig arbeidsforhold i et annet nordisk land, har (på visse vilkår) rett til juridisk bistand fra Legeforeningen i mottakerlandet uten å være medlem i mottakerlandets Legeforening. En av forutsetningene for slik bistand var frem til oktober 2021 at det midlertidige arbeidsforholdet ikke hadde en varighet på mer enn 6 måneder. Dette ble i oktober 2021 endret til 3 måneder.

Sentralstyret vurderer at forslaget til endring i vedtekten § 4-2 er en teknisk/avledet oppdatering av vedtektene basert på endringen i samarbeidsavtalen, og bør kunne fremmes selv om det ikke har vært på høring i organisasjonen. Den eneste endringen som foreslås i § 4-2 er å endre 6 til 3. Dette er markert med fet skrift nedenfor.

Nåværende ordlyd i vedtektene §4-2 Jurisdiksjon:

§ 4-2 Jurisdiksjon

Bistand gis bare for legevirkosomhet utøvet under norsk domsmyndighet (jurisdiksjon), ved kortvarige ansettelsesforhold i inntil 6 måneder i de nordiske land og ved legehjelp som ytes på reise som øyeblikkelig hjelp etter helsepersonellovens § 7.

Forslag til ny ordlyd i vedtektene § 4-2 Jurisdiksjon

§ 4-2 Jurisdiksjon

Bistand gis bare for legevirkosomhet utøvet under norsk domsmyndighet (jurisdiksjon), ved kortvarige ansettelsesforhold i inntil 3 måneder i de nordiske land og ved legehjelp som ytes på reise som øyeblikkelig hjelp etter helsepersonellovens § 7.

Interne høringssvar til endringsforslagene i vedtektene § 5-1 nr 1 og 2

Saken ble sendt på høring i januar 2023. Det ble mottatt høringssvar fra Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Norsk overlegeforening (OF), Oslo legeforening, Troms legeforening og Yngre legers forening (YLF). Alle støttet forslagene.

NFA støttet forslaget, og mente det er viktig med det foreslåtte unntaket om at det kan gis støtte hvis tungtveiende grunner tilsier det i saker om faglige pålegg. NFA fremhever også at det er viktig at Legeforeningens egne jurister har god kompetanse til å bistå medlemmer som får forhåndsvarsel om vedtak om faglig pålegg.

OF støttet forslaget. Når det gjaldt reaksjonen "faglig pålegg", uttrykte OF støtte til forslaget om at det unntaksvis kan være aktuelt med bistand ved faglig pålegg. OF antok at forslaget til vedtektsendring gir utvalget den fleksibiliteten det trenger for å kunne gjøre unntak etter en konkret vurdering.

Oslo legeforening støttet de foreslåtte forslag til endringer.

Troms legeforening støttet forslaget.

Ylf støttet forslaget, og presiserte at de forutsatte at det var tale om vedtektene § 5-1 nr 1 og 2 som blir endret til ny nr 1, og at de øvrige dekningsområdene får sine numre endret tilsvarende.

Sentralstyret merket seg at alle innkomne høringssvar støttet forslagene og fremmer endringsforslaget for Landsstyret. Sentralstyret har i tillegg tatt inn nummerering av forslagene til endringer i vedtektene, slik at det tydeligere fremkommer at forslagene gjaldt vedtektene § 5-1 nr 1 og 2 og nummering videre i bestemmelsen vil da opprettholdes. Det fremmes også forslag om endring av vedtektene § 4-2 om jurisdiksjon, som det er redegjort for ovenfor.

Sentralstyret behandlet saken i møtet 25.4.2023 og fremmer følgende innstilling til vedtak:

I vedtektene til Rettshjelpsordningen foretas følgende endringer:

§ 5-1 Hvilke saksforhold Rettshjelpsordningen omfatter:

1. *"Tilsynssak – faglige pålegg*

Ved saker som gjelder faglige pålegg, jf. helsepersonelloven § 56, ytes det som hovedregel ikke støtte. Støtte kan likevel gis der tungtveiende grunner tilsier det eller det er grunn til å tro at saken vil ende med andre administrative reaksjoner.

2. *Tilsynssak – administrative reaksjoner*

Ved behandling av saker som gjelder administrative reaksjoner, jf. helsepersonelloven §§ 57-59, kan det innvilges støtte.

Det gis som den store hovedregel ikke støtte til saker som gjelder tvister hvorvidt vilkårene for å oppnå lisens, autorisasjon eller andre godkjenninger er oppfylt. Helt unntaksvis kan det likevel gis støtte der Utvalget finner det godtgjort at vedtaket

bygger på en klar saksbehandlingsfeil som er egnet til å endre vedtaket eller at vedtaket fremstår som klart."

De øvrige punktene i § 5-1 videreføres uendret.

§ 4-2 Jurisdiksjon

§ 4-2 Jurisdiksjon

Bistand gis bare for legevirkosomhet utøvet under norsk domsmyndighet (jurisdiksjon), ved kortvarige ansettelsesforhold i inntil 3 måneder i de nordiske land og ved legehjelp som ytes på reise som øyeblikkelig hjelp etter helsepersonellovens § 7.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør/advokat

Saksbehandler: advokat/spesialrådgiver Liv Marit Fagerli

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200305

Dato: 22-05-2023

Sak 15 - Fastsettelse av lokal arrangør for landsstyremøte 2025

Sentralstyret vedtok i møte 23.11.2022 å sette i gang prosess for å finne medarrangør for landsstyremøte i 2025. Praksis for gjennomføring av landsstyremøtene er at det hvert annet år, i det året det er valg, søkes medarrangør fra avdelingene. Sentralstyret ber organisasjonsleddene om forslag på sted og lokal arrangør. Av Legeforeningens lover § 3-1-2 fremgår at landsstyret holder møte hvert år innen utgangen av juni måned. Det anbefales at møtet avholdes i tidsrommet tirsdag 3.6 - torsdag 5.6.2025.

For å kunne arrangere landsstyremøte stilles det krav til størrelse på hotell og møteromkapasitet. Det må være plass til ca. 250 personer i klasseromsoppsett i plenumsalen, ca. 16 grupperom i varierende størrelse fra 6-50 personer, bankettsal til ca. 250 personer, og ca. 250 hotellrom på hotellet eller i nærhet av konferansehotellet. Lokal arrangør har medansvar for åpningsmøtet, planlegging og gjennomføring av lokalt arrangement landsstyremøtets første kveld, og underholdning og kulturelle innslag i løpet av møtet og bankett. Hovedforeningen gir økonomisk bistand til arrangementet basert på budsjett og i dialog med lokal arrangør.

Høringen var åpen fram til 25.4.23 uten at det ble meldt interesse for arrangementet. Etter høringsfristens utløp ble det rettet en ny henvendelse til lokalforeningene. Oppland legeforening ga tilbakemelding om at de kunne være interessert, og at møtet da må gjennomføres fra onsdag 11.- fredag 13.juni 2025, og med opprigg/separatmøter tirsdag 10. juni. Det er dialog med hotell i Lillehammer vedrørende møtesal og tilgjengelige møterom. Andre steder vil også bli vurdert.

Sentralstyret behandlet saken i møte 16.5. 23.

Sentralstyrets innstilling til vedtak:

Oppland legeforening tildeles arrangementet og jobber med å finne egnet sted for møtet, enten i tidsrommet 3.-6. juni eller 11.-14. juni.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003020

Dato: 16-05-2023

Sak 16 - digitaliseringens konsekvenser for forskrivningsrett

Sakens bakgrunn

Ny [forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.](#) trådte i kraft i september 2022. Den nye forskriften innfører enkelte nye regler, herunder skjerpede krav til bruk av e-resept ved rekvirering av legemidler. Hovedregelen er at legemidler skal rekvireres via Reseptformidleren.

Av forskriften § 4-2 tredje ledd følger det at resepter skal rekvireres via Reseptformidleren, med mindre rekvirenten "i enkelttilfelle", ikke har tilgang til et datasystem som gir rekvirenten mulighet til å sende elektroniske resepter. Bestemmelsen gjelder all rekvirering. Helsedirektoratet har bekreftet at unntaksadgangen "i enkelttilfelle" skal tolkes strengt. For A- og B-preparater følger det i tillegg av § 5-8 bokstav c at ved rekvirering av legemidler på annen måte enn via Reseptformidleren kan man bare rekvirere "minste standardpakning eller en mengde tilsvarende vanlig terapeutisk dose i tre døgn".

Tilgang til Reseptformidleren forutsetter bruk av et elektronisk pasientjournalssystem (EPJ) som har e-reseptmodul som kommuniserer med Reseptformidleren, samt medlemskap hos Norsk helsenett (NHN). Legens EPJ er teknisk sett å regne som grunnsteinen i den nasjonale e-helsearkitekturen. Alle samhandlingsløsningene, som f.eks. Nasjonal kjernejournal og Reseptformidleren, tar utgangspunkt i at brukerne har en EPJ. Å endre dette arkitekturprinsippet er mulig, men antagelig et meget stort arbeid.

Kravet om at rekvirering skal skje via Reseptformidleren endrer ikke det at man som lege med autorisasjon har rett til å rekvirere legemidler. Imidlertid skaper kravet praktiske og økonomiske utfordringer for medlemmer som av ulike årsaker ikke har tilgang til EPJ. Typiske tilfeller er der legen er pensjonert eller ikke jobber i klinisk stilling. Teknisk sett er det ikke vanskelig å skaffe EPJ med e-resept og medlemskap hos NHN; problemet er de store årlige kostnadene som ikke kan forsvares ved sporadisk og/eller vederlagsfri bruk. Dette gjør at rekvireringsretten i realiteten har blitt begrenset. Mange av foreningens medlemmer opplever at deres mulighet til yrkesutøvelse innskrenkes. Sekretariatet har rådgitt i flere enkeltsaker, og det er også sendt ut felles medlemsinformasjon om saken ved to anledninger: først i [november 2022](#) og deretter i [mai 2023](#).

Sentralstyret mener det er svært uheldig at legers rekvireringsrett i praksis innskrenkes. Dette gjelder særlig i en tid der det er mangel på leger, og der Helsepersonellkommissjonen peker i retning av at

tilgjengelige legerressurser må utnyttes. Leger driver utstrakt frivillighetsarbeid, for eksempel på idrettsarrangementer, festivaler og lignende. I tillegg yter leger helsehjelp til bekjente og er på den måten en viktig ressurs i lokalmiljøet. Høyst sannsynlig avlaster denne innsatsen den offentlige helsetjenesten i ikke ubetydelig grad, særlig fastlege og legevakt. Sentralstyret kan ikke se at bortfallet av denne arbeidsinnsatsen har blitt diskutert, eller at det er gjort konsekvensvurderinger av hvordan dette vil kunne påvirke den offentlige helsetjenesten.

Henvendelse fra Eldre legers forening

Saken er svært viktig for pensjonerte leger, og Eldre legers forening (ELF) er aktivt engasjert. ELF er bekymret for at eldre leger i praksis mister muligheten til å yte helsetjenester og forskrive medikamenter. ELF har derfor bedt om at saken settes på agendaen til landsstyremøtet. ELF har bedt om at det "opprettres en nettplattform slik at det blir mulig for pensjonerte leger med autorisasjon å få tilgang til det digitale pasientjournalssystemet". ELF's melding om sak til landsstyremøtet 2023 ligger vedlagt.

Videre fremstilling

Både tungtveiende samfunnsinteresser og hensynet til enkeltmedlemmer gjør at saken er høyt prioritert i Legeforeningen. I det videre gjøres det rede for hvordan sentralstyret og sekretariatet har jobbet med saken fra forskriften ble sendt på høring og fram til landsstyremøtet i juni 2023.

Høringen om endringer i rekvirentforskriften

Forslaget til ny forskrift ble sendt på [høring](#) den 20. oktober 2020. Det ble gjennomført en bred intern høring i Legeforeningen der det kom inn fire høringssvar. Samtlige av de interne høringssvarene fokuserte i stor grad på den delen av forslaget som gikk ut på å utvide rekvireringsretten for helsesykepleiere og jordmødre. Dette ble derfor tillagt stor vekt i Legeforeningens samlede uttalelse.

Forslaget om at all rekvirering som hovedregel skulle skje elektronisk via Reseptformidleren ble omtalt i høringsnotatet på følgende måte:

Det blir stadig viktigere at all rekvirering til pasient skjer via Reseptformidleren. Dette for at alle rekvirenter har oversikt over pasientens gyldige resepter, bidrar til å vedlikeholde oversikten og reduserer faren for feil som kan forekomme ved håndskrevne resepter. For resepter gjelder derfor Reseptformidleren som kommunikasjonskanal. Det er således viktig at rekvirenter av legemidler på resept har elektroniske pasientjournalssystemer som støtter kommunikasjon av resepter via Reseptformidleren. Departementet foreslår å presisere i forskrift at rekvirent, om mulig skal koble seg til og rekvirere til pasient via Reseptformidleren. Det vil være situasjoner som legevaktkjøring og hjemmebesøk hvor Reseptformidleren ikke vil være tilgjengelig, hvor det må vurderes om rekvirere resepter på annen måte. Med Pasientens legemiddelliste innføres Sentral forskrivningsmodul (SFM), som er en nasjonal løsning for rekvirering av resepter.

At departementet med disse formuleringene foreslo en streng innskjerping av kravet til elektronisk rekvirering, ble ikke fanget opp i Legeforeningens høringsrunde. I høringsinnspillet påpekte Legeforeningen uttrykkelig at det må være en åpning for unntak for et krav om elektronisk rekvirering, men overskuet ikke rekkevidden av de praktiske implikasjonene av forskriften. Gitt at departementet så for seg at kravet skulle skjerpes betydelig, er det meget uheldig at de ikke redegjorde for konsekvensene av dette i høringsnotatet. Det er også klare indikasjoner på at heller ikke helsemyndighetene selv så de fulle konsekvensene av endringene.

Når det gjelder de særlige begrensningene i rekvirering av A- og B-preparater på andre måter enn via Reseptformilderen, er dette omtalt i høringsnotatet på følgende måte:

Dette er en innskjerping, fra bruk i sju dager etter gjeldende forskrift til tre dager. Hovedbegrunnelsen for innstrammingen er å begrense rekvirering av legemidler i reseptgruppe A og B utenfor e-resept, samt presisere at det er pasientens faste lege som bør ha oversikt over og rekvirere slik behandling.

Ingen av de interne høringsvarene problematiserte denne foreslåtte endringen, og den ble ikke berørt i Legeforeningens endelige høringsvar.

Sentralstyrebehandling

Saken har vært diskutert av sentralstyret ved flere anledninger. Det ble bestemt at saken skulle følges i to ulike "spor": et teknisk og et juridisk.

Det juridiske sporet

Sentralstyret har vurdert at det ikke er realistisk eller ønskelig å arbeide for å ta kravet om elektronisk rekvirering ut av forskriften. Hovedregelen om at rekvirering skal skje via e-resept har som formål å sikre at alle rekvirenter har oversikt over pasientens gyldige resepter, og at denne oversikten vedlikeholdes. Det er også avlastende for leger med e-resept at Reseptformidleren er mest mulig komplett. Ut fra et kvalitets- og pasientsikkerhetssyn støtter Legeforeningen det overordnende målet om at behandling av helseopplysninger skal foregå elektronisk. Det blir da politisk vanskelig å begrunne hvorfor hovedregelen om rekvirering skal tas helt ut av forskriften. Dersom hovedregelen tas ut av forskriften vil dette dessuten kunne minke incentivet for å innføre e-resept i deler av helse- og omsorgstjenesten som per i dag ikke har tilgang til e-resept, for eksempel tannleger eller i deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten så som KAD/KØH, sykehjem, skolehelsetjeneste og helsestasjon. Videre undergraver dette Legeforeningens kommunikasjon rundt viktigheten av innføring av en oppdatert Pasientens legemiddelliste, PLL.

Derimot mener sentralstyret at det er grunn til å forsøke å jobbe for en utvidet tolkning av unntaksbestemmelsen i forskriften § 4-2 tredje ledd. Dette kan gjøres uten at ordlyden i bestemmelsen endres. Målet med en utvidet tolkning er at det skal være rom for å forskrive utenfor reseptformidleren i noe større grad enn det per dags dato er lagt opp til. Helsedirektoratet og Statens legemiddelverk har utarbeidet en veileder til forskriften, og konkret jobbes det for å få inn en

formulering i denne veilederen som gir unntak for bruk av Reseptformidleren ved nødvendig, unntaksvis og vederlagsfri forskrivning utenfor arbeidsforhold. Sekretariatet er i dialog med Helsedirektoratet om saken, men det er for tidlig å spå utfallet av dialogen.

I våre innspill til veilederen legger Legeforeningen til grunn at det er vederlagsfri rekvirering som skal omfattes av unntaket. Av hensyn til pasientsikkerhet og digital samhandling – og også Legeforeningens omdømme – er det vanskelig å argumentere for at unntaket skal omfatte resepter som skrives i kommersiell virksomhet, selv om omfanget av virksomheten er begrenset.

Dersom Helsedirektoratet kommer Legeforeningen i møte, vil endringen ivareta behovet for sporadisk rekvirering av C-preparater utenfor arbeidsforhold. A- og B-preparater som rekvireres utenfor Reseptformidleren vil fortsatt være underlagt begrensningene i rekvireringsforskriften § 5-8. Dette innebærer at det bare kan rekvireres minste standardpakning eller en mengde tilsvarende vanlig terapeutisk døgndose i tre døgn. Legeforeningen har i dialogen med Helsedirektoratet ikke jobbet for å endre denne bestemmelsen eller tolkningen av den. Det er gode grunner til å begrense forskrivning av vanedannende medikamenter utenfor Reseptformidleren. Av hensyn til pasientsikkerheten bør en lege som skriver ut slike medisiner ha en oversikt over aktive resepter. Rekvirering gjennom Reseptformidleren ivaretar dette behovet. Det kan fremstå uheldig for Legeforeningens omdømme dersom vi argumenterer for en rekvireringspraksis som kan ha negative konsekvenser for pasientsikkerheten.

Det tekniske sporet

I det tekniske sporet ser vi etter en teknisk løsning som kan gi tilgang til Reseptformidleren for våre medlemmer. Det finnes ferdige EPJ-løsninger med e-resept, og det er enkelt å tegne medlemskap hos NHN, men problemet er den store årlige kostnaden. En slik komplett tilgang til EPJ er, med de betingelser som i dag finnes i markedet, ikke økonomisk realistisk for den type forskrivning det her er tale om.

Ulike tekniske løsninger kan tenkes. Ett alternativ er å tilby en EPJ med tilkobling til Reseptformidleren. En slik EPJ kan enten være "hyllevare", altså at den allerede finnes i markedet, eller den kan utvikles konkret for Legeforeningen. Dette alternativet vil også sikre at legen kan oppfylle plikten til elektronisk journalføring. Et annet alternativ er å finne en løsning for direkte tilkobling til sentral forskrivingsmodul, men dette vil kreve flere endringer av nasjonal e-helsearkitektur, tilhørende forskrifter og rekvirentkrav, og andre krav til tekniske standarder for helsetjenesten.

Sekretariatet har startet sondering i markedet for å undersøke interessen blant journalleverandørene. I mars sendte generalsekretæren et [åpent brev](#) til 18 leverandører innenfor helsesektoren, både mer og mindre etablerte. Brevet ble også publisert på Legeforeningens nettsider. I brevet etterspør generalsekretæren tilbakemelding fra leverandørene på om de ser mulige tekniske løsninger for å forskrive legemidler innenfor rammene av rekvireringsforskriften. Det er ikke gitt noen føringer for hvordan løsningen skal utformes eller om den skal oppfylle visse spesifikasjoner utover at den må gjøre det mulig å rekvirere i tråd med regelverket.

Så langt har det vært begrenset respons på brevet. Hittil har to leverandører uttrykt interesse, og det er gjennomført ett dialogmøte. Det er også berammet et møte med NHN i mai for å diskutere de tekniske kravene og betalingsløsningen for tilgang til helsenettet. Dersom Legeforeningen skal kunne tilby en teknisk løsning til en rimelig pris, er vi avhengig av en annen betalingsmodell for medlemskap hos NHN enn dagens løsning.

Sentralstyrets vurdering

Sentralstyret vet at saken er presserende for mange av Legeforeningens medlemmer. I tillegg mener sentralstyret at konsekvensene av den nye rekvireringsforskriften ikke kan vurderes isolert. Forskriften bør sees som del av en mer omfattende utvikling der legerollen endres, autonomien innskrenkes og utøvelsen av legeyrket knyttes stadig tettere opp mot arbeidsforhold framfor yrkestittel. Dette er problemstillinger av prinsipiell karakter, og slike gradvise endringer i legerollen er et viktig tema for Legeforeningen. Saken er derfor høyt prioritert, og sentralstyret forsøker jevnlig å løfte saken i de kanaler vi har til rådighet, blant annet i høringsarbeid og i møter med offentlige myndigheter.

Sentralstyret håper det juridiske sporet vil bære frukter. Sekretariatet er i kontakt med ansvarlige myndigheter og vil fortsette å jobbe for å få inn den nevnte presiseringen i veilederen. Om vi lykkes med dette, vil det i stor grad avhjelpe de aktuelle utfordringene. En slik endring kan også potensielt komme på plass raskt. Det er imidlertid ikke mulig å gi noen lovnader om dette per dags dato.

Når det gjelder det tekniske sporet er det fremdeles mye som må utredes. En eventuell løsning langs dette sporet ligger derfor noe lengre frem i tid. Sekretariatet har allerede utredet en del problemstillinger, men før vi kan gå i gang med en eventuell anskaffelsesprosess kreves det en mer omfattende gjennomgang av blant annet personvernspørsmål, konkurranselovgivning og finansieringsmodeller. Et forprosjekt vil sannsynligvis være nødvendig. Videre retning på arbeidet innenfor dette sporet vil i stor grad bero på hvilken respons Legeforeningen får i den pågående dialogen med leverandørene.

Sentralstyret anbefaler at det jobbes videre med arbeidet langs de to sporene som er skissert opp.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
Generalsekretær

Lars Duvaland
Avdelingsdirektør

Saksbehandlere: Mari Garborg Hanto, advokatfullmektig/rådgiver og Gjertrud Bøhn Mageli, advokat/rådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200314

Dato: 22-05-2023

Sak 17 - Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer

Landsstyret har i henhold til lovenes § 3-1-3, 1. ledd nr 8 som oppgave å velge president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer i samsvar med reglene i § 3-2-1. Funksjonstiden vil etter valget i år være fra 1.9. 2023 til 31.8. 2025.

Valgene skal i henhold til § 3-2-1, 6. ledd forberedes av en valgkomité. Valgkomiteen består i inneværende periode av Ivar Halvorsen, leder, Jon Helle og Anja Fog Heen.

Valgkomiteen har tilskrevet lokalforeninger, yrkesforeninger, fagmedisinske foreninger, Norsk medisinstudentforening, regionutvalg og spesialforeninger med anmodning om forslag til kandidater med frist 1. mai. Sentralstyrets medlemmer er også kontaktet med forespørsel om eventuelt gjenvalg.

Oversikt over innkomne forslag følger vedlagt. CV for de aktuelle kandidatene vil bli ettersendt.

Valgkomiteens innstilling vil bli fremlagt i landsstyret tirsdag 6. juni kl. 17.

[Instruks](#) for valgkomiteen.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Navn	Foreslått av	Posisjon
Anne Karin Rime	Oslo legeforening Overlegeforeningen	President (gjenvalg)
Nils Kristian Klev	Oslo legeforening Allmennlegeforeningen	Visepresident (gjenvalg) Medlem (hvis ikke visepresident)
Ståle Clementsen	Overlegeforeningen	Medlem (gjenvalg)
Ingeborg Henriksen	Yngre legers forening	Medlem (gjenvalg)
Kristin Hovland	Oslo legeforening, Norsk arbeidsmedisinsk forening	Medlem (gjenvalg)
Marie Skontorp	Overlegeforeningen	Medlem
Mette Kalager	Leger i vitenskapelige stillinger	Medlem
Yngvild Hannestad	PSL	Medlem
Tobias Iveland	Yngre legers forening	Medlem
Hans Christian Myklestul	Allmennlegeforeningen	Medlem
Lindy Jarosch-von Schweder	Overlegeforeningen	Vara
Christine Agdestein	Allmennlegeforeningen	Vara
Lars Magnus Aker	Yngre legers forening	Vara, 1
Therese Egenæs	Yngre legers forening	Vara, 2

Sak 17 - Valg president, visepresident og nytt sentralstyre

Vedlegg: CV

Anne-Karin Rime

Født 1968

Utdanning

1987-1988	Norges idrettshøyskole, grunnfag
1996	Medisinsk embetseksamen, Universitetet i Oslo
2007	Spesialist i indremedisin
2009	Spesialist i anesthesiologi
2010-2013	SSAI Intensivmedisin
2013	European Diploma in Intensive Care Medicine (EDIC)
2018	Master i helseledelse
2023	Forsvarets sjefskurs (januar - mars)

Yrkeserfaring

2018-	Overlege, Anestesiavdelingen, Sykehuset Østfold. Permisjon fra 2019
2014-2018	Seksjonsoverlege, Intensivavdelingen, Sykehuset Østfold
2014-2018	Hdir (tidligere Kunnskapscenteret) 20 % stilling - meldeordningen
2008-2014	Overlege, Anestesiavdelingen, Sykehuset Østfold
2007-2008	Ass.lege, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet
2004-2007	Ass.lege, Anestesiavdelingen Fredrikstad sykehus
2000-2006	Ass.lege, Medisinsk avdeling Fredrikstad sykehus
1998-1998	Turnuslege i distrikt, Vefsn legesenter
1998-2000	Ass.lege, Ahus
1997-1998	Turnuslege i sykehus, Mosjøen sykehus

Verv i Den norske legeforening

2021-2023	President, Den norske legeforening
2019-2021	Overlegeforeningen, leder.
2019-2019	FTV vara, Sykehuset Østfold HF
2019-2021	Sentralstyret, visepresident
2017-2020	Fond for kvalitet og pasientsikkerhet, styremedlem
2017-2020	Utdanningsfond III, varamedlem fondsutvalget
2017-2019	Sentralstyret, medlem
2017-2019	Overlegeforeningen, nestleder
2015-2019	Østfold legeforening, styremedlem
2015-2017	Sentralstyret, varamedlem
2015-2023	Landsstyret, medlem
2015-2019	Foretakstillitsvalgt, Sykehuset Østfold
2015-2017	Overlegeforeningen, styremedlem
2005-2008	Kvalitetssikringsfond III, varamedlem fondsutvalget
2004-2005	Yngre legers forening, styremedlem
2004-2005	Landsstyret Dnlf, medlem
2003-2004	Landsstyret Dnlf, varamedlem
2003-2004	Yngre legers forening, varamedlem styret
2002-2004	Foretakstillitsvalgt, Sykehuset Østfold
2002-2003	Yngre legers forening, landsrådsrepresentant

2002-2003 Landsstyret Dnlf, medlem
 2002-2003 Yngre legers forening, styremedlem
 2001-2004 Hovedtillitsvalgt, Sykehuset Østfold
 2000-2006 Tillitsvalgt, Medisinsk avdeling Sykehuset Østfold
 2019 – d.d.: Diverse utvalg; Forhandlingsutvalg Spekter, Forhandlingsutvalg Virke, Forhandlingsutvalg Stat, IT-utvalget, Fond for kvalitet og pasientsikkerhet

Annet

2017- Ansattrepresentant, Sykehuset Østfold HF

Nils Kristian Klev

Født: 1972

Utdanning

1994 – 2000 Cand. med, Universitetet i Oslo
 Spesialist i allmennmedisin
 2017 – 2019 Master helseadministrasjon, Universitetet i Oslo (Ole Berg kurset)

Yrkeserfaring

2019- d.d. Leder, Allmennlegeforeningen
 2007 – 2008 Lege (sideutdanning) ved Psykiatrisk ungdomsteam Asker, Vestre Viken HF
 2002 –2019 Fastlege, Legene på Bryggen, Røyken (Permisjon 2007-2008)
 2002 – 2015 Helsestasjonslege Røyken kommune, 10% stilling (Permisjon 2007-2008)
 2002 – 2017 Turnuslegeveileder, Røyken kommune (Permisjon 2007-2008)
 2000 - 2002 Turnuslege, Buskerud sentralsykehus og Røyken kommune
 1999 Lege m/midl.lisens, Slagavdeling, Sunnaas sykehus (2 mnd. vikariat)

Verv i Den norske legeforening

2021-2023 Visepresident, Den norske legeforening
 2019- 2023 Leder, Allmennlegeforeningen (Valgt til leder for 2023-2025)
 2020-2021 Allmennmedisinsk forskningsfond, nestleder
 2019-2021 Sentralstyremedlem, Den norske legeforening
 2016 – 2019 Nestleder Allmennlegeforeningen
 2016 - d.d. Medlem Legeforeningens forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune
 2015 – 2016 Styremedlem Allmennlegeforeningen
 2015 - d.d. Medlem Legeforeningens forhandlingsutvalg (normaltariffen)
 2015 - d.d. Styremedlem Premieruleringsfondet
 2015 -2017 Fastlegerepresentant LSU Vestre Viken Drammen Sykehus – kommunene
 2014 – 2019 Medlem i landsstyret Legeforeningen
 2013 - 2015 1. Landsråd for Buskerud i Allmennlegeforeningen
 2012 – 2019 Varatillitsvalg for fastlegene i Røyken kommune
 2007 – 2013 Styremedlem Buskerud legeforening
 2007 – 2011 1. Landsråd for Buskerud i Allmennlegeforeningen
 2005 – 2012 Tillitsvalgt for fastlegene i Røyken kommune

Christine Agdestein

Født 1982

Utdanning

- 2007: Candidata medicinae med forskerlinje, Universitetet i Oslo
- 2006: Utvekslingsopphold ved Uppsala Universitet
- 2003: Gründerskolen, Universitetet i Oslo
- 2003: Entrepreneurial management, Boston University

Lederutdanning

- 2022: Handelshøyskolen BI - Lederkurs for allmennleger, 60 studiepoeng
- 2021: SHE Leads Program (SHE Community, Deloitte)
- 2020: Handelshøyskolen BI - Kurs i praktisk styrearbeid - Trondheim

Arbeidserfaring

- 2010 - Fastlege, spesialist i allmennmedisin, Sjøsia legekontor, daglig leder fra 2021
Næringsdrivende fastlege. Veileder for lege i spesialisering.
- 2021 - Styreleder Nettverket Fredrikke Marie
- 2007-2008 Assistentlege, nevrologisk avd, Akershus universitetssykehus
- 2009-2010: Assistentlege, nevrologisk avd, Akershus universitetssykehus
- 2008-2009: Turnuslege, Nordfjord sjukehus og Gløppen kommune,
- 2003: Intern, Angstrom Medical, Boston

Verv i Legeforeningen

- sep.2021.-25: Allmennlegeforeningen, styremedlem,
- des 2021 til d.d: Standing Comittee of European Doctors – CPME, delegat vara
- 2020 til d.d: NFA Faggruppe for svangerskap og barns helse, medlem
- 2020 til d.d: Helsefelleskap nivå 2 Nord-Trøndelag, varamedlem for NT legeforening
- 2018-22: Helsefelleskap nivå 3 Nord-Trøndelag, fagråd legesamarbeid, medlem
- 2019-2021: Nord-Trøndelag Legeforening, 1. landsråd AF og styremedlem

Referansegrupper

- Helsedirektoratet: Ekstern referansegruppe for revisjon av nasjonal faglig retningslinje for barselomsorgen.
- Praksisnett: Nasjonal referansegruppe
- Høgskulen på Vestlandet: Deltaker i rådgivende organ, Designing, developing and testing a risk assessment tool for clinicians caring for pregnant immigrant women in antenatal care (PreGO!).

Forskning

- Allmennlegestipendiat NTNU Allmennmedisinsk forskningsenhet 2020-2022
- Erfaringer med svangerskap- og barselkontroll hos fastlege. AFU-stipend, 6 måneder
- Vitenskapelige produksjoner

Folkevalgte verv

- Fast representant, Steinkjer kommunestyre og hovedutvalg oppvekst og kultur sept 2019 til d.d,
- Gruppeleder, 2021-d.d
- Vararepresentant, Steinkjer kommunestyre og hovedutvalg helse og omsorg 2015-2019

Øvrige lederverv og priser

- Årets allmennlege 2018 Pris utdelt av Allmennlegeforeningen

Gründer og adm. leder Frampeik - legestudentenes forskningskonferanse 2005
 Gründer og styremedlem Frampeik Alumni

Lars Magnus Aker

Født 1987

Utdanning

2014 Cand.med NTNU

Yrkeserfaring

2020-d.d Lege i spesialisering i lungemedisin (Lis 3), SØ HF

2016-2020 Lege i spesialisering i indremedisin, SØ HF

2015-2016 Turnuslege, Askim legesenter

2014-2015 Turnuslege, Sykehuset Østfold, Fredrikstad

Verv i Den norske legeforening

2019-d.d. Styremedlem, Østfold legeforening

2020-2021 Valgkomite, Yngre legers forening

2020-2021 Landsrådet, Yngre legers forening

2019- d-d FTV, Sykehuset Østfold

2018-2019 Vara foretakstillitsvalgt for Ylf. ved SØ HF

2017-2021 Landsstyret

2016-2019 Avdelingstillitsvalgt for Ylf. ved indremedisinsk avdeling SØ HF

2014-2015 Tillitsvalgt for turnuslegene ved SØ HF

2022 Leder av redaksjonskomiteen under Legeforeningens Landsstyremøte 2022

Annet

2022-2023 Ansattvalgt styremedlem i Sykehuset Østfold HF (vara fra mars 2021-2023)

2021-d-d Vara-ansattrepresentant i styret for SØ HF

2020-2021 Arbeidsgruppen om arbeidsbelastning – Yl

2019-d-d Vararepresentant i Arbeidsmiljøutvalget SØ HF

2018-2020 Ansattrepresentant i arbeidsgruppen Evaluering av nytt Østfoldsykehus («Kalnesrapporten»)

Ståle Ørstavik Clementsen

Født 1974

Utdanning

2004 Medisinsk embetseksamen, University of Szeged Faculty of Medicine, Ungarn

2014 Spesialist i ortopedi

Siden 2017 Tatt opp på Phd- programmet UiO

Yrkeserfaring

2014 - Overlege, ortopedisk klinikk, Ahus
 2007-2011 Lege, Volvat skadelegevakt
 2006-2014 Lege i spesialisering
 2004-2006 Turnuslege, Akershus universitetssykehus

Verv i Den norske legeforening

2022- Leder i Overlegeforeningen. Nyvalgt leder for 2023-25
 2021- Sentralstyret, Den norske legeforening
 2019-d.d Forhandlingsutvalg Spekter
 2022-d.d Forhandlingsutvalg Virke
 2016-2021 Styremedlem, Akershus legeforening
 2017-2023 Styremedlem, Overlegeforeningen
 2017-2019 Vara, forhandlingsutvalg Stat
 2017-2023 Landsstyret, Dnlf
 2016-2022 FTV, Ahus
 2014-2017 Vara, Rådet for legeetikk
 2013-2014 FTV, Yngre legers forening, Ahus
 2012-2014 Landsrådsrepresentant, Ylf
 2012-2013 Vara-FTV, Yngre legers forening, Ahus
 2007-2012 Tillitsvalgt, ortopedisk avdeling Ahus

Andre verv: Kurskomite, Overlegeforeningen,

Annet

Ansattrepresentant styret Akershus universitetssykehus 2019-2023

Therese Egenæs

Født 1988

Utdanning

2013 Cand. Med, Charles university, Praha

Arbeidssted

2013 - 2015 Lege i spesialisering, Barne- og ungdomspsykiatri, Stavanger universitetssykehus,
 2015 - 2016 Turnuslege, Stavanger universitetssykehus, Klepp kommune
 2016 - 2017 Tilsynslege og legevaktslege, Klepp kommune
 Beredskapsvakt sykehjem v/Jæren øyeblikkelig hjelp
 Fastlegevikar Klepp legesenter
 2017- d.d. Lege i spesialisering, kvinneklinikken, Stavanger universitetssykehus

Tillitsverv:

2015-2016 Tillitsvalgt for turnuslegene,
 2018-2022 Avdelingstillitsvalgt for leger i spesialisering på kvinneklinikken
 2021- d.d Vara foretakstillitsvalgt for YLF ved Stavanger Universitetssykehus
 2021-d.d Nestleder i Rogaland legeforening, september
 2023-2025 Styremedlem Yngre legers forening fra september

Ingeborg Henriksen

Født 1984

Utdanning

2010	Cand Med, NTNU
2012-d.d	LIS – Indremedisin
2016-d.d.	LIS – nyresykdommer

Yrkeserfaring

2022-d.d.	LIS, Medisinsk avdeling Ålesund 50 %
2022-d.d	Kst. Utdanningskoordinerende overlege Helse Møre og Romsdal 50%
2021-2022	LIS, Nyreavdelingen, St. Olavs Hospital HF
2021-2022	Kst. utdanningskoordinerende overlege Møre og Romsdal HF, 20 %
2018-2021	Kst. utdanningskoordinerende overlege Møre og Romsdal HF, 60 %
2018-2021	LIS, Klinikk for medisin, Ålesund sjukehus, Møre og Romsdal HF, 40%
2016-2018	LIS, Klinikk for medisin, Ålesund sjukehus Møre og Romsdal HF
2012-2015	LIS, Klinikk for medisin, Volda sjukehus Møre og Romsdal HF
2011-2012	Turnuslege, Tysnes legekantor
2010-2011	Turnuslege Volda sjukehus, Møre og Romsdal HF

Verv i Den norske legeforening

2023	Leder i Yngre legers forening fra 1.9.
2021-2023	Sentralstyret, Den norske legeforening
2019-d.d	Styremedlem Yngre legers forening. Nestleder fra 2021-2023
2019-2021	HTV, Ålesund sjukehus Helse Møre og Romsdal HF
2018-2021	FTV vara, Helse Møre og Romsdal HF
2017-2019	HTV vara, Ålesund sjukehus Helse Møre og Romsdal HF
2016-2021	TV, medisinsk avdeling, Ålesund sjukehus Møre og Romsdal HF
2014-2015	HTV, Volda sjukehus, Helse Møre og Romsdal HF
2014-2015	TV, medisinsk avdeling, Volda sjukehus Møre og Romsdal HF

Annet

2019:	Kurs for instruktørkompetanse i supervisjon og veiledning av LIS (RegUt Helse Sør-Øst) Ansvarlig for veilederkurs Møre og Romsdal HF 2019-d.d.
-------	--

Kristin Hildegard Hovland

Født 1966

Utdanning

1995	Autorisasjon som lege
2004	Arbeids- og organisasjonspsykologi, UiB/Folkeuniversitetet i Hamar (30 stp)
2014	PhD, arbeidsmedisin og epidemiologi, UiO
2017	Spesialist i arbeidsmedisin

2018 Metier OEC, Gnist Støtte- og spesialistfunksjoner
 2020 Godkjent veileder, arbeidsmedisin

Yrkeserfaring

2014-d.d Bedriftslege, Skanska Norge A/S
 2013-14 Lege i spesialisering, Statens arbeidsmiljøinstitutt
 2006-13 Stipendiat Statens arbeidsmiljøinstitutt
 2006 Bedriftslege ved Departementenes servicesenter (40%)
 2003-04 Brumunddal bedriftshelsetjeneste, 10% stilling, dels som veileder for utenlandsk bedriftslege
 1998-2006 Bedriftslege ved Nortura Rudshøgda (Hed-Opp, slakteri), (20-50%)
 1998-2004 Bedriftslege ved Kährs Brumunddal AS (parkettfabrikk) (50%)
 1995-97 Allmennpraksis i Ørsta

Verv i Den norske legeforening

2021-2023 Sentralstyret, Den norske legeforening
 2020-2021 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter
 2015-2023 Regionutvalg Sør-Øst
 2015-2023 Leder, Oslo legeforening
 2013-2023 Landsstyret, Den norske legeforening
 2013-2015 Landsrådet, Norsk arbeidsmedisinsk forening
 2009-2015 Medlem styret, Oslo legeforening
 2007-2009 Vara, styret Oslo legeforening
 2004-2007 Styret, Hedmark legeforening
 2004-2005 Kurskomite, Hedmark legeforening

Forhandlingsutvalg Stat, Forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune

Annet

Var med å starte Hamar Montessoriskole, styreleder fra oppstart høsten 2001 til 2006.

Norske leger mot atomvåpen, aktiv i styret flere år under studietid. Deltaker på internasjonale kongresser i Berlin og Hiroshima, og arrangerte opphold i Bergen for medisinstudenter fra Moskva og Litauen.

Underviser på flere kurs i regi av Statens arbeidsmiljøinstitutt (Stami) (grunnkurs og kurs for LIS i arbeidsmedisin)

Tobias Iveland

Født 1990

Utdanning

2016 Cand.med med forskerlinje, uteksaminert vår 16, NTNU

Yrkeserfaring

2016-2018 Turnuslege Ahus, turnuslege Sørumsand
 2018 – d.d. Lege i spesialisering i Onkologi ved Kreftklinikken, St Olavs hospital
 2023 Sideutdanning ved endokrinologisk avdeling, medisinsk klinikk f
 2018 – d.d. Stipendiat, IKOM, NTNU, delt engasjement med LIS-stilling
 2022 – d.d. Dagbasert overlegevikar ved onkologisk poliklinikk, Namsos sykehus

Tillitsverv:

2019 Vara tillitsvalgt kreftklinikken, St Olavs Hospital
 2019 – d.d. Foretakstillitsvalgt, Ylf, St Olavs Hospital
 2019 – d.d. Styremedlem Sør-Trøndelag legeförening
 2021-2023 Styremedlem Ylf. Nyvalgt nestleder i Ylf 2023-25
 2021 - d.d. Medlem regionutvalgt midt
 2021 - 2023 Første vara. Legeföreningens sentralstyre

Engasjert i NMF og ulike studentforeninger gjennom hele studietiden

Mette Kalager

Født 1967

Utdanning

1996 Cand.med. Universitetet i Oslo (UiO)
 2012 PhD, UiO

Yrkeserfaring

2018 – Professor, UiO
 2016 – Medisinsk Redaktør, Tidsskrift for Den norske legeförening
 2014 – Forsker, Oslo Universitetssykehus (OUS)
 2010 – Gjesteforsker, Harvard School of Public Health, Boston, USA

2014 – 2018 Førsteamanuensis, UiO
 2013 – 2014 Postdoc, UiO
 2014 – 2014 Allmenn praktiserende lege, Helsestasjon for ungdom Bærum
 2012 – 2014 Forsker, UiO
 2011 – 2013 Postdoc, Telemark sykehus
 2010 – 2010 LIS, Radiumhospitalet, OUS
 2006 – 2010 PhD student, Kreftregisteret
 2008 – 2010 Forsker, Harvard School of Public Health, Boston, USA
 2004 – 2006 Leder Mammografiprogrammet, Kreftregisteret
 1999 – 2004 LIS, Telemark sykehus
 1998 – 1999 Allmennpraksis, Heistad legekantor, Porsgrunn

Verv i Den norske legeforening

2019 – 2020 Nestleder, Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS)
 2020 – 2021 Fungerende leder, LVS
 2021 – 2023 Leder, LVS
 2019 – 2021 Landsstyret, Den norske legeforening
 2021 – 2023 Leder, Forskningsutvalget
 2000 – 2001 HTV, Sykehuset Telemark

Annet

2012 - Startet forskergruppen Klinisk effektforskning på UiO og OUS. Forskergruppen disponerer rundt 20 millioner kr årlig i eksterne forskningsmidler
 2015 – Leder forskergruppen Klinisk effektforskning
 2014 – Ansvarlig for lærerplanen for alle medisinske fag på Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi, UiO
 2021 – Undervisningsleder Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK), Medisinsk fakultet, UiO
 2012 – Medlem av vitenskapelige styre Franske Nasjonale Kreft Instituttet (National Cancer Institute)
 2020 – Oppnevnt medlem av European Academy of Cancer Sciences
 2011 – Veiledet flere PhDer og postdoktorer. Tildelt ulike priser ved OUS, publisert en rekke vitenskapelige publikasjoner nasjonalt og internasjonalt

Hans Christian Myklestul

Født 1979

Utdanning

Cand med Universitetet i Debrecen, Ungarn
 2012, fornyet 2017 Spesialist i allmenntmedisin

Arbeidsforhold

mai – aug 2005 Ski sykehus, medisinsk avdeling: Assistentlegevikar
 juli 2006 Diakonhjemmet sykehus: Turnuslegevikar
 aug 2006 – aug 2010 Midsund kommune, Fastlege. (60% stilling – 80% stilling)
 aug 2006 – aug 2010 Midsund kommune, Kommuneoverlege (40 % stilling - 20% stilling)
 aug 2007 – mai 2008 NTNU Praksislærer 5%
 jan 2009 – des 2009 Molde kommune, Asylhelsetjenesten Tilsynslege 20%
 jan 2010 – mars 2011 Seniorrådgiver 5% Akershus universitetssykehus

aug 2010 – okt 2013 BUP Øvre Romerike LIS lege
 okt 2010 – okt 2014 Ungdomspsykiatrisk klinikk LIS lege i vakt
 april 2017 – aug 2018 Praksiskonsulent 20%
 sept 2013 – d.d Skedsmo/Lillestrøm kommune Fastlege
 april 2014 – d.d Nedre Romerike Legevakt, Legevaktlege
 april 2020 – juni 2021 Luftveisklinikk
 aug 2018 – aug 2019 AFU-stipendiat 20%
 aug 2019 – d.d AMFF-stipendiat 50%
 nov 20 – jan 21 Lillestrøm kommune Kommunelege 100%, 50%

jan 21 – juni 21 Lillestrøm kommune Kommunelege 50%

Verv

sept 2013 – d.d	LSU Skedsmo kommune
sept 2015 – d.d	HTV den norske legeforening Skedsmo/Lillestrøm kommune
aug 2017 – d.d	Styremedlem Akershus legeforening
aug 2017 – okt 2018	2. Landsråd for Allmennlegeforeningen i Akershus
okt 2018 – aug 2021	1. Landsråd for Allmennlegeforeningen i Akershus
sept 2021 – d.d	Fritt valgt medlem
sept 2021 – d.d	Styremedlem Allmennlegeforeningen. Nyvalgt nestleder i Af fra 2023-2025
2020 – d.d	Landsstyredelegat

Forskning og formidling

En rekke publikasjoner og presentasjoner på ulike kongresser, PMU, Våruka
Flere kronikker og annen formidling i Romerikes Blad, Dagens Medisin, Aftenposten, Utposten med videre.

Fikk NFAs Skribentprisen 2022 – «Hva er greia med fastlegeord

Lindy Jarosch-von Schweder

Født 1971

Utdanning

2000	Embetseksamen, Universitetet i Hannover
2002	Autorisasjon
2013	Spesialist i psykiatri
2015	PhD
2022-d.d.	Masterstudent innovasjon og innovasjonsledelse

Yrkeserfaring

2012-d.d	Tiller DPS, Overlege
2012-2012	Konst.overlege, Tiller DPS
2011-2012	St. Olavs Hospital avd. Østmarka
2010-2011	St. Olavs Hospital, Brøset
2007-2010	Nidaros DPS (D-stilling)
2007-2011	St. Olavs Hospital. Avd. for forskning og utvikling med fak NTNU
2004-2006	Forsker, Med.fak NTNU
2001-2004	Psykiatrisk avdeling, Ålesund, Ass.lege
2000-2001	Augeavdelingen, Ålesund, assistentlege (midl.lisens)
1999-2000	Kirurgi, medisin og gynekologi (midlertidig lisens), Ålesund sjukehus

Verv i Den norske legeforening

2019-2023	Styret, Overlegeforeningen, nyvalgt medlem styret Of 2023-25
2022-2023	Forhandlingsutvalg Spekter
2021-2023	Vara, Legeforeningens sentralstyre
2020-2021	Kurskomite, Overlegeforeningen
2018-d.d	KTV, Helse Midt-Norge RHF
2017-d.d	Ansattrepresentant, Helse Midt-Norge RHF
2017-2019	Varamedlem, styret Overlegeforeningen
2015-d.d	Sør-Trøndelag legeforening, leder
2015-2018	FTV, Overlegeforeningen
2015-2023	Regionutvalg Midt-Norge (nestleder 2017-d.d)
2013-2015	Sør-Trøndelag legeforening, varamedlem styret
2013-2023	Landsstyret
2013-2019	Landsrådet, Overlegeforeningen
2013-2015	Vara FTV, Overlegeforeningen
2011-2013	Sør-Trøndelag legeforening, medlem styret
2011-2012	FTV, Yngre legers forening
2011-2012	Landsrådet, Yngre legers forening
2009-2011	HTV, Psykiatri
2000	Plasstillitsvalgt. Øyeavd.
1996-1997	ANSA- representant Hannover (Nmf)

Marie Skontorp

Født 1977

Utdanning

1998-2005 Fakultet for medisin og helsevitenskap, NTNU
 2014 Spesialist i anesthesiologi

Arbeidssted

2018- d.d Seksjonsoverlege, Helse Stavanger - anestesi
 (permisjon fra 2019 som Konserntillitsvalgt)

2015-2018 Overlege, Helse Stavanger - anestesi
 2014-2015 Konstituert overlege, Helse Stavanger - anestesi
 2010-2014 Lege i spesialisering, Helse Stavanger- anestesi
 2007-2010 Lege i spesialisering, Ålesund sjukehus Helse Sunnmøre - anesthesiologi
 2006-2007 Turnuslege, Stranda kommune
 2005-2006 Turnuslege, Ålesund sjukehus

Tillitsverv:

2019 - d.d. Styret i Norsk overlegeforening, medlem. Nyvalgt nestleder fra 2023
 2019 - d.d. Konserntillitsvalgt Akademikerne – Helse Vest RHF
 2019- d.d. Regionutvalg Vest, medlem som konserntillitsvalgt
 2007 – 2015 Legeforeningens landsstyre
 2017 - d.d. Legeforeningens landsstyre
 2021-d.d: Utdanningsfond 3 – leder av fondsutvalget
 2021-d.d. Forhandlingsutvalg, Virke

2020-2021 Medlem Valgkomite Norsk anesthesiologisk forening
 2011-2015 Medlem valgkomite Den norske legeforening
 2011-2015 Utdanningsfond I – medlem styret
 2011-2013 Styret Rogaland legeforening
 2010-2011 Medlem, spesialitetskomiteen anesthesiologi, Lis-representant
 2009 -2015 Ylf – styremedlem

2007-2010 Medlem styret Møre og Romsdal legeforening
 2008- 2010: Foretakstillitsvalgt Ylf, Helse Sunnmøre
 2007-2008 Hovedtillitsvalgt Ylf, Ålesund, Helse Sunnmøre

Annet:

2021-2023 Ansattvalgt styremedlem Helse Vest RHF

Yngvild Skåtun Hannestad

Født 1968

Utdanning

1995 Cand.med., Universitetet i Bergen,
 2003 Dr.med., Universitet i Bergen
 2011: Godkjent spesialist i fødselshjelp og kvinnesykdommer

Yrkeserfaring

Nåværende stilling:

Spesialist Fødselshjelp og kvinnesykdommer i avtalepraksis, Helse Vest, praksis Bergen sentrum

Verv i Den norske legeforening**Nåværende verv**

Sept. 2021 - d.d: Nestleder Praktiserende Spesialister Landsforening (PSL)
 Jan. 2018 - d.d: Styremedlem Norsk Gynekologisk forening
 Sept. 2019- d.d Lokaltillitsvalgt PSL Hordaland
 Sept- 2019 - d.d: Styremedlem Hordaland Legeforening
 2018 – d.d: Medlem Fondsutvalget for Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Tidligere verv

2015 – 2021 Leder Forskningsutvalget PSL
 mai 2013 – 2019 Vara PSL Hordaland
 jan 2014 – des 2015 Møtende varamedlem, jan 2016 - des 2020 medlem spesialitetskomiteen for fødselshjelp og kvinnesykdommer
 jan 2010 – nov 2011 YLF-plasstillitsvalgt, KK Bergen
 aug 2000 – jan 2002 Hovedtillitsvalgt for leger i vitenskapelige stillinger ved Universitetet i Bergen, vara styret LVS samme tidsrom
 jan 2000 – des 2001 Medlem av styret i Hordaland legeforening,

Internasjonale verv

mai 2009 Styremedlem i NUGA (Nordic Urogynecological Associa<on),
 2010 – 201 Styreleder NUGA
 nov 2018 – d.d. Norsk gynekologisk forenings representant i Council i EBCOG European Board and College of Obstetrics and Gynecology

Andre verv

2001 – 2022 Styremedlem i Filosofisk Poliklinikk. Filosofisk Poliklinikk er en ideell forening som arrangerer deba6møter og kurs innenfor medisinsk filosofi i vid forstand



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003302

Dato: 26-04-2023

Sak 18 - Valg av valgkomite

I henhold til lovenes § 3-1-3, 1. ledd nr 8 og § 3-2-1, 6. ledd skal landsstyret velge en valgkomité med tre medlemmer og tre varamedlemmer i nummerert rekkefølge. Det har vært vanlig praksis at leder velges særskilt i landsstyremøtet.

I samsvar med vanlig praksis forberedes valget direkte i landsstyremøtet uten at valget er forberedt av valgkomiteen eller sentralstyret.

Valgkomiteen utøver sin virksomhet i henhold til [instruks](#). Valget skjer for landsstyreperioden, dvs fra 1.9. 2023 – 31.8. 2025.

Saken fremlegges uten innstilling fra sentralstyret, slik at delegatene må være forberedt på å fremme forslag under møtet.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Til Landsstyret

Deres ref.: thh

Vår ref: SAK2023002231

Dato: 19-04-2023

Sak 19 - Valg av to medlemmer med varamedlemmer til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) for perioden 2024-2027

SOP ledes av et styre på fem medlemmer. Lederen velges av landsstyret i Den norske legeforening. I tillegg velger landsstyret tre medlemmer med personlige varamedlemmer. Det femte medlem med varamedlem oppnevnes av staten, ved ansvarlig departement. Styret velger selv nestleder.

Styrets leder og øvrige styremedlemmer med varamedlemmer velges/oppnevnes for fire kalenderår av gangen. Landsstyret i Den norske legeforening velger to medlemmer hvert annet år. Samtidig velges varamedlemmer, hhv. ett varamedlem når lederen står på valg og to når lederen ikke står på valg. Sentralstyret i Den norske legeforening er valgkomité.

SOPs styre har per i dag slik sammensetning:

<i>Medlem</i>		<i>Varamedlem</i>	<i>Forening</i>
Marit Hermansen, leder	(2022 – 2025)		AF
Arne L. Refsum, nestleder	(2020 – 2023)	Jon Helle	OF
Signe Marit Stephanides	(2020 – 2023)	Anne Cecilie Hallquist	PSL
Rune Burkeland-Matre	(2022 – 2025)	Elisabeth Stura	AF

I tillegg fra Arbeids- og sosialdepartementet:

Anita Mølmesdal Sivertsen	(2022 – 2025)	Hilde Olsen	ASD
---------------------------	---------------	-------------	-----

Det er Arne L. Refsum og Signe Marit Stephanides som står på valg ved Landsstyremøtet 2023. Begge har sagt seg villig til gjenvalg.

Prosess:

Det ble den 20.1.2023 sendt ut høring til alle Legeforeningens foreningsledd der det ble bedt om forslag på kandidater til valgene til SOP ved landsstyremøtet 2023. Høringsfristen var 1.3.2023.

Det har ved fristens slutt kommet inn følgende svar:



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Navn

Arne Laudal Refsum, medlem
Jon Helle, varamedlem

Forslagsstiller

Norsk overlegeforening

Signe Marit Stephanides, medlem
Anne Cecilie Hallquist, varamedlem

Praktiserende spesialisters landsforening

Det har ikke kommet inn svar fra andre foreningsledd.

Kort sammenstilling av opplysninger:

Arne Laudal Refsum, f. 1959. Overlege ved Diakonhjemmets sykehus i Oslo. Spesialist i generell kirurgi og gastroenterologisk kirurgi. Medlem av SOPs styre fra 2016.

Signe Marit Stephanides, f. 1967. Praktiserende spesialist ved Revmatologen AS i Bergen. Spesialist i samfunnsmedisin og revmatologi. Medlem av SOPs styre fra 2020.

Jon Helle, f. 1959. Overlege ved Tiller DPS, St. Olavs Hospital, Trondheim. Spesialist i psykiatri.

Anne Cecilie Hallquist, f 1962. Praktiserende spesialist ved Smestad Gynekologene i Oslo. Spesialist i fødselshjelp- og kvinnesykdommer.

Sentralstyret behandlet saken i møte 15.3.2023 og fremmer følgende **innstilling til vedtak:**

Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at Arne Laudal Refsum og Signe Marit Stephanides gjenvelges som medlemmer av SOPs styre. Som personlig varamedlem for Refsum reoppnevnes Jon Helle og som personlig varamedlem for Stephanides reoppnevnes Anne Cecilie Hallquist. Alle velges for perioden 1.1.2024 – 31.12.2027.

For Den norske legeforenings sentralstyre

Etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Erling Bakken
økonomidirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2023003303

Dato: 26-04-2023

Sak 20 - Valg av desisorutvalg

I henhold til Legeforeningens lover § 4-4 velger landsstyret desisorutvalg for landsstyreperioden.

Desisorutvalget består av en leder og to medlemmer. Alle medlemmer som ikke er medlem av sentralstyret eller fondsutvalg, eller ansatt i sekretariatet er valgbare. Utvalget skal foreta desisjon, foreslå for landsstyret honorar og godtgjøringer for presidenten og sentralstyrets medlemmer, som inntas i sentralstyrets budsjettforslag. Desisorutvalget utfører desisjon ved gjennomgang av Legeforeningens regnskap, herunder foreliggende dokumenter og bilag. Utvalget skal vurdere om de økonomiske disposisjoner sentralstyret og sekretariatet har foretatt har grunnlag i foreningens lover, fondenes vedtekter og i vedtak fattet av landsstyret og sentralstyret, og kan fremme forslag ovenfor landsstyret i denne forbindelse.

For inneværende periode har Ole Edvard Strand, Harald Bergan og Guro-Marte Gulstad Mpote vært foreningens desisorer.

Saken legges frem for landsstyret uten innstilling fra sentralstyret, slik at delegatene må være forberedt på å komme med forslag på desisorutvalg for perioden 1.9.23-31.8.25.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202200301

Dato: 09-05-2023

Sak 21 Endringer i Legeforeningens lover - § 3-6 Fagmedisinske foreninger

1. Innledning

Norsk kirurgisk forening har ved en gjennomgang av sine vedtekter blitt oppmerksom på forhold i dem som er i strid med Legeforeningens lover. Det dreier seg om hvem som anses som medlem av deres forening, og hvordan deres styre er sammensatt. Forslaget de nå fremmer dreier seg om å endre reglene i Legeforeningens lover slik at de kan opprettholde sin organisering uten å være i strid med Legeforeningens lover.

Det foreslås to endringer. Den første endringen går ut på å endre bestemmelsen som regulerer medlemskap i fagmedisinsk forening. Endringen innebærer at leger i spesialisering, eller som er spesialister i det som tidligere var grenspesialitet(er), som utgangspunkt meldes inn i både Norsk kirurgisk forening/Norsk indremedisinsk forening og den relevante grenspesialiteten. Denne endringen reverserer reglene om medlemskap tilbake til slik de var før omleggingen av spesialiseringsstrukturen i 2019.

Se forslag til endringer markert med gjennomstreking og kursiv:

§ 3-6-2 Medlemskap

~~(4) Medlemmer med godkjenning i tidligere grenspesialitet(er), som er utdannet i ordningen gjeldende frem til 1.3.2019 og har dobbelt spesialitet innen kirurgi eller medisin, kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.~~

~~Lovendringen får ikke tilbakevirkende kraft. De som har dobbelt medlemskap ved tidspunkt for lovendringen beholder dette.~~

Medlemmer i spesialisering eller med godkjenning i spesialitet som tidligere var grenspesialitet(er), kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

Den andre endringen går ut på å endre lovene slik at Norsk kirurgisk forening/Norsk indremedisinsk forening har anledning til å ha andre enn sine egne medlemmer med i sine styrer. Dette begrenses til medlemmer av deres respektive faggruppe.

Se forslag til endringer markert med kursiv:

§ 3-6-3-1 Styret

(1) Styret i fagmedisinsk forening består av leder og minst fire medlemmer. Varamedlemmer velges i rangert rekkefølge. Valgregler fremgår av § 3-3-3.

(2) Bare medlemmer av Legeforeningen er valgbare og har stemmerett.

(3) Det skal innenfor den enkelte fagmedisinske forening være et fagutvalg av leger i spesialisering (Fuxx).

(4) Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening kan i sitt styre ha representanter for foreninger fra henholdsvis gruppe 1 Kirurgiske fag og gruppe 2 Medisinske fag etter § 3-6-6 (2).

2. Nærmere om endring av "§ 3-6-2 Medlemskap"

Fra og med 1.3.2019 er spesialiststrukturen endret slik at det ikke lenger eksisterer hoved- og grenspesialiteter innen kirurgi og indremedisin. Det ble vedtatt enkelte endringer i Legeforeningens lover i 2018 som følge av endringer i spesialitetsstrukturen som skulle gjelde fra 1.3.2019. Man skulle ved denne endringen innrette lovene slik at de skulle følge samme struktur som spesialiststrukturen ved at man fjernet de bestemmelsene som ga Norsk kirurgisk forening (NKF) og Norsk indremedisinsk forening (NIMF) en særlig stilling og deres medlemmer mulighet for dobbeltmedlemskap. Følgende vedtak ble da fattet:

"2. Bortfall av bestemmelser ved overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter 1.mars 2019.

Fra 1. mars 2019 faller følgende bestemmelser i Legeforeningens lover bort:

- § 3-6-2 (3)
- § 3-6-2 (4)
- § 3-6-3-1 (3)
- § 3-6-3-2 (6)

Øvrige ledd i disse bestemmelser justeres tilsvarende."

Bestemmelsen i § 3-6-2 (4) omhandlet medlemskap, der det sto:

(4) Medlemmer med godkjenning i grenspesialitet(er) og leger i spesialisering som arbeider innenfor grenspesialiserte fagområder, tilmeldes fagmedisinsk forening for hovedspesialitet og grenspesialitet.

Fra 1.3.2019 falt altså denne bestemmelsen bort, og fra da skulle alle kirurger og indremedisinere kun være medlem av én fagmedisinsk forening. Landsstyret 2021 vedtok imidlertid følgende endring vedrørende medlemskap i tidligere hovedforening som i stor grad reverserte reglene:

§ 3-6-2 Medlemskap

(4) Medlemmer med godkjenning i tidligere grenspesialitet(er), som er utdannet i ordningen gjeldende frem til 1.3.2019 og har dobbelt spesialitet innen kirurgi eller medisin, kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

Lovendringen får ikke tilbakevirkende kraft. De som har dobbelt medlemskap ved tidspunkt for lovendringen beholder dette.

Endringen vedtatt i 2021 sikrer at alle som er utdannet i gammel ordning har anledning til å ha dobbelt medlemskap. Forslaget som fremmes nå åpner for at også de som utdannes i ordningen gjeldende fra 2019 vil kunne være medlem i de tidligere hovedspesialitetsforeningene. Tanken er å opprettholde hovedforeningene slik de var før omleggingen av spesialistutdanningen. Forslaget er på den måten en reversering av reglene tilbake til slik de var før 2019. Forskjellen på hvordan reglene var før 2019 og slik det nå foreslås er at medlemmene nå har anledning til å velge å ikke ha dobbelt medlemskap. Slik reglene var før 2019 kunne man ikke velge.

Forslaget har betydning fremover i tid i to relasjoner. For det første innebærer forslaget at leger som blir spesialister i de tidligere grenspesialitetene også etter 2019 kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening. For det annet innebærer forslaget at også leger som er i spesialisering i de tidligere grenspesialitetene kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

I Legeforeningen har underforeningenes medlemstall betydning for:

- Kontingentfordeling
- Representasjon i landsstyret og faglandsrådet

Den foreslåtte endringen vil ikke påvirke kontingentfordelingen fordi det fremgår av § 4-2 (5) at:

"Ved beregning av tilskudd for medlemskap i fagmedisinsk forening teller ingen medlemmer dobbelt, dvs. de som etter § 3-6-2 (4) er medlem i to foreninger telles med i den fagmedisinske forening som er mest relevant for vedkommendes arbeid."

Det foreslås ikke endring av denne bestemmelsen. I praksis betyr dette at hvert medlem som utgangspunkt, teller med i den fagmedisinske foreningen som deres ansettelsessted og stilling tilsier.

Endringen vil ikke få betydning for antallet delegater til landsstyret. Dette reguleres av § 3-1-1 (3) pkt. 5 der det står:

"Fagmedisinske foreninger velger til sammen 20 representanter. De fagmedisinske representanter velges etter prosedyre som beskrevet i § 3-6-6."

Av § 3-6-6 fremgår det at landsstyrerepresentasjonen velges slik at de 20 representantene samlet fordeles på følgende seks grupper:

gruppe 1 Kirurgiske fag – fire representanter

gruppe 2 Medisinske fag – fire representanter

gruppe 3 Allmenmedisin – tre representanter

gruppe 4 Grupperettede medisinske fag – tre representanter

gruppe 5 Medisinske servicefag – tre representanter

gruppe 6 Psykiatriske fag – tre representanter

Forslaget får ingen innvirkning på fordelingen av disse representantene.

Forslaget vil imidlertid kunne få konsekvenser for antallet delegater til faglandsrådet.

Sammensetningen av faglandsrådet reguleres av § 3-6-4-1 der det fremgår i tredje ledd punkt én:

"Alle fagmedisinske foreninger skal ha én representert i faglandsrådet samt ytterligere en representant per påbegynt 1000 medlemmer utover 1000 medlemmer."

Dette innebærer at det bare er dersom en fagmedisinsk forening øker sitt medlemsantall slik at de påbegynner nye 1000 medlemmer, at de får flere representanter til faglandsrådet. Per 1. februar 2023 så tallene slik ut for de to aktuelle foreningene:

- Norsk kirurgisk forening 1536 medlemmer = 2 representanter til faglandsrådet
- Norsk indremedisinsk forening 3428 medlemmer = 4 representanter til faglandsrådet

Dette inkluderer dobbeltregistrerte spesialister etter lovendringen i 2021.

Dersom endringen ikke skulle vedtas vil medlemstallene i NKF og NIMF over tid synke fordi det vil bli færre dobbeltspesialister utdannet i gammel ordning. Spesialister etter ny ordning får etter gjeldende regler ikke dobbeltmedlemsskap. På lengre sikt (når det ikke lenger er noen som er utdannet med hoved- og grenspesialitet) vil disse to foreningene da kun stå igjen med de få medlemmene som utdanner seg i indremedisin og generell kirurgi.

Hovedargumentet fra NKF's side for å gjøre denne endringen er, slik sentralstyret forstår det, å sikre to store og sterke fagmedisinske foreninger innen de generelle fagene kirurgi og indremedisin. De beskriver at utviklingen går i retning av stadig økende subspecialisering, og det er behov for å rigge foreningen slik at man kan ivareta generalistkompetansen som det er behov for i sykehusene. Ved å

ha en stor medlemsmasse i de tidligere hovedspesialitetsforeningene vil man kunne tale på vegne av hele fagområdet.

3. Nærmere om endring av "§ 3-6-3-1 Styret"

NKF foreslår en endring som tillater at andre enn medlemmer av foreningen sitter i styret. Dette er i tråd med den praksis denne foreningen har hatt i mange år der ledere for andre kirurgiske fagmedisinske foreninger sitter i NKFs styre. Dette er per i dag ikke i tråd med Legeforeningens lover.

Sentralstyret mener denne endringen kun får betydning for NKF og NIMF, og har liten betydning for øvrige foreningsledd. Regelen er lagt opp slik at den gir disse to foreningene anledning til å velge ha representanter i sitt styre fra de andre fagmedisinske foreningene i sin gruppe. Regelen innebærer ikke noe pålegg om en slik ordning, men gir en mulighet. Slik den er utformet vil det være naturlig at foreningene selv regulerer i sine vedtekter om man ønsker en slik ordning og hvordan det i så fall skal praktiseres. NKF har som nevnt allerede i dag en slik ordning, og denne lovendringen sikrer at deres system er i tråd med Legeforeningens lover.

Det at forslaget også omfatter Norsk indremedisinsk forening, skyldes at det etter sentralstyrets vurdering fremstår som den beste løsningen at disse to tidligere hovedforeningene behandles likt i lovverket. Det er hensiktsmessig at de har de samme formelle rammene for sin virksomhet. NIMF har ikke bedt om at endringen også omfatter dem, og etter det sentralstyret kjenner til har de ikke den samme tradisjonen for å ha representanter fra tidligere grenspesialitetsforeninger i sitt styre. At regelen innføres innebærer bare at de får muligheten til dette dersom de ønsker det.

For å sikre en sammenheng i regelverket foreslås det at det i § 3-3-3 legges til en setning som viser til denne nye regelen (endringer markert med kursiv):

§ 3-3-3 (4) Valgregler mv. for styrer i Legeforeningens avdelinger

3. Til styret for fagmedisinsk forening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner og tilstrebes at minst ett medlem er lege under spesialisering. Alle ordinære medlemmer, både spesialister og leger uten spesialistgodkjenning, som er tilmeldt eller har valgt medlemskap i en fagmedisinsk forening, er valgbare som leder, nestleder eller medlem i foreningens styre, *se likevel § 3-6-3-1 (4)*. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen.

4. Økonomi

De foreslåtte endringene har i seg selv ikke en kostnadsdrivende effekt. Som nevnt, vil endringene ikke påvirke kontingentfordelingen. Hvert medlem teller fortsatt kun med i én forening. Dette fungerer som tidligere nevnt, slik at hvert medlem som utgangspunkt, plasseres som tellende medlem i den fagmedisinske foreningen som deres ansettelsessted og stilling tilsier.

Tendensen er at stadig færre leger er ansatt som generellkirurger eller generelle indremedisinere. I tillegg innebærer ny spesialiststruktur at langt færre enn tidligere velger å gå veien om en spesialisering i den generelle spesialiteten. Det er derfor grunn til å tro at per capita-andelen av kontingenten som tilfaller de tidligere hovedspesialitetsforeningene, gradvis vil reduseres i årene fremover. Dette skjer uavhengig av den lovendringen som nå foreslås, men det er naturlig å nevne også dette aspektet i forbindelse med at landsstyret skal behandle de foreslåtte lovendringene fordi de berører innretningen på de fagmedisinske foreningene.

For budsjettårene 2020-2022 innvilget Landsstyret overgangsmidler på kr 400 000 per år for å veie opp for synkende tellende medlemstall NKF og NIMF. Landsstyret i 2022 vedtok å videreføre dette tilskuddet gjennom et særskilt tilskudd til NKF på kr 200 000 også i 2023. Den fremtidige finansieringsmodellen for NKF og NIMF vil bli håndtert ved landsstyrets behandling av budsjett 2024, men vil også måtte ses i sammenheng med evaluering av fagaksen samt i det videre arbeidet i prosjektet Bærekraft 2.0. Sentralstyret legger til grunn at det er et premiss for det videre arbeid at lovendringer i denne saken ikke binder fremtidig finansieringsmodell, og at det er logisk at oppgaver som håndteres som overordnet for hele fagmiljøet de tidligere hoved- og grenforeningene representerer, finansieres innenfor den aksene disse foreningene tilhører.

Sentralstyret mener lovendringene som nå foreslås, innebærer at man for fremtiden fortsetter å ha den typen organisering av det indremedisinske og kirurgiske fagmiljøet som man hadde før omleggingen av spesialitetsstrukturen.

Sentralstyret vil nevne at de fagmedisinske foreningene har anledning til å innkreve årsmøtefastsatt kontingent. Det gjelder også de medlemmene som har dobbelt medlemskap. Antallet medlemmer som NKF og NIMF potensielt kan kreve årsmøtefastsatt kontingent fra, vil øke med den foreslåtte endringen.

5. Høring

Forslaget har vært sendt på bred høring i foreningen. Norsk nevrokirurgisk forening, Norsk forening for lungemedisin (NFL), Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi (NFBEK), Norsk forening for allmenntmedisin (NFA), Norsk anesthesiologisk forening (NAF), Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) og Allmennlegeforeningen (AF) har sendt inn høringsvar.

Norsk nevrokirurgisk forening og Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi (NFBEK) støtter forslaget.

Norsk forening for lungemedisin (NFL), Norsk forening for allmenntmedisin (NFA), Allmennlegeforeningen (AF) og Norsk anesthesiologisk forening (NAF) støtter ikke forslaget.

Norsk nevrokirurgisk forening er organisert i Norsk kirurgisk forening. Nevrokirurgi har lenge vært en egen hovedspesialitet, og aldri inngått i spesialiteten generell kirurgi. De mener likevel at Norsk kirurgisk forening gjør en svært viktig jobb med å ivareta helheten i de kirurgiske fagene, inklusive

faglige aktiviteter som går på tvers av spesialitetene, som for eksempel kirurgisk traumebehandling. De mener det er viktig at Legeforeningens lover støtter opp under organisasjonsformen for Norsk kirurgisk forening og støtter forslaget. De påpeker også viktigheten av NKF for ivaretagelse av kirurgisk generalistkompetanse i fremtiden.

Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi (NFBEK) støtter forslaget. De påpeker at Norsk Kirurgisk Forening har vært, og er, organisert for å ivareta helheten i norsk kirurgi og det er viktig at Legeforeningens lover tillater dette. De ønsker også å påpeke viktigheten av Norsk Kirurgisk Forening for ivaretagelse av kirurgisk generalistkompetanse i fremtiden.

Norsk forening for lungemedisin (NFL) støtter ikke forslaget. De påpeker at situasjonen i indremedisinske fag synes å være forskjellig fra de kirurgiske fag. NFL har ikke noe aktivt samarbeide med Norsk indremedisinsk forening (NIMF), ingen lungelege er representert i styret i NIMF og NIMF synes ikke å ivareta fagutvikling innen lungesykdommer i Norge. NFL mener det ikke er naturlig at fremtidige lungeleger skal meldes automatisk inn i NIMF, og påpeker at det vil være uheldig for deres økonomiske situasjon dersom enkelte av dere medlemmer skulle velge at deres kontingent skulle gå til NIMF.

Norsk forening for allmenmedisin (NFA) støtter ikke forslaget om doble medlemskap. De viser til sin uttalelse i forbindelse med lovendrings-saken i 2021 der lovene ble endret slik at spesialister utdannet i gammel ordning fikk beholde sitt doble medlemskap i hovedspesialitet og grenspesialitet. NFA påpekte den gangen at de mente det var prinsipielt uriktig å ha en ordning der enkelte medlemmer skulle telle dobbelt i Legeforeningen, og at dette gir et skjevt bilde av medlemsmassen. NFA endte på landsstyret i 2021 med å støtte den da foreslåtte endringen under forutsetning om at den kun gjaldt de som allerede var dobbeltspecialister. De påpeker at det ikke er en ordning for fremtiden å skulle fortsette med en ordning som ikke lenger har rot i spesialiseringssystemet. NFA mener behovet for å sikre den generelle kompetansen må kunne løses på andre måter enn å gi doble hovedmedlemskap. NFA ser ikke sammenhengen mellom å styrke generalistkompetansen og behovet for doble medlemskap. De påpeker at de vil kunne støtte en videre ekstrabevilgning fra sentralstyret til de aktuelle fagmedisinske foreningene dersom det kan bidra til å endre utviklingen man ser i dag når det gjelder generalistkompetanse. NFA mener alle de fagmedisinske foreningene bør stå samlet bak arbeidet med å finne løsninger som sikrer bedre generalistkompetanse. NFA støtter endringen som tillater NKF/NIMF å ha representanter fra andre kirurgiske/medisinske fag i sitt styre og foreslår en endring som innebærer at man tillater at assosierte medlemmer av fagmedisinske foreninger sitter i styret.

Allmennlegeforeningen (AF) støtter ikke forslaget om doble medlemskap, og viser til at de også tidligere har påpekt at det kun bør være ett tellende medlemskap per medlem i fagaksen. AF mener at det fortsatt må være et gjeldende prinsipp at medlemmer av Legeforeningen har samme tellende verdi ved fordeling av representanter. Om indremedisinere og kirurger er medlem i to foreninger må det ved fordeling av representanter i landsrådet korrigeres for dette slik at deres dobbelte medlemskap ikke påvirker representantfordelingen mellom de ulike fagmedisinske foreningene. AF

støtter endringen som tillater NKF/NIMF å ha representanter fra andre kirurgiske/medisinske fag i sitt styre.

Norsk anesthesiologisk forening (NAF) har stor respekt for at NKF bør organiseres slik medlemmene finner det mest hensiktsmessig. De mener imidlertid at forslaget illustrerer at man i både kirurgiske (og trolig også indremedisinske) fagmedisinske foreninger har betydelige sammenfallende interesser, slik at det er grunn til å sette spørsmålstegn ved om den representasjon de ulike kirurgiske og indremedisinske fagmedisinske foreningene har i dagens organisasjonsstruktur er nødvendig og hensiktsmessig, eller om den medvirker til å fortrenge andre fagmedisinske foreninger. NAF påpeker at dagens ordning innebærer en sterk representasjon fra de små fagene i faglandsrådet, fordi alle er sikret minst én delegat. De påpeker at dette også får den konsekvens at de kirurgiske og medisinske fagene samlet får mange representanter. De medisinske har til sammen 12 (13 med akutt- og mottaksmedisin) og de kirurgiske har 12 til sammen. NAF mener dette innebærer en overrepresentasjon av kirurgiske og medisinske fag i faglandsrådet og at den foreslåtte endringen bidrar til å befeste denne skjeve fordelingen.

Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) påpeker at finansiering av en eventuell lovendring må hentes fra internt i den kirurgiske aksen.

6. Sentralstyrets vurdering og innstilling

Sentralstyret registrerer at det er ulike synspunkter fra foreningene på de foreslåtte lovendringene. Basert på høringsvarene foreslår sentralstyret en mindre endring i den delen av forslaget som omhandler medlemskap.

- Vedr foreslått endring av § 3-6-2 Medlemskap

Følgende forslag ble sendt ut på høring (endringer markert med gjennomstrekning og kursiv):

§ 3-6-2 Medlemskap

~~(4) Medlemmer med godkjenning i tidligere grenspesialitet(er), som er utdannet i ordningen gjeldende frem til 1.3.2019 og har dobbelt spesialitet innen kirurgi eller medisin, kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.~~

~~Lovendringen får ikke tilbakevirkende kraft. De som har dobbelt medlemskap ved tidspunkt for lovendringen beholder dette.~~

Medlemmer i spesialisering eller med godkjenning i spesialitet som tidligere var grenspesialitet(er), kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

Innsigelsene mot forslaget dreier seg i hovedsak om at man ikke ønsker at enkelte medlemmer skal telle dobbelt i Legeforeningen. Som redegjort for tidligere er det kun i forbindelse med fordeling av delegater til faglandsrådet det doble medlemskapet vil ha direkte betydning.

Landsstyret har tidligere tatt stilling til at de som var utdannet i gammel ordning og som hadde dobbel spesialisering fortsatt skulle få ha dobbelt medlemskap. På denne måten har landsstyret allerede godtatt et brudd på den prinsipielle regelen om at medlemmer kun har ett ordinært medlemskap i fagmedisinsk forening. Dette skjedde ved lovendringen i 2021. Det som nå er foreslått dreier seg om å forlenge denne ordningen slik at de to tidligere hovedspesialitetsforeningene (Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening) også for fremtiden har medlemmer fra de tidligere grenspesialitetene.

Slik sentralstyret ser det må det foretas en avveining mellom to overordnede hensyn. På den ene siden hvilken betydning det har å opprettholde koordinerende hovedspesialiteter innenfor medisin og kirurgi også fremover i tid. På den annen side hensynet til at faglandsrådets sammensetning skal oppleves rettferdig.

Sentralstyret vurderer det slik at det er behov for foreninger som ivaretar det generelle innenfor kirurgi og indremedisin. I landsstyresaken i 2021 ble dette fremhevet som viktig både fra indremedisinske og kirurgiske fag. Fra NIMF ble det da fremhevet at det er særlig viktig for å opprettholde en bred indremedisinsk vaktkompetanse ved små og mellomstore sykehus. Så langt mente de at det så ut til at relativt få valgte den nye spesialiteten i generell indremedisin, og at det derfor er avgjørende at foreningen ivaretar den brede indremedisinen utover den særskilte nye spesialiteten. Fra NKf ble det understreket også viktigheten av å ha en stor forening som ivaretar det generelle som faller mellom spesialitetene. De trekker frem traume, akuttkirurgi, brokk- og bukveggskirurgi, LIS2-utdanning og felles kirurgiske interesser som viktige spesialitetsovergripende områder. Slik sentralstyret vurderer det gjør disse hensyn seg fortsatt gjeldende også overfor forslagene til lovendringer i denne saken.

Sentralstyret ser på denne endringen som en støtte til etablert politikk der Legeforeningen er tydelige i sin beskrivelse av behovet for generalistkompetanse i kirurgi og indremedisin; et behov som utviklingen i sykehusene ikke ser ut til å ta tilstrekkelig hensyn til. Det å opprettholde to store hovedspesialitetsforeninger, mener sentralstyret kan ses på som en materialisering av foreningens politikk.

Lovendringen har betydning både internt og eksternt. Internt har det betydning ved at man gjennom denne endringen opprettholder et samlende forum for hver av fagområdene. Hver av de tidligere grenspesialitetene kan ha sine interesseområder, og det kan være verdifullt å opprettholde en hovedforening for de interessene som er felles. Eksternt har endringen betydning som et bilde på den politikken foreningen fører vedrørende viktigheten av generalistkompetanse. Det er også viktig at foreningene har et samlet fagmiljø som medlemmer, for å kunne representere dem og snakke på fagmiljøets vegne.

Samtidig er argumentene om hvordan dette kan påvirke den innbyrdes fordelingen mellom representantene i faglandsrådet forståelige. Det foreligger i dag en skjevhet mellom henholdsvis de kirurgiske/indremedisinske spesialitetene og de øvrige spesialitetenes representasjon i faglandsrådet. En lovendring kan få som konsekvens at denne skjevheten øker ytterligere, selv om

det faktiske antall delegater er begrenset. Samtidig vil sentralstyret fremheve at dersom man ikke foretar lovendringer vil de tidligere hovedspesialitetene miste medlemmer og dermed også posisjon og anseelse i miljøene.

Sentralstyret har derfor forsøkt å forene interesser ved å søke å finne en løsning som ivaretar flere hensyn. Dels handler dette om å ivareta at NKF/NIMF har anledning til å være en overbyggende forening innenfor sine fagområder, som er et prinsipp landsstyret tidligere har stilt seg bak, og dels handler dette om at endringen som nå er foreslått ikke skal få ytterligere betydning for skjevheten i faglandsrådet, utover det som var konsekvensen av det som ble vedtatt i landsstyret i 2021. Sentralstyret foreslår derfor at det settes et tak på antallet representanter fra disse to foreningene inn i faglandsrådet. Det innebærer at de to foreningene i fremtiden ikke kan få flere representanter i faglandsrådet enn de har i dag.

Forslag til endring av § 3-6-4-1 (3) pkt. 1. (endringer markert med kursiv):

Alle fagmedisinske foreninger skal ha én representert i faglandsrådet samt ytterligere en representant per påbegynt 1000 medlemmer utover 1000 medlemmer. *Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening får likevel ikke flere enn henholdsvis to og fire representanter.*

- Vedr foreslått endring av § 3-6-3-1 Styret

Slik sentralstyret oppfatter det er det ingen innsigelser mot at Norsk kirurgisk forening har et styre sammensatt av representanter fra andre kirurgiske fag. Sentralstyret fastholder at bestemmelsen bør utformes slik at den også gjelder for de indremedisinske fagene, for å unngå en særregel kun for kirurgisk forening. Regelen er utformet som en kan-regel og pålegger derfor ikke Norsk indremedisinsk forening noen ny sammensetning av deres styre. Dette forslaget til endring opprettholdes derfor slik det ble sendt ut i høringsrunden.

Sentralstyret vil kommentere forslaget fra NFA om å åpne generelt for at assosierte medlemmer kan velges inn i styret i foreningene. Fordi assosierte medlemmer i fagmedisinske foreninger også kan være ikke-legert, anbefaler sentralstyret ikke en slik regulering.

7. Innstilling til vedtak om lovendringer i § 3-6-2 Medlemskap, § 3-6-4-1 (3) Faglandsrådets sammensetning, § 3-6-3-1 Styret og § 3-3-3 (4) Valgregler mv. for styrer i Legeforeningens avdelinger

Sentralstyret behandlet saken i møte 25.4.23.

Sentralstyret fremmer følgende forslag til lovendringer:

Følgende endringer gjøres i § 3-6-2 (4) (endringer markert med gjennomstrekning og kursiv):

§ 3-6-2 Medlemskap

~~(4) Medlemmer med godkjenning i tidligere grenspesialitet(er), som er utdannet i ordningen gjeldende frem til 1.3.2019 og har dobbelt spesialitet innen kirurgi eller medisin, kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.~~

~~Lovendringen får ikke tilbakevirkende kraft. De som har dobbelt medlemskap ved tidspunkt for lovendringen beholder dette.~~

Medlemmer i spesialisering eller med godkjenning i spesialitet som tidligere var grenspesialitet(er), kan registreres både i den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og i Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

Følgende endringer gjøres i § 3-6-4-1 (3) (endringer markert med kursiv):

§ 3-6-4-1 (3) Faglandsrådets sammensetning pkt. 1.:

Alle fagmedisinske foreninger skal ha én representert i faglandsrådet samt ytterligere en representant per påbegynt 1000 medlemmer utover 1000 medlemmer. *Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening får likevel ikke flere enn henholdsvis to og fire representanter.*

Følgende endringer gjøres i § 3-6-3-1 (endringer markert med kursiv):

§ 3-6-3-1 Styret

(1) Styret i fagmedisinsk forening består av leder og minst fire medlemmer. Varamedlemmer velges i rangert rekkefølge. Valgregler fremgår av § 3-3-3.

(2) Bare medlemmer av Legeforeningen er valgbare og har stemmerett.

(3) Det skal innenfor den enkelte fagmedisinske forening være et fagutvalg av leger i spesialisering (Fuxx).

(4) Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening kan i sitt styre ha representanter for foreninger fra henholdsvis gruppe 1 Kirurgiske fag og gruppe 2 Medisinske fag etter § 3-6-6 (2).

Følgende endringer gjøres i § 3-3-3 (4) (endringer markert med kursiv):

§ 3-3-3 (4) Valgregler mv. for styrer i Legeforeningens avdelinger

3. Til styret for fagmedisinsk forening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner og tilstrebes at minst ett medlem er lege under spesialisering. Alle ordinære medlemmer, både spesialister og leger uten spesialistgodkjenning, som er tilmeldt eller har valgt medlemskap i en fagmedisinsk forening, er valgbare som leder, nestleder eller medlem i foreningens styre, *se likevel § 3-6-3-1 (4)*. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen.

Med vennlig hilsen

Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygaard Haavardsholm

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: HSAK202300335

Dato: 16-05-2023

Sak 22 - Forslag om endringer i Legeforeningens lover § 3-3-3 (4) assosierte medlemmer, § 3-5-1 (4) Yrkesforeninger og obligatoriske medlemmer, § 3-7-3 Nmfs organer og § 3-2-2 stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer

1. Innledning

Saken gjelder flere lovendringsforslag i Legeforeningens lover. For det første fremmes det forslag til endringer i Legeforeningens lover vedrørende assosierte medlemmer. For det annet fremmes det forslag om endringer i bestemmelsene som berører Nmfs organer. Og for det tredje fremmes det forslag til endringer som klargjør at sentralstyret har stemmeplikt i alle saker.

2. Bakgrunn

2.1 Assosierte medlemmer – lovenes § 3-3-3 (4)

Legeforeningen mottok høsten 2022 en henvendelse fra Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) hvor et styremedlem i forbindelse med et jobbskifte hadde blitt obligatorisk medlem i annen yrkesforening. Vedkommende ble tatt opp som assosiert medlem i Namf og spørsmålet om vedkommende kunne fortsette som styremedlem ble reist. Saken ble ikke aktuell da vedkommende fratradte som styremedlem, men saken har belyst at Legeforeningens lover ikke har en klar regulering av hvorvidt assosierte medlemmer i en yrkesforening kan bli valgt til/sitte i styret.

Utgangspunktet etter Legeforeningens lover § 1-3 er at det er åpnet opp for assosierte medlemmer for Legeforeningens avdelinger:

- a) Lokalforeninger.
- b) Yrkesforeninger.
- c) Fagmedisinske foreninger.
- d) Norsk medisinstudentforening.



Bestemmelsene om dette er regulert i lovenes § 3-3 Fellesbestemmelser for avdelinger på følgende måte:

*Avdelingene består av medlemmer som er obligatorisk tilmeldt, herunder medlemmer som er gått av med alders- eller uførepensjon og **assosierte medlemmer**. Legeforeningen fører medlemsregister for avdelingene.*

Utover denne generelle bestemmelse for Legeforeningens avdelinger er det bare fagmedisinske foreninger og yrkesforeningene som har regulert bestemmelser om assosierte medlemmer. Av disse er det mest inngående regulert for de fagmedisinske foreningene. I bestemmelsen om medlemskap for fagmedisinske foreninger i lovenes § 3-6-2 (7) fremgår følgende:

*Mot fastsatt kontingent kan også medlemmer av Legeforeningen som ønsker medlemskap i annen fagmedisinsk forening enn den/de som primært følger av plikten/retten til faglig medlemskap, opptas som **assosiert medlem**. Det samme gjelder personer med faglig tilhørighet til foreningens fagområde, men som har annen, ikke-medisinsk utdanningsbakgrunn. Leger som velger ikke å være medlem i Legeforeningen kan ikke bli **assosierte medlemmer** i fagmedisinsk forening.*

Bestemmelsen slår fast særregler for fagmiljøene som innebærer at leger som er ordinære medlemmer av annen fagmedisinsk forening kan opptas som assosierte medlemmer, og at det samme gjelder for personer med annen ikke-medisinsk utdanningsbakgrunn som har tilhørighet til fagområdet. For den første gruppen (leger som er ordinære medlemmer av annen fagmedisinsk forening) kan det samme prinsipp utledes av den generelle bestemmelsen i § 3-3.

For så vidt gjelder spørsmålet om valgbarhet til styreverv (og andre verv i foreningen) er det særskilt regulert for fagmedisinske foreninger at dette forutsetter at vedkommende er ordinært medlem i foreningen. Dette fremgår av lovenes § 3-3-3 (4) nr 3 på følgende måte:

*Til styret for fagmedisinsk forening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner og tilstrebes at minst ett medlem er lege under spesialisering. **Alle ordinære medlemmer**, både spesialister og leger uten spesialistgodkjenning, som er tilmeldt eller har valgt medlemskap i en fagmedisinsk forening, er valgbare som leder, nestleder eller medlem i foreningens styre. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen.*

Bestemmelsen utelukker i sin ordlyd at assosierte medlemmer kan velges til verv i fagmedisinske foreninger. Bestemmelsen regulerer ikke uttrykkelig virkningen av at vedkommende bytter forening, og eventuelt fortsetter som assosiert medlem, men Sentralstyret legger til grunn at intensjonen med bestemmelsen tilsier at man ikke kan fortsette i verv i foreningen uten ordinært medlemskap.

Når det gjelder yrkesforeningene er forholdet til assosierte medlemmer regulert i lovenes § 3-5-1 (4), hvor det fremkommer at assosierte medlemmer ikke har stemmerett:

*Yrkesforeningene kan gi **assosiert medlemskap** (uten stemmerett) til medlem av annen yrkesforening.*



Spørsmålet om assosierte medlemmer kan sitte som styremedlemmer i yrkesforeningene er ikke direkte regulert i Legeforenings lover, men bestemmelsen i § 3-5-1 (4) trekker i retning av at man ikke kan det fordi det normalt er uforenelig med styreverv at man ikke har stemmerett. På den annen side kan det argumenteres for at ordlyden utfyllende regulerer begrensningene for assosierte medlemmer – at de ikke har stemmerett – og at de for øvrig har alle rettigheter.

Sentralstyret mener spørsmålet om assosierte medlemmers muligheter til å bekle verv er en prinsipiell problemstilling som bør reguleres i Legeforenings lover. Det fremstår som uhensiktsmessig at medlemmer som ikke har stemmerett skal kunne bekle styreverv fordi det legger potensielle begrensninger på styrenes beslutningsdyktighet. Det anbefales derfor at Legeforeningen regulerer en slik begrensning i sine lover.

Sentralstyret mener imidlertid at problemstillingen reiser flere spørsmål som bør adresseres i saken. For det første er det et spørsmål om det bør være egne regler for yrkesforeningene, eller om assosierte medlemmer skal behandles likt slik at det gjelder samme bestemmelser i Legeforenings avdelinger. For det annet er det et spørsmål om det skal være forskjell på valgbarhet (det å kunne bli valgt til et verv) versus muligheten til å fortsette å bekle verv ut valgperioden, etter et skifte av forening. For det tredje er det et spørsmål om bestemmelsen skal gjøres generell til å dekke både styreverv, og alle andre verv i foreningene.

Sentralstyret kan ikke se særlige grunner til at det skal være forskjell på reguleringen innenfor henholdsvis lokalforeninger, yrkesforeningene eller fagmedisinske foreninger. Det anbefales derfor inntatt en ny bestemmelse i lovenes § 3-3-3 som gjelder for alle Legeforenings avdelinger, hvor det tas utgangspunkt i at assosierte medlemmer ikke kan velges til verv i avdelingene. Det foreslås også at bestemmelsen både gjelder styreverv og andre verv i foreningen etter modell fra § 3-3-3 (4) nr 3.

Spørsmålet om bestemmelsen skal gjelde fullt ut ved skifte av forening er etter Sentralstyrets vurdering mer sammensatt. Det kan tenkes situasjoner hvor det er hensiktsmessig at et medlem som er valgt til et verv i en forening, og som deretter bytter foreningsledd, bør kunne fortsette i funksjonen. For eksempel kan det fremstå som uhensiktsmessig i noen situasjoner at man skifter ut et medlem av en valgkomite kort tid forut for selve valget. Det kan også tenkes situasjoner hvor vervet har medført betydelig arbeid, og hvor kontinuitet er viktig for avslutning av dette arbeidet.

Sentralstyret mener utgangspunktet bør være at vervet skal fratres ved skifte av foreningsledd, men vil anbefale at det kan åpnes opp for at det enkelte foreningsledd kan regulere noe annet i sine vedtekter. Forslaget innebærer at inngangsvilkåret for å inneha verv er at vedkommende er ordinært medlem i foreningen på valgtidspunktet. Forslaget innebærer videre at vedkommende fratrer ved overgang til annet foreningsledd innenfor samme søyle, men at det åpnes opp for at foreningsleddet i sine vedtekter kan regulere at vedkommende kan fortsette i vervet. Det vil da være opp til det enkelte foreningsledd om en slik bestemmelse skal finnes, og eventuelt for hvilke verv den skal gis anvendelse.

Følgende forslag til lovendring ble sendt på intern høring:

Forslag til endringer i § 3-3-3 (4) – nytt punkt 5 (endringer markert med gjennomstrekning og kursiv):

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse: Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA



§ 3-3-3 (4) Valgregler mv. for styrer i Legeforeningens avdelinger

(4) Valg skjer etter følgende regler:

1. Til styret for lokalforening velger yrkesforeningene og Norsk medisinstudentforening ett medlem og varamedlem etter hhv § 3-4-2 og § 3-7-3, 1. ledd, 3. setning.
2. Til styret for yrkesforening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner.
3. Til styret for fagmedisinsk forening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner og tilstrebes at minst ett medlem er lege under spesialisering. ~~Alle ordinære medlemmer, både spesialister og leger uten spesialistgodkjenning, som er tilmeldt eller har valgt medlemskap i en fagmedisinsk forening, er valgbar som leder, nestleder eller medlem i foreningens styre. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen.~~
4. Nestledere kan etter avdelingens bestemmelse velges i årsmøte eller velges av og blant styrets medlemmer. Det kan dertil velges sekretær og kasserer.
5. *Alle ordinære medlemmer er valgbar til foreningens styre. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen. Ved overgang til annen forening innenfor lokalforeninger, yrkesforeninger eller fagmedisinske foreninger fratres vervet, med mindre annet fremgår av avdelingens vedtekter.*

2.2 Nmfs organer – lovenes § 3-7-3

Norsk medisinstudentforening (Nmf) hadde sendt inn et lovendringsforslag som omhandler deres eget landsmøte. Forslaget går ut på justering av antallet representanter fra lokallag Nmf Utland i Nmfs landsmøte fra fire til seks representanter.

Bakgrunnen for forslaget var diskusjoner i styret i Nmf, hvor det er drøftet at lokallaget Nmf Utland har meget stor spredning i den geografiske utbredelsen av sine medlemmer. Det ble angitt at bare i Europa har lokallaget medlemmer fra Irland i vest, til Latvia i øst. Fra Sverige i nord, til Kypros i sør. Medisinstudenter som studerer i så ulike land, har naturligvis ulike saker de anser som viktige.

For at den varierte medlemsmassen til Nmf Utland i større grad skal kunne bli representert under foreningens landsmøte, fremmet derfor Nmf forslag om å øke Nmf Utland sitt antall på delegat, fra fire til seks.

Forslaget gikk ut på endringer i Legeforeningens lover § 3-7-3. Bestemmelsen fastsetter hvilke organer med tilhørende sammensetning som gjelder for Nmf, og lyder i dag slik:

(1) Norsk medisinstudentforening skal ha et lokallag ved hvert av de medisinske fakulteter i Norge samt ett som omfatter medisinstudenter i utlandet. Lokallaget ledes av et lokallagsutvalg og lokallagsårsmøte. Lokallaget oppnevner ett medlem av regionutvalget og ett medlem med varamedlem til styret i den lokalforeningen som omfatter leger ved fakulteter.



(2) Landsmøtet er studentforeningens høyeste organ. Det består av fire representanter for hvert lokallag samt styret.

(3) Styret består av syv medlemmer, ett fra hvert lokallag samt fritt valgt leder og internasjonalt ansvarlig. Styrets funksjonstid er ett år. Det velges varamedlemmer for styrets medlemmer.

(4) Styrets medlemmer er Norsk medisinstudentforenings representanter i Legeforeningens landsstyre.

Nmfs forslag gikk ut på endringer av § 3-7-3 (2), og det ble foreslått følgende formulering av denne bestemmelse (fet skrift på endringstekst):

*Landsmøtet er studentforeningens høyeste organ. Det består av fire representanter for hvert lokallag, med unntak av lokallag Nmf Utland som har **seks** representanter, samt styret.*

På tidspunktet for fremsetting av forslaget fremgikk det at Nmf ikke visste om lovforslaget vil bli vedtatt av eget landsmøte som ble avholdt i slutten av mars. Nmf anga derfor at forslaget ville bli trukket dersom det ikke ble vedtatt av landsmøtet. På den annen side ville det være i strid med Legeforeningens lover dersom landsmøtet vedtar endringen, og Legeforeningens lover ikke endres.

I diskusjoner med Nmfs leder hadde man fått forståelse for at Nmf også vurderte endringer i bestemmelsene for sammensetning av styret, men det var ikke fremmet lovendringsforslag innen fristen vedrørende dette.

Sentralstyret fremhevet i høringen at strukturen som er valgt for Nmfs organer i Legeforeningens lover ikke harmonerer helt med det som er regulert i beskrevet om formålet til Nmf, i Legeforeningens lover § 3-7-1 (2):

Foreningen fastsetter selv sine vedtekter med valgeregler, jf likevel § 3-3, 3 ledd.

Sentralstyret reiste derfor spørsmål ved hensiktsmessigheten av at Legeforeningens lover konkret angir hvor mange medlemmer det skal være i Nmfs styre og landsstyre. Det ble vist til at sammensetningen av Nmfs landsstyre er regulert i Nmfs egne vedtekter § 7.2

4. Landsstyret

4.1 Landsstyret er foreningens høyeste organ.

4.2 Landsstyret består av 27 medlemmer; fire fra hvert lokallag og sju fra nasjonalt styre. Lokallagenes representanter velges av de lokale årsmøtene

Det ble videre vist til at sammensetningen av Nmfs styre er regulert i Nmfs vedtekter § 7.1

7. Nasjonalt styre



7.1 Nasjonalt styre består av syv medlemmer; ett fra hvert lokallag, samt fritt valgt leder og internasjonalt ansvarlig

Sentralstyret kan ikke se behovet for at landsstyret i Legeforeningen skal ha avgjørende myndighet over sammensetningen av Nmfs organer, og vil foreslå at dette er et forhold Nmf selv kan fastsette i sine vedtekter.

Følgende forslag til lovendring ble sendt på intern høring:

Endringer i Legeforeningens lover § 3-7-3 (2) og (3) - (endringer markert med gjennomstreking og kursiv):

(2) Landsmøtet er studentforeningens høyeste organ. Det består av ~~fire~~ representanter for hvert lokallag samt styret.

(3) Styret består av *minst* syv medlemmer, *som utgår ett* fra hvert lokallag samt fritt valgt leder og internasjonalt ansvarlig. Styrets funksjonstid er ett år. Det velges varamedlemmer for styrets medlemmer.

Det ble presisert at de foreslåtte endringer ikke får konsekvens for Nmfs delegater til Legeforeningens landsstyre, da denne representasjon fremgår av lovenes 3-1-1 (3) nr 6 på følgende måte:

6. Norsk medisinstudentforening velger seks representanter

2.3 Stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer – lovenes § 3-2-2

I inneværende funksjonsperiode har det kommet opp spørsmål om sentralstyrets medlemmer har anledning til å avgi blank stemme i voteringer. Sentralstyret vurderte dette slik at sentralstyrets medlemmer bør ha stemmeplikt i alle saker, men spørsmålet er ikke direkte regulert i Legeforeningens lover. Utgangspunktet er Legeforeningens lover § 3-2-2 (1) som omhandler sentralstyrets møter på følgende måte:

§ 3-2-2 Sentralstyrets møter

(1) Sentralstyret holder møte så ofte som saksbehandlingen gjør det nødvendig, eller når presidenten eller to av styrets medlemmer forlanger det. Sentralstyret er beslutningsdyktig når seks medlemmer er til stede. I tilfelle stemmelikhet har presidenten to stemmer.

Det fremkommer av denne bestemmelsen regler om sentralstyrets beslutningsdyktighet (minst seks tilstedeværende styremedlemmer), og hva som er utslagsgivende ved stemmelikhet (presidentens stemme). Men det fremkommer etter ordlyden ikke noe om stemmeplikt. Sentralstyret vil anbefale at dette inntas i bestemmelsen, og vil anførte at det særlig er fire forhold som tillegges vekt i denne vurderingen.

For det første gjelder det for landsstyret regler om stemmeplikt. Dette er regulert i lovenes § **§ 3-1-2 Landsstyrets funksjoner** punkt 7 på følgende måte:



Alle møtende landsstyreprerentanter har stemmerett og -plikt ved voteringer.

Sentralstyret er foreningens øverste organ mellom landsstyremøtene, og handler etter lovenes § 3-2-3 med ansvar overfor landsstyret. Sentralstyret har i kraft av sin funksjon en rett og plikt til å arbeide for å iverksette landsstyrets beslutninger. I en slik situasjon er det etter sentralstyrets vurdering ikke gode holdepunkter for at det skal gjelde andre regler for beslutninger i sentralstyret enn det gjør for landsstyret selv.

For det annet er sentralstyrets oppgaveportefølje som utøvende organ mellom landsstyremøtene omfattende. Landsstyret har gjennom Legeforeningens lover § 3-2-3 gitt følgende oppgaver til sentralstyret:

(1) Sentralstyret handler med ansvar overfor landsstyret og har til oppgave:

- 1. å ivareta foreningens formål ved å ha sin oppmerksomhet rettet mot alt som er av interesse for foreningen og dens medlemmer.*
- 2. å lede foreningens virksomhet, behandle saker som ikke etter § 4-1, nr. 4 blir avgjort av Sentralstyret, disponere foreningens midler, utarbeide forslag til budsjett og utøve økonomiske fullmakter gitt av landsstyret jf. § 3-1-3 (1) nr. 5 d.*
- 3. å gi årsmelding og legge fram for landsstyret regnskap revidert av statsautorisert revisor.*
- 4. å tilsette generalsekretær og å fastsette generalsekretærens lønns-, arbeids- og øvrige vilkår. Sentralstyret fastsetter instruks for generalsekretæren og Sentralstyret. Sentralstyremedlem som søker stillingen som generalsekretær må fratre sitt verv. En avtroppende president kan ikke søke stillingen som generalsekretær i de to første år etter at presidentperioden er avsluttet.*
- 5. å inngå kollektive avtaler om inntekts- og arbeidsvilkår m.v. med myndigheter og arbeidsgivere. Sentralstyret kan i slik forbindelse gå til plassoppsigelse og eventuelt iverksette arbeidsnedleggelse og blokade.*

I de føringer landsstyret har gitt sentralstyret ligger det etter Sentralstyrets vurdering en implisitt forutsetning om at sentralstyrets medlemmer skal ta stilling i de sakene sentralstyret har til vurdering. Noe annet vil potensielt kunne svekke foreningens anseelse, og i ytterste konsekvens kunne virke lammende for driften.

For det tredje mener sentralstyret at hensynet til presidenten taler for at sentralstyret har stemmeplikt. Presidenten er etter Legeforeningens lover § 3-2-4 (1) gitt følgende oppgaver:

(1) Presidenten er foreningens øverste leder og sentralstyrets leder med plikt til regelmessig kontakt med Sentralstyrets ledelse og plikt til på sentralstyrets vegne å ta hånd om foreningens fagpolitiske, helsepolitiske og interessepolitiske prosesser overfor myndighetene, herunder lede eller delegere til andre å lede kollektive forhandlinger om medlemmers lønns- og arbeidsvilkår på sentralt nivå.

Sentralstyret peker på at dersom presidenten med tyngde skal kunne ivareta foreningens interesser på sentralstyrets vegne, må vedkommende vite hva sentralstyrets medlemmer mener om de aktuelle sakene. Det vil derfor ha formodningen mot seg at sentralstyrets medlemmer skal kunne stemme blankt når presidenten skal lede foreningen på sentralstyrets vegne.



For det fjerde mener sentralstyret at praksis i Legeforeningen taler for at sentralstyrets medlemmer har stemmeplikt. Sentralstyret kan ikke erindre at spørsmålet om det er anledning til å stemme blankt har vært reist før denne problemstillingen kom opp i desember 2022. Sentralstyret opptrer i stor grad som et konsensuspreget organ hvor det gjennom diskusjoner tas sikte på å oppnå enighet om vedtak alle kan stille seg bak. Hvis det ikke har vært mulig å oppnå slik enighet er det praksis for at vedtaket synliggjør stemmegivning og eventuelt stemmeforklaring.

Sentralstyret mente det var naturlig at man i Legeforeningens lover klargjør samme regler for sentralstyrets avstemninger som gjelder for landsstyret etter § 3.2.1 punkt 7.

Sentralstyret foreslo også en språklig justering av siste setning i bestemmelsen. Det fremkommer av denne setning at:

I tilfelle stemmelikhet har presidenten to stemmer.

Etter sentralstyrets syn er det mer naturlig å omtale dette slik at presidentens stemme teller dobbelt. Endringsforslaget har ingen materiell betydning.

Følgende forslag til lovendring ble sendt på intern høring:

Forslag til lovendringer i § 3-2-2 (1) Sentralstyrets møter (endringer i kursiv):

(1) Sentralstyret holder møte så ofte som saksbehandlingen gjør det nødvendig, eller når presidenten eller to av styrets medlemmer forlanger det. Sentralstyret er beslutningsdyktig når seks medlemmer er til stede. *Sentralstyret har stemmerett og -plikt ved voteringer. I tilfelle stemmelikhet ~~har~~ teller presidentens ~~to~~ stemmer ~~dobbelt~~.*

3. Høring

Sentralstyret behandlet saken i møte 15. mars 2023 og fattet følgende vedtak:

Forslag til lovendringer sendes på bred organisasjonsmessig høring i tråd med fremlagt utkast til brev som ledd i forberedelse av saken for landsstyret. Høringsfrist 2. mai 2023.

Ved høringsfristens utløp var det innkommet i alt 6 høringssvar.

Innkommende svar:

- Allmennlegeforeningen finner at samtlige av Sentralstyrets forslag til lovendringer framstår som velfunderte og hensiktsmessige, og stiller seg bak disse.
- Oslo legeforening støtter forslagene slik de foreligger.
- Overlegeforeningen støtter også forslagene slik de foreligger. Of er enig i at disse problemstillingene knyttet til valgbarhet for assosierte medlemmer framstår uklart i dagens regelverk, og at det er grunn til å regulere dette. Of støtter forslaget om at det i utgangspunktet kun bør være ordinære medlemmer som skal kunne velges til foreningenes organer. Of støtter også forslaget om å la det være opp til foreningene selv hvordan



endringer i medlemskap underveis i valgperioden håndteres. Av hensyn til foreningens autonomi bør de selv kunne bestemme om de ønsker å la medlemmer bekle verv i foreningen ut valgperioden de er valgt for, selv om de underveis får endret sitt medlemskap som følge av arbeidsbytte. Of er videre enig i at Legeforeningens lover bør endres slik at Nmf selv kan fastsette regler om sammensetningen av, og størrelsen på, sine organer, og støtter den foreslåtte endringen. Of er også enig i at medlemmer av sentralstyret bør ha stemmeplikt.

- Norsk medisinstudentforening (Nmf) stiller seg bak Sentralstyrets forslag til endringer i Legeforeningens lover § 3-7-3 (2) og (3). De forstår endringene slik at sammensetningen av landsmøtet bestemmes nærmere i vedtektene til Nmf, og stemmes over av landsmøtet. Når det gjelder styret, forstår Nmf lovendringsforslagene slik at landsmøtet kan velge et større styre enn et på sju medlemmer. Disse eventuelle nye styremedlemmene kan velges både fritt på valgmøtet blant alle medlemmer av foreningen, og under lokallagenes årsmøter. Dette reguleres i vedtektene til foreningen og stemmes over av foreningens landsmøte.
- LVS forstår behovet for å få en klar regulering av assosierte medlemmers mulighet til å velges til, og beholde, verv i yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger. I motsetning til Legeforeningen mener LVS det derimot finnes grunner for at yrkesforeningene bør kunne ha forskjellige reguleringer. LVS foreslår at det åpnes for at den enkelte yrkesforening også kan endre sine vedtekter til å tillate at assosierte medlemmer har stemmerett og kan velges til styret. LVS mener forslaget vil kunne slå uheldig ut for LVS ettersom en stor andel av medlemmene i perioder vil være assosierte medlemmer. For LVS vil det derfor kunne hindre rekruttering av engasjerte medlemmer til verv i styret dersom assosierte medlemmer ikke kan velges som styremedlemmer
- NFA mener den foreslåtte endringen bør ses i sammenheng med lovendringsforslaget som ble sendt ut tidligere i år, NFA begrunnet i høringsvaret hvorfor vi ikke støtter de foreslåtte endringene i §3-6-2. Vi argumenterer der med at istedenfor dobbeltmedlemskap kan ordningen med assosierte medlemmer benyttes. Hvis det ikke blir åpnet for dobbeltmedlemskap kan det bli aktuelt å gi en åpning for at assosierte medlemmer kan velges inn i styret for en forening. Et aktuelt eksempel er hvordan Norsk kirurgisk forening velger sitt styre. For øvrig støtter NFA de øvrige endringene.

4. Sentralstyrets vurdering

4.1 Assosierte medlemmer – lovenes § 3-3-3 (4)

Allmennlegeforeningen, Overlegeforeningen og Oslo legeforening støtter forslaget til lovendringer vedrørende assosierte medlemmer. Norsk medisinstudentforening har ikke kommentert denne delen av forslaget. Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) og Norsk forening for allmennmedisin (NFA) støtter ikke forslaget slik det foreligger. Begge disse foreningsledd tar til orde for at man skal kunne velges til et avdelingsstyre som assosiert medlem. Perspektivene er derimot forskjellige.

NFA viser til at det er en tungvint løsning at hver forening skal måtte endre sine vedtekter for å sikre at skifte av forening medfører fratredelse av verv, og at en slik løsning vil medføre behov for mange vedtektsendringer i mange foreninger. Sentralstyret vil bemerke at forslaget til endringer ivaretar dette perspektiv da utgangspunktet er at man skal fratres ved skifte av forening. Det er kun i situasjoner hvor det enkelte foreningsledd i sine vedtekter har besluttet at man kan fortsette i vervet at en slik anledning er mulig. I alle andre situasjoner skal vervet fratres ved skifte av forening.



Hovedinnvendingen fra NFA synes imidlertid å være at man ser denne saken i sammenheng med Landsstyresak - Forslag om endring av Legeforeningens lover - styresammensetning og medlemmer kirurgi indremedisin 2023. Denne saken har to forslag hvor det ene går ut på å tillate dobbeltmedlemskap i Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening for leger i spesialisering eller med godkjenning i spesialitet som tidligere var grenspesialitet under disse hovedspesialitetene, jf § 3-6-2. Det andre forslaget vil åpne for at styret i Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening kan ha representanter fra henholdsvis kirurgiske og medisinske fag, jf § 3-6-3-1 Styret.

Sentralstyret vil fremheve at man ikke kan ta for gitt hvilket vedtak landsstyret vil falle ned på. Men saken om styresammensetning og medlemmer kirurgi og indremedisin har som nevnt to forslag. I høringen har NFA tydelig gitt uttrykk for at de ikke støtter dobbeltmedlemskap. NFA har støttet endringen som tillater NKF/NIMF å ha representanter fra andre kirurgiske/medisinske fag i sitt styre.

Etter sentralstyrets vurdering vil dette sistnevnte forslaget om styrerepresentasjon representere en nødvendig unntaksregel som ivaretar essensen i NFAs innspill. Denne regel vil sikre at disse styrene kan sammensettes med medlemmer fra andre fagmedisinske foreninger selv om landsstyret ikke skulle vedta de foreslåtte endringene vedrørende dobbeltmedlemskap. Det er altså ikke nødvendig å endre bestemmelsen om assosierte medlemmer for å ivareta styresammensetningen i NKF/NIMF.

LVS foreslår at det åpnes for at den enkelte yrkesforening også kan endre sine vedtekter til å tillate at assosierte medlemmer har stemmerett og kan velges til styret. LVS tar således til orde for at man også på valgtidspunktet skal kunne velges til et styre i en yrkesforening som assosiert medlem.

Hovedinnvendingen fra LVS synes å være at forslaget kan slå uheldig ut for LVS ettersom en stor andel av medlemmene i perioder vil være assosierte medlemmer. LVS frykter at de som liten forening vil kunne ha problemer med rekruttering av engasjerte medlemmer til verv i styret dersom assosierte medlemmer ikke kan velges som styremedlemmer.

Sentralstyret vil fremheve at forslaget fra LVS går i motsatt retning av lovendringsforslaget, og vil bryte med prinsippet om at assosierte medlemmer ikke skal ha den samme innflytelse som ordinære medlemmer. Forslaget fra LVS innebærer at man fjerner seg fra intensjonen i Legeforeningens lover, og fra den praksis som gjelder i yrkesforeningene – LVS inkludert. Da både Of og Af støtter forslaget fra sentralstyret mener sentralstyret at det ikke er tilstrekkelige holdepunkter for å endre forslag til vedtak. Sentralstyret mener at eventuelle utfordringer med å besette verv i LVS må løses på andre måter enn å åpne opp for en generell regel om at assosierte medlemmer skal kunne bekle verv i yrkesforeningene.

LVS fremhever imidlertid også at man bør tillate at assosierte medlemmer har stemmerett. Sentralstyret vil bemerke at det som er nevnt ovenfor innebærer at det ikke fremmes forslag om en generell regel. Imidlertid åpner forslaget opp for at man kan sitte videre i et verv man er valgt inn i som ordinært medlem, hvis det enkelte foreningsledd i sine vedtekter bestemmer at man kan fortsette ved bytte av foreningsledd. Det legges til grunn at det enkelte foreningsledd i sine vedtekter da skal kunne bestemme hvilke verv man eventuelt kan fortsette i. Hvis vedtektene til det enkelte foreningsledd tillater at man fortsetter i vervet ved skifte av foreningsledd bør man kunne ha alle



rettigheter som f. eks et styreverv innebærer. Det innebærer også stemmerett. Sentralstyret ser at bestemmelsen i lovenes § 3-5-1 (4), hvor det fremkommer at assosierte medlemmer i yrkesforeningene ikke har stemmerett, da bør endres. Det foreslås derfor å stryke denne begrensning ved følgende forslag (endringer med overstrykning):

Yrkesforeningene kan gi assosiert medlemskap (~~uten stemmerett~~) til medlem av annen yrkesforening.

Intensjonen med dette er ikke å åpne opp for at assosierte medlemmer kan velges til yrkesforeningenes organer med stemmerett, men dette må sees i sammenheng med at det åpnes for at assosierte medlemmer kan fortsette i sine verv ved skifte av foreningsledd i situasjoner hvor dette er vedtektsfestet i det enkelte foreningsledd.

Sentralstyret anbefaler at forslagene til lovendringer i § 3-3-3 (4) opprettholdes, med tillegg til endringer som beskrevet foran i § 3-5-1 (4).

4.2 Nmfs organer – lovenes § 3-7-3

Sentralstyret viser til at alle høringsledd som har uttalt seg støtter de foreslåtte endringene vedrørende Nmfs organer. Nmf knytter noen merknader til forslaget, og sier de forstår endringene slik at sammensetningen av landsmøtet bestemmes nærmere i vedtektene til Nmf, og stemmes over av landsmøtet. Når det gjelder styret, forstår Nmf lovendringsforslagene slik at landsmøtet kan velge et større styre enn et på sju medlemmer. Disse eventuelle nye styremedlemmene kan velges både fritt på valgmøtet blant alle medlemmer av foreningen, og under lokallagenes årsmøter. Dette reguleres i vedtektene til foreningen og stemmes over av foreningens landsmøte.

Sentralstyret er enig i at forslaget innebærer at det vil være opp til Nmf å regulere i sine vedtekter hvor mange representanter man kan ha i styret, og hvordan valgene skal skje.

Sentralstyret anbefaler at forslagene til lovendringer i § 3-7-3 opprettholdes.

4.3 Stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer – lovenes § 3-2-2

Sentralstyret viser til at alle høringsledd som har uttalt seg støtter den foreslåtte endringen om stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer.

Sentralstyret anbefaler at forslaget til lovendringer i § 3-2-2 opprettholdes.

5. Innstilling til vedtak om lovendringer i § 3-3-3 (4) assosierte medlemmer, § 3-5-1 (4) Yrkesforeninger og obligatoriske medlemmer, § 3-7-3 Nmfs organer og § 3-2-2 stemmeplikt for sentralstyrets medlemmer



Sentralstyret behandlet saken i møte 16.5 og fremmer følgende forslag til lovendringer:

Følgende endringer gjøres i § 3-3-3 (4) – nytt punkt 5 (endringer markert med gjennomstreking og kursiv):

§ 3-3-3 (4) Valgregler mv. for styrer i Legeforeningens avdelinger

(4) Valg skjer etter følgende regler:

1. Til styret for lokalforening velger yrkesforeningene og Norsk medisinstudentforening ett medlem og varamedlem etter hhv § 3-4-2 og § 3-7-3, 1. ledd, 3. setning.
2. Til styret for yrkesforening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner.
3. Til styret for fagmedisinsk forening skal det så langt det er mulig velges medlemmer fra alle helseregioner og tilstrebes at minst ett medlem er lege under spesialisering. ~~Alle ordinære medlemmer, både spesialister og leger uten spesialistgodkjenning, som er tilmeldt eller har valgt medlemskap i en fagmedisinsk forening, er valgbar som leder, nestleder eller medlem i foreningens styre. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen.~~
4. Nestledere kan etter avdelingens bestemmelse velges i årsmøte eller velges av og blant styrets medlemmer. Det kan dertil velges sekretær og kasserer.
5. *Alle ordinære medlemmer er valgbar til foreningens styre. Tilsvarende gjelder andre verv i foreningen. Ved overgang til annen forening innenfor lokalforeninger, yrkesforeninger eller fagmedisinske foreninger fratres vervet, med mindre annet fremgår av avdelingens vedtekter.*

Følgende endringer gjøres i § 3-5-1 (4) (endringer med overstrykning):

Yrkesforeningene kan gi assosiert medlemskap ~~(uten stemmerett)~~ til medlem av annen yrkesforening.

Følgende endringer gjøres i § 3-7-3 (2) og (3) - (endringer markert med gjennomstreking og kursiv):

(2) Landsmøtet er studentforeningens høyeste organ. Det består av ~~fire~~ representanter for hvert lokallag samt styret.

(3) Styret består av *minst* syv medlemmer, *som utgår ett* fra hvert lokallag samt fritt valgt leder og internasjonalt ansvarlig. Styrets funksjonstid er ett år. Det velges varamedlemmer for styrets medlemmer.

Følgende endringer gjøres i § 3-2-2 (1) Sentralstyrets møter (endringer i kursiv):

(1) Sentralstyret holder møte så ofte som saksbehandlingen gjør det nødvendig, eller når presidenten eller to av styrets medlemmer forlanger det. Sentralstyret er beslutningsdyktig når seks medlemmer er til stede. *Sentralstyret har stemmerett og -plikt ved voteringer.* I tilfelle stemmelikhet ~~har~~ *teller* presidentens ~~to~~ *stemmer dobbelt.*



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening etter fullmakt

Siri Skumlien
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør/advokat

Saksbehandler: Bjørn Ove Ekern Kvavik

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

[LEGEFORENINGEN.NO/LANDSSTYREMOTE](https://legeforeningen.no/landsstyremote)