

Innhold

PRESIDENTEN HAR ORDET

1	ETIKK	8
1.1	SENTRALSTYRET OG ARBEIDET MED MEDISINSK-ETISKE SPØRSMÅL	8
1.2	RÅDET FOR LEGEETIKK	8
1.3	ETISKE REGLER FOR LEGER	8
2	PASIENTRETTIGHETER	9
2.1	PASIENTRETTIGHETER OG OFFENTLIG STYRING	9
2.2	LOVFESTING AV RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP - KRITERIER	9
2.3	PASIENTANSVARLIG LEGE - FORSKRIFT	9
2.4	NY HELSEREGISTERLOV	10
2.5	FAGUTVALGET FORSIKRINGSFORBUNDET-LEGEFORENINGEN	10
3	KVALITETSSIKRING	11
3.1	KVALITETSFORBEDRINGSUTVALGET	11
3.2	DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND FOR KVALITETSSIKRING AV LEGETJENESTER UTENFOR SYKEHUS (KVALITETSSIKRINGSFOND I)	11
3.2.1	<i>Historisk bakgrunn</i>	11
3.2.2	<i>Fondsutvalgets sammensetning 1996-99</i>	11
3.2.3	<i>Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene</i>	11
3.2.4	<i>Avsetninger og bevilgningspolitikk</i>	12
3.2.5	<i>Søknader og bevilgninger i 1999</i>	12
3.3	DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND FOR STANDARDISERING OG KVALITETSSIKRING I SPESIALISTHELSETJENESTEN (KVALITETSSIKRINGSFOND II)	12
3.3.1	<i>Historisk bakgrunn</i>	12
3.3.2	<i>Fondsutvalgets sammensetning 1997-2000</i>	12
3.3.3	<i>Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene</i>	13
3.3.4	<i>Søknader og bevilgninger i 1999</i>	13
3.4	FELLESAKTIVITETER FOR KVALITETSSIKRINGSFOND I OG II	13
3.5	KVALITETSSIKRINGSFOND III – DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND FOR KVALITETSSIKRING AV LABORATORIEVIRKSOMHET UTENFOR SYKEHUS	14
3.5.1	<i>Historisk bakgrunn</i>	14
3.5.2	<i>Organisering</i>	15
3.5.3	<i>Styringsgruppen 1996-99/2000-2003</i>	15
3.5.4	<i>Referansegruppen 1996-99/2000-2003</i>	15
3.6	SPESIALFORENINGENES KVALITETSUTVALG	16
3.7	STIFTELSEN GRUK (GRUPPE FOR KVALITETSUTVIKLING I HELSETJENESTEN)	16
3.8	LEGEFORENINGENS UTVALG FOR PREHOSPITAL AKUTT MEDISIN (LUPA)	16
3.8.1	<i>Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp</i>	17
3.8.2	<i>Revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp</i>	17
3.9	SAMHANDLINGSUTVALGET	17
3.10	TVISTENEMNDA FOR NAKKESKADER	18
4	FORSKNING OG FAGUTVIKLING	19
4.1	DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS UTVALG FOR MEDISINSK FORSKNING (FORSKNINGSUTVALGET)	19
4.1.1	<i>Behov for forskningskompetanse i sykehus</i>	19
4.1.2	<i>Forskningslege</i>	19
4.1.3	<i>Andre saker</i>	20
4.2	NASJONALT UTVALG FOR VURDERING AV UREDELIGHET I HELSEFAGLIG FORSKNING	20
4.3	NORSK LEGEMIDDELHÅNBOK	20
4.4	LEGEMIDDELUTVALGET	20
4.5	FORSKNINGSINSTITUTTET	20
4.5.1	<i>Personale og finansiering</i>	20
4.5.2	<i>Aktiviteter</i>	20
5	UTDANNING	22
5.1	SPESIALITETSRADET	22
5.2	SPESIALITETSKOMITEENE	22
5.3	HOSPITANTUTVALGET	23

5.4	PSYKOTERAPIUTVALGET	23
5.5	ENDRINGER I SPESIALISTREGLENE.....	23
5.5.1	<i>Endret krav til tjeneste i spesialistutdanningen</i>	24
5.6	SPESIALISTER GODKJENT I 1999.....	26
5.7	SAMARBEIDSFORMER I SPESIALISTUTDANNINGEN	27
5.8	MÅLBESKRIVELSER.....	28
5.9	RAPPORTERING FRA UTDANNINGSINSTITUSJONENE	28
5.10	FLEKSIBEL UNDERVISNING	29
5.11	BESØK PÅ UTDANNINGSAVDELINGER	29
5.12	GODKJENNING AV VEILEDERE I PSYKOTERAPI - PSYKIATRI.....	30
5.13	GODKJENNING AV VEILEDERE I PSYKOTERAPI - BARNE- OG UNGDOMSPSYKIATRI.....	30
5.14	REKRUTTERING AV UTENLANDSKE LEGER TIL NORGE	30
5.15	NASJONALT RÅD FOR SPESIALISTUTDANNING AV LEGER OG LEGEFORDELING	32
5.16	LEGEFORDELING.....	32
5.17	STILLINGSSTRUKTURAVTALEN – INNSTILLING OG TILSETTING I ASSISTENTLEGESTILLINGER.....	33
5.18	OBLIGATORISK ETTERUTDANNING – REGODKJENNING AV SPESIALISTER.....	33
5.19	VEILEDNING I INSTITUSJONSHELSETJENESTEN	34
5.20	UTDANNINGSHÅNDBOK FOR SPESIALISTUTDANNINGEN I SYKEHUS.....	34
5.21	VEILEDNING I SPESIALITETENE UTENFOR SYKEHUS.....	34
5.22	IDÉKATALOG FOR ETTERUTDANNINGSGRUPPER I ALLMENNEMEDISIN.....	35
5.23	UTDANNING PÅ INTERNETT.....	35
5.24	SAMARBEID MED DE MEDISINSKE FAKULTETENE.....	35
5.25	DIVERSE KURS, KONFERANSER, SEMINARER.....	36
5.25.1	<i>Endring i kursutdanningen, alternative undervisningsformer</i>	37
5.26	UTDANNINGSFOND I - DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND TIL VIDERE- OG ETTER- UTDANNING AV LEGER.....	37
5.27	UTDANNINGSFOND II – DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND TIL FREMME AV ALLMENNPRAKTISERENDE LEGER VIDERE- OG ETTERUTDANNING OG PRIVATPRAKTISERENDE SPESIALISTERS ETTERUTDANNING	39
5.28	UTDANNINGSFOND III – DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS FOND TIL FREMME AV SYKEHUSLEGER VIDERE- OG ETTERUTDANNING	40
5.29	UTDANNINGSFONDENES ØKONOMI	40
6	LØNNS- OG ARBEIDSVILKÅR.....	42
6.1	FORHANDLINGSORGANISASJON	42
6.1.1	<i>Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet</i>	42
6.1.2	<i>Lønnsutvalget for fastlønte leger</i>	42
6.1.3	<i>Tariffutvalg for privat praksis</i>	42
6.1.4	<i>Representasjon i Akademikernes seksjonsorganer</i>	43
6.2	PUBLIKASJONER OG INFORMASJON.....	43
6.2.1	<i>Avtalesamling</i>	43
6.2.2	<i>Medlemsbrev</i>	43
6.2.3	<i>Bruk av Tidsskriftet</i>	43
6.2.4	<i>Forhandlingsinformasjon på Internett</i>	43
6.2.5	<i>Orienteringsmøter på de enkelte sykehus</i>	43
6.2.6	<i>Dagsseminar om lokale forhandlinger</i>	44
6.3	FORHANDLINGER OM LØNNS- OG ARBEIDSVILKÅR FOR FASTLØNTE LEGER	44
6.3.1	<i>Generelt om forhandlings situasjonen</i>	44
6.3.2	<i>Tariffrevisjonen per 1.5. 2000: Krav om nye lønns- og forhandlings systemer</i>	44
6.3.3	<i>Revisjon av særavtaler</i>	47
6.3.4	<i>Lokale forhandlinger i Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og HSH (Apo) per. 1.9. 1999 og 1.12. 1999</i>	49
6.3.5	<i>Hovedavtaler</i>	49
7	LEGER LEDELSESANSVAR.....	51
7.1	UTDANNING I ADMINISTRASJON OG LEDELSE.....	51
7.2	RÅDGIVENDE UTVALG FOR SENTRALSTYRET I SPØRSMÅL OM ORGANISASJON OG LEDELSE I HELSEVESENET.	51
8	PRIVAT LEGEVIRKSOMHET MED OFFENTLIG AVTALE.....	52
8.1	GENERELT OM PRIVAT PRAKSIS	52
8.2	FORHANDLINGER OM PRIVAT SPESIALISTPRAKSIS	52
8.2.1	<i>Overenskomster om individuelle avtaler om driftstilskudd</i>	52
8.2.2	<i>Tildeling av avtaler</i>	52
8.3	FORHANDLINGER OM PRIVAT ALLMENNLEGEPRAKSIS	53
8.3.1	<i>Overenskomster om privat allmennlegepraksis med driftstilskudd</i>	53

8.3.2	<i>Fastlegordningen</i>	53
8.3.3	<i>Ny legevaktsordning</i>	55
8.4	FORHANDLINGER OM TAKSTER OG HONORAR.....	55
8.4.1	<i>Forhandlinger om normaltariff og driftstilskudd</i>	55
8.4.2	<i>Kirurgi -takster</i>	55
8.4.3	<i>Honorarsatser for legeerklæringer til folketrygd, forsikringselskaper mv.</i>	55
8.4.4	<i>Godkjenning av leger for bruk av spesielle takster</i>	55
8.5	FORHOLDET TIL RIKSTRYGDEVERKET (RTV).....	56
8.5.1	<i>Arbeidsgruppe for vurdering av praksisutvalgets formelle rolle og mandat – "Takstkontrollutvalget"</i>	56
8.5.2	<i>Rettsaker</i>	57
8.6	DRIFTSFORM I PRIVAT PRAKSIS – BETYDNINGEN I FORHOLD TIL SKATTEREGLENE.....	57
8.7	LÅNEFONDET – DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS LÅNEFOND TIL ETABLERING/REETABLERING AV PRIVAT LEGEPRAKSIS.....	58
8.8	SYKEHJELPS- OG PENSJONSORDNINGEN FOR LEGER (SOP).....	59
8.9	SINTEF-RAPPORTEN "PRIVATE SPESIALISTER OG OFFENTLIG HELSEVESEN - PASIENTSAMMENSETNING, VIRKSOMHETSINNHOOLD OG KOSTNADER I PRIVAT PRAKSIS OG PÅ POLIKLINIKKER I SØR-TRØNDELAG OG MØRE OG RØMSDAL INNEN SPESIALITETENE INDREMEDISIN, ØRE, NESE OG HALS OG ØYE",.....	60
9	PRIVAT LEGEVIRKSOMHET UTEN OFFENTLIG AVTALE	61
10	LIKESTILLING	62
10.1	LIKESTILLINGSUTVALGET.....	62
10.2	LIKESTILLINGSUTVALGETS ARBEID, PUNKTVIS ETTER HANDLINGSPLANEN.....	62
10.3	NOU 1999:13 KVINNERS HELSE I NORGE – HØRING.....	62
11	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	64
11.1	MEDLEMSTALL.....	64
11.2	LANDSSTYRET.....	64
11.3	SENTRALSTYRET.....	65
11.4	SEKRETARIATET.....	65
11.5	AVDELINGENE.....	65
11.6	YRKESFORENINGENE.....	65
11.7	SPESIALFORENINGENE.....	65
11.8	ÅRBOK FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING.....	67
11.9	REFERAT FRA LEGEFORENINGENS LANDSSTYREMØTER.....	67
11.10	PRINSIPP- OG ARBEIDSPROGRAM.....	67
11.11	LOVENE.....	67
11.12	VALGREGLER OG INSTRUKS FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING.....	67
11.13	KOLLEGIAL STØTTE FOR LEGER – HELSETJENESTE FOR LEGER.....	67
11.14	LEGEFORENINGENS MEDLEMSKAP I ANDRE ORGANISASJONER.....	68
11.15	KOMMUNAL KOMPETANSE.....	68
11.16	TILLITSVALGTKURS.....	68
11.17	HÅNDBOK FOR TILLITSVALGTE.....	69
11.18	TURNUSRÅDET.....	69
11.19	INFORMATIKKUTVALGET.....	70
11.20	INFORMASIONSVIRKSOMHETEN.....	70
11.20.1	<i>Profilutvalgets arbeid</i>	70
11.20.2	<i>Dnlf-nytt</i>	71
11.20.3	<i>Presseinformasjon for Tidsskriftet</i>	71
11.20.4	<i>Kurs i hvordan forholde seg til media</i>	71
11.20.5	<i>Mediekontakt</i>	71
11.20.6	<i>Overvåking av mediebildet</i>	71
11.20.7	<i>Medieberedskapsgruppen</i>	72
11.20.8	<i>Informasjon om fastlegordningen (FLO)</i>	72
11.20.9	<i>Deltakelse på Kvinner Viser Vei</i>	72
11.20.10	<i>Akademikernes informasjonsnettverk</i>	72
11.21	FOND FOR RETTSHJELPSORDNINGEN FOR LEGER.....	72
11.22	STYRKING AV LEGERES RETTSSIKKERHET.....	74
11.23	REISEPOLICY OG –RUTINER I DEN NORSKE LÆGEFORENING.....	75
11.24	SORIA MORIA – DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS KONFERANSE- OG UTDANNINGSSENTER.....	75
11.25	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LÆGEFORENING 1999/2000.....	75
11.26	WWW.LEGEFORENINGEN.NO.....	76
11.27	LEGENES HUS.....	77

12	HELSEPOLITIKK	78
12.1	INFORMASJONSTEKNOLOGI.....	78
12.1.1	<i>Informasjonsteknologi i helsevesenet. Lægeforeningens engasjement</i>	78
12.2	ENDRING I LOV OM TRANSPLANTASJON, SYKEHUSOBDUKSJON OG AVGIVELSE AV LIK – HØRING.....	78
12.3	LOV OM ORGANISERT KAMPATIVITET SOM TILLATER KNOCKOUT - HØRING.....	79
12.4	NOU 1999:20 Å VITE ELLER IKKE VITE. GENTESTER VED ARVELIG KREFT - HØRING.....	79
12.5	DISTRIKTPSYKIATRISKE SENTRE (DPS) - HØRING.....	80
12.6	FORSKRIFTER TIL LOV OM ETABLERING OG GJENNOMFØRING AV PSYKISK HELSEVERN - HØRING.....	81
12.7	FREMTIDIG ORGANISERING AV ARBEIDET MED HELSETJENESTENS KODEVERK, KLASIFIKASJONER OG TERMER - HØRING.....	82
12.8	SAMORDNINGSGRUPPEN FOR MEDISINSKE KODEVERK OG KLASIFIKASJONER (SMKK).....	82
12.9	LEGEMIDDELOMRÅDET.....	82
12.9.1	<i>Apotekloven</i>	82
12.9.2	<i>Reviderte retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri - høring</i>	83
12.9.3	<i>Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek</i>	84
12.10	UTTALELSER TIL OFFENTLIGE UTREDNINGER O.L.....	84
12.11	STANDARD FOR INTENSIVMEDISIN.....	85
12.12	AKADEMIKERNES UTREDNINGSNETTVERK.....	85
12.13	ORGANISASJONSKONTAKT TIL STORTINGSKOMITEER, DEPARTEMENTER OG STATENS HELSETILSYN.....	86
12.14	STATSBUDSJETTET 2000.....	86
12.14.1	<i>Innsatsstyrt finansiering kap. 07.30/60</i>	86
12.14.2	<i>Egenandelsøkningen</i>	86
12.14.3	<i>Medisinsk forskning</i>	87
12.15	SYKEHUSORGANISERING, FRISTILLING OG KONKURRANSEUTSETTING.....	87
12.15.1	<i>Omdanning av sykehus til aksjeselskap</i>	87
12.15.2	<i>Lov om fylkeskommunale sykehusselskap</i>	87
12.15.3	<i>Konkurransutsetting av sykehustjenester</i>	87
13	FOREBYGGENDE OG HELSEFREMMEDE ARBEID	88
13.1	NASJONALFORENINGEN FOR FOLKEHELSEN.....	88
13.2	ELISABETH OG KNUT KNUSTEN O.A.S. FOND FOR KREFTFORSKNING.....	88
13.3	RÅDET FOR VURDERING AV LEGEMIDDELINFORMASJON.....	88
13.4	DEN NORSKE KREFTFORENING.....	88
13.5	STATENS ELDRERÅD.....	88
13.6	MAMMOGRAFIUNDERSØKELSEN.....	88
13.7	TOBAKKSFRITT.....	88
13.8	LEGEFORENINGENS EGET TOBAKKSENGASJEMENT.....	89
13.8.1	<i>Røykeavvenning i allmennpraksis</i>	89
13.8.2	<i>Nye tiltak</i>	89
13.8.3	<i>Statens tobakkskaderåd</i>	89
13.8.4	<i>Arbeidsgruppen for Verdens røykfrie dag</i>	89
13.9	DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS RUSMIDDELPOLITISKE UTVALG.....	89
13.10	FOREBYGGENDE HELSEARBEID BLANT BARN OG UNGE (FHAB).....	90
13.10.1	<i>Arbeidsgruppe FHAB - Samarbeid</i>	90
13.10.2	<i>Arbeidsgruppe FHAB - Forskning</i>	90
13.11	AKADEMISERING AV SAMFUNNSMEDISIN.....	90
14	INTERNASJONALT ARBEID	92
14.1	GENERELT.....	92
14.2	NORDISK SAMARBEID.....	92
14.2.1	<i>Nordisk legeråd</i>	92
14.2.2	<i>Sammordisk arbeidsgruppe for prognos- og spesialistutbildningsfrågor (SNAPS)</i>	92
14.2.3	<i>Nordisk foderasjon for medisinsk undervisning</i>	93
14.3	NORSK HELSELOVGIVNING - SEMINARER I RUSSLAND.....	93
14.4	DEN NORSKE LÆGEFORENINGENS UTVALG FOR MENNESKERETTIGHETER.....	94
14.5	EU-DIREKTIVETS BESKYTTELSE AV BIOTEKNOLOGISKE OPPFINNELSER.....	95
14.6	WORLD HEALTH ORGANISATION/EUROPEAN FORUM OF NATIONAL MEDICAL ASSOCIATIONS (EFMA).....	96
14.7	COMITÉ PERMANENT (CP).....	96
14.8	DEN EUROPEISKE FORENING FOR LEGESPECIALISTER – UNION EUROPÉENNE DES MÉDICINS SPÉCIALISTES (UEMS).....	96
14.9	ALLMENNPRAKTISERENDE LEGERES EUROPEISKE FORENING – UNION EUROPÉENNE DES MÉDICINS OMNIPRACTICIENS (ÛEMO).....	97
14.10	WORLD MEDICAL ASSOCIATION (WMA).....	97

14.11	DEN EUROPEISKE OVERLEGEFORENINGEN- EUROPEAN ASSOCIATION OF SENIOR HOSPITAL PHYSICIANS (AEMH)	98
14.12	PERMANENT WORKING GROUP OF EUROPEAN JUNIOR DOCTORS (PWG).....	98

Presidenten har ordet

I den forrige årsmeldingen skrev jeg innledningsvis at perioden i stor grad hadde vært preget av endringsprosesser og endrede rammebetingelser. Også for denne perioden fra 1.7. 1999 til 30.6. 2000 vil det være dekkende. Det kan imidlertid tilføyes: ting tar tid. Mens vi konstaterer at de endringsprosesser som var satt i gang fortsatt ikke har nådd sine mål, har vi fått en ny helseminister i en ny regjering som varsler nye, omfattende omstillingsprosesser. Endringsprosesser blir en del av vår hverdag, vår viktigste oppgave i tiden fremover vil være å påvirke disse slik at resultatet blir gode rammebetingelser for faglig virksomhet med god kvalitet og tilstrekkelig kapasitet.

Midt i denne årsmeldingsperioden har foreningen gått inn i en ny toårs organisasjonsperiode. Det har vært en stor utskiftning av tillitsvalgte på sentralt og lokalt nivå. Vårt prinsipp- og arbeidsprogram er fornyet og landsstyret har gitt klare signaler om hva de forventer foreningen skal oppnå. Denne årsmeldingen vil si noe om resultater som er nådd, og noe om hvordan arbeidet er lagt opp for å nå andre mål.

Arbeidet med fastlegerreformen har stått sentralt, men vi har fått en ny utsettelse av innføringen. Når dette skrives vet vi ikke om de frister som nå er satt vil bli overholdt. Stortinget har truffet sitt endelige vedtak, og fastlegeforskriften er vedtatt i samsvar med partenes forutsetninger. Fortsatt er det imidlertid ingen avklaring vedrørende fremtidens rammebetingelser for det primærmedisinske arbeidsfelt. Det er sterkt beklagelig, idet en sårt tiltrengt rekruttering dermed lar vente på seg.

Utilstrekkelig finansiering av legers videre- og etterutdanning har opprørt våre medlemmer. Landsstyret ga det forrige sentralstyret et klart oppdrag: Legg frem en handlingsplan for hvordan finansieringen av fondene kan sikres. Denne problemstillingen kan ikke sees isolert. Den har nøye sammenheng med det arbeid som pågår i Nasjonalt råd for legers spesialistutdanning og legefordeling. På vår side av bordet har vi fortsatt arbeidet med både å redusere kostnadene og forbedre kvaliteten. Kan den betydelige økonomi som i dag brukes på kurs gi større avkastning med andre pedagogiske virkemidler? Spesialitetskomiteene har vist stor entusiasme og bidratt med initiativ til prosesser som kan gi gode resultater. Sentralstyret har også fulgt opp et forslag fra landsstyret og etablert reiseavtaler og hotellavtaler som medfører betydelige besparelser. Sentralstyrets andre hovedspor har vært å få økte avsetninger til fondene. Hittil har avsetningene vært knyttet til Normaltariffen. Det var nødvendig å utvide grunnlaget for slike avsetninger. I forbindelse med årets forhandlinger har dette vært et vesentlig tema. Det er positivt at arbeidsgiverne erkjenner et ansvar. Den avsetning som er avtalt i årets forhandlinger må ses i sammenheng med at partene forplikter seg til innen utgangen av året å avklare hvordan legers videre- og etterutdanning skal finansieres i fremtiden. Finansieringsproblemene er ikke løst, men vi er kommet et godt stykke videre og har grunn til en forsiktig optimisme for fremtiden.

Det arbeid som pågår i regi av Nasjonalt råd får betydning ikke bare for fremtidige finansieringsordninger, men også for fremtidig organisering og gjennomføring av spesialistutdanningen. Det gjenstår å se om partene greier å sette en del politiske kjepphester på stallen og bli enige om tiltak som kan fremme kvaliteten på en spesialistutdanning med tilstrekkelig kapasitet. De endringer i spesialitetsreglene vårt landsstyre har anbefalt er i store trekk vedtatt av departementet. Det betyr blant annet at medisinsk forskning gis bedre muligheter innen spesialistutdanningen. Dette er et av mange tiltak Legeforeningen i samarbeid med de medisinske fakulteter og forskningsrådet ønsker å gjennomføre i et strategisk arbeid for å fremme medisinsk forskning. Forskning, grunnutdanning, spesialist- og videreutdanning er et integrert hele. Profesjonen kan ikke ta et ansvar for etter- og videreutdanning uten også å ta et medansvar for forskning og grunnutdanning.

I perioden som har gått har Legeforeningen gjennomført sin første hovedtariffforhandling under Akademiker-paraplyen. Det var stilt store forventninger. Mange har hevdet at forventningene ikke er innfridd. Hvis man ventet at tiårs gal lønnsutvikling for offentlig ansatte langtidsutdannede skulle rettes opp i ett oppgjør, måtte man bli skuffet. Hvis man legger til grunn en mer langsiktig strategi kan det være en del positive elementer i årets resultat. Det endelige resultat får vi oversikt over først

når de lokale forhandlinger er gjennomført en gang på høsten. Om vi får gehør for vårt krav om et endret forhandlingssystem vil de kommende utvalgsarbeider gi noe av svaret på.

Et samfunn i endring stiller også krav til at vår egen organisasjon kan tilpasse seg nye forhold. I raskt tempo vil vi se fristilling av sykehus og desentralisering av beslutningsprosesser som får direkte betydning for våre medlemmers arbeidsbetingelser. Legeforeningen selv har gått helhjertet inn for mer lokal lønnsdannelse. Disse forhold stiller større krav til vårt lokale tillitsvalgsapparat, mens Legeforeningens sentrale organisasjon må innrettes mot å tjene de tillitsvalgte ute på arbeidsplassene. Det blir en hovedoppgave i tiden fremover å legge til rette for at våre medlemmer skal velge å påta seg tillitsvalgsoppgaver. Lykkes vi ikke med det, mislykkes vi som forening. Det er imidlertid gledelig å se hvordan mange som i utgangspunktet har kviet seg for å gå inn i en funksjon likevel trår til med stort engasjement og oppnår gode resultater når de først påtar seg oppgavene. På alle medlemmers vegne, et hjertelig takk til alle de som engasjerer seg i dette arbeidet.

I arbeidet for å tilpasse vår organisasjon til tidens krav har sentralstyret sendt ut på høring en rekke forslag om lovendringer og strukturendringer som landsstyret inviteres til å behandle i høst. Vi må ha en organisasjon som medlemmene kan identifisere seg med. Det er ingen selvfølge at fremtidens leger også vil være foreningsmedlemmer. Det må foreningen gjøre seg fortjent til.

1 Etikk

”Landets leger må opprettholde og videreutvikle en høy etisk standard som imøtekommer befolkningens behov for medisinsk hjelp, omsorg og respekt. Legeetikk har sitt grunnlag i allmenne humanistiske normer. Etske regler for leger er et fundament for foreningens og medlemmenes arbeid i forhold til pasienter, kolleger og samfunn.”

1.1 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etske spørsmål

Blant annet gjennom sitt internasjonale arbeid deltar sentralstyret i drøftinger om og utformingen av synspunkter på forskjellige medisinsk-etske problemstillinger. Det vises til meldingens kapittel 14.

1.2 Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk har for perioden 1.1. 1998 – 31.12. 2001 følgende medlemmer: Reidun Førde (leder), Else Wiik Larsen (nestleder), Ragnar Hotvedt, Trond Markestad og Jo Telje. Varamedlemmer: Tore Grønmark og Solfrid Kjus. Åsmund Hodne (organisasjonsavdelingen) er Rådets sekretær. Vedrørende Rådet for legeetikks behandling av enkeltsaker vises til egen beretning, gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 24/2000.

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

Det siste året har Rådet for legeetikk særlig arbeidet med spørsmål knyttet til legerollen. Rådet har ønsket å belyse spørsmål knyttet til hvordan legerollen endres som en følge av økt vekt på pasientmedbestemmelse og økt krav til at medisinsk behandling skal være feilfri. Etske spørsmål knyttet til omsorg ved livets slutt og vekt på en bedre håndtering av medisinsk risiko og uhell er spørsmål som Rådet spesielt har arbeidet med det siste året. For tiden arbeides det også med en systematisk gjennomgang av de saker Rådet har behandlet den siste 10-års perioden.

Rådet samarbeider med tilsvarende råd i de andre nordiske land. Rådets leder deltar sammen med representanter for Legeforeningens sentralstyre i World Medical Association.

1.3 Etske regler for leger

Etske regler for leger er gjennom de senere år revidert av landsstyret etter forslag fra Rådet. Etikreglene består av fire hovedkapitler, I Alminnelige bestemmelser, II Regler for legers forhold til kolleger og medarbeidere, III Avertissement og annen informasjon om legetjenester og IV Regler for legers utstedelse av attester og andre legeerklæringer. I tilknytning til etikreglene er gitt et særskilt ”Reglement for Rådet for legeetikk og avdelingenes utvalg for legeetikk”.

Til landsstyremøtet 2000 foreligger et forslag om endring av etske regler for leger III, § 4.

2 Pasientrettigheter

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

2.1 Pasientrettigheter og offentlig styring

Legeforeningen har arbeidet aktivt for å styrke pasienters rettigheter. Det gjelder i særlig grad pasienters tilgang på adekvat og forsvarlig helsehjelp, og det å motvirke integritetskrenkninger og svekket personvern. Styrking av rettighetene er avhengig av flere forhold, i hovedsak at helsetjenesten tilføres tilstrekkelige ressurser og organiseres på en slik måte at pasienter blir ivaretatt på en forsvarlig og omsorgsfull måte. I tillegg er det nødvendig med systemer som bidrar til flyt av pasientinformasjon og at tilgang til slik informasjon legaliseres i for stor grad.

I den senere tid har den offentlige styring med hensyn til pasientrettigheter i stor grad skjedd ved ny lovgivning. Legeforeningen deltar aktivt for å påvirke den utformingen av lovgivningen. I 1999 vedtok Stortinget en ny pasientrettighetslov. Legeforeningen fikk i den forbindelse direkte gjennomslag for flere vesentlige endringer og bidro med ny lovtekst. Det vises til omtalen av dette i fjorårets årsmelding. I år gis det en rekke forskrifter til ny lovgivning som har betydning for pasientrettigheter. Det er nylig avgitt en offentlig utredning om forsikringsselskapers adgang til å innhente, bruke og lagre pasientinformasjon, som også har betydning for pasientrettigheter. Denne som vil bli sendt på høring i løpet av 2000. Justisdepartementet har oversendt til Stortinget forslag til ny pasientskadelov som skal erstatte dagens prøveordningen med Norsk pasientskadeerstatning (NPE). Forslaget kan forventes behandlet av Stortinget høsten 2000/våren 2001. Det forutsettes i ny lovgivning at leger skal ha kjennskap til pasienters rett til slik erstatning.

2.2 Lovfesting av rett til nødvendig helsehjelp - kriterier

I forbindelse med Lov om pasientrettigheter ble pasienter gitt en modifisert rett til helsehjelp, som skal utdypes i forskrift. Legeforeningen avga høringsuttalelse mars 2000 og påpekte uenighet i de sentrale elementer i forskriften; hvilke forhold som må foreligge før rettigheten utløses: innholdet i "nødvendig helsehjelp", og tidsangivelse for når pasienten har rett på behandling. Departementet foreslo i høringsnotatet en definisjon av når helsehjelp kan anses "nødvendig". Legeforeningen påpekte at det ikke er rettslig grunnlag for å definere "nødvendig helsehjelp" som det Lønning II utvalget definerte som "kjernetjenester" og at dette innebærer en vesentlig begrensning i forhold til Stortingets forutsetninger i forbindelse med behandlingen av pasientrettighetsloven. Videre ble det pekt på at kriteriene som ble benyttet er lite egnet som et forsvarlig medisinsk skjønn, da de ikke omhandler annen helsehjelp enn øyeblikkelig hjelp. Dette er regulert i egne bestemmelser. Legeforeningen uttalte videre at den generelle tidsfristen på tre måneder må være i strid med "nødvendighetskriteriet" i loven, som i hovedregel må innebære krav individuelle medisinske vurdering av når helsehjelpen må gis. Dette er begrunnet i at rettigheten må innebære at noen pasienter mottar behandling før denne fristen, mens andre pasienter kan vente til utover denne fristen. Dette kan også begrunnes med situasjoner hvor det er umulig å innfri fristen, for eksempel hvis det er underskudd på organer som nyrer og hjerter.

2.3 Pasientansvarlig lege - forskrift

I den vedtatte spesialisthelsetjenestelov er det åpnet for at sykehusene kan pålegges (ved forskrift) å utpeke pasientansvarlige leger. Legeforeningen har utarbeidet en slik forskrift som ble oversendt Sosial- og helsedepartementet i februar 2000. De sentrale elementer i forslaget fra Legeforeningen er at det stilles krav om at en slik lege skal utpekes så snart som mulig, at funksjonene inngår som ledd i en medisinsk linje i avdelingen, at det gis føringer for hvem som kan utpekes og at denne

funksjonen dekker de nye koordineringsoppgavene etter helsepersonelloven. Det gjenstår å se hvordan departementet følger opp forslaget til forskrift.

2.4 Ny helseregisterlov

Legeforeningen har overfor Stortingets helse- og sosialkomite, gitt sterke innsigelser mot forslaget til ny helseregisterlov. I loven anmodes det om blankofullmakt fra Stortinget til at det kan opprettes helseregistre med personopplysninger på tre forskjellige nivåer uten behovsprøving, kombinert med opplysningsplikt for leger til slike registre. Opplysningsplikten utløses ved at registeret opprettes. Samtidig er Legeforeningen enig i at rettsgrunnlaget for eksisterende og nye registre bør samles og styrkes, og har på dette grunnlaget foreslått hvordan dette kan gjøres.

2.5 Fagutvalget Forsikringsforbundet-Legeforeningen

Utvalget består av Marit Krohg (leder), Eva Vasshus og Stein Kjennvold fra Norges Forsikringsforbund (Finansnæringens Hovedorganisasjon) og Hanne Dinesen, Eirik Bø Larsen og Terje Vigen fra Legeforeningen.

Utvalget har hatt fire møter i perioden. Intensjonen med fagutvalget er primært å bidra til riktig og effektiv praktisering av honoraravtalen mellom Legeforeningen og Norges Forsikringsforbund, å søke og forhindre tvister samt løse uenighet og avklare spørsmål som oppstår.

Utvalget skal vurdere gjeldende skjema og praksis vedrørende honorering med sikte på å foreslå eventuelle endringer. Forslag fremmes for avtalepartene, eventuelt direkte for enkeltsselskap.

Utvalget skal bidra til å utvikle håndbok i forsikringsmedisin, initiere fagartikler om emnet forsikringsmedisin. Utvalget skal kunne vurdere enkeltsaker som blir forelagt og gi uttalelser om pris, kvalitet og innhold i relasjon til honoraravtalens utforming og forutsetninger.

Utvalget har arbeidet med skjemaer/forespørsler som benyttes ved tegning av forsikring. Disse representerer det største volumet når det gjelder henvendelser fra forsikringsselskaper til lege. Utvalget har vurdert disse skjemaene utfra to aspekter: Bedre samsvar mellom spørsmålsutforming og den faglige terminologi som i dag er vanlig. Edb-tilpasning av skjema.

I arbeidet med edb-tilpasning av skjema har utvalget benyttet seg av Kjell Maartmann-Moe som på oppdrag har utarbeidet forslag til kravspesifikasjoner for slike skjemaer. Forslaget er drøftet i utvalget og oversendt Norges Forsikringsforbund.

Når det gjelder nye skjema har utvalget etter anmodning fra Nemnden for helsebedømmelse utarbeidet forslag til nye spesifiserte forespørsler for muskel- og skjellett lidelser og psykiske lidelser ved bruk ved tegning.

Utvalget har også foretatt en ressursvekting av legenes arbeid i forbindelse med utlevering av journalkopier. Utvalgets vurderinger ble så lagt til grunn i forhandlinger mellom Legeforeningen og Forsikringsforbundet. Det ble enighet om kr 510 for redigert journal og kr 170 for kopi av journal.

Utvalgets funksjonsperiode utgår 30.6. 2000.

3 Kvalitetssikring

”Det må etableres systemer innenfor helsetjenesten som kan utvikle og sikre kvaliteten i samsvar med etisk aksepterte og faglig forsvarlige normer. Holdninger og systemer som ivaretar en kontinuerlig forbedring av behandlingstilbudet må videreutvikles.”

3.1 Kvalitetsforbedringsutvalget

Kvalitetsforbedringsutvalget 1990-2000 har hatt slik sammensetning: Rolf Kirschner (leder), Kai-Håkon Carlsen (inntil 20.1. 2000), Marit Eskeland, Fredrik Frøen, Thor Asgeir Johannessen (inntil 7.2. 2000) Anne Grimstvedt Kvalvik, Kjeld Malde og Hans Michael Waaler.

Utvalget har i perioden avholdt sju møter.

Det er laget en oversikt over leger som er virksomme som kvalitetsveiledere/-koordinatører og arbeider i kvalitetsutvalg i kommuner og sykehus. Oversikten er lagt ut på Legeforeningens nettside, sammen med en oppdatert liste over relevante kurser og kongresser i emnet.

Utvalget har fungert som bedømmelseskomité for Legeforeningens kvalitetspriser i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten.

Det årlige seminar for ledere i spesialforeningens kvalitetsutvalg er siden 1998 slått sammen med Kvalitetssikringsfondenes erfaringsseminar for prosjektledere. Seminaret fant sted 26.-27.1. 2000 på Soria Moria. Hovedemnene for seminaret (som fra og med 2001 for øvrig skal hete ”Legeforeningens kvalitetsdager”) var kliniske kvalitetsregistre, klinisk styring og ledelse (Clinical Governance), klinisk styring og ledelse som emne i medisinsk grunn-, etter- og videreutdanning og avviksregistrering uten straffereaksjoner. Seminaret utenlandske hovedtalere var Claes Mebius, Sosialstyrelsen i Stockholm og Aidan Halligan, Director of Clinical Governance for the NHS.

Utvalget har samarbeidet med Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM) der Anne G. Kvalvik er Legeforeningens representant i styringsgruppen.

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

3.2.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond I ble opprettet etter avtale mellom Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening ved årsskiftet 1991.

Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av legepraksis utenfor sykehus. Metodeutvikling og evaluering for kontinuerlig kvalitetssikring i den daglige drift av legepraksis utenfor sykehus står derfor sentralt.

Fondets aktiviteter har inntil 30.6. 1997 vært todelt; en generell del og en del for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (laboratoriedelen). Laboratoriedelen er regulert av en egen avtale og har en leder og styringsgruppe. Resten av midlene er blitt disponert av fondsutvalget som tilskudd til kvalitetssikringsprosjekter etter søknad.

I forbindelse med normaltarifforhandlingene våren 1997 ble laboratoriedelen av fondet skilt ut i et eget fond ”Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet i legepraksis utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond III) (Se egen omtale av fondet pkt 3.5).

3.2.2 Fondsutvalgets sammensetning 1996–99

Representantene er Kjeld Malde (leder) Legeforeningen, Trygve Aanjesen, Legeforeningen, Kristina Johannessen, Legeforeningen, Marit Nygaard, Sosial- og helsedepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund.

3.2.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Høsten 1997 utarbeidet fondsutvalget et strateginotat (fås ved henvendelse til sekretariatet) eller se

<http://www.legeforeningen.no> (kvalitetssikring).

Fondsutvalget har følgende prinsipper for bevilgningene:

- Prosjektet skal være i samsvar med vedtekter og satsningsområder som fondsutvalget har lagt til grunn for sin bevilgningspolitikk.
- Prosjektet skal ha et klart kvalitetssikringsaspekt, og således kunne skilles fra et tradisjonelt forskningsprosjekt, for eksempel ved at det passer inn i hele Demings kvalitetssirkel (plan, do, check, act).
- Prosjektet skal ha allmenn nytteverdi og ikke bare ha betydning for søker eller den institusjon hvor prosjektet gjennomføres.
- Prosjektet bør føre til erfaringer som kan formidles og tas i bruk av andre.
- Dokumentasjon som utvikles gjennom prosjektet skal stilles til allmenn disposisjon og distribueres til selvkost. Det samme gjelder EDB-programmer som utvikles.

Fondet kan ifølge vedtektene støtte et enkeltprosjekt i maksimalt fem år. Det presiseres at bevilgningene gis til prosjekter i en tidsavgrenset periode og som regel ikke utover tre år. Prosjekter som går over flere år, søker om midler for ett år om gangen.

3.2.4 Avsetninger og bevilgningspolitikk

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

For driftsåret 1999-2000 ble det avsatt 4,5 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. 1,5 millioner var øremerket til Kvalitetssikringsfond IIIs prosjekt "Laboratorievirksomhet utenfor sykehus". Kvalitetssikringsfond IIs ordinære virksomhet har dermed blitt liggende på det nivå som den ble redusert til i 1998. Fondet har derfor måttet prioritere meget stramt. Så langt som mulig har fondet videreført de flerårige prosjekter som det har gitt oppstartstøtte til. Mange gode nye prosjektsøknader har måttet avslås, og bevilgningene til de fleste løpende flerårige prosjekter er redusert.

3.2.5 Søknader og bevilgninger i 1999

Det totale antall søknader til fondet var 24, med en samlet søknadssum på 5,9 millioner kroner. Av disse søknadene ble 13 innvilget, med en samlet innvilgningssum på 2,6 millioner kroner.

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

3.3.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond II ble etablert ved forhandlingene i 1992, etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening, med en avsetning på 10 millioner kroner.

Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Metodeutvikling og evaluering for kontinuerlig kvalitetsforbedring i den daglige utøvelse står sentralt. Myndighet for anvendelse av fondsmidler er tillagt fondsutvalget.

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

3.3.2 Fondsutvalgets sammensetning 1997-2000

Stein Tore Nilsen (leder), Legeforeningen, Guttorm Brattebø, Legeforeningen, Solfrid Kjus, Legeforeningen, Haakon Melsom, Sosial- og helsedepartementet (inntil 21.1. 2000) Marit Nygaard, Helsetilsynet (fra 21.1. 2000) og Erik Bartnes, Kommunenes Sentralforbund.

3.3.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Fondsutvalget foretar bevilgninger i henhold til fondets vedtekter. Strateginotat fra 1996 er revidert, og danner grunnlaget for prioriteringer og drift av fondet. Strateginotatet fås ved henvendelse til sekretariatet, eller se <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetssikring).

Fondsutvalget har lagt følgende retningslinjer til grunn ved vurdering av prosjektsøknader:

- Prosjektet må ha allmenn nytteverdi, dvs. at prosjektet også må ha verdi for andre samme situasjon. Resultatene for prosjektet skal derfor offentliggjøres.
- Det skilles mellom forskning og kvalitetssikring, og midler til kvalitetssikring prioriteres det finansieres ikke utstyr (f.eks pc) som søker ellers kan ha nytte av.
- Midler til lønn kan bare brukes til frikjøp, dvs. prosjektarbeid på fritiden lønnes ikke.
- Dokumentasjon som utvikles gjennom prosjektet skal stilles til allmenn disposisjon og distribueres til selvkost. Det samme gjelder EDB-programmer som utvikles.

Pga. stor pågang av søknader i forhold til fondets økonomi, legges det vekt på at igangsetting av prosjekter også utløser midler fra andre.

Fondsutvalget har som tidligere år lagt følgende prioritering til grunn: flerårige prosjekter som tidligere har mottatt støtte, og som kommer med en tilfredsstillende fremdriftsrapport, søknader initiert av spesialforeningene, samarbeid mellom første- og annenlinjetjenesten, kvalitetssikring av avdelingsledelse og prosjekter der det kan oppnås gode resultater med små midler.

Hvis fondsutvalget tidligere har bevilget midler til et lignende prosjekt, ønsker fondsutvalget å avvente resultater fra dette prosjektet for å lære av erfaringer, før det bevilger ytterligere midler. Der fondsutvalget har behov for å innhente faglige uttalelser, benyttes hovedsakelig spesialforeningenes kvalitetsutvalg som høringsinstans.

3.3.4 Søknader og bevilgninger i 1999

For driftsåret 1999-2000 fikk Kvalitetssikringsfond II tilført 3,5 millioner kroner. Det totale antall søknader til fondet var 21, med samlet søknadssum 5,1 millioner kroner. Seks av søknadene ble innvilget, med tilsammen to millioner kroner.

Fondets største enkeltprosjekter var "Gjennombruddsprosjektet Keisersnitt", som ble gjennomført i samarbeid med Norsk gynekologisk forening og avsluttet i september 1999 og "Gjennombruddsprosjektet Intensivmedisin", som ble startet på høsten 1999 i samarbeid med Norsk anesthesiologisk forening. Gjennombruddsprosjektene utgangspunkt er begrepet "Achievable Benefits Not Achieved": ethvert fagområde der det er et gap mellom det en vet og det en gjør er en potensiell kandidat for et gjennombruddsprosjekt.

Fondsutvalget er prosjektets styringsgruppe. I samarbeid med spesialforeningen settes det ned en tverrfaglig ekspertgruppe, som identifiserer problemer og forbedringsmuligheter. De deltakende avdelinger setter ned hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Deres lokale forbedringsarbeid ble støttet av prosessveiledere, som er eksperter på de sosiale og psykologiske aspekter ved endringsprosesser, utvalgt i samråd med Statens helsetilsyn.

3.4 Fellesaktiviteter for Kvalitetssikringsfond I og II

Legeforeningens skriftserie: Utdanning og kvalitetssikring

Tidligere utgitt:

- Brukerveiledning for gjensidig praksisbesøk
- Kollegabasert læring av egne konsultasjoner
- Henvisninger og henvisningsrutiner
- Telefontilgjengelighet i allmennpraksis
- Bruk av ICPC (også som video)
- Kvalitetshåndbok for legekontorer (også på diskett)
- Flyktninger i primærhelsetjenesten
- Veileder i Fødselshjelp
- Kollegabasert læring av klagesaker

- Utredning og behandling av pasienter med cerebrovaskulær sykdom
- Veileder i generell gynekologi
- Veileder i barne- og ungdomspsykiatri
- Metodebok for revmatologisk praksis
- Clinical guidelines in General Gynecology 1997
- Retningslinjer for metoder i Klinisk Nevrofysiologi
- Veileder i gynekologisk onkologi 1997
- Veileder i fødselshjelp 1998
- Veileder for fagområdet øre-nese-halssykdommer
- Veileder i radiologiske prosedyrer (ringperm)
- Nye kapitler 1 og 4 i Metodebok for revmatologisk praksis (ringperm)
- The Quality Journeys of Six Norwegian Hospitals
- Integrated Quality Development in Public Healthcare
- Veileder i akutt pediatri

Utgitt i 1999:

- Veileder i akutt pediatri
- Kvalitetssikring i spesialiteten patologi
- Standardisering av biopsibesvarelser
- Veileder i å utarbeide kvalitetsindikatorer og sjekklister for veiledere i fagområdene

Heftene annonseres i Tidsskriftet for Den norske lægeforening og distribueres til foreningens medlemmer og andre interesserte. Forøvrig selges heftene til selvkost (kr 80–150 per hefte).

Det årlige kvalitetsforbedringsseminar (tidligere: kvalitetssikringsfondenes erfaringsseminar og Kvalitetsforbedringsutvalgets seminar for spesialforeningenes kvalitetsutvalg

Seminaret ble avholdt i januar 2000. For annen gang gikk det i fellesregi av Kvalitetssikringsfond I, Kvalitetssikringsfond II, Kvalitetssikringsfond III og Kvalitetsforbedringsutvalget. Deltakere var inviterte prosjektledere som har mottatt støtte fra kvalitetssikringsfondene, medlemmer av spesialforeningenes kvalitetsutvalg og andre spesielt inviterte gjester. Et bredt utvalg av pågående og avsluttede prosjekter ble gjennomgått i plenum.

Det er utarbeidet en felles årsmelding for Legeforeningens tre kvalitetssikringsfond

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

3.5.1 Historisk bakgrunn

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

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

3.5.2 Organisering

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

3.5.3 Styringsgruppen 1996-99/2000-2003

Styringsgruppen består av:

Harry Martin Svabø (leder), Legeforeningen, Hans Petter Aarseth, Legeforeningen, Sverre Landaas, Legeforeningen, Jan Fredrik Andresen, Sosial- og helsedepartementet, Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund.

Styringsgruppen har hatt tre møter i 1999.

3.5.4 Referansegruppen 1996-99/2000-2003

Representanter består av:

Sverre Sandberg (leder), Legeforeningen, Erling Saltrøe, Legeforeningen, Dag Frøyshov (inntil 31.12.1999), Legeforeningen, Lars Vorland, Legeforeningen, Per Hjortdahl, Legeforeningen, John Cooper, Legeforeningen, Kjell Torgeir Stokke (fra 1.1. 2000), Legeforeningen, Per Roland, Kommunenes Sentralforbund, Ellisiv Hegna (inntil 31.12. 1999), Sosial - og helsedepartementet, Siri Fosse (fra 1.1. 2000), Sosial- og Helsedepartementet, Heidi Støen (inntil 31.12. 1999), Norsk Bioingeniørfaglig Institutt, NITO, Toril Gran (fra 1.1. 2000), Norsk Bioingeniørfaglig Institutt, NITO, Kari F. Nilsson, representant for laboratoriekonsulentene.

Referansegruppen har hatt to møter i 1999.

På sentrallaboratoriet i hvert fylke er det ansatt en laboratoriekonsulent som driver veiledning overfor alle yrkesgruppene på legekantorene i fylket (FOKLUS). Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) sender ut kvalitetskontrollmateriale til landets legekantor, og rapporterer resultater og vurderinger tilbake til legekantorene og til laboratoriekonsulentene.

Se <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetssikring), eller NOKLUS og FOKLUS sin hjemmeside <http://www.uib.no/isf/NOKLUS>.

I 1999 har ordningen en oppslutning på 1913 laboratorier. 97% av landets legekantor (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) som har laboratorium, deltar i ordningen. Kvalitetssikringsordningen har 187 deltakere til selvkost, og dette er hovedsaklig sykehjem, helsestasjoner og bedriftshelsetjenester.

Det drives et utstrakt veilednings- og opplæringsarbeid i regi av laboratoriekonsulentene i FOKLUS. I løpet av 1999 er 61% av deltakerne blitt besøkt, og det er blitt arrangert 120 kurs med 3506 deltakere (leger og medarbeidere).

Kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus har ført til bedring av analysekvaliteten på de fleste laboratorieprøver. Eksempelvis kan nevnes at andel blodsukkerresultater som er blitt klassifisert som dårlige, er sunket fra 16% til 6% i perioden 1993 til 1999.

Det er sammen med kontrollmateriale for INR/TT sendt ut sykehistorier til legene der legenes tolkning av prøvesvarene blir registrert. Legene får, samtidig som de får svar på resultatene fra den analytiske kontrollen, tilbakemelding på den kliniske vurderingen der de kan sammenlikne seg med andre kolleger. Det ble i en separat utsendelse sendt sykehistorie for helicobacter pylori. Denne var betydelig mer omfattende enn "rutineutsendelsene" vi har, og dette ble gjort fordi resultatene skulle brukes for å se på helseøkonomiske aspekter ved laboratorieanalysen.

FOKLUS og NOKLUS hadde sin egen gruppe som arbeidet med overgangen fra prosentenheter til INR når det gjaldt måling av antikoagulasjonsbehandling. Gruppen sørget blant annet for at hele landet samlet gikk over til INR enheter fra 1.11. 1999.

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

Det ble gjennomført to undersøkelser relatert til diabetikernes egenmåling av blodsukker. Den ene var et pilotprosjekt for hvordan nye glukoseinstrumenter bør undersøkes blant diabetikere. Dette skal være en mal for liknende utprøvinger i fremtiden. Det ble dessuten foretatt en undersøkelse vedrørende ekstern kvalitetskontroll blant diabetikere. Det viste seg at dette var mulig å gjennomføre, og at det var stor interesse blant diabetikerne for å være med på slike opplegg

Det er i gang prøveprosjekt i Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Vest-Agder og Aust-Agder for å høste erfaringer med verving av deltakere til selvkost. Man har prioritert å verve deltakere fra sykehjem. Ved utgangen av 1999 var det inngått avtale med 80 deltakere til selvkost i disse fylkene.

De ansatte i ordningen har holdt en rekke foredrag i inn- og utland. Det er for tiden en doktorgradskandidat og to hovedfagsstudenter som er knyttet opp mot ordningen og som bruker materiale herfra til sine prosjekter.

Bedret laboratorievirksomhet fører til at man sparer pasienter og leger for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og hindrer feil behandling. Dette fører til samfunns-økonomiske besparelser.

Det er utarbeidet en felles årsmelding for Legeforeningens kvalitetssikringsfond og en egen utvidet årsmelding for Kvalitetssikringsfond III.

3.6 Spesialforeningens kvalitetsutvalg

Kvalitetsforbedringsarbeidet i spesialforeningene ble støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond II. Beløpet som etter søknad fra spesialforening kunne stilles til disposisjon for foreningens kvalitetsforbedringsarbeid var i år satt til kr 20 000. KSF-II har også støttet prosjekter initiert av spesialforeningene.

Også i år har det vært utgitt nye veiledere og reviderte versjoner av eksisterende: Veileder i akutt pediatri, Kvalitetssikring i spesialiteten patologi, Standardisering av biopsibesvarelsen, Veileder i å utarbeide kvalitetsindikatorer og sjekklister for veilederne i fagområdene.

Det årlige seminar for ledere i spesialforeningens kvalitetsutvalg (se punkt 3.1) er siden 1998 slått sammen med Kvalitetssikringsfondenes erfaringsseminar for prosjektledere.

3.7 Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten)

Gruppe for kvalitetsutvikling i helsetjenesten ble etablert i 1994 ved at en rekke prosjekter finansiert av Legeforeningens Kvalitetssikringsfond ble samlokalisert i Skien. Etter lang tids utredning ble GRUK i august 1999 etablert som en stiftelse som styres av Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening, Norsk Sykepleierforbund og Telemark Fylkeskommune. Stiftelsens formål er å utvikle metoder for kvalitetsforbedring innenfor alle deler av helsetjenesten og å drive opplæring og veiledning i bruken av metodene. Fylkesrådmannen i Telemark, Søren Gunnar Thorsdal, er styreleder. Prosjektleder Dag Hofoss er Legeforeningens representant i styret med Hans Asbjørn Holm som vararepresentant. Aktiviteter knyttet til GRUK i årsmeldingsperioden har vært

- samfunnsmedisinske informasjonstjenester
- kvalitetsforbedring i psykisk helsevern
- SATS (Sekretariat for utvikling av allmennmedisinske kvalitetsindikatorer)
- kollegabasert etterutdanning i allmennpraksis
- elektroniske prosedyrer for medarbeideråd
- forskningsprosjekt om medisinsk etikk.

3.8 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

Ut året 1999 besto utvalget av Per Christian Juvkam (leder), Daniel Haga, Lars Nesje og Hanne Klausen. Utvalget skal blant annet gi råd til sentralstyret i saker som gjelder prehospital akuttmedisinske forhold. Utvalget fulgte opp arbeidet med revisjon av *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* (se nedenfor). Utvalget hadde ett møte.

Ved nyoppnevning av utvalget vinteren 2000 er følgende medlemmer: Lars Nesje (leder), Hanne Klausen, Pål Klepstad, Ragnhild Smalås. Mandat ble ikke endret. Det nye utvalget har hatt ett møte.

LUPA har ellers fulgt opp spørsmålet om sikkerhet i luftambulansetjenesten. Etter initiativ fra LUPA nedsatte sentralstyret en arbeidsgruppe som skulle utarbeide forslag til kravspesifikasjoner i forbindelse med ny kontraktsperiode for flyoperatører (fra 2001). En arbeidsgruppe bestående av leger med erfaring fra luftambulansetjenesten utarbeidet et problemnotat med tittelen "Luftambulansetjeneste, helsetjeneste med spesielle krav til sikkerhet". Rapporten kom med en rekke konkrete forslag til innhold i en kravspesifikasjon. I forbindelse med anbudsrunder ble Legeforeningen og andre aktører invitert til møte i Rikstrykdeverket, hvor problemene ble diskutert og notatet deretter oversendt. Henvendelsen har senere vært fulgt opp fra sekretariatet.

3.8.1 Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen og firma Åsmund Lærdal AS samarbeider om å utvikle, revidere og utgi *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* (se senere om revisjon). Det er startet et arbeid for å utvikle en elektronisk versjon av *Indeks* som forventes å gi flere fordeler for brukerne. Det er opprettet en faglig referansegruppe med bl.a. leder av LUPA, representanter fra Helsetilsynet, Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsetjenesten (KITH) og Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).

3.8.2 Revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

En av oppgavene for LUPA er å forestå revisjon av *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*. Til dette er det opprettet en egen revisjonsgruppe bestående av Christian Lexow, Mads Gilbert, Arne Johannessen, Per Christian Juvkam, Lars A. Nesje og Jon Erik Steen-Hansen. Revidert utgave av *Indeks* forelå høsten 1999. Legeforeningen har det redaksjonelle ansvaret mens Lærdalstiftelsen har internasjonale rettigheter, og Åsmund Lærdal AS er forlegger. Indeksen er bygd opp tematisk. Kritiske situasjoner er omtalt først og senere ordnet alfabetisk. Operatøren kan raskt finne anbefalt hastegrad og egnet respons. I den reviderte utgaven er startkortet forenklet og instruksjonskortene revidert. Det er også kommet med flere råd og tips om hvordan hjelpepersonellet skal forholde seg på skadestedet. Det er videre tatt med flere alminnelige medisinske problemstillinger for å gjøre *Indeks* egnet til bruk ved legevaktsentraler så vel som ved AMK-sentraler.

3.9 Samhandlingsutvalget

Utvalget ble oppnevnt av sentralstyret i 1998. Ved avlevering av rapport høsten 1999 var utvalgets sammensetning: Jon Halvard Bø (leder), Arne Holme, Sigrid Næss, Karin Straume (tidl. Skarsaune) og Einar Opedal. Mandatet var å se på de samhandlinger som i dag skjer mellom 1.- og 2.-linjetjenesten og vurdere på hvilken måte disse kan bedres. Mandatet er senere av sentralstyret presisert slik at arbeidet skulle konsentreres om samhandling innen psykiatrien. Utvalget har hatt fire møter i perioden, av hvilke et arbeidsmøte over to dager. Rapporten gir bl.a. en generell beskrivelse av samhandlingen i helsetjenesten. Videre beskrives samhandling omkring pasienter med psykiske lidelser i dag, det drøftes hva som kan fremme og hva som kan hemme samarbeid. Rapporten gjengir et utvalg av prosjekter som er gjennomført med sikte på bedre samhandling rundt pasienter med psykiske lidelser. Forbedringspotensialer drøftes. Utvalgets rapport foreslår strategier innenfor fire områder, opplæring og utdanning hvor det bl.a. ble anbefalt å innføre fire måneders obligatorisk turnustjeneste i psykiatri, samt forbedret og målrettet etterutdanning av leger. Rapporten ble lagt fram for sentralstyret, som i desember 1999 vedtok å sende den på intern høring. Det ble også vedtatt at det i oversendelsesbrevet skulle redegjøres for Legeforeningens syn på obligatorisk turnustjeneste i psykiatri. Høringsinstansene hadde noe divergerende syn på hvordan utvalget hadde løst sin oppgave. De fleste var enig i forslagene til utdanningstiltak, og i forslagene om organisering generelt. Det var forskjellige syn på forslaget om obligatorisk turnustjeneste i psykiatri, men flertallet gikk imot. Sentralstyret vedtok å anmode samhandlingsutvalget om å endre sin anbefaling vedrørende obligatorisk turnustjeneste i henhold til sentralstyrets tidligere standpunkt.

Et flertall (fire av fem utvalgsmedlemmer) møttes og endret til sammen fire avsnitt i rapporten.

Utvalgets mindretall ønsket ikke å endre konklusjonene. I sitt møte 22.6. 2000 ga sentralstyret sin tilslutning til den endrede rapport.

3.10 Tvistenemnda for nakkeskader

Tvistenemnda for nakkeskader ble opprettet i 1991. Tvistenemnda er opprettet etter en avtale mellom Norges Forsikringsforbund og Den norske lægeforening der det også redegjøres for at de kostnader som Legeforeningen har i forbindelse med Tvistenemnda refunderes av Forsikringsforbundet. Det er ingen kontakt mellom medlemmer av nemnda og Forsikringsforbundet, slik at kontaktene mellom partene skjer på det administrative plan.

Medlemmer av Tvistenemnda er Stein Opjordsmoen (leder), Geimund Unsgård, Odd Bøyesen, Trine Sand Kaastad og Reidun Borgmann.

I de første årene behandlet nemnda mellom 30-40 saker, mens det i 1998 ble en dramatisk reduksjon til bare 11 saker. I inneværende årsmeldingsperiode er det kun behandlet fire saker. Årsakene til denne reduksjonen skyldes flere forhold. Ifølge tilbakemeldinger fra miljøene synes nemndas arbeid å ha bidratt til at spriket i legeerklæringene har blitt mindre. Det er imidlertid også kjent at mange advokater ikke ønsker saken vurdert av Tvistenemnda pga. at Tvistenemnda ikke foretar en undersøkelse av den skadelidte og at det hevdes pga. refusjonsordningen mellom Legeforeningen og Forsikringsforbundet at nemnda er knyttet for sterkt til forsikringsbransjen.

Et sterkt fallende antall saker har gjort det nødvendig å løsne litt på de interne kravene slik at medlemmer at nemnda nå også kan påta seg sakkyndighetsoppdrag ved å skrive spesialisterklæringer.

4 Forskning og fagutvikling

”Medisinsk forskning må være fri og uavhengig. Evaluering av medisinsk praksis er et nødvendig virkemiddel for å sikre befolkningen en god helsetjeneste. Forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling må være en prioritert og integrert del av medisinsk virksomhet.”

4.1 Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning har i sin andre meldingsperiode bestått av åtte medlemmer og hatt fem møter.

1998-1999:

Jon Lekven (leder), Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Per Hjortdahl (sekretær), Den norske lægeforenings sekretariat, Egil Arnesen, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, Anna Middelfart, Det medisinske fakultet, NTNU, Kjetil Steine, Det medisinske fakultet, UiO (til april 99), Henrik S. Huitfeldt, Leger i vitenskapelig stilling Dnlf, Asle Medhus, Yngre legers forening og Bjørn Gulvog, Uavhengige forskningsstiftelser.

2000-2001:

Jon Lekven (leder), Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen, Per Hjortdahl (sekretær), Den norske lægeforenings sekretariat, Ole Petter Ottersen, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Helge Waldum, Det medisinske fakultet, NTNU, Truls Myrmel, Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, Christian Drevon, Leger i vitenskapelig stilling Dnlf, Asle Medhus, Yngre legers forening Dnlf og Bjørn Gulvog, Uavhengige forskningsstiftelser.

Utvalget har dels arbeidet med tema som det selv har tatt opp, dels tema som er blitt aktuelle eller der utvalget er rådspurt. Utvalget rapporterer til sentralstyret.

Forskningsutvalget har lagt flere av sine møter til de største sykehusene der det har vært arrangert frie drøftinger med leger, tillitsvalgte, forskere, sykehusledere og fakultetene om mulighetene og begrensningene for forskning. På denne måten har mange av dagens utfordringer blitt konkretisert, og miljøene fått viktige signaler fra utvalgets side. Slike besøk vil fortsette i tiden fremover. Utvalget har besøkt Haukeland sykehus, Regionsykehuset i Tromsø og Sentralsykehuset i Akershus og disse har på denne måten gitt klare meldinger direkte til utvalget om sine muligheter, utfordringer, problemer og hindringer.

Utvalget har uttalt seg om en rekke saker for sentralstyret og bl.a. utarbeidet et prinsippnotat om hvorfor og hvordan klinisk forskning i sykehus kan drives. Det er også utviklet et nytt konsept for forskningslege ved sykehus som angir hvordan et slikt tiltak kan utprøves for et foreløpig begrenset antall. Spørsmål knyttet til meritering for vitenskapelig arbeid i tilsettings- og avlønningssaker er tydelig av stor betydning for både rekruttering og utførelse av forskning, og utvalget arbeider derfor stadig med disse spørsmål for å oppnå en bedre balanse mellom forskningsarbeid og praktisk legearbeid på sykehusene.

4.1.1 Behov for forskningskompetanse i sykehus

Utvalget utformet i forrige periode et prinsippnotat der det settes et kritisk søkelys på dette spørsmål der det argumenteres for behovet for forskningskompetanse. Notatet har vært på organisasjonsmessig høring i Dnlf og fått bred tilslutning og utgjør nå et bakgrunnsdokument i Dnlf's forhold til bl.a. arbeidsgiverorganisasjonene, myndighetene, universitetene og forskningsråd.

4.1.2 Forskningslege

Etter mange oppfordringer om at det burde etableres stillinger som forskningslege ved sykehus, har utvalget utarbeidet et slikt konsept. Saken er ikke enkel og det gjør seg gjeldende motforestillinger

om at forskningen derved kanskje ville bli marginalisert i en avdeling i stedet for å være en integrert del av et sykehus' virksomhet.

Derfor har utvalget anbefalt et prøveprosjekt med 20 slike stillinger med individuell kontraktutforming mht. arbeidsoppgaver, arbeidsbetingelser, omfang, avlønning mv. Prøveprosjektet må evalueres etter fem år før det evt. utbygges i større skala. Dnlf har senere fremmet ideen for de relevante samarbeidspartnere og foreløpig ser det ut til at forslaget møter interesse ved noen sykehus mens enkelte av de store universitetsklinikkene stiller seg avventende.

4.1.3 Andre saker

Utvalget har vurdert andre aktuelle saker for Dnlf slik som St.mld. 39 – Forskningsmeldingen og forskningens plass i Statsbudsjettet for 2000. Utvalget har også vært representert ved dekanmøtet i medisin og seminarer for bl.a. sykehuslederne og legemiddelindustrien.

4.2 Nasjonalt utvalg for vurdering av uredelighet i helsefaglig forskning

Det nasjonale utvalg for vurdering av uredelighet i helsefaglig forskning ble opprettet av Norges forskningsråd i september 1994. Magne Nylenna er Legeforeningens representant i dette arbeidet.

4.3 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen har sammen med Norges Apotekerforening, Norsk Medisinaldepot og Statens legemiddelkontroll siden 1980 utgitt Norsk legemiddelhåndbok. Norsk legemiddelhåndbok er en terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ. Virksomheten har vært uformelt organisert som et såkalt interessentskap. Etter en juridisk utredning av alternative fremtidige organisasjonsformer har de samarbeidende parter godkjent virksomheten videre organisert som en forening benevnt Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.

Niende utgave av boken utgis ved årsskiftet 2000-2001. Den nye utgaven vil bli lagt ut på Internett.

Legeforeningen er representert i styret ved Åsmund Hodne med vararepresentant Einar Espolin Johnson.

4.4 Legemiddelutvalget

Legemiddelutvalget har i perioden bestått av Georg Sager (leder), Erik F. Ellekjær, Ole A. Jøssang, Ingrid Os, Trine Dybwad og Terje Vigen. Sistnevnte har vært utvalgets sekretær. Utvalget har hatt 2 møter. Av de saker som spesielt har vært arbeidet med er apotekloven og retningslinjer for samarbeid mellom legemiddelindustrien og legestand. Det vises for øvrig til kap. 12 Helsepolitikk der det redegjøres noe nærmere for disse forhold.

4.5 Forskningsinstituttet

4.5.1 Personale og finansiering

Instituttet har fem faste medarbeidere og tre eksterne. Forskningsinstituttet mottar sin grunnfinansiering fra SOP, men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag, med oppdragsgivere både innenfor og utenfor Legeforeningen.

4.5.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder i 16 i 1999 og seks (hittil) i 2000. Et spesialnummer av tidsskriftet Social Science and Medicine basert på konferansen "The physician role in transition – Is Hippocrates sick?" som ble holdt på Soria Moria i 1997, vil snart bli publisert.

Sentrale tema for Forskningsinstituttet er:

- kollegial kultur
- medisinsk etikk
- mestringsstrategier
- legers sykkelighet og dødelighet

- legers livsstil og livskvalitet
- læring og profesjonalisering
- legerollen og lege/pasientforholdet

Representanter for forskningsinstituttet er ofte forelesere på møter i fylkesavdelinger og yrkesavdelinger, og deltar aktivt i offentlige debatter etc.

I samarbeid med Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg har instituttet utviklet to grunnkurs om utfordring, belastning og mestring i legearbeidet for leger som er engasjert i det kollegiale støtteapparatet.

En oversikt over publikasjoner med sammendrag:

<http://www.legeforeningen.no/forskning/forsk.htm>

5 Utdanning

”Grunn-, videre- og etterutdanning av leger skal ha høy faglig og pedagogisk kvalitet. Alle leger skal ha rett og mulighet til videre- og etterutdanning. Det må til enhver tid utdannes et tilstrekkelig antall leger og spesialister i hvert fagområde.”

5.1 Spesialitetsrådet

I perioden 1.5. 1998-31.12. 2001 består spesialitetsrådet av:

Jørgen J. Jørgensen (leder), Anne Mathilde Hanstad (nestleder)

Medlemmer:

Bente Mikkelsen, Steinar Aase (vara). Frank R. Andersen, Håkon Lasse Leira (vara). Vidar Seim, Marius Conradi (vara). Grethe Aasved, Anne Mørch Larsen (vara). Bente K. Johansen, John-Arne Røttingen (vara). Marianne Olsson, Brit Hveem (vara).

Eirik Monn - Universitetet i Oslo, Bjørn Myrvang (vara). August Bakke - Universitetet i Bergen, Ernst A. Lien (vara). Helge Bjørnstad Pettersen - Universitetet i Trondheim, Bjørn Hilt (vara). Ole Petter Rekvig - Universitetet i Tromsø, Georg Høyer (vara). Jørgen Holmboe og Gunnar Andersen - Statens helsetilsyn, Aud Nordal (vara). Audun Kleppe - Kommunenes Sentralforbund, Kari Rolstad (vara). Ingeborg Traaholt - Norsk pasientforening, Vera Christensen (vara).

Rådet har i perioden hatt åtte møter.

Ved siden av generelt å ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for spesialistutdanningen, har rådets oppgave vært å avgi innstilling overfor sentralstyret i prinsipielle saker og i saker under forberedelse for landsstyret i 1999 og 2000.

Innen spesialitetsrådet har det vært nedsatt tre forskjellige arbeidsgrupper til å arbeide med følgende hovedområder; ”oppheving av gruppeføringen, samarbeidsordninger, forskning i spesialistutdanningen og akademisk tjeneste/prosjektarbeid, obligatorisk vitenskapskurs” og ”Legeforeningens arbeid med mer formalisert etterutdanning”.

5.2 Spesialitetskomiteene

Medlemmene i spesialitetskomiteene fremgår av Årboken side 28 m.v.

I tråd med spesialistreglens generelle bestemmelser har sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i de 43 spesialitetene. Komiteene er oppnevnt i tråd med forslag fra vedkommende spesialforening samt fra Ylf. Funksjonstiden for de sittende spesialitetskomiteer utløper 31.12. 2001.

Spesialitetskomiteenes arbeid skjer ved at saker sirkulerer per post, og hvert medlem avgir uttalelse. ”Kurante” søknader sendes kun til vurdering til lederen i spesialitetskomiteen.

For behandling av mer prinsipielle eller vanskelige spørsmål arrangeres møter i komiteene.

Ved siden av å ha sin oppmerksomhet på alle forhold av betydning for videre- og etterutdanning i vedkommende fagområde, avgir spesialitetskomiteene innstilling overfor sentralstyret til søknader om spesialistgodkjenning, søknader om godkjenning av utdanningsinstitusjoner eller søknader om endret gruppeføring av utdanningsinstitusjoner, endrede krav til utdanning og tjeneste m.v. Komiteene gjør også et stort arbeid med vurdering av rapporter fra utdanningsinstitusjonene og besøk på utdanningsinstitusjonene.

Komiteene godkjenner kurs i relasjon til spesialistutdanningen og fremmer forslag om kurs i fakultetenes regi.

Det er i perioden gjennomført en del endringer i status for godkjente utdanningsinstitusjoner som følge av rapporter og besøk.

Spesialitetskomiteene har utført et stort arbeid med omredigering av spesialistreglene. Utgangspunktet var St.melding nr. 24 (1997) Tilgjengelighet og faglighet om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste og de uttrykte ønskene om å forkorte og effektivisere spesialistutdanningen, bl.a. ved å fjerne sideutdanningen, men likevel bevare nødvendige deler av intensjonen med nødvendig supplerende erfaring til tjeneste og utdanning i spesialfaget. De blir i de omredigerte

spesialistreglene anledning til å erstatte ett år av spesialistutdanningen med forskningstjeneste etc.

Komiteene avgir uttalelser i relasjon til forslag om endring av spesialistreglene i vedkommende fag eller fremmer eget forslag om ajourføring og endring av reglene.

Spesialitetskomiteene blir i økende grad forelagt en rekke forespørsler fra utdanningskandidater om hvordan utdanningen kan legges opp, og hvorvidt en spesiell stilling eller tjeneste kan merittere i spesialistutdanningen.

De mer prinsipielle saker går fra spesialitetskomiteene via spesialitetsrådet til sentralstyret.

Representanter fra spesialitetskomiteene har møter i spesialitetsrådet for å redegjøre for saker med relasjon til vedkommende spesialitet. Spesialitetskomiteene har også hatt møter med sentralstyret i forbindelse med spesielle saker og ved ankebehandling av søknader om spesialistgodkjenning.

Gjennom spesialitetsrådet og spesialitetskomiteene er til sammen ca. 300 medlemmer engasjert i arbeid med videre- og etterutdanning av leger.

5.3 Hospitantutvalget

Hospitantutvalget 1998-2001:

Björg Sørensen, Vibeke Brockmeier (vara). Trygve Bull-Njaa, Knut Krohg (vara). Kai Tjeransen, Hans Petter Næss (vara).

Utvalget har i perioden behandlet tre søknader om tillatelse til hospitering, hvorav alle er innvilget.

Søknadene har dreiet seg om tillatelse til å hospitere i seks måneder ved barneavdeling for utdanningskandidater i barne- og ungdomspsykiatri.

5.4 Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 1998-2001:

Espen Bjerke, leder, Marthe Horneland, Agnete L. Lølandsmo, Thorkil Hansen, Egil Martinsen, Else Margrethe Berg og Waldemar Platou.

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

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

5.5 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 1999 behandlet fire forslag om endringer av spesialistreglene (Tidsskriftet nr 29/1999, side 4391).

Landsstyret 1999 vedtok å gi sin tilslutning til at man i Legeforeningens faglige organer og i arbeidet utad med forbedring av spesialistutdanningen følger intensjonene i forslaget om nytt system for godkjenning av utdanningsinstitusjoner, opphevelse av gruppeføringen og innføring av krav om 12 måneders akademisk tjeneste/godkjent prosjektarbeid.

Det ble fattet et tilleggsvedtak i tråd med forslag fra Norsk patologisk forening v/G. Cecilie Alfsen at "de enkelte faglige organer tar stilling til om prosjektarbeid etter nærmere definisjon også er tjenlig ved akademisk tjeneste".

En arbeidsgruppe i spesialitetsrådet har etter landsstyrets møte oktober 1999 arbeidet videre med å trekke opp rammene for det nye system for godkjenning av utdanningsinstitusjonene, erstatte krav til 18 måneders gruppe I-tjeneste med 12 måneders akademisk tjeneste/godkjent prosjektarbeid m.v.

Landsstyret 1999 vedtok at det delegeres til sentralstyret å fremme forslag om endrede/omredigerte spesialistregler i samtlige spesialiteter overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling i tråd med følgende modell:

1. X års tjeneste i spesialiteten
Inntil ett år kan erstattes av:
 - a) forskningstjeneste
eller
 - b) tjeneste i følgende spesialiteter
eller
 - c) tjeneste i helseadministrativ/samfunnsmedisinsk
legestilling eller i allmenntid
2. Y års tjeneste i annen obligatorisk spesialitet (dette punktet gjelder bare enkelte spesialiteter).

For grenspesialitetene:

1. Specialistgodkjenning i hovedspesialiteten.
2. X års tjeneste i grenspesialiteten, hvorav to år kan inngå i hovedspesialiteten.
3. Y års tjeneste i annen obligatorisk spesialitet (gjelder kun visse spesialiteter).

I den foreslåtte omredigering av spesialistreglene er det anledning til å erstatte inntil ett år av tjenesten med forskningstjeneste.

Landsstyret vedtok i tråd med forslag fra Kvalitetsforbedringsutvalget v/Rolf Kirschner en tilføyelse i den fremlagte merknad til forskningstjeneste "forskning og fagutvikling, herunder arbeid med kvalitetsforbedring som bidrag til spesialforeningenes faglige veiledere eller som ledd i tilrettelegging for evaluerende praksis". Ved behandling av saken om omredigering av spesialistreglene i Nasjonalt råds møte 16.2. 2000. ble det vedtatt en tilføyelse om at "norsk medisinsk doktorgrad teller som ett års forskningstjeneste uavhengig av tjenestetid.

Merknaden som presiserer hva som menes med forskningstjeneste ble etter det følgende; "Med forskningstjeneste menes lønnet eller stipendfinansiert forskningstjeneste eller arbeid med kvalitetsforbedringsprosjekter under veiledning i minst 50% stilling. Forskningstjenesten vil gi tellende tjenestetid i forhold til stillingsbrøk. Tjenesten må dokumenteres med veiledererklæring og et vitenskapelig arbeid (rapport, oppgave, artikkel, avhandling eller lignende). Forskningstjeneste som er gjennomført før autorisasjon eller embetseksamen, må ha ført fram til en akademisk grad (doktorgrad, hovedfag, mastergrad eller lignende), og det er kun tid brukt til forskningskomponenten i graden (dvs. avhandlingen eller oppgaven) som vil telle. Norsk medisinsk doktorgrad teller som 1 års forskningstjeneste uavhengig av tjenestetid."

De nye reglene ble fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21.6. 2000 i tråd med Legeforeningens forslag.

Landsstyret 1999 vedtok å avslå søknad fra Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk om opprettelse av spesialitet i rusmedisin. Landsstyret vedtok videre at sentralstyret tar opp med aktuelle spesialforeninger og spesialitetskomiteer en vurdering av videre- og etterutdanningen for bedre ivaretagelse av rusmisbrukernes helseproblemer, samt vurdering av behandlingsskapasitet og organisering av disse helsetjenestene.

Landsstyret 1999 vedtok i tråd med forslag de endrede spesialistregler i klinisk kjemi, bl.a. at det ikke lenger skal være et krav om 1/2 års nukleærmedisinsk tjeneste under hovedutdanningen.

Forslag om endring av spesialistreglene i ortopedisk kirurgi ble ikke behandlet av landsstyret 1999, idet spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi hadde trukket sitt forslag om endring av spesialistreglene.

5.5.1 Endret krav til tjeneste i spesialistutdanningen

Landsstyret i legeforeningen anbefalte høsten 1999 å oppheve den tradisjonelle gruppeføringen av utdanningsinstitusjonene. Det er behov for større fleksibilitet for å utnytte alle aktuelle sykehusavdelinger i henhold til deres potensiale, samt foreta en kontinuerlig og reell klassifisering av disse. Det har vært viktig å bevare den opprinnelige intensjonen med inndeling av

utdanningsinstitusjonene i to grupper og bakgrunnen for et obligatorisk krav om gruppe I-tjeneste i spesialistutdanningen. Det er behov for å delta i et læringsmiljø der det inngår spisskompetanse, forskning, utførelse av spesielle diagnostiske prosedyrer og metodeutvikling. Spesialistutdanningen må fortsatt være primært målstyrt og basert på gode målbeskrivelser, prosedyrekrav og ferdighetskrav. Erfaring med forskningsmetodikk må bli en obligatorisk del av spesialistutdanningen.

Den enkelte sykehusavdeling må vurderes som utdanningsinstitusjon ut fra utdanningsmessige, faglige og strukturelle kriterier og gis godkjenning med angivelse av både maksimal utdanningstid og erfaringsområder for den enkelte avdeling. Gruppe I-kravet (18 måneder) anbefales erstattet med tjeneste i godkjent akademisk avdeling (12 måneder). Denne tjenesten kan eventuelt erstattes med prosjektarbeid i spesialiteten (normert til seks måneders fulltidsinnsats) etter å ha gjennomført minst ett års tjeneste i spesialiteten. I tillegg til dette vil enkelte utdanningsavdelinger bli godkjent som akademiske avdelinger. Tjenesten på en akademisk avdeling skal innebære deltakelse i forskningsaktivitet. Generell forskningstjeneste, som kan godkjennes med inntil ett år i spesialistutdanningen, kan godkjennes som prosjektarbeid dersom forskningen har direkte relevans for spesialiteten. I den akademiske delen av spesialistutdanningen skal det også inngå opplæring i vitenskapsteori, metodikk og etikk.

Saken er nå sluttbehandlet i spesialitetsrådet og vil bli fremmet for sentralstyret i august 2000.

5.6 Spesialister godkjent i 1999

<i>Spesialitet</i>	<i>Kjønnsfordeling</i>	
	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>
Allmenntidisin	55	159
Anestesiologi	15	51
Arbeidstidisin	3	3
Barne- og ungdomstidisiatri	6	1
Barnesykdinuner	14	22
Fysikalsk tidisin og rehabilitering	2	3
Fødselshjelp og kvinnesykdinuner	17	31
Generell kirurgi	9	53
Barnekirurgi	1	2
Gastroenterologisk kirurgi	2	7
Karkirurgi	1	4
Thoraxkirurgi	0	3
Urologi	0	8
Hud- og veneriske sykdinuner	4	4
Immunologi og transfusjonstidisin	3	1
Indretidisin	18	69
Blodsykdinuner	0	1
Endokrinologi	1	2
Fordøyelsesykdinuner	1	9
Geriatrici	2	6
Hjertesykdinuner	3	30
Infeksjonssykdinuner	0	5
Lungesykdinuner	2	5
Nyresykdinuner	1	2
Kjevekirurgi og munnhulesykdinuner	1	3
Klinisk farmakologi	0	1
Klinisk kjemi	0	3
Klinisk nevrofysiologi	0	4
Medisinsk genetikk	0	0
Medisinsk mikrobiologi	3	2
Nevrokirurgi	0	0
Nevrologi	4	7
Nukleærtidisin	0	1
Onkologi	4	8
Ortopedisk kirurgi	4	37
Patologi	2	10
Plastikkirurgi	1	5
Psykiatrici	30	32
Radiologi	10	26
Revmatologi	2	6
Samfunnstidisin	2	3
Øre-nese-halssykdinuner	6	16
Øyesykdinuner	10	8
Sum	239	653

Det ble gitt 892 nye spesialistgodkjenninger i 1999 (831 personer). Dette er en nedgang på 99 godkjenninger i forhold til året før.

Trekker man fra de konverterte spesialistgodkjenningene, er tallene henholdsvis 516 og 436 godkjenninger, noe som utgjør en nedgang på 15 %.

En slik tendens så man også fra 1997 til 1998. Da var nedgangen i spesialistgodkjenninger etter norske regler på 4 %. Vi må helt tilbake til midten av 1980-tallet for å finne så lavt tall på nye godkjente spesialister. Det er grunn til å merke seg at det er en nedgang i spesialistgodkjenninger etter norske regler for tredje år på rad.

Det ble godkjent 323 nye spesialister etter norske regler i sykehusfagene i 1999 mot 348 nye spesialister året før. I 1997 var tallet 362. Dette betyr en reduksjon på 7 % fra 1998 til 1999 og

på 4 % fra 1997 til 1998.

Antall godkjente spesialister etter norske spesialistregler i allmennmedisin i 1999 er 108 mot 137 i 1998. Nedgangen er på 21 %. Fra 1997 til 1998 var det imidlertid en økning i godkjenninger i allmennmedisin på 9 %. 291 allmennleger fikk fornyet spesialistgodkjenningen i 1999 mot 308 i 1998. Det er en nedgang på 5,5 %. Fra 1997 til 1998 var det en økning på 13 % i slike resertifiseringer.

Antall godkjente spesialister etter norske spesialistregler i samfunnsmedisin gikk ned fra 31 i 1998 til 5 i 1999, noe som tilsvarer en nedgang på hele 83 %. I 1997 var tallet 50.

Konverterte spesialistgodkjenninger

Av de 456 som har fått konvertert sin spesialitet fra andre land, er 366 fra andre nordiske land, mens 90 er fra EØS-land utenfor Norden. Hele 284 er fra Sverige, mens 67 er fra Danmark, åtte er fra Finland og sju er fra Island.

Av de 90 fra land utenfor Norden er 68 fra Tyskland, åtte fra Frankrike, fem fra Østerrike, tre fra Nederland, to fra Belgia, to fra Italia og to fra Spania. Over 80 % av dem som får konvertert sin spesialistgodkjenning til norsk er menn.

Det store antall konverterte spesialistgodkjenninger i 1999 er ikke ensbetydende med nye leger i Norge. Importen av utenlandske leger er for tiden ca. 250 per år. Sammenliknet med 1998 har det totale antallet konverterte spesialistgodkjenninger sunket med 19.

Fra andre nordiske land ble 423 konvertert i 1998 og 366 i 1999, mens det fra øvrige EØS-land ble konvertert 52 i 1998 og 90 i 1999. I forhold til 1998 er det en økning i konverteringer fra EØS-land utenom Norden, men reduksjon i konverteringer fra Norden.

Gjennomsnittsalder

De godkjente spesialistene i 1999, godkjent etter norske regler, første hovedspesialitet, har gjennomsnittsalder 40,8 år. Dette er omtrent som tidligere år. De som har konvertert spesialiteten til norsk, er i snitt 47,5 år.

”Utdanningstid”

Spesialister godkjent i 1999 brukte gjennomsnittlig 8,7 år på spesialistutdanningen. Dette er omtrent det samme som tidligere år. Dette er beregnet ut fra tid fra norsk autorisasjon til tidspunkt for spesialistgodkjenning. Vi har ikke data som viser den reelle utdanningstiden den enkelte har på sin spesialistutdanning. Tallene gjelder de som fikk godkjenning i første hovedspesialitet.

Kjønnsfordeling

Det er fortsatt lav kvinneandel i grenspesialitetene sett under ett. Som tidligere er det få kvinner i de kirurgiske fagene. I snitt er kvinneandelen 26 % for alle nye spesialister i 1999, noe som er på nivå med foregående år. Dette omfatter også konverterte spesialistgodkjenninger. I snitt er kvinneandelen 35 % for spesialister godkjent etter norske spesialistregler. Hvis man kun ser på dem som har fått sin første hovedspesialitet, er kvinneandelen på 39 %.

Statistikk se: www.legeforeningen.no.

Se Tidsskrift nr. 9, 1997, side 1364, for oversikt over spesialistgodkjenninger for tidligere år, Tidsskrift nr. 4, 1998, side 632 for omtale av spesialistgodkjenninger i 1997 og Tidsskrift nr. 4, 1999, side 592 for omtale av spesialistgodkjenninger i 1998.

5.7 Samarbeidsformer i spesialistutdanningen

Sykehusene i Norge har i den senere tid gjennomgått en rekke strukturendringer som gjør at dagens gruppeføringsmodell ikke lenger strekker til som system. Mye tyder på at ytterligere strukturendringer ville finne sted i kommende år. Gjennom funksjonsfordeling og organisklinikker blir utdanningskandidatene tilbudt å delta i en pasientbehandling som er for snever i forhold til målbeskrivelsen. Det har derfor presset seg frem et behov for samarbeid mellom flere sykehus for å få dekket alle erfaringsområder til spesialiteten og sentralstyret vedtok derfor 15.2. 2000 kriterier og forutsetninger for å godkjenne samarbeidsordninger.

Hensikten med samarbeidsavtaler mellom ulike utdanningsinstitusjoner er å utnytte mulig utdanningspotensiale, unngå unødvendig flytting og å få til en smidigere gjennomføring av spesialistutdanningen som også medfører kortere utdanningstid. Samlet kan samarbeidsavtaler sikre en høy faglig kvalitet på spesialistutdanningen i et fagområde uavhengig av utdanningssted. De faglige ressurser i utdanningen vil kunne utnyttes bedre uavhengig av organisasjonsform, kandidatens geografiske tilknytning vil kunne beholdes og det vil bli enklere for assistentlegene å få en fullstendig spesialistutdanning.

Samarbeidsavtalene må være frivillige, basert på kandidatenes utdanningsbehov og være forankret i den allerede eksisterende stillingsstruktur. Det må være nok pasienter, tilfredsstillende veiledning og ikke flere enn to utdanningskandidater per overlege.

5.8 Målbeskrivelser

Spesialistutdanningen har som mål å sikre at den ferdige spesialist har tilfredsstillende teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter til å kunne inneha en overlegestilling i spesialiteten. Det foregår et kontinuerlig arbeid i den enkelte spesialitetskomite med revisjon av målbeskrivelsen slik at den til enhver tid uttrykker de krav til ferdigheter og kunnskap som den ferdige spesialist innen spesialiteten skal kunne beherske.

Landsstyrets anbefaling høsten 1999 om å oppheve den tradisjonelle gruppeføringen av utdanningsinstitusjonene har resultert i et omfattende arbeid om endrede krav til tjenesten i spesialistutdanningen. I den forbindelse vil alle spesialitetskomiteene bli bedt om på ny å gjennomgå sine målbeskrivelser.

5.9 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene

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

Spesialistutdanningen gjennomføres i assistentlegestilling ved godkjente utdanningsinstitusjoner. Revidert utdanningsplan for avdelingen og eksempel på individuell utdanningsplan skal være inkludert i den årlige rapportering. Rapporteringen fra institusjonene skjer i etterkant av hvert utdanningsår og rapportene for 1999 er derfor foreløpig ikke ferdig behandlet. Resultatene nedenfor angir 1998 og for sammenlikningen skyldt også 1997.

Rapporteringen omfatter 40 av de 43 spesialitetene med unntak av allmennmedisin, nukleærmedisin og samfunnsmedisin. Nukleærmedisin er en ny spesialitet som ikke var pålagt rapportering for 1998 idet det ennå ikke var etablert utdanningsstillinger i spesialiteten. I alt 764 institusjoner har rapportert for 1998 som tilsvarer tallene for 1997.

Utviklingen fra 1997- til 1998-virksomheten synes å være forholdsvis stabil. Møter i utdanningsutvalget ble i snitt gjennomført med ca ett per kvartal i 1998, noe som tilsvarer tallet for 1997. Det samme gjelder gjennomsnittlig antall uker med internundervisning per år med ca. 38-39 og undervisningstid i gjennomsnitt på ca. 120 minutter mot kravet på 90 minutter per uke. Internundervisningen organiseres stort sett slik at alle sentrale emner innen spesialiteten inngår, noe som også gjaldt for 1997. Utdanningskandidatenes deltagelse på internundervisningen synes å ha en svak nedgang. Nær alle kandidatene har fått oppnevnt personlig veileder. Problemet tidligere har vært at veiledningen for mange kandidater ikke har kommet tilfredsstillende i gang. Ca 80 % av institusjonene rapporterer at veiledningsmøtene gjennomføres innen én måned etter tilsetning som er bedre i forhold til 1997 der dette gjaldt ca 70% av institusjonene. Denne forbedringen gjenspeiles også i utarbeidelse av individuelle utdanningsplaner – som er en oppgave for kandidaten i samarbeid med veileder - der ca 85% av kandidatene har egen utdanningsplan mot ca 65% av kandidatene i 1997.

I sentralstyrets retningslinjer for godkjenning av gruppe I-institusjoner kreves det at de skal dokumentere pågående forskningsaktivitet, samt aktivt stimulere til vitenskapelig virksomhet. I snitt har gruppe I-institusjonene fire leger med doktorgrad. Ser vi hvordan kravet til forskning

virker inn på kandidatenes utdanning, rapporterer nær 90% av institusjonene for 1998 at det pågår studier innen fagutvikling, kvalitetssikring og forskning der kandidatene får delta mot ca 80% foregående år. Tilsvarende tilbyr også 90% av institusjonene forskningsveiledning i 1998 mot ca 80% i 1997.

Et nytt spørsmål i rapporteringsskjemaet for 1998 var evaluering av utdanningskandidater, der 60 % av alle avdelingene rapporterer evaluering hver halvår. Det er et noe svakere resultat for gruppe I-sykehusene. Det gjenstår en del arbeid i å skolere avdelingene på evalueringskriterier og rutiner for en tilstrekkelig evaluering av kandidatenes progresjon underveis i spesialistutdanningen.

På spørsmål om hvilke områder institusjonens spesialistutdanning bør forbedres, ønskes det spesielt mer tid til supervisjon og fordypning/lesing av tidsskrifter, for gruppe I-institusjonene også deltakelse i forskningsprosjekter. Det er også et forbedringspotensiale innen en mer systematisk internundervisning, samt tilgang til kontorlass/PC/internett.

5.10 **Fleksibel undervisning**

For sykehusspesialitetene kreves to undervisningstimer per uke med internundervisning i tilknytning til klinikken. Spesialitetsrådet har drøftet fjernundervisning og regional undervisning som alternative læringsformer til internundervisningen. Generelt kan ikke mer enn inntil 50% av internundervisningen erstattes av fjernundervisning eller regional undervisning.

Fjernundervisning

Med tanke på å erstatte en del av internundervisningen med fjernundervisning/teleundervisning i den teoretiske kunnskapstilegnelsen, må en vurdere hvilke forutsetninger som må være oppfylt. Undervisningen må tilfredsstillende målbeskrivelsen i den enkelte spesialitet. Både overlege (spesialist) og utdanningskandidat må være tilstede. Tidspunktet må være tilpasset avdelingens timeplan og det må foreligge tekniske og økonomiske/administrative forutsetninger. Fjernundervisning må etterfølges av lokale diskusjon. Utdanningsutvalget, eventuelt undervisningsleder, på avdelingen må være koordinator for fjernundervisningen. Krav til fjernundervisning må være tilsvarende som for krav til gjeldende internundervisning.

Kandidatenes deltakelse kan sikres ved at det ikke er for store tilknytningssteder, regioner kan være passe størrelse. Kandidatene må delta aktivt i fjernundervisningen. Undervisningen må tilfredsstillende målbeskrivelsen i den enkelte spesialitet og evaluering må sikres ved at de ansvarlige for fjernundervisningen evaluerer undervisningen

Regional undervisning

Med regional undervisning forstår vi et samarbeid mellom flere sykehus i en helseregion om å dekke hele eller deler av den teoretiske undervisningen. Et samarbeid må være motivert ut fra ønsket om å heve kvaliteten i den teoretiske undervisningen i spesialistutdanningen. Det må forutsettes at alle sykehusene i regionen bidrar både som arrangør, deltaker og med innlegg. Reiseutgifter dekkes at de respektive avdelinger som deltar i prosjektet. Det må foreligge et forhåndsoppsatt program planlagt etter emneliste. Den regionale undervisningen må være regelmessig og ha et strukturert innhold. Den må bekjentgjøres i god tid gjennom kurskatalog og på avdelingene. Det må være et faglig nivå som er tilfredsstillende og godkjent av spesialitetskomiteen. Oppmøte må være obligatorisk og den må være en plan for evaluering.

5.11 **Besøk på utdanningsavdelinger**

Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved de godkjente utdanningsavdelinger, eventuelt ved besøk på avdelingene. I løpet av 1999 gjennomførte spesialitetskomiteene i alt 107 besøk på utdanningsinstitusjonene herunder 39 på gruppe I-institusjoner eller tilsvarende. I første halvår 2000 er det gjennomført 37 besøk herunder 15 på gruppe I-institusjoner eller tilsvarende.

Spesialitetskomiteene har valgt forskjellige innfallsvinkler til hvordan institusjonene skal velges ut. Noen spesialitetskomiteer går systematisk igjennom institusjonene slik at de for eksempel dekker alle gruppe I-institusjoner i en periode og deretter gruppe II-institusjonene. Andre komiteer velger

ut fra geografisk tilhørighet. I tillegg prioriteres institusjoner som selv, eller som gjennom årlig rapportering, signaliserer at det er nødvendig med et besøk fra komiteen for å drøfte aktuelle problemstillinger.

Besøkene gir institusjonene en enestående anledning til å komme i dialog med spesialitetskomiteene som er representert både ved sin faglige kompetanse gjennom spesialiteten og den formelle kompetanse gjennom tilknytningen til Dnlf.

Nedgangen i registrerte besøk i første halvår 2000 kan signalisere at vi står overfor en nedgang i antall besøk i inneværende år. Årsaken i nedgangen kan skyldes de økonomiske rammer spesialitetskomiteene er pålagt for 2000. Mange spesialitetskomiteer har uttrykt stor bekymring over de økonomiske innstrammingene som er gjort gjennom budsjetttrimmen for komiteenes virksomhet for 2000. Selv om komiteene gjør sitt ytterste for å effektivisere sine aktiviteter, er de redde for at de stramme økonomiske rammene skal hemme det videre arbeidet med å sikre spesialistutdanningen i sykehusene.

5.12 Godkjenning av veiledere i psykoterapi - psykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per juni 2000 godkjent 144 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i psykiatri. Etter innstilling fra psykoterapiutvalget er det i 1999 godkjent ni veiledere i psykoterapi.

5.13 Godkjenning av veiledere i psykoterapi - barne- og ungdomspsykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per juni 2000 godkjent 24 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri.

I 1999 var det en som fikk fornyet sin godkjenning for en ny ti års periode.

5.14 Rekruttering av utenlandske leger til Norge

Aetat

Aetat helserekruitering (tidligere Legerekruiteringsprosjektet) er underlagt Aetat, Arbeidsdirektoratet og har siden slutten av 1997 aktivt rekruttert leger og senere også tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell fra EØS-land til Norge.

Til nå har prosjektet formidlet nærmere 280 leger til norske sykehus og kommuner. Av disse er ca 80 spesialister. Over 200 er fra Tyskland mens de resterende er fra Østerrike, Frankrike og andre EØS-land.

Så langt i 2000 er det formidlet 31 kommuneleger (1999:60) 16 spesialister (1999:46) og to assistentleger (1999:10).

Geografisk sett fordeler de rekrutterte legene seg på alle fylker, men med en hovedvekt på Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland.

Aetat helserekruitering arrangerer jevnlig informasjons- og intervjumøter, hovedsakelig i Tyskland, men også i andre EØS-land. Her deltar også arbeidsgivere fra norske kommuner for å møte flere leger. Prosjektet har også arrangert fire rekrutteringsmøter for norske sykehus og tyske spesialister med gode resultater.

Leger med kontrakt med norsk arbeidsgiver vil få tilbud om et tre måneders språkkurs i hjemlandet. Dette språkkurset er utviklet av Universitetet i Oslo på oppdrag fra Aetat. Arbeidsdirektoratet og det kvalitetssikres både gjennom modulvise tester og avsluttende muntlig og skriftlig eksamen. Aetat helserekruitering har hittil arrangert over 30 kurs og resultater og tilbakemeldinger er meget positive. Kostnadene dekkes av Aetat helserekruitering.

Aetat helserekruitering har oppnådd god kontakt med mange norske arbeidsgivere. Man opplever at mye av skepsisen mot utenlandske leger er redusert, ettersom de fleste legene er uunnværlig for arbeidsgiver. Prosjektets erfaring er at legene blir i Norge, svært få har returnert til hjemlandet.

Prosjekt "Legevikar i nord"

Sosial- og helsedepartementet etablerte våren 1999 prosjektet "Legevikar i nord", som har vært utført av Aetat Nordland (tidligere Fylkesarbeidskontoret i Nordland). Legeforeningen har vært

representert i prosjektets referansegruppe sammen med representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, fylkeslegene i Nordland, Nord-Trøndelag, Troms og Finnmark, Kommunens Sentralforbund og Arbeidsdirektoratet.

Prosjektet har hatt som formål å skaffe vikarer til ledige legestillinger i kommunehelsetjenesten ved å stille til rådighet bestemte ytelser, bl.a. fri hjemreise etter nærmere regler, kostgodtgjørelse, fri bolig, samt praktisk og faglig rådgivningstjeneste. Til å begynne med ble 12 spesielt interesserte kommuner valgt ut til å være med i prosjektet, senere har det blitt utvidet til å omfatte ytterligere 12 kommuner. Utgiftene nevnt ovenfor har vært dekket ved tilskudd fra staten.

Per 20.6. 2000 har prosjektet formidlet 44 vikarer for en gjennomsnittlig periode på 70 døgn per lege. Aetat Nordland har hatt 133 henvendelser fra leger av hvilke 75 oppgis å ha vært reelt interesserte. Prisen for hver lege i tillegg til lønn og ordinære godtgjørelser har vært ca. kr 15 000 per mnd. Prosjektet vil bli evaluert av Sosial- og helsedepartementet ved utløp av prosjektperioden høsten 2000.

Haukelandprosjektet

Prosjektet "Utveksling og rekruttering av utenlandsk personale" (Haukelandsprosjektet) ble startet opp i januar 1997 etter initiativ fra direktørene ved regionsykehusene. Dette tre-årige prosjektet ble finansiert av Sosial- og helsedepartementet og hadde et budsjett på én million kroner per år. Prosjektet hadde som hovedmålsetning å rekruttere legespesialister (primært fra EØS-land) og etablere utvekslingsordninger for legespesialister mellom regionsykehusene og utenlandske universitetssykehus.

Haukelandsprosjektet la stor vekt på at legene som ble rekruttert gjennom prosjektet ble tilbudt norskopplæring etter de hadde tatt imot en stilling i Norge.

Det var uproblematisk å få tak i velkvalifiserte leger som ønsket å arbeide i Norge, imidlertid var det ikke like lett å få disse plassert ved norske sykehus og i løpet av 1997 ble bare to legespesialister plassert. Prosjektsekretariatet endret rekrutteringsstrategi og i 1998 og 1999 klarte prosjektet å nå målsetningen og plasserte henholdsvis 21 og 23 leger/spesialister, samt to radiografer og tre sykepleiere.

Totalt var 169 leger registrert i prosjektet i 1997-1999. Gjennomsnittsalderen på legene/spesialistene som ble registrert i prosjektet var 40,3 år av disse var 23,7% kvinner. De fleste kandidater som ble registrert i prosjektet kom fra Tyskland (43%), deretter Sverige (6,5%), Belgia (6,5%), Finland (4,7%) Italia (4,7%) og Storbritannia (3,6%). Kandidater fra land utenfor EØS-området ble tatt med i de tilfeller avdelingsoverlegen ønsket dem.

Erfaringene viste at de fleste problem som oppstår med utenlandske leger er mer avhengig av person enn språk, land eller kultur.

Utenlandske leger

Per 1.7. 2000 er 14,7 % (1.7. 1999: 13,4 %) av legene < 67 år i Norge utenlandske statsborgere. Det er fortsatt flest med statsborgerskap fra Sverige (660) (1.7.1999: 658), dernest Tyskland (436) (1.7. 1999: 324), Danmark (302) (1.7. 1999: 272) og Island (131) (1.7. 1999: 127). En god del av de svenske legene har fremmedspråklig bakgrunn. På landsbasis er 23,9 % (1.7. 1999: 22,5 %) av de fastlønte allmennlegene utenlandske statsborgere, mens andelen er lavest for privatpraktiserende leger og leger i vitenskapelige og administrative stillinger. Høyest er andelen utenlandske leger i Finnmark med 24,7 % (1.7. 1999: 26,4 %), i Nordland med 22,3 % og i Sogn og Fjordane med 21,7 % (1.7. 1999: 25,4 %).

Bare 33,9 % av de utenlandske legene har norsk spesialistgodkjenning (1.7. 1999: 33,2 %), mot 59,3 % for norske leger (1.7. 1999: 60,0 %). For leger fra Danmark er andelen spesialister 50,3 % (1.7. 1999: 48,9 %), Island 38,2 % (1.7. 1999: 39,4 %), Sverige 37,0 % (1.7. 1999: 36,0 %) og Tyskland 30,1 % (1.7. 1999: 26,5 %). Blant godkjente spesialister i Norge er andelen utenlandske leger høyest innen klinisk nevrofysiologi med 23,5 %, hudsykdommer med 18,3 %, ortopedisk kirurgi med 15,9 %, fødselshjelp og kvinnesykdommer med 15,1 % og patologi med 13,7 %. Blant alle med norsk spesialistgodkjenning, uavhengig av hvilket land de er i, er andelen utenlandske leger desidert høyest innen anesthesiologi med 32,8 % blant alle leger < 67 år. Blant assistentleger uten

norsk spesialistgodkjenning er andelen utenlandske statsborgere 21,9 % (1.7. 1999: 21,1 %), og andelen utenlandske leger er her høyest innen plastikkirurgi med 40,0 %, ortopedisk kirurgi med 38,2 %, fødselshjelp og kvinnesykdommer med 28,7 %, samt en del laboratoriefag.

Tallene ovenfor gjelder alle leger < 67 år i Norge med norsk autorisasjon eller lisens for minst seks måneder, inkludert ikkemedlemmer. Blant disse er andelen medlemmer av Den norske lægeforening 78,8 % (1.7. 1999: 79,2 %) for utenlandske statsborgere, mot 95,6 % (1.7. 1999: 96,5 %) for norske statsborgere.

De siste årene har det vært en stor økning av søknader om lisens/autorisasjon i Norge, og søknader om spesialistgodkjenning i Norge fra utenlandske leger. Dette domineres fremdeles av svenske og danske leger, men en ser også en økning av leger fra Tyskland og en økning av leger fra østeuropeiske og asiatiske land.

5.15 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) har fungert siden 1.1. 1999. Av rådets 21 medlemmer har Legeforeningen fire. De øvrige som har representanter i rådet er Staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, helseregionene, universitetene og Norsk pasientforening.

Legeforeningens representanter i NR er Bente Mikkelsen (vara Jørgen J. Jørgensen), Grethe Aasved (vara John-Arne Røttingen), Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Hans Asbjørn Holm).

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

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

Det er fortsatt delegert til Legeforeningen å vurdere søknader om spesialistgodkjenning.

Legeforeningens faglige apparat med spesialitetskomiteer og spesialitetsråd m.v. driver fortsatt kvalitetssikringsarbeidet, og har forberedende saksbehandling i saker som vedrører spesialistregler, gruppeføring m.v., forut for behandling i rådet.

Nasjonalt råd har nedsatt en prosjektgruppe til å gjennomgå nåværende spesialistutdanning, vurdere tiltak for utvikling av spesialistutdanningen sett i lys av målet om økt kvalitet og effektivitet, og på bakgrunn av endringer i sykehusenes struktur og rammevilkår. Spesialistutdanningens struktur, organisering og finansiering gjennomgås.

Viktige elementer i utredningen er vurdering av flyt i spesialistutdanningen for den enkelte kandidat, universitetenes og forskningens rolle, samt helseregionenes fremtidige oppgaver. Bente Mikkelsen (vara Bente K. Johansen) er Legeforeningens representant i prosjektgruppen.

5.16 Legefording

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) har også en viktig funksjon i forbindelse med legefording (se Tidsskrift nr. 2/1999, side 287 m.v.). Legefordingens avtalen opphørte 31.12. 1998 og er erstattet av den nye ordningen for legefording, tillagt Sosial- og helsedepartementet fra 1.1. 1999.

NR gir råd til Sosial- og helsedepartementet om tildeling av hjemler i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. På bakgrunn av fylkeslegenes innstillinger og etter råd fra NR tildeler departementet hjemler direkte til den enkelte kommune innenfor den fastsatte årlige rammen. Departementet fastsetter også antall nye stillinger og avtalehjemler i spesialisthelsetjenesten, fordelt på spesialiteten. Den videre fordeling av stillinger og avtalehjemler foretas av de regionale helseutvalg. Ved hjemmel i Sykehuslovens §8 fastsetter departementet årlig ramme for nye utdanningsstillinger som skal opprettes for hver enkelt spesialitet innen den enkelte helseregion. NR gir departementet råd om dimensjonering av de enkelte medisinske spesialiteter.

Departementet kan sette i verk sanksjoner ved overtredelse av de fastsatte rammene for nye stillinger. Økonomiske reaksjoner vil kunne rettes mot fylkeskommunen i form av trekk i tilskudd

knyttet til den innsatsstyrte finansieringsordningen, og overfor kommuner i form av tilbakekallelse av tilskudd eller refusjoner.

NR og departementet har vært restriktive med tildeling av nye stillinger til sykehusene både i 1999 og i 2000. I årene 1990-98 ble det hvert år opprettet ca. 400 nye legestillinger ved sykehusene med ca. 800 ubesatte stillinger som resultat. For å bedre situasjonen for utkantsykehus, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten, ga NR råd om opprettelse av kun 80 nye stillinger til sykehusene i 1999.

For 2000 har NR tilrådet ramme på 70 nye stillinger i sykehusene med 40 av disse innenfor 15 spesialiteter.

I kommunehelsetjenesten var det i 1998 søkt om opprettelse av 37,6 legeårsverk, 32,6 ble innvilget.

For 1999 ble det gitt fullmakt fra Sosial- og helsedepartementet til NR om å fordele 104 stillingshjemler til kommunehelsetjenesten. Fra kommunene var det søkt om 67,7 nye årsverk i 1999 og innvilget 56. De hjemlene som det i 1999 ikke har vært søknader til innenfor kvoten på 104, er blitt fordelt våren 2000. Antall søknader om nye legehjemler til kommunehelsetjenesten har vært økende i 2000. Det var inntil 1.7. 2000 søkt om 196 nye legeårsverk hvorav 163 var innvilget, ytterligere søknader var under behandling.

5.17 Stillingsstrukturavtalen – innstilling og tilsetting i assistentlegestillinger

Stillingsstrukturavtalen er videreført inntil 31.12. 2000 bortsett fra de punkter som gjelder legefordeling som er overført til Sosial- og helsedepartementet i henhold til Ot.prop.nr.4 (1998/99).

For stillinger utlyst etter 30.5. 1999 skjer rangeringen lokalt. Rangering og innstilling følger de tidligere reglene om fortrinnsrett, særfortrinnsrett (mangler kun sideutdanning) og generell fortrinnsrett (Nord-Norge-meritt).

Beregningen av fortrinnsrett lokalt skal skje på bakgrunn av at den enkelte søker fremlegger attestasjon fra Den norske lægeforening hva som gjenstår av spesialistutdanningen.

For beregning av fortrinnsrett til assistentlege II-stillinger med fortrinnsrett gjelder således fremdeles en beregning i henhold til spesialistreglene, mens det til assistentlege II-stillinger uten fortrinnsrett fortsatt vurderes ut fra "retningslinjer for rangering av søkere til assistentlege II-stillinger uten fortrinnsrett" hvor det gis poeng for tjeneste i spesialfaget, tjeneste i annet fag, uttelling for doktorgrad, publiserte artikler, undervisning, tillitsvalgsarbeid, tjeneste i ledende stillinger, lederutdanning og geografisk meritt fra Nord-Norge.

For begge typer stillinger skal det innstilles tre søkere og sykehuseier velger fritt blant disse.

Regelen om 12 måneders legetjeneste i Norge før beregning av fortrinnsrett ble av en islandsk lege innklaget til EFTAs overvåkningsorgan ESA som fant regelen diskriminerende og Sosial- og helsedepartementet besluttet å fjerne bestemmelsen.

5.18 Obligatorisk etterutdanning – regodkjenning av spesialister

I forbindelse med Stortingets behandling av Stortingsmelding 24 (1997) "Tilgjengelighet og faglighet om sykehus og annen spesialisthelsetjeneste" ble det vedtatt at det skal stilles formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister. Det er forutsatt at Sosial- og helsedepartementet utreder spørsmålet videre før vedtaket iverksettes. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) vil starte en utredning om etterutdanning i 2001.

I Stortingsmeldingen står det: "Departementet tilrår at det stilles formelle krav til etterutdanning og regodkjenning av alle legespesialister på linje med kravene som stilles til spesialister i allmennmedisin." Det er uttrykt at krav om etterutdanning og regodkjenning av spesialister vil bidra til å sikre kvalitet på legespesialister, og gi den enkelte mulighet til personlig fagutvikling.

Legeforeningens utredning "Legers etterutdanning i fremtiden (LEIF -97)" forelå i oktober 1997. Utredningen har vært til organisasjonsmessig behandling, og spesialitetsrådet har på bakgrunn av utredningen og høringsuttalelsene utarbeidet forslag til Legeforeningens policy for hvordan spesialistenes etterutdanning skal tilrettelegges og utvikles. Dette policydokumentet har fått sentralstyrets tilslutning. Det uttrykker skepsis overfor en byråkratisk regodkjenningsordning, men

anbefaler en mer formalisert etterutdanning og bedre dokumentasjon og synliggjøring av legers etterutdanning. Etter forslag fra spesialitetsrådet har sentralstyret vedtatt et pilotprosjekt for å evaluere etterutdanningen i 2001 ved Rana sykehus, kirurgisk klinikk, Aker sykehus og for privatpraktiserende spesialister i øyesykdommer i Telemark. Det er foreslått et system hvor legen utarbeider en plan for sin individuelle etterutdanning tilpasset virksomhetens behov. Legen registrerer sin etterutdanning, og den evalueres i forhold til legens behov og behovet for arbeidsplassen. Det er foreslått at rapporteringen videre skjer sammen med rapporteringen fra utdanningsinstitusjonene, slik at dette er en del av totalbildet som spesialitetskomiteen vurderer.

Nordisk legeråd (sentralstyrene i de nordiske lands legeforeninger) har i juni 2000 også vedtatt et policydokument om etterutdanning.

5.19 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Det har i perioden vært avholdt fem lokale kurs med i alt 60 deltakere.

Legeforeningen har utviklet et selvinstruerende utdanningsprogram for veiledere basert på video, tekstbok og arbeidsbok. På denne måten håper Dnlf at utdanningen av veiledere kan desentraliseres og legges til den enkelte sykehusavdeling. Opplegget er utarbeidet av Kirsten Hofgaard Lycke, Pedagogisk forskningsinstitutt UiO, Marianne Steen i Yngre legers forening, Truls E. Bjerklund Johansen i Norsk overlegeforening og Bjørn Oscar Hoftvedt i sekretariatet.

5.20 Utdanningshåndbok for spesialistutdanningen i sykehus

Sentralstyret har bevilget midler til å utarbeide en utdanningshåndbok for spesialistutdanningen i sykehus. Målgrupper for boken er utdanningsutvalgene ved sykehusene, utdanningskandidatene og andre som er engasjert i leges videre- og etterutdanning.

Det er engasjert lege (sykehusspesialist) til å ta det redaksjonelle ansvaret for utdanningshåndboken. Til å bistå redaktøren er det nedsatt et redaksjonsutvalg med representasjon fra Yngre legers forening, Norsk overlegeforening og sekretariatet.

I tillegg er det oppnevnt en større ressursgruppe med representanter fra Yngre legers forening, Norsk overlegeforeningen, Kommunenes sentralforbund, Statens helsetilsyn, Spesialitetsrådet, Offentlige legers forening og Alment praktiserende lægers forening.

Prosjektet har tatt lengre tid enn beregnet grunnet redaktørskifte og forsinkelse fra de enkelte bidragsyterne. Etter diskusjon i redaksjonsutvalget er det enighet om at utdanningshåndboken må legges ut på nettet i elektronisk versjon. Det foreligger allerede grovkisse til en slik. Den er imidlertid ikke gjort allment tilgjengelig fordi den er uferdig. Håndboken vil bli redigert på en måte som gjør det mulig å knytte seg opp til andre aktuelle samarbeidsaktører som Statens helsetilsyn, Nasjonalt råd, Sosial- og helsedepartementet etc.

Redaktøren venter fortsatt på bidrag som ikke er skrevet. Utdanningshåndboken har etter hvert fått tittelen Ressurshåndbok, og den forventes ferdig i løpet av høsten 2000.

5.21 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Det er våren 2000 i gang 33 veiledningsgrupper i allmennmedisin. 15 nye grupper er startet opp siden siste årsmelding. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker og det er for øyeblikket kun Sogn- og Fjordane og Vest-Agder som ikke har pågående grupper. Det startes opp ny gruppe i Sogn- og Fjordane til høsten. I Vest-Agder er det akkurat avsluttet gruppe.

Det er gjennomgående kort ventetid for kandidater som vil være med i veiledningsgruppe. De fleste som nå står på venteliste vil få tilbud i løpet av dette året i forbindelse med utdanning av nye veiledere. Det er allerede annonsert nye grupper i Trondheim, på Hamar og Vinstra.

I arbeidsmedisin er det for tiden i gang seks grupper hvorav tre igangsatt i løpet av det siste året. Kandidater i alle deler av landet har fått tilbud selv om det for noen medfører lang reisevei. I Bergen har man måttet rekruttere veileder fra Oslo. Det er få på venteliste.

I samfunnsmedisin er det nå åtte grupper i gang, kun én startet det siste året. Rekruttering av nye kandidater er liten.

I september 1999 ble tredje og siste trinn av utdanningen av nye veiledere avsluttet. Av de 20 kandidatene er det tre som ikke har startet opp gruppe og disse er alle innstilt på å komme i gang

når det blir nok kandidater. De fleste av de 17 veilederne har avsluttet sin første gruppe, og alle gir uttrykk for at de godt kan tenke seg å fortsette som veiledere.

Det er viktig å utdanne nye veiledere i forbindelse med at det forventes et økende tilsig til primærhelsetjenesten de kommende årene med store kull av nyutdannede medisinere. Det startes derfor opp et nytt kurs for veiledere på Leangkollen i november 2000. Til dette kullet er det rekruttert fire arbeidsmedisinere hvorav to fra Nord-Norge hvor det til nå ikke har vært veiledere. Fire samfunnsmedisinere og 17 allmennmedisinere skal delta. Alle er erfarne kolleger som er motiverte for å arbeide med gruppeveiledning for nye spesialistkandidater.

Det er kommet en ny veilederkoordinator i Telemark som har ansvar for fylkene fra Vestfold til Rogaland. Totalt er det 1,2 stilling fordelt på fire koordinatorene. Koordinatorene har hatt ansvaret for kartlegging av kandidater og veiledere og oppfølging av veiledningsgrupper.

Det har vært arrangert regional samling i Bergen i november 1999 og er planlagt lokal samling i Skien og i Oslo i september 2000.

Veiledersamling for alle spesialitetene ble holdt på Sola i april 2000. Det var et og et halvt år siden forrige samling for alle veiledere og i evalueringen vektla deltakerne behovet for at samlingene ble årlige. Samlingen er motiverende for å holde entusiasmen oppe hos veiledere som arbeider alene spredt utover i landet. Hoveddelen av kurset besto av pedagogisk oppdatering for gruppeveiledere. Samlingen neste år vil legge hovedvekt på kommunikasjon lege/pasient og hvordan veilederne kan arbeide med dette i gruppene.

5.22 Idékatalog for etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Etterutdanningsgrupper (smågruppevirksomhet) er siden 1998 en obligatorisk aktivitet også i resertifisering for spesialiteten i allmennmedisin. For å lette etableringen og gi en oversikt over hvilke typer grupper og temaer som er aktuelle, har veilederkoordinatorene i samarbeid med Nettredaksjonen laget en idekatalog. Denne ligger under utdanning på Legeforeningens sider.

5.23 Utdanning på Internett

Det er utviklet fire kurs for allmennpraktikere på Internett: Informasjonssøking ved hjelp av Internett, Introduksjon til regnskap for selvstendig næringsdrivende leger, 24-timers blodtrykkmåling og Spirometri i allmennpraksis. Adressen til programmene er:

<http://www.legeforeningen.no/lupin>

Legeforeningen planlegger å omarbeide grunnkurs i hjertesykdommer for spesialistkandidater indremedisin til et Internettkurs kombinert med en kortere samling. Dette kurset vil i tillegg til leksjoner og tester inneholde opplegg for gruppearbeid og faglig forum på nettet. Den almindelige danske lægeforening vil delta i et samarbeid om et slikt kurs.

5.24 Samarbeid med de medisinske fakultetene

Sentralstyret har lagt stor vekt på dialogen med de medisinske fakulteter og dekanene i perioden. Utgangspunktet har vært ønsket om et rasjonelt samarbeid med spesialistutdanning og etterutdanning av leger, hvor ikke minst oppgave- og ansvarsfordeling mellom Legeforeningen og universitetene har vært gjenstand for stor interesse og debatt. Et annet viktig satsingsområde har vært styrkingen av medisinsk forskning hvor både Legeforeningen og dekanene har fremmet konkrete forslag.

Samtalene har også dreid seg om studentundervisningen og de utfordringer som har vært knyttet til den formidable økningen av studentkullene ved alle universitetene.

Disse temaer var også temaer for dekanmøtet fra 7.-9. 6. 2000, hvor Legeforeningen var representert med Hans Petter Aarseth, Bente Mikkelsen, Mona Fenstad og Harry Martin Svabø. En av konklusjonene på møtet var et sterkt ønske om et videre konstruktivt samarbeid mellom Legeforeningen og de medisinske fakulteter om utviklingen av spesialistutdanningen.

Sekretariatets engasjement ved de medisinske fakultetene er trappet ned de senere år. Etter at Det medisinske fakultet i Oslo iverksatte ny studieplan fra høsten 1996, har sekretariatet bare hatt sporadiske konsultative oppdrag ved dette fakultetet.

Ved Det medisinske fakultet i Trondheim har sekretariatet en representant i et eksternt

evalueringsutvalg. Utvalget har som hovedoppgave å foreta en fortløpende evaluering av ny studieplan som ble implementert i 1993. Evalueringen er et samarbeid mellom Karolinska Institutet i Stockholm og de medisinske fakultetene i Oslo og Trondheim. Arbeidet i den eksterne evalueringsgruppen forventes avsluttet høsten 2000.

I forbindelse med at Norge har et stort antall medisinerstudenter i utlandet, har Legeforeningen aktivt deltatt i spørsmålet om studiekvalitet. Arbeidet med å definere kvalitetsindikatorer for god klinisk undervisning ligger på is, men eksterne henvendelser til sekretariatet tyder på at arbeidet bør gjenopptas.

5.25 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

Legeforeningens årlige fortsettelseskurs for allmennpraktiserende leger i august består av en rekke delkurs. Uken starter med et felles kurs "Terapeutiske fremskritt" mandag og tirsdag. Dette kurset er de to siste år ledet av overlege Steinar Madsen og har stor oppslutning blant landets allmennpraktikere. De siste årene har ca. 150 allmennpraktikere deltatt på fortsettelseskurset. Ukens tre siste dager er viet kliniske emnekurs som avholdes på forskjellige sykehusavdelinger i Oslo-området. Aktuelle emner er akuttmedisin, belastningssykdommer, barnesykdommer, diabetes, fødselshjelp og kvinnesykdommer, hudsykdommer.

Disse kursene har også stor oppslutning idet de gir tellende emnekurstimer til videre- og etterutdanningen for allmennpraktikere. Spesialitetskomiteen vurderer fra år til år hvilke emner som er aktuelle, etter innspill både fra deltakerne og det offentlige.

I perioden er det arrangert møte med fylkesavdelingenes kurskomiteer. Temaene i januar 2000 var smågruppevirksomhet, organisering av ukeshospitering på sykehus, praksisbesøk, forsikringsmedisin, finansiering av kurskomiteearbeid, allmennpraktikers kompetanse på mottak av voldsofre. På årets kurs deltok 25 leger fra alle landets fylker.

Legeforeningen arrangerer i begynnelsen av mai, et årlig seminar om spesialistutdanningen. Den 9.-10.5. 2000 ble seminaret gjennomført på Soria Moria. Representanter fra spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, sentralstyret, Yngre legers forening, Norsk overlegeforening m.fl. deltok. Hovedtemaene var; "Forventninger til dagens leger", "Utvikling av kursutdanningen", "De kommende endringer i spesialistutdanningen" og "Mer formalisert etterutdanning".

Til Studieforbundet AF og Akademikerne (SAAF) har vi i 1999 rapportert inn 461 kurs – til sammen 9 593 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Totalantallet kurs er sannsynligvis større.

Sentralstyret har besluttet at fra 2001 utgis ikke kurskatalogen lenger som Tidsskriftnummer. Kurskatalogen blir utarbeidet som før, men som nettutgave på Legeforeningens web-side.

For dem som trenger det, vil det bli anledning til å kjøpe en enkel, trykket versjon.

Medisinsk statistikk

Legeforeningen har hatt tilbud om kurs i medisinsk statistikk på Internett høsten 1998. Innholdet og opplegget for kurset ble ved oppstart utarbeidet av Petter Laake ved Seksjon for medisinsk statistikk, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Harald Fekjær ved samme seksjon er etter hvert blitt en sentral medarbeider. Begge er prosjektansvarlige med Geir Jacobsen og Åse Brinchmann-Hansen som referansegruppe.

Statistikkurset har frem til nå bestått av ni moduler eller ni brev som alle kursdeltakere skal ha bestått. Responsen på kurset har vært uventet stor med hensyn til påmelding. Evalueringen etter avsluttet kurs har også vært meget god.

Kurslederne startet våren 2000 med et nytt kursopplegg hvor det tilbys både nybegynnerkurs og kurs for videregående. Denne omleggingen skjer på bakgrunn av erfaring for at kursdeltakerne har ulike behov. Kurslederne har også fått en del forespørsler om et kurs med mer avansert innhold for personer som allerede har en del kunnskap om medisinsk statistikk.

Bruk av video og simulering i legers videre- og etterutdanning.

BEST – "Bedre sykehusbehandling av traumer" er en videreføring av pilotprosjektet

Kvalitetssikring av traumebehandling i sykehus. Hovedmålsettingen er å forbedre den behandling pasienter med alvorlige skader får på skadested, under transport og på sykehus. Målsettingen er å etablere et nettverkssamarbeid hvor målrettet opplæring og trening med fokus på tverrfaglig teamarbeid som ledelse, kommunikasjon og samarbeid, samt erfaringsutveksling er hovedmetoder. Overordnet målsetting er utvikling og utprøving av didaktiske/pedagogiske metoder som kan brukes i legers videre- og etterutdanning. Selve treningen forgår med videofilming og påfølgende strukturert gjennomgang med vekt på hovedelementene nevnt over.

Per juni 2000 har 11 sykehus og nærmere 700 personer deltatt i simulering av mottak og stabilisering av multitraumatiserte pasienter. Simulering ved sykehusene foregår tverrprofesjonelt, men BEST-prosjektet har også vært kjørt to ganger på nordiske kurs for subspecialister i intensivmedisin.

Samtlige evalueringer har vært meget positive, og alle deltakerne melder at de gjerne vil fortsette å trene med simuleringer. De oppgir også at de vil anbefale et tilsvarende kurs for kolleger.

Til tross for forespørsler fra flere sykehus, har prosjektledelsen i BEST-prosjektet besluttet å vente inntil prosjektet har gjennomgått en grundig evaluering, og resultatene publisert. I tillegg må prosjektet sikres finansiering.

I tillegg til Åse Brinchmann-Hansen som er medlem av prosjektgruppen, er Hans Asbjørn Holm representant i styringsgruppen for BEST-prosjektet.

Konferanse om "Alternativer til kurs i spesialistutdanningen"

Konferanse om "Alternativer til kurs i spesialistutdanningen" ble arrangert i Folkets hus i Oslo 6.1. 2000. Hovedmålgruppe for konferansen var spesialitetskomiteene og andre som arbeider med legers videre- og etterutdanning. Målsettingen med konferansen var å ta opp kursets rolle i forhold til de andre elementene i spesialistutdanningen og å bevisstgjøre deltakerne på sammenhengen mellom valg av undervisnings-/læringsmetode, læringsmål og innholdet i det som skal læres. Målet på lang sikt er å gjøre kursene mer effektive og eventuelt erstatte en del kurs med andre læringsformer
Konferansen samlet 115 deltakere.

Kurs i lege-pasient-kommunikasjon

I mai 2000 ble det holdt er kurs i "Teaching Communication Skills" for 26 allmennpraktikere som er engasjert i grunnutdanning og spesialistutdanning. Kurset ble holdt på Landego fyr utenfor Bodø. Kursledere var Jonathan Silverman, Tor Anvik og Bjørn Oscar Hoftvedt.

5.25.1 Endring i kursutdanningen, alternative undervisningsformer

Sentralstyret har i 1999 hatt en prinsipiell drøfting av kursutdanningen i spesialistutdanningen og det faktum at kurstilbudet har økt betydelig i løpet av noen år, samtidig som kurskravet i de fleste spesialiteter også stadig er blitt utvidet. Sentralstyret har gått ut med en oppfordring til bl.a. spesialitetskomiteene om å vurdere muligheten for å effektivisere kursutdanningen, eventuelt utvikle alternative undervisningsformer. Det har vært flere grunner til dette, både utdanningsfondenes økonomi og at det i de senere år er utviklet nettløsninger og fjernundervisning innenfor mange fag.

Komiteene ble videre bedt om å vurdere om mye av det som forutsettes lært på eksterne kurs eventuelt kan læres på arbeidsstedet, dels i form av supervisert tjeneste, mester-svenn-læring, dels i internundervisningen, og ved faglig fordypning og selvstudier.

Det viste seg imidlertid at det var få fagområder som ønsket å redusere kravene til gjennomførte kurs. Flere komiteer ønsket tvert i mot å utvide kravet til obligatoriske kurs. Foreløpig har sentralstyret ikke vært villig til å imøtekomme disse ønskene.

5.26 Utdanningsfond I - Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger

Utdanningsfond I ble opprettet i 1967 og har som formål å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger. I vedtektene er det nevnt spesielt at fondet bør tilgodese tiltak som kan

bedre videre- og etterutdanningen i perifere strøk av landet.

Sentralstyret er fondets styre. Myndighet er delegert til Fondsutvalget som møtes fire til seks ganger i året for å behandle løpende saker. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Fra 1998 er det åtte medlemmer av utvalget med syv varamedlemmer. Legeforeningens sentralstyre oppnevner leder og seks medlemmer til fondsutvalget mens Sosial- og helsedepartementet oppnevner ett medlem med varamedlem.

Fondsutvalget for perioden 1998 – 2001 er sammensatt slik:

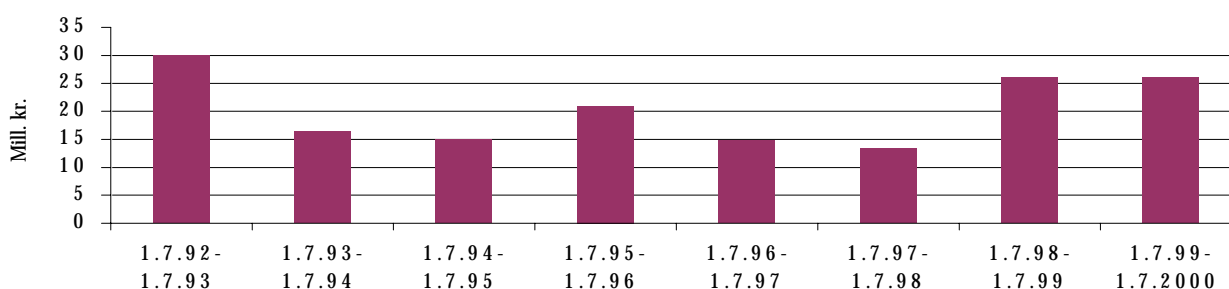
Bjørn N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Dagfinn Øgreid, Bent Folkvord, Turi Bondeson, Geir Jacobsen, Anne Mørch Larsen (erstattet Lise Heiberg fra 1.1. 2000) og Eystein Straume (Sosial- og helsedepartementet).

Varamedlemmer Olav Mjøsnes, Helge Bjørnstad Pettersen, Karin Straume, Betty Pettersen, Magnhild Gaasemyr, Jana Midelfart (erstattet Leif Trygve Næss fra 1.1. 2000) og Elisabeth Wang (Sosial- og helsedepartementet).

Karsten Gjøfle fra sekretariatet er sekretær for utvalget.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, Staten og Kommunenes Sentralforbund. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne. Avsetningene i de siste avtaleperiodene har vært slik:

Tilskudd til Utdanningsfond I i perioden 1993 - 2000



Utdanningsfond I hadde en egenkapital per 31.12. 1999 på kr 123 millioner. Det forventede underskuddet for 1999 på ca. 10 millioner ble redusert til i overkant av kr fire millioner pga. ekstraordinære inntekter fra fondsplasseringer (ikke realiserte kursgevinster). Med årlige driftskostnader på vel 48 millioner kroner er målsettingen om en egenkapital på tre ganger årlig uttak ikke fullt ut tilfredsstillt. Fondet tilsvarer i dag 2,6 års driftskostnader.

Av tiltak som er gjort for å redusere underskuddet kan nevnes:

- Individuelle stipendier er tatt ut.
- Vilkårene er strammet noe til for ordinære kurs.
- Budsjettrutinene for universitetskursene er bedret.
- Kursene i administrasjon og ledelse er avvirket.

Budsjetter for år 2000 har en kostnadsramme på 42,4 millioner kroner med et forventet underskudd på ca. 4,8 millioner kroner. Målet om balanse i år 2002 står fast. Hvis fondet får tilført tilsvarende midler som de siste årene er det i høyeste grad realistisk med balanse i 2002. Fondet er blitt tilført 26,1 millioner kroner for avtaleperioden 1.7. 1999-30.6. 2000.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I kan nevnes:

- Koordinatorkontorene ved universitetene (2,4 millioner kroner).
- Råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen.
- Underskudd ved kurs arrangert av spesialforeninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger.
- Underskudd ved kursvirksomhet arrangert ved universitetene 4,5 millioner kroner.
- Studier og kurs i helseadministrasjon.

For øvrig refunderer Utdanningsfond I Legeforeningen for det arbeidet som utføres av sekretariatet i forbindelse med legers videre- og etterutdanning. I 1999 utgjorde det 16,2 millioner kroner.

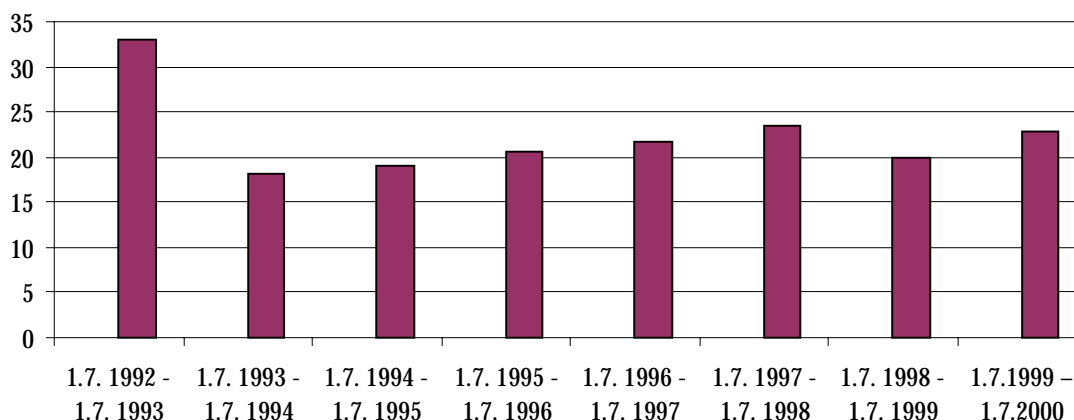
5.27 Utdanningsfond II – Den norske lægeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Utdanningsfond II ble etablert i 1984 og har som formål å høyne og opprettholde det medisinsk-faglige nivået hos allment praktiserende leger og privatpraktiserende spesialister ved å yte økonomisk hjelp til dekning av utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Det er fem medlemmer i utvalget, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter i fondsutvalget, mens Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund har en representant hver.

For perioden 1997 – 2000: Eirik Bø Larsen (leder), Berit K. Norling, Dag Brekke, Kristian Hagestad og Merete Furuberg Gjerdtnet. Personlige varamedlemmer: Mette Brekke, Ivar J. Hauge, Arne Vassbotn, Hege Raastad og Arne Norum. Tone Houge Holter fra sekretariatet er sekretær for utvalget.

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

Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har i millioner kroner vært følgende:



Siden det ble iverksatt innstramningstiltak i 1995 og 1996 har egenkapitalen i fondet vært opprettholdt. Ved utgangen av 1999 var den bokførte egenkapitalen på 107,2 millioner kroner – noe som er godt over målsettingen om at den skal være to ganger årlig uttak fra fondet. Antall refunderte søknader i 1999 var på 4254, en nedgang på 667 søknader fra 1998. For første halvdel av 2000 tyder det på at søknadsmengden er økende. De refunderte utleggene i 1999 var på i alt 18,8 millioner kroner mot 21,2 millioner kroner i 1998.

I 1999 fikk Den norske lægeforening tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet til å forvalte en ordningen med formål å stimulere videre- og etterutdanning for primærleger i Finnmark, Troms, Nordland og Nord-Trøndelag. Tilskuddsordningen har vært samordnet med den støtten som gis fra Utdanningsfond II og har omfattet kursdeltakelse utover det som støttes av Utdanningsfond II samt støtte til veiledningskandidater. I alt ble det utbetalt kr 819 466 fra tilskuddsordningen i 1999. Tilskuddsordningen videreføres i 2000 med utvidelse til også å omfatte Sogn og Fjordane, samt muligheter for økonomisk støtte til opplæring i samisk språk. I løpet av første halvår 2000 er det i alt utbetalt kr 832 069.

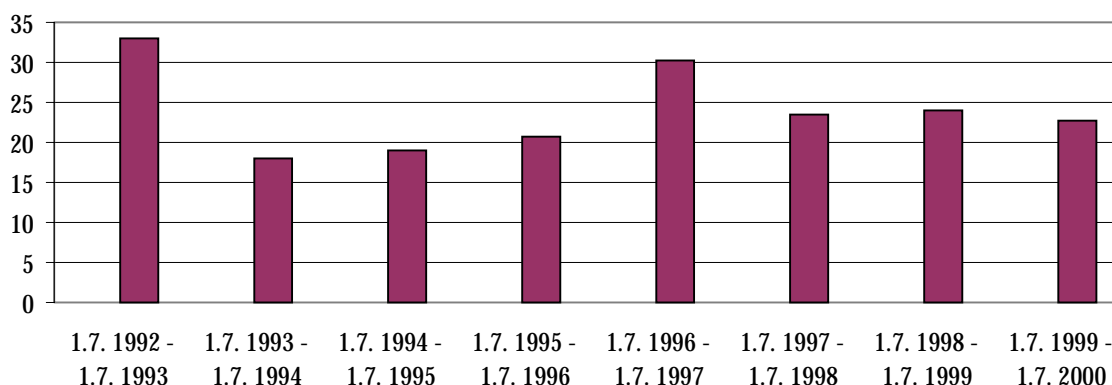
5.28 Utdanningsfond III – Den norske lægeforenings fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning

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

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et partssammensatt fondsutvalg i likhet med for Utdanningsfond II.

For perioden 1997 – 2000 er fondsutvalget: Rolf Schøyen (leder), Torbjørn Pihl, Bente K. Johansen, Jens Eskerud og Bjørn Kristiansen. Varamedlemmer er Rita Kolvik, Jan E. Jørgensen, Einar K. Kristoffersen, Anne Valle og Arne Norum. Tone Houge Holter fra sekretariatet er sekretær for utvalget.

Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har i millioner kroner vært følgende:



Egenkapitalen i Utdanningsfond III er redusert med vel 72,4 millioner kroner fra 1993 til utgangen av 1999 – fra 109,6 millioner kroner i 1993 til 37,2 millioner kroner per 31.12. 1999. Det ble utbetalt refusjon for 7080 søknader i 1999, mens tilsvarende tall i 1998 var 6150.

På grunnlag av fondets økonomiske utvikling, har fondsutvalget vedtatt ytterligere innstramning i ytelsene utover de tiltak som ble iverksatt i 1995 og 1996. Fra 1.1. 2000 ble følgende tiltak gjennomført:

- Støtte til etterutdanning av ferdige spesialister falt bort.
- Leger under spesialistutdanning får kun refusjon for to kurs årlig.
- Det gis ikke lenger refusjon for kostutgifter.
- Overnatting refunderes med inntil kr 500 per natt etter regning.

Innstramningene i 2000 har hittil medført en betydelig reduksjon i søknadsmengde – og refusjoner.

5.29 Utdanningsfondenes økonomi

Etter de generelle innstramningene som ble gjennomført for Utdanningsfondene II og III i 1995 og 1996 har utviklingen i disse fondenes kapital utviklet seg i ulik retning. For Utdanningsfond II har redusert søknadsmengde og god avkastning på kapitalen resultert i tilfredsstillende egenkapitalsituasjon, mens Utdanningsfond III ved årsskiftet hadde mindre egenkapital enn ett års normal refusjonsutbetaling. Som det er redegjort for foran, har derfor fondsutvalget innført betydelige innstramninger i refusjonsutbetalingene fra 1.1. 2000.

For Utdanningsfond I er egenkapitalsituasjonen stabil og relativt tilfredsstillende.

Kostnadsreducerende tiltak har dessverre medført nedprioritering av langsiktig faglig utvikling.

På grunn av den vanskelige økonomiske utviklingen i Utdanningsfond III, har sentralstyret arbeidet med flere alternative muligheter for å styrke fondene. Av de tiltak som er gjennomført er reduksjon av kursutgiftene gjennom gunstige avtaler med reisebyrå, hoteller og transportselskaper samt forhandlinger med Staten og Kommunenes Sentralforbund om "friske penger". I

normaltarifforhandlingene våren 2000 ble tilskuddet til Utdanningsfond III økt med ekstra seks millioner kroner i slike "friske penger". Spørsmålet om ytterligere tilskudd til Utdanningsfond III gjennom særavtalene for sykehusleger er drøftet, men per 30.6. 2000 ikke avklart. Av andre forhold som det arbeides med i et mer langsiktig perspektiv kan nevnes å innføre generell begrensning av refusjoner til kun nødvendige kurs, slutte å trykke kurskatalogen (bare nettversjon), utredning av alternativer til tradisjonell kursutdanning, herunder kurs ved hjelp av Internett. Et prosjekt er under planlegging.

Sosial- og helsedepartementet fikk i 1999 utarbeidet en notat om finansieringsordningen for legers videre- og etterutdanning. Departementet oppfattet notatet som positivt i forhold til det arbeidet Legeforeningen har gjort både når det gjelder legers videre- og etterutdanning og anvendelse og styring av utdanningsfondene. Fortsatt stilles det imidlertid spørsmål ved om Legeforeningens rolle er for dominerende. For å styrke legitimiteten vurderer sentralstyret å organisere samarbeidet med arbeidsgiverne på en annen måte. Sentralstyret har satt i gang arbeid for å utrede endrede styringsformer for utdanningsfondene.

6 Lønns- og arbeidsvilkår

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

6.1 Forhandlingsorganisasjon

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

Sentralstyret har imidlertid etablert en særskilt forhandlingsdelegasjon for fastlegeforhandlingene som skal forhandle alle sider ved fastlegeordningen, herunder også nødvendige endringer i særavtalen for kommunalt ansatte leger og i særbestemmelsene for kommunalt ansatte leger i Oslo kommune. Forhandlingsdelegasjonen består av følgende medlemmer: Hans Petter Aarseth, Hans Kristian Bakke, Anette Fosse, Ivar Halvorsen, Gunnar Ramstad, Bente Kristin Johansen og Øyvind Sæbø.

Det er ikke etablert endringer i prosedyren for vedtak av krav og godkjenning av forhandlingsresultat. Dette er fortsatt tillagt sentralstyret.

6.1.1 Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet

Etter forslag fra Oslo lægeforening har sentralstyret høsten 1999 vedtatt at Oslo lægeforenings leder som en fast ordning skal innkalles som observatør i lønnsutvalgets møter. Det er forøvrig ikke vedtatt andre endringer i lønnsutvalgets sammensetning eller i øvrige regler som regulerer foreningens forhandlingsvirksomhet.

6.1.2 Lønnsutvalget for fastlønte leger

Lønnsutvalget for fastlønte leger har frem til 31.12. 1999 hatt følgende sammensetning: Hans Petter Aarseth (leder), Grethe Aasved (nestleder), Eirik Bø Larsen, Per Thorsby, Einar S. Hysing, Rolf Kirschner, Anne Larsen, Anne Margrethe Birkeland, Line Kathrine Lund, Just Ebbesen, Leif Næss, Bente K. Johansen, Arne Johannesen og Eilif Rytter.

Varamedlemmer for yrkesforeningenes og Norsk medisinstudentforenings representanter var: Gunnar Ramstad, Helge Bjørnstad Pettersen, Brynjulf Ystgaard, Rita Kolvik, Odd Veddeng, Knut Skyberg, Eirik Müller Indrebø, John-Arne Røttingen, Lise Heiberg, Gerd Tranø, Frode Risdal og Pål Kippernes.

Fra 1.1. 2000 til 31.12. 2001 har lønnsutvalget følgende sammensetning:

Hans Petter Aarseth (leder), Einar S. Hysing (nestleder), Eirik Bø Larsen - vara Åge Henning Andersen, Arne Johannesen - vara Ernst Horgen, Anne Sofie Syvertsen - vara Bjørn Norèn, Vidar von Düring - vara Brynjulf Ystgaard, Bente Mikkelsen vara - Bjørn Busund, Anne Larsen vara - Helge Skard Dokka, Bente K. Johansen vara - Just Ebbesen, Torkel Steen, vara - Gerd Tranø, Leif Næss vara - Anne Mørch Larsen, Kaare M. Gautvik vara - Christian A. Drevon, Ørn Terje Foss vara - Stein Inge Fandrem, Rune Nordpoll vara - Øyvind Hornstuen. Observatør Torunn Janbu, leder i Oslo lægeforening.

6.1.3 Tariffutvalg for privat praksis

Fra 1.1. 1998 og frem til 31.12. 1999 hadde utvalget følgende sammensetning:

Hans Petter Aarseth (leder), Kåre Reiten (nestleder), Hans Kristian Bakke, Truls Disen, Ivar Halvorsen, Torgeir Haugen, Gunnar Ramstad, Kai Tjeransen og Brynjulf Ystgaard.

Varamedlemmer: Frode Øvrejord, Per Askim, Harald Guldsten, Inge Refnin, Folke Sundelin, Tor Steinar Raugstad og Bente K. Johansen.

Fra 1.1. 2000 til 31.12. 2001 har utvalget slik sammensetning:

Hans Petter Aarseth (leder), Hans Kristian Bakke (nestleder), Gunnar Ramstad vara - Åge Henning Andersen, Kjell Maartmann-Moe vara - Hanne Dinesen, Truls Disen vara - Harald Guldsten, Berit Norling vara - Finn Korsrud, Per Wærås Tvette vara - Ivar Halvorsen, Asle Medhus vara - Just Ebbesen, Einar Hysing vara - Bjørn Busund.

6.1.4 Representasjon i Akademikernes seksjonsorganer

For 1999 og 2000:

Akademikerne Stat:

Einar S. Hysing med Signe Gerd Blindheim som varamedlem.

Akademikerne kommune:

Øyvind Sæbø, nestleder (valgt av seksjonsorganet)

Hans Petter Aarseth og Bente K. Johansen er foreningens representanter med Odvar Brænden og Per Medalen som varamedlemmer.

Akademikerne Privat:

Per Medalen med Anne Margrethe Birkeland som varamedlem.

Akademikerne Frie yrker:

Kåre Reiten og Nils Grytten med Hans Kristian Bakke og Åsmund Hodne som varamedlemmer.

6.2 Publikasjoner og informasjon

6.2.1 Avtalesamling

Legeforeningens avtalesamling blir holdt løpende ajour i form av særtrykk av enkeltavtaler.

Det er i perioden utarbeidet kommentarutgave til den reviderte Kollektivavtalen som trådte i kraft 14.6. 1999.

En ajourført oversikt over Legeforeningens overenskomster, avtaler og regulativer er tatt inn i den nye utgaven av Legeforeningens årbok. Oversikten er ajour per 18.2. 2000.

Særtrykk av avtalene er i perioden sendt medlemmene på anmodning, men alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside sammen med annen relevant forhandlings informasjon.

6.2.2 Medlemsbrev

Det er i medlemsbrev gitt utfyllende orientering om resultatet av takstforhandlingene og om endringer i egenandelene.

6.2.3 Bruk av Tidsskriftet

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

6.2.4 Forhandlingsinformasjon på Internett

Ved siden av at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktig og aktuell forhandlingsinformasjon. Hjemmesiden er fortløpende ajourført med fyldige fremdriftsrapporter og resultater for alle forhandlinger - både legevaktsforhandlingene, fastlegeforhandlingene, normaltarifforhandlingene og lønnsoppgjøret i offentlig sektor.

Det er for tillitsvalgte etablert en egen passordbelagt database hvor tillitsvalgte og andre foreningsrepresentanter kan utveksle forhandlingsinformasjon, f.eks. oppnådde resultater i rettstvister, lokale forhandlinger og info om lokale særavtaler. Tjenesten er etablert som en oppfølging av tidligere vedtak i landsstyret.

6.2.5 Orienteringsmøter på de enkelte sykehus

Det er ikke avholdt orienteringsmøter om sykehuslegeavtalen i inneværende periode.

Alle fylker ble dekket etter særavtaleforhandlingene høsten 1998 med orienteringsmøter i perioden november 1998 - mars 1999.

6.2.6 Dagsseminar om lokale forhandlinger

Forhandlingsavdelingen arrangerte dagsseminar om lokale forhandlinger 18.8. 1999 i Oslo der 45 tillitsvalgte deltok. Det er planlagt nytt seminar den 29.8. 2000.

6.3 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

6.3.1 Generelt om forhandlingssituasjonen

Akademikerne og Legeforeningen har i beretningsperioden deltatt i forhandlingsarbeidet i offentlig sektor på lik linje med andre hovedsammenslutninger og medlemsforeninger.

Som i 1999 la Arntsen-utvalgets innstilling føringer for oppgjøret også i 2000. Arntsen-utvalget anbefalte at den generelle lønnsveksten over tid burde være i samsvar med lønnsveksten hos våre handelspartenere. Denne ble anslått til 3,5% i år 2000. Med bakgrunn i dette ble det lagt vekt på at rammen for årets oppgjør i privat og offentlige sektor ikke burde medføre en høyere inntektsvekst enn 3,5 %, mens regjeringen i nasjonalbudsjettet hadde lagt 3,25 % som et anslag om lønnsvekst fra 1999 til 2000. Denne forutsetning ble brutt i LO/NHO-området ved forhandlingene per 1.4. 2000. Til tross for en ramme som oversteg det partene, herunder LO, hadde lagt til grunn som et mulig utgangspunkt for forhandlingene, ble forslaget med solid margin nedstemt av LO's medlemmer ved den påfølgende uravstemming. Dette medførte en relativt omfattende streik som etter nærmere to uker ble løst ved fornyet mekling mellom partene. Resultatet av denne "omkampen" ble et forhøyet tillegg på timelønnen, innføring av to dager ekstra ferie i 2001 og ytterligere to feriedager i år 2002 samt at det opprettholdes en avtaleperiode på to år. Den samlede økonomiske rammen for LO/NHO-oppjøret ble anslått til om lag 4,6%. Partene i offentlig sektor var kjent med resultatet i privat sektor før meklingen i offentlig sektor ble sluttført. Resultatet i LO/NHO-området fikk til en viss grad overslagseffekt også for offentlig sektor.

6.3.2 Tariffrevisjonen per 1.5. 2000: Krav om nye lønns- og forhandlingssystemer

Nye forhandlingssystemer i stat og kommune, var Akademikernes hovedkrav da lønnsforhandlingene i offentlig sektor startet 10.4. 2000. I kommunesektoren krevde Akademikerne en egen hovedtariffavtale hvor Akademikerne og arbeidsgiverpartene sentralt forhandler om den økonomiske rammen for oppgjørene og hvor størstedelen av tilleggene fordeles lokalt. I Staten ble det lagt fram krav med sikte på en omfattende desentralisering av lønnsdannelsen. Akademikerne ønsker å øke mulighetene for kommuner/fylkeskommuner og virksomheter i offentlig sektor til å bruke lønn som virkemiddel for å rekruttere og beholde nødvendig arbeidskraft.

Forhandlingene i staten ble brutt 4.5. 2000, i Kommunenes Sentralforbund (KS) 11.5. 2000 og i Oslo kommune 15.5. 2000. Etter en meglingsrunde ble Riksmeglingsmannens skisser lagt fram med følgende hovedpunkter av betydning for Legeforeningens medlemmer:

Staten

Generelle tillegg:

Alle lønnstrinn på Statens lønnsregulativ økes med kr 5000 med virkning fra 1.5. 2000. Antall lønnstrinn utvides med fem slik at ltr. 79 muliggjør regulativlønn med kr 600 000 per år.

Sentrale justeringer:

Det ble ført sentrale justeringsforhandlinger (endring av lønnstrinns plasseringer i Statens lønnsplaner) innenfor en ramme på 2,2 % per dato med virkning fra 15.7. 2000. Føringerne skulle ivareta hensynet til rekrutterings- og konkurransesituasjonen hva angår høgskole- og langtidsutdannede, samt skoleverket. Det ble også avtalt at kvinner skal ha en større andel av lønnsmassen enn en prorata fordeling tilsier. Justeringsforhandlingene ble avsluttet 29.6. 2000. Det ble avsatt seks millioner kroner for å rekruttere og beholde særlig kvalifisert vitenskapelig personale ved universitetene i forbindelse med de lokale 2.3.3. forhandlingene per 1.9. 2000. Midlene skal

fordeles mellom universitetene etter drøftinger mellom KUF og berørte organisasjoner. Stipendiater på kode 1378 fikk to lønnstrinns opprykk sentralt, amanuenser (LR 25) to lønnstrinn, 1. amanuensis to lønnstrinn og professor ett lønnstrinn. De fleste av overlegestillingene og fylkeslegestillingene fikk ett lønnstrinn, mens assistentlegene fikk to lønnstrinn i snitt.

Lokale forhandlinger:

Det skal føres lokale forhandlinger per 1.9. 2000 innenfor en ramme på 0,75 % per dato. I tillegg forhandles det innenfor en ramme på 0,1 % på grunn av skifte av arbeidstakere (frigjorte lønnsmidler). Som føring for forhandlingene er det avtalt at det skal tas hensyn til virksomhetens behov for høgskole og langtidsutdannet personell og at kvinner bør få en større andel av potten enn pro rata fordeling tilsier.

Fra 1.8. 2000 vil de med høyere akademisk utdanning innplasseres i minst ltr. 31.

Lønnsendringer neste år:

Det er også avtalt hva som skal skje i andre avtaleår, dvs i år 2001. Dette innebærer at det ikke vil bli ført ordinære forhandlinger per 1.5. 2001. Det er imidlertid allerede avtalt at lønnsregulativet får et tillegg på hvert lønnstrinn med kr 2 200. Det skal føres sentrale jusestringsforhandlinger med virkning fra 1.9. 2001 innen for en ramme på 1,0 % av lønnsmassen. Det skal også gjennomføres lokale forhandlinger innenfor en ramme på 0,6 % av lønnsmassen (0,5% + 0,1% for skifte av arbeidstakere) med virkning fra 1.10. 2001.

Innen 30.11. 2001 skal en partssammensatt arbeidsgruppe gjennomgå statens lønns- og forhandlingssystem og evaluere og drøfte forslag om endringer i dette.

Ferie:

Statsansatte får to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger opptjenes i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Pensjon:

Det ble i skissen fra Riksmeklingsmannen gitt uttrykk for at regjeringen tok sikte på å fremme et lovforslag som fjerner knekkpunktet (dvs. at lønn utover åtte G bare medregnes med 1/3 i pensjonsgrunnlaget) i lov om Statens pensjonskasse. Lovforslaget ble fra regjeringens side fremlagt for Stortinget, som straks før ferien vedtok forslaget om å oppheve knekkpunktregelen. Endringen vil få betydning for de som går av med pensjon etter 1.6. 2000 og som har en inntekt som overstiger kr 392 720 per år. Dette vil også få betydning for ansatte i kommunesektoren. Endringen vil medføre en ikke ubetydelig bedring i pensjonen for de som tjener mellom åtte G og 12 G. Ved inntekt på 12 G utgjør økningen mer enn kr 80 000 i årlig pensjon.

Fellesbestemmelsene:

Det er avtalt omfattende endringer i fellesbestemmelsene, men svært mye av dette er redaksjonelle og tekniske tilpasninger, bl.a. som følge av reglene for deltidsansatte er innarbeidet i fellesbestemmelsene og at regler som egentlig følger av lovbestemmelser er erstattet med henvisning til disse. For ledere og arbeidstakere i særlig selvstendige stillinger kan det heretter utbetales overtidsgodtgjøring for inntil 250 timer per år mot tidligere 200 timer per år. Det er gjort mindre endringer i satsene for natt, lørdag- og søndagstillegg (§15).

Grensen for boliglån i Statens pensjonskasse er hevet fra kr 350 000 til kr 500 000.

Akademikerne aksepterte Riksmeklingsmannens skisse 26.6. 2000. Oppgjøret i staten hadde en økonomisk ramme på 4,84%.

Kommunenes Sentralforbund

Generelle tillegg:

Alle lønnstrinn på kommunens lønnsregulativ økes med kr 5000 med virkning fra 1.5. 2000. Antall lønnstrinn utvides med fem slik at ltr. 79 muliggjør regulativlønn med kr 600 000 per

år.

Lønnsrammene for nyutdannede akademikere (LR12 - LR19) er endret slik at begynnerlønnen og lønn etter to og fire års ansiennitet øker med to lønnstrinn. Dette omfatter turnusleger, assistentleger og kommuneleger med tilsvarende ansiennitet.

Det føres lokale forhandlinger per 1.8. 2000 innenfor en ramme på 1,51 % per dato. Forhandlingene skal gjennomføres innen 1.11. 2000 med kravfrist 1.10. 2000.

Lønnsendringer neste år:

Det er også avtalt hva som skal skje i andre avtaleår, dvs i år 2001. Dette innebærer at det ikke vil bli ført ordinære forhandlinger per 1.5. 2001. Det er imidlertid allerede avtalt at lønnsregulativet får et tillegg på hvert lønnstrinn med kr 2 200. Det skal i 2001 føres lokale forhandlinger innenfor en ramme på 0,9 % per dato med virkning fra 1.11. 2001. Kravene skal være overlevert innen 1.10. 2001.

Fellesbestemmelsene:

Det er foretatt mindre tilpasninger i fellesbestemmelsene, dels basert på endringer i folketrygdloven og dels basert på forståelser som partene har uttrykt gjennom protokoller i løpet av foregående tariffperiode.

Pensjon:

Som tidligere nevnt vil fjerning av knekkpunktet fra åtte G til 12 G medføre en betydelig bedring i pensjonen for leger som tjener mellom åtte G og 12 G.

Ferie:

Også ansatte i kommunene og fylkeskommunene får to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger opptjenes i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Avtalestruktur og lønssystem:

Som kjent krevet Akademikerne et helt nytt avtalesystem og forhandlingssystem i kommunesektoren. Det er avtalt å nedsette et utvalg som skal vurdere avtalestrukturen og et som skal vurdere lønssystemet, herunder forhandlingsbestemmelsene. Utvalgene har frist til h.h.v. 31.8. 2001 og 21.12. 2001 med å legge frem sine rapporter.

Legeforeningen aksepterte etter ekstraordinært sentralstyremøte Riksmeglingsmannens skisse den 28.06. 2000. Oppgjøret i tariffområdet med Kommunenes Sentralforbund hadde en ramme på 4,82%.

Oslo kommune

Generelle tillegg:

Alle lønnstrinn på Oslo kommunes lønnsregulativ økes med kr 5000 med virkning fra 1.5. 2000. Antall lønnstrinn utvides med fem slik at ltr. 79 muliggjør regulativlønn med kr 600 000 per år. Det er foretatt justeringer for flere akademikerstillinger. Turnuslegene fikk et opprykk på to lønnstrinn med virkning fra 1.6. 2000. Det føres lokale forhandlinger per 1.6. 2000 innenfor en ramme på 1,45 % per dato. Forhandlingene gjennomføres innen 1.10. 2000.

Lønnsendringer neste år:

Det er også avtalt hva som skal skje i andre avtaleår, dvs i år 2001. Dette innebærer at det ikke vil bli ført ordinære forhandlinger per 1.5. 2001. Det er imidlertid allerede avtalt at lønnsregulativet får et tillegg på hvert lønnstrinn med kr 2 200. Det avsettes 0,35% av lønsmassen på årsbasis til lokale forhandlinger med virkning fra 1.7. 2001. Forhandlingene gjennomføres innen 15.6. 2001.

Avtalestruktur og lønssystem:

Akademikerne krevde et helt nytt avtalesystem og forhandlingssystem også i Oslo kommune. Det er avtalt å nedsette et utvalg som skal vurdere avtalestrukturen i Oslo kommune. Utvalget har frist til 31.1. 2002. Det vil også bli foretatt en gjennomgang av lønssystem og forhandlingsbestemmelser i Oslo kommune. Dette utvalgsarbeidet skal være avsluttet i rimelig innen tariffoppgjøret 2000.

Ferie:

Også ansatte i Oslo kommune får to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger opptjenes i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Legeforeningen har foreløpig ikke avgitt svar på Riksmeglingsmannens skisse innen den fastsatte frist. Årsaken er at Dnlf ennå ikke har forhandlet om særbestemmelsene som er en integrert del av overenskomsten i Oslo kommune.

Opgjøret i Oslo kommune har en ramme på 4,83%.

HSH/Apo:

I tariffområdet HSH/Apo er det foreløpig ikke ført forhandlinger om endringer i tariffavtalene per 1.5. 2000. Det er antatt at det også ved årets forhandlinger vil bli lagt til grunn resultatet av forhandlingene i KS-området og i Oslo kommune. Forhandlingene vil finne sted tidlig på høsten.

I tilknytning til samtaler mellom partene om forberedelse av forhandlingene, er det vedtatt å nedsette et utvalg som skal gjennomgå forhandlingsordningen i tariffområdet. Utvalget skal se på struktur, nivå og partsforhold, herunder inndeling i tariffområder. Det er forutsatt at dette arbeide skal starte straks og slutføres høsten 2000. Akademikerne deltar i utvalgsarbeidet med to representanter.

Andre tariffområder:

Dnlf har fortsatt tariffavtale med Næringslivets Hovedorganisasjon (NHO) vedr. bedriftsleger. Avtalen inneholder ikke bestemmelser som regulerer innplassering og regulering av personlig lønn. Avtalen er ikke revidert i perioden, men er sagt opp med sikte på revisjon.

Legeforeningen var tidligere medlem i SAN som er sammenslutningen av akademiker-foreninger med medlemmer ansatt i virksomheter i NAVO. NAVO er arbeidsgiverforening for private virksomheter i offentlig sektor, f.eks. Telenor, NRK, Studentsamskipnaden. Ved utmelding av AF gikk Dnlf også ut av SAN. Avtaleforholdet med NAVO er senere ikke reetablert. Dnlf har en del bedriftsleger som er ansatt i NAVO-virksomheter, men den største enkeltgruppen av medlemmer er trolig i Studentsamskipnaden i Oslo – Helsetjenesten. Forholdet til SIO har i mange år fungert tilfredsstillende uten formell tariffavtaletilknytning slik at innmelding i SAN ikke har blitt spesielt aktualisert de siste årene.

6.3.3 Revisjon av særavtaler

Kommunenes Sentralforbund (KS)

Særavtale for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305).

Ny avtale ble inngått 29.6. 2000. Resultat av forhandlingene ble blant annet at taket for stabilitetstillegg heves til 350 t-trinn og gjøres gjeldende også for vikarer når vikariatet er av minst et års varighet. Tillegget gjøres også gjeldende for deltidsansatte med minimum 40% stilling (15 t/uke). Tillegget utbetales forholdsmessig. Avtalen innebærer en bedret praksiskompensasjon for leger med mer enn 10 timer offentlig arbeid per uke. Krav til praksiskompensasjon senkes fra 19 timer driftsavtale per uke til 15. Lege med full arbeidsuke i kommunen gis fri fra individrettet kurativt arbeid inntil to timer dagen etter legevakt uten trekk i lønn eller driftstilskudd dersom legen etter en konkret vurdering av belastningen på vekten finner at arbeid påfølgende dag blir uforsvarlig. Retten til fri bortfaller dersom den ikke tas samme dag. For vakansvakter som varsles mindre enn fire virkedager før vakt, gis et tillegg på 25%. Trygghetstillegget for veiledning av turnuskandidat er øket fra kr 200 til kr 250 per vakt.

Legevaktsavtalen:

Det har i lengre tid pågått forhandlinger om en særskilt legevaktavtale som skulle muliggjøre timelønn for interkommunal legevakt på natten, bl.a. for å senke vakthyppheten for leger i kommunehelsetjenesten og for å gi en bedre fortjeneste på den tid av døgnet hvor det er relativt lite utrykning/henvendelser. Da det viste seg umulig å få Kommunenes sentralsforbund og Staten med på en særskilt legevaktavtale hvor godtgjøringen skulle gis som næringsinntekt, ble partene enige om å ta inn i kommunelegevaktavtalen særskilte bestemmelser om legevakt i interkommunal legevaktsentral. Det er avtalt timelønn for beredskap (tilstedeværelse) og aktivt arbeid varierende fra kr 255 per time til kr 525, avhengig av befolkningsgrunnet i legevaktdistriktet. Spesialister får timelønn mellom kr 306 og kr 630. Leger i de større vakt-distrikt som tar fri etter vakt i interkommunal legevaktsentral vil få en kompensasjon på kr 400 for tapt inntjening denne dagen. Fravær kan skje uten trekk i driftstilskudd. Leger i de mindre vakt-distrikt kan være fraværende inntil fire timer etter vakt uten trekk i lønn eller driftstilskudd, men gis ikke annen kompensasjon for tapte praksisinntekter.

Særavtale for leger i sykehus (SFS 2306):

Forhandlingene endte med brudd og går til tvungen nemndsbehandling i samsvar med hovedavtalens regler. KS presenterte i første runde et omfattende krav hvor hele særavtalen var omskrevet og hvor mange viktige rettigheter som har vært opparbeidet over tid var fjernet. Legeforeningen avviste å forhandle videre på et slikt grunnlag. KS kom da med et siste tilbud som ikke var tilfredsstillende. Dette gikk ut på en opprettholdelse av nåværende avtale med noen små endringer på noen t-trinn, et engangstilskudd til Utdanningsfond III, og forslag om å nedsette et utvalg som skal utrede nye lønnsformer utover dagens regler for leger og andre arbeidstakere i sykehus, herunder en ordning med ekstraordinært organisert arbeid. Formålet med sistnevnte er å forsere planlagt behandling av prioriterte pasienter innen helseregionen eller ved sykehuset. Det antas at nemnda vil behandle tvisten i slutten av august 2000.

Legeforeningen har stevnet KS for Arbeidsretten i to tvister om forståelsen av særavtale for sykehusleger. Den ene saken omhandler spørsmålet om overleger i bistilling kombinert med heltids vitenskapelig stilling skal kunne kreve rekrutteringstillegg uavkortet som for heltidsansatte overleger. Den andre saken gjelder tvist om deltidsansatte leger har krav på vakansgodtgjøring med 200% tillegg. KS hevder at betingelsene for utbetaling av overtidsgodtgjøring etter fellesbestemmelsene må være oppfylt, dvs. at deltidsansatte ikke får overtidstillegg før legen har arbeidet minst 7,5 timer per dag eller 37,5 timer per uke.

Sakene er ikke berammet, men forventes å bli behandlet av Arbeidsretten i september/ oktober 2000.

Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening:

Krav ble overlevert til Oslo kommune 16.6. 2000. Forhandlinger er på nåværende tidspunkt ikke ført. Det er heller ikke berammet forhandlingsmøter.

Dom i Arbeidsretten:

Arbeidsretten har i juni 2000 avsagt dom i en tvist om forståelsen av særbestemmelsene for sykehusleger i Oslo kommune. Oslo kommune hadde i en tvist på Ullevål sykehus lagt til grunn at leger ansatt på Ullevål sykehus kunne beordres til vakttjeneste på Aker sykehus. Selv om slik tjeneste etter tariffavtalen kan organiseres, fant Arbeidsretten at bestemmelser i særavtalens del I ikke kunne gi grunnlag for beordring med mindre arbeidsavtalen med den enkelte åpnet opp for en slik tjenesteplikt ved et annet sykehus. Legeforeningen hadde lagt til grunn at slik tjeneste måtte organiseres ved frivillige avtaler.

Kommunen anførte også et annet grunnlag for å kunne pålegge overleger separat vakttjeneste på Aker – en protokolltilførsel som åpner for vakt på tvers av sykehus og spesialiteter når dette finnes forsvarlig. Legeforeningen fikk ikke medhold i sin påstand om at en slik vaktordning skal bygge på avtale mellom partene. Legeforeningen forstår imidlertid dommen slik at plikten for den enkelte er

avhengig av at arbeidsavtalen åpner for slik deltakelse og at vaktordningen bare kan innebære samtidig vakt ved to sykehus eller to avdelinger. Det kan av dommen ikke utledes noen rett til å pålegge overlegene deltakelse i to separate vaktordninger. Legeforeningen vil kreve protokolltilførselen fjernet ved de kommende forhandlinger om endringer i særbestemmelsene.

Legeforeningen har også stevnet Oslo kommune for Arbeidsretten i en sak om forståelsen av bestemmelser i overenskomsten om bibehold av lønn ved varige stillingsendringer ved sykdom. Legeforeningen mener at reglene er å forstå at også lønn i form av frivillig utvidet arbeidstid skal opprettholdes, mens Oslo kommune har hevdet at FUA må anses som tillegg for ulempe som ikke kan videreføres når sykdom forhindrer slik arbeidstid.

6.3.4 Lokale forhandlinger i Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og HSH (Apo) per. 1.9. 1999 og 1.12. 1999

Det har i løpet av året vært ført lokale forhandlinger i de fire tariffområdene med varierende størrelse på de økonomiske summer og med virkning fra forskjellige datoer.

Staten: De lokale partene gjennomførte forhandlinger innenfor en økonomisk ramme på 0,40% (snaue 300 millioner kroner) med virkning fra 1.9. 1999.

Oslo kommune og APO-virksomheter: De lokale partene gjennomførte forhandlingene her innenfor rammen på 28 millioner kroner med virkning fra 1.5. 1999. I tillegg kommer et beløp som følge av de endringer de andre hovedsammenslutningene oppnådde under meklingen med KS, tilsvarende 7,8 millioner kroner. Samlet disponibel pott til de lokale forhandlingene blir dermed 35,8 millioner kroner.

KS: Det avsettes 0,05% av lønnsmassen på årsbasis til lokale forhandlinger etter Hovedtariffavtalens kap. 5 pkt. 5.1 med virkning fra 1.12. 1999.

Sekretariatet har i perioden jobbet med å innhente tilbakemeldinger på hvilke resultater de tillitsvalgte har oppnådd for Den norske lægeforenings medlemmer. Dessverre har det heller ikke i år vært mulig å få de tilbakemeldingene som var ønskelige for å trekke konklusjoner.

Lokal lønnsdannelse er hovedelementet i Akademikerne og Legeforeningens lønnspolitikk. Resultatene Legeforeningen har mottatt fra de lokale forhandlingene viser at der legene deltar i forhandlingene er det gode muligheter for å oppnå resultater.

6.3.5 Hovedavtaler Kommunenes sentralforbund

Hovedavtalen i KS-tariffområde med utløp 31.12. 1997 var prolongert frem til 31.12. 1999. Det ble innledet forhandlinger om ny hovedavtale høsten 1999. Etter en høring blant yrkesforeningene behandlet lønnsutvalget og sentralstyret de samlede kravene fra Legeforeningen som ble oversendt til Akademikerne i forkant av forhandlingene. Det ble ikke oppnådd enighet om ny hovedavtale i tariffområdet for utløpstidspunktet, og forhandlingene ble utsatt til det ordinære hovedtariffoppgjøret. Ved Riksmeklingsmannens skisse ble hovedavtalen prolongert frem til 1.10. 2000.

Statlig tariffområde

Hovedavtalen i staten hadde utløp per 31.12. 1999 Etter en høring blant yrkesforeningene behandlet lønnsutvalget og sentralstyret kravene. Legeforeningens endelige krav til hovedavtalen ble oversendt Akademikerne som forhandler på vegne av Legeforeningen. Den gjeldende hovedavtalen ble i protokoll mellom Akademikerne og staten prolongert t.o.m 31.12. 2001.

Oslo kommune

I Oslo kommune forhandlet Akademikerne og Oslo kommune frem et forslag til ny hovedavtale den 17.12. 1999. Avtalen bygget blant annet på rapporter fra flere arbeidsgrupper som gjennomgikk

hovedavtalen våren 1999. Vesentlig for Legeforeningen var at Akademikerne fikk gjennomlag for sitt krav om at tre hjemler for frikjøp av tillitsvalgte, hvorav Legeforeningen ble tildelt to hjemler. For øvrig ble det gjort svært få endringer i Hovedavtalen for Oslo kommunes ansatte, med unntak av at det ble inntatt en ny bestemmelse om behandlingsmåten ved konkurranseutsetting av oppgaver som løses av kommunalt ansatte i virksomheten. Avtaleforslaget er vedtatt av Dnlf.

7 Legers ledelsesansvar

”All legevirkosomhet innebærer ledelsesansvar.

Alle medisinske enheter må ledes av én leder.

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

7.1 Utdanning i administrasjon og ledelse

På grunn av nedgang i søkningen til kursene i Administrasjon og ledelse (modulkursene A, B og C) har sentralstyret besluttet å avvikle kursene fra år 2000. Kursene gir ikke vektall og de ivaretar heller ikke ønsket om tverrfaglighet. Det siste kurset (Modul C) ble arrangert i mars i år, og hadde 33 deltakere.

Legeforeningen støtter fortsatt driften ved Senter for helseadministrasjon, men har på grunn av økonomien avviklet stipendordningen for leger som tar studiet. Av samme grunn er den generelle stipendordningen på 20 000 for leger som ville ta vektallsgivende utdanning i ledelse avviklet.

7.2 Rådgivende utvalg for sentralstyret i spørsmål om organisasjon og ledelse i helsevesenet.

Utvalget ble oppnevnt våren 1999 og hadde følgende sammensetning: Øystein Mæland (leder), Jan Petter Blomhoff, Gerd Ersdal, Frederik Kristensen og Sissel Moe Lichtenberg.

Våren 2000 gikk Øystein Mæland ut av utvalget da han ble oppnevnt til statssekretær i Justisdepartementet, og Jan Petter Blomhoff overtok som leder.

Utvalgets oppdrag var å vurdere de nye organisasjons- og ledelsesmodeller som utvikles for sykehusdrift og gi råd til sentralstyret hvordan Legeforeningen skal forholde seg til disse. Utvalget skal spesielt gi råd om på hvilke nivå og hvordan det medisinske ledelsesansvar bør forankres for å ivareta god pasientbehandling. Utvalget har hatt åtte møter i inneværende periode, og har også arrangert et seminar hvor interne og eksterne foredragsholdere var invitert. Det har også vært flere inviterte innledere på utvalgets møter. Utvalget har revidert sin opprinnelige arbeidsplan og vil avgi sluttrapport høsten 2000.

8 Privat legevirkosomhet med offentlig avtale

”Selvstendige legetjenester må sikres gode rammevilkår.”

8.1 Generelt om privat praksis

Forholdene i privat praksis er svært preget av arbeidet med fastlegereformen, og forventede endringer i rammevilkårene i den forbindelse. Forholdet til Rikstrygdeverket er også under endring hva gjelder Legeforeningens medvirkning til kontroll av legers takstbruk. Samarbeidet i de såkalte praksisutvalgene avsluttes 1.7. 2000. Videre arbeides det med at leger kan organisere sin virksomhet slik det er hensiktsmessig og praktisk.

8.2 Forhandlinger om privat spesialistpraksis

8.2.1 Overenskomster om individuelle avtaler om driftstilskudd

Overenskomsten mellom Dnlf og Kommunenes Sentralforbund (KS):

Sentralstyret vedtok i desember 1999 at overenskomsten mellom Legeforeningen og KS skulle sies opp. Forhandlinger om ny avtale skulle etter planen ha blitt gjennomført i løpet av våren 2000. På grunn av de andre store og tidrøvende forhandlingsprosessene i dette tidsrommet, har det ikke vært mulig å få påbegynt forhandlingsprosessen hva gjelder denne overenskomsten som planlagt. Legeforeningen har derfor overfor KS foreslått at overenskomsten prolongeres frem til 31.12. 2000 og at forhandlingene først finner sted høsten 2000, etter at forhandlingene om en fastlegeordning og tariffavtaleforhandlingene er avsluttet.

Det er per 1.7. 2000 ikke vedtatt krav eller oppnevnt forhandlingsdelegasjon i forbindelse med avtalerevisjonen.

Overenskomsten mellom Dnlf og Oslo kommune:

Den tilsvarende rammeavtale for spesialistene i Oslo er ikke sagt opp av verken Legeforeningen eller Oslo kommune. Det innebærer at avtalen er forlenget med ett år, med mindre den av en av partene blir sagt opp med minst seks måneders varsel. Avtalen er fortsatt ikke formelt godkjent av politisk organ i kommunen. Den er imidlertid satt ut i livet av Byrådsavdeling for helse- og sykehus og etterlevs av kommunen.

8.2.2 Tildeling av avtaler

Arbeidet med Ot. prp. nr. 47 (1996-97) om avvikling av avtaleløs spesialistvirksomhet med refusjon og innføring av en ny statlig avtalepolitikk ble i hovedsak avsluttet 1.7. 1998. Fortsatt gjenstår imidlertid en del problemstillinger med forgreninger til gjennomføringen av reformen. Dette gjelder særlig saksbehandlingsregler for tildeling og avslag. Dette har i særlig grad preget situasjonen i Oslo, hvor kommunen eksplisitt uttalte at tildeling av hjemler ikke var enkeltvedtak. Legeforeningen brakte saken inn for Sivilombudsmannen som, i samsvar med en tidligere uttalelse fra 1997, har konkludert med at tildeling/avslag er enkeltvedtak, med de krav dette stiller til en forsvarlig saksbehandling fra kommunen. Oslo kommune har i kjølvannet av dette tatt til etterretning vedtakenes rettslige status og gitt uttrykk for å ville legge dette til grunn for fremtiden.

Rettssaker:

Flere saker som oppstod i kjølvannet av Ot. prp. nr. 47-prosessen har vært brakt inn for domstolene. Samtlige av disse sakene har omhandlet gynekologer. I Telemark vant en gynekolog som ikke fikk utvidet sin hjemmel i tråd med eksisterende praksisomfang, i første omgang frem i byretten om at fylkeskommunens avslag var ugyldig. Fylkeskommunen anket imidlertid saken til Lagmannsretten, hvor legen tapte på alle punkter. Det har vært diskutert å bringe saken inn for Høyesterett, men det er ikke kjent hvorvidt dette har skjedd. I samme fylke tapte også en annen gynekolog i byretten fullstendig i sitt søksmål mot fylkeskommunen. Av premisene for dommene fremgår at begrunnelsen i hovedsak har vært at ingen leger hadde noe rettskrav på driftsavtale i forbindelse med reformen.

I Oppland tok to gynekologer ut stevning mot fylkeskommunen fordi de hadde fått et tilbud om avtale som ikke var i pakt med reelt praksisomfang før 1.7. 1998. De hadde begge påviselig drevet på full tid, men fikk kun tilbud om 20 %. Fylkeskommunens saksbehandling var kritikkverdig og det var ikke anført faglige holdbare argumenter for dette noe eiendommelige tilbudet. Saken ble imidlertid forlikt før hovedforhandling ble avholdt. Forliket må karakteriseres som gunstig for legene.

Samtlige av disse rettssakene har vært ført med økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen for leger.

8.3 Forhandlinger om privat allmennlegepraksis

8.3.1 Overenskomster om privat allmennlegepraksis med driftstilskudd

De någjeldende overenskomster om privat allmennlegepraksis har ikke vært gjenstand for revisjon i perioden. Dette har sammenheng med forhandlingene om en fastlegeordning. Avtalene på dette området er ment å erstatte dagens overenskomster dersom det oppnås enighet om rammevilkårene for en slik ordning. Det er videre gjennomført forhandlinger om en ny, interkommunal legevaktsmodell. Det vises for øvrig til egne punkt vedrørende disse sakene.

8.3.2 Fastlegeordningen

Fastlegeordningen ble behandlet i Landstyret høsten 1999. Landsstyrets vedtak lød slik: "På bakgrunn av foreliggende dokumenter :

- Ot. prp. nr.99 (1998-99), Om lov om endringer. Fastlegeordningen.
- Rapport fra arbeidsgruppe oppnevnt av Samarbeidsorganet vedr. fastlegereformen i Norge. Felles forhandlingsmål for sentrale temaer. Fordeling og innretning av ulike forhandlingstemaer.
- Rapport fra gruppe nedsatt av sentralstyret 25.8. 1999: Fastlegeordningen, Alternativer vedtar landsstyret at sentralstyret gis fullmakt til å videreføre sitt arbeid med fastlegeordningen i tråd med de føringer som landsstyret har gitt tidligere og på følgende vilkår:

Landsstyret gir sin tilslutning til en fastlegeordning som innebærer så gode rammevilkår at det fører til en vesentlig styrking av stabilitet og rekruttering av leger til primærhelsetjenesten.

Forutsetningen for at både pasienter og leger skal velge å delta i en fastlegeordning er at den fremstår som den beste form for primærlegetjeneste – ikke fordi den er primærlegenes og pasientenes eneste alternativ. Alternative ordninger er den beste sikkerhet for at sviktende tilrettelegging og rekruttering ikke skal bli gjort til legenes problem.

For å nå disse mål setter Landsstyret følgende forutsetninger som mandat for de videre politiske prosesser og forhandlinger.

1. Legene må sikres rett til kontroll over egen arbeidssituasjon

Enhver fastlege må ha rett til å stenge sin liste ved 1 500 pasienter per full kurativ uke. Ingen – verken samarbeidsutvalget, kommune eller andre myndigheter – kan ha rett til å pålegge den enkelte lege flere pasienter på listen.

2. Legemangel/suspensjon

Den absolutte rett til å sette tak på egen liste (jfr. Pkt. 1) medfører at ordningen må suspenderes i kommuner med legemangel, dersom ikke legene frivillig påtar seg lengre lister slik at behovet dekkes. Kravet til suspensjon i Ot.prp. nr. 99 må endres i tråd med dette. Antydninger i Ot.prp. nr. 99 vedrørende overgangsregler ved legemangel kan ikke aksepteres.

3. Alternativer ved legemangel/suspensjon og for pasienter og leger utenfor fastlegeordning.

Det må forhandles frem et avtaleverk for pasienter og leger utenfor ordningen og i suspenderte kommuner. Dette er i tråd med Stortingets forutsetninger om en reell mulighet for å stå utenfor ordningen og en forutsetning for rett til nødvendig helsehjelp. Dette er ikke tilfredsstillende ivaretatt i Ot.prp. nr. 99, verken i beskrivelse av fremdrift i forhandlinger eller i forslag til endringer av Folketrygdlovens regler for refusjonsretten.

4. Samarbeidsutvalget

Legene må sikres nødvendig innflytelse i det lokale samarbeidsutvalget. Den enkelte leges rettigheter og plikter må fremgå så klart fra lov, forskrift og rammer for de individuelle avtaler at arbeidet i det kommunale samarbeidsutvalget blir enklest mulig. Samarbeidsutvalget kan ikke pålegge legene oppgaver som ikke er nedfelt i deres individuelle avtaler.

5. Ordninger for listesammensetning må sikres

Skjevutvikling av listesammensetningen over tid er et særlig problem for kvinnelige leger i forsøkskommunene. Departementet har foreslått en overgangsregel om regulering av listesammensetningen ved innføringstidspunktet, men ikke etter at fastlegeordningen er innført. Landsstyret forutsetter at ordninger som sikrer legene fortsatt innflytelse på listesammensetning videreføres som permanente ordninger.

6. Økonomi

Landsstyret aksepterer ikke at det i Ot.prp. nr. 99 forutsettes at fastlegeordningen skal gjennomføres innenfor eksisterende økonomiske rammer. Med fastlegereformen får legene økte forpliktelser og ansvar. Det skal også tilføres et betydelig antall nye legeårsverk og offentlig legearbeid skal godtgjøres betydelig bedre enn i dag. Legeforeningen forutsetter enighet mellom partene om et økonomisk løft for primærlegetjenesten, da dette er en nødvendighet for å rekruttere nok leger til å kunne innføre en fastlegeordning.

7. Tillitsvalgtes rettigheter må sikres i en evt. fastlegeordning.

8. Landsstyret pålegger sentralstyret at det i forbindelse med forhandlingene om en fastlegeordning vektlegges å få til et konkurransedyktig fastlønnsalternativ for kurativ, forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid i primærhelsetjenesten.

9. Landsstyret krever at det ved inngåelse av fastlegeavtale ikke kan kreves at allmennlegene skal flytte sin praksis. Det skal imidlertid stimuleres til at leger skal få etablert seg der det er mangel på leger.

10. Landsstyret krever at kommunenes plikt til å skaffe vikar er den samme om allmennlegene har valgt å organisere sin praksis ved felleslister som når allmennlegene har separate lister.

11. Landsstyret pålegger Legeforeningen å arbeide for at:

Fastleger i utkantkommuner må ha en inntjening som minst tilsvarer inntjening ved praksis i større sentrale kommuner.”

I mars 2000 vedtok Stortinget å etablere en fastlegeordningen slik den var foreslått regulert i Ot.prp nr. 99 (1998-99). Kort tid etter, 14.4. 2000, fastsatte Sosial- og helsedepartementet forskriften som regulerer fastlegeordningen. Vesentlige deler av fastlegeordningen er imidlertid overlatt til forhandlinger mellom partene: Dnlf, Kommunenes Sentralforbund (KS) /Oslo kommune og staten, i samsvar med intensjonsavtalen.

Legeforeningen fremsatte krav til økonomi i ordningen og tre avtaler i begynnelsen av april: Rammeavtale mellom Dnlf - og KS /Oslo kommune (kommuneavtalen), avtale mellom Dnlf - og stat, KS/Oslo kommune, om økonomi, listeregulering mv. (Statsavtalen), tariffavtale for fastlønnende leder mellom Dnlf - og KS/Oslo kommune. Igangsettelse og gjennomføringen av forhandlinger er forsinket, noe som bl.a. har medført at iverksettelsen av ordningen er utsatt til 1.6. 2001. Etter planen igangsettes forhandlinger i løpet av august. Etter planen skal forhandlingsresultatet foreligge i september.

8.3.3 Ny legevaktsordning

Det er inngått avtale med staten og Kommunenes Sentralforbund om ny legevaktordning i kommunene i tidsrommet kl. 23 - 08. Hensikten har dels vært å redusere vaktbelastningen for leger i primærhelsetjenesten, ikke minst i distriktene, ved å organisere vaktene som interkommunale tilstedevakter i vaktsentral for en større befolkning enn tidligere, og dels å sikre en noe bedre betaling for legevaktarbeidet i denne tiden i de aller fleste vaktdistriktene ved innføre timelønn i stedet for trygdeoppgjør basert på stykkprisbetaling. Timelønnen er gradert i forhold til vaktstrikts befolkningsgrunnlag.

Legevaktavtalen er inntatt som en del av særavtalen for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten og trådte ikraft 1.6. 2000. Det vises også til pkt. 6.3.3.

8.4 Forhandlinger om takster og honorar

8.4.1 Forhandlinger om normaltariff og driftstilskudd

Egenandelsøkning:

I forbindelse med revidert budsjett vedtok Stortinget at egendelen for undersøkelse/behandling hos spesialist skulle økes med 10%. Den praktiske konsekvens av dette ble at en vesentlig del av spesialistenes inntektsøkning ble lagt på egenandelstakster.

Normaltariffen:

Det er inngått ny Avtale om driftstilskudd og takster med virkning fra 10.7. 2000. Undertegnelsen og iverksettelsen av avtalen ble 10 dager forsinket på grunn av at Legeforeningen ikke ønsket å inngå noen undertegne en ny avtalen før det også ble ferdigforhandlet avtale om ny legevaktordning i kommunene (se nærmere om denne avtalen under særskilt punkt ovenfor). Forhandlingsresultatet innebærer at de privatpraktiserende gjennomsnittlig får samme inntektsvekst som arbeidstakere det er naturlig å sammenligne med.

Oppgjøret fikk en økonomisk ramme på 4,2% fra iverksettelsen, som da er tilstrekkelig til å dekke en inntekts- og kostnadsvekst på 3,9% fra 1999 til 2000. Overhenget ble beregnet til 1,8%.

Driftstilskuddene er derfor øket likt med 4,2%. Takstene er øket med gjennomsnittlig samme prosent, men lagt på utvalgte takster eller benyttet til å opprette nye takster. Avsetningene til Legeforeningens fond ble øket med 4,2%. I tillegg ga staten et ekstra tilskudd på seks millioner kroner til Fond III.

Viktigste nye takster i allmennpraksis må sies å være en egen telefontakst på natt i vaktstrikts som ikke har vaktsentral, en tilleggstakst for aktivt redningsarbeid ved ulykke, fødsel og i forbindelse med gjenoppliving og takst for samtalerapi med pasienter med psykiske lidelser. I spesialistpraksis ble det gjeninnført en egen takst for øyeblikkelig hjelp.

Den økonomiske rammen ble fordelt forholdsmessig likt mellom allmennleger og spesialister.

8.4.2 Kirurgi -takster

Ved takstforhandlingene i 1999 bevilget staten 15 millioner kroner til opprettelse av visse takster for kirurgiske inngrep innen øye, øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi. Det gjaldt i første rekke inngrep med lange køer i de offentlige sykehusene, som for eksempel cataract operasjoner, tonsillektomier og artroskopier i skulder/kne. Hvorvidt takstene skulle bestå utover avtaleåret var da ikke endelig avklart, men takstene er videreført også i 2000/2001 med noen mindre justeringer.

8.4.3 Honorarsatser for legeerklæringer til folketrygd, forsikringsselskaper mv.

L-takstene eller Honorartakster for legeerklæringer til folketrygden reguleres i samsvar med salærforskriftens timesats og ble derfor regulert ganske betydelig per 1.1. 2000 og ytterligere, men noe mer beskjedent per 10.7. 2000. Øvrige honorartakster reguleres med gjennomsnittlig 4,2% per 10.7. 2000.

8.4.4 Godkjenning av leger for bruk av spesielle takster

Det er i tidsrommet 1.7. 1999 til 30.6. 2000 godkjent 60 leger til å benytte takst 707b.

8.5 Forholdet til Rikstrygdeverket (RTV)

8.5.1 Arbeidsgruppe for vurdering av praksisutvalgets formelle rolle og mandat – ”Taktstkontrollutvalget”

Legeforeningen har vært opptatt av å etablere et system som korrektiv for å oppnå korrekt takstbruk som samtidig er egnet til å ivareta den enkeltes rettssikkerhet og utviklingen innen fagområdene. Dette var i sin tid foranledningen til opprettelsen av praksisutvalgene.

Legeforeningen har av denne grunn bidratt med å foreslå aktuelle personer til Praksisutvalgene, samt økonomisk.

De senere år har det blitt avdekket store svakheter i forvaltningen av kontrollfunksjonen, som har skapt sterke reaksjoner blant de leger som har vært berørt. Legeforeningens bidrag til Praksisutvalget har bl.a. blitt benyttet for å gi denne saksbehandling legitimitet, til tross for at Legeforeningen har vært svært kritisk til hvordan sakene er håndtert av trygdemyndighetene.

Etter nye problemer i 1998, fant foreningen å måtte si opp kollektivavtalen høsten 1998, og fremforhandlet en ny avtale våren 1999. Kollektivavtalen løser imidlertid ikke de problemer som følger av uklarheter knyttet til Praksisutvalgenes mandat og rolle. I enkelte sammenhenger omtales de som sakkyndige utvalg og i andre sammenhenger, bl.a. i årsmelding og prosesskrifter som parts sammensatte utvalg som ivaretar partsinteresser. At de omtales som ”partssammensatte utvalg” forsterker muligheten for at Legeforeningen legitimerer den saksbehandling og praksis som har utviklet seg i tilbakekrevingssakene, til tross for at foreningen aldri på noe tidspunkt har ment at representanter i Praksisutvalgene skal ivareta partsinteresser.

På denne bakgrunn satte sentralstyret i fjor vår ned en intern arbeidsgruppe som skulle vurdere praksisutvalgets formelle mandat og rolle og Legeforeningens medvirken. Utvalget avleverte sin innstilling i høsten 1999 hvoretter den ble sendt på ordinær høring i aktuelle organisasjonsledd. Hovedpunktene i rapporten og sentralstyrets vedtak kan sammenfattes slik:

Praksisutvalgets formelle forankring og rolle

Praksisutvalgets formelle forankring og rolle oppfattes av Legeforeningen som uklar og uryddig. Utvalget har fremstått i visse sammenhenger som rent partssammensatt, dvs. bestående av to likeverdige parter som representerer hhv. Legeforeningen og Staten. I andre sammenhenger synes utvalget å mer fremstå som et rent rådgivende/sakkyndig organ.

Etter en helhetsvurdering kom Legeforeningen til at Praksisutvalgene bør omdefineres til rent sakkyndige utvalg. Dette vil bl. a. innebære at Legeforeningen ikke kan ha noen formell rolle i utvalgene. Det vil imidlertid ikke være til hinder for at Legeforeningen kan være behjelpelig med å foreslå aktuelle sakkyndige personer dersom dette skulle være ønskelig.

Hvilke type saker skal Praksisutvalget behandle?

Det var videre et spørsmål hvilke typer saker Praksisutvalget skal behandle. I dag synes det som om nær sagt alle typer saker som vedkommer spørsmål om legers takstbruk kommer til praksisutvalget. Spørsmålet er om dette er tjenlig sett i lys av Praksisutvalgets mandat og kompetanse. Sentralstyret har overfor RTV gitt uttrykk for at praksisutvalgenes virksomhet bør begrenses til følgende to problemstillinger: Vurdering av en leges medisinske faglige grunnlag for takstbruk/medisinske indikasjoner og vurdering av en leges takstforståelse i saker der bruken av taksten i henhold til Normaltariffen synes klar

Mandatet for praksisutvalget må på denne bakgrunn tydeliggjøres for å skille mellom saker som hører inn under den medisinske vurdering og spørsmål av prosessuell og rettslig karakter. Det samme gjelder spørsmål det kan tas stilling til på bakgrunn av gjeldende og tilgjengelig retningslinjer og spørsmål som er uavklarte.

I brev av 17.2. 2000 redegjorde Legeforeningen for sine synspunkter og ba Rikstrygdeverket om et møte i sakens anledning. Slikt møte ble avholdt ultimo mai, og i et etterfølgende brev ga Rikstrygdeverket uttrykk for at en ikke ville etterkomme Legeforeningens forslag til en omdefinering av utvalget og at utvalgene måtte nedlegges med virkning fra 1.1. 2001. RTVs standpunkt innebærer at samarbeidet i praksisutvalget opphører og at kontrollopp gavene i sin

helhet heretter vil måtte foretas av trygdens egne organer.

I sentralstyrets etterfølgende behandling av saken tok en trygdens standpunkt til etterretning, dog slik at avviklingen av Legeforeningens medvirken i Praksisutvalgene skulle skje med virkning fra 1.7. 2000.

RTV standpunkt innebærer også at Kollektivavtalen må endres på de punkter som angår praksisutvalget. I tillegg må forskriftene om legehjelp måtte endres i det § 9 forutsetter at Praksisutvalgets vurdering skal innhentes før avgjørelse treffes i tvister om legers takstbruk. Disse tilpasninger forventes å foregå i løpet av høsten 2000.

8.5.2 Rettssaker

Det har blitt avsagt flere dommer i forbindelse med trygdens krav mot enkeltleger om feil og overforbruk av takster. Ingen rettsavgjørelser er imidlertid rettskraftig avgjort ennå. I den såkalte "Randabergsaken" vant legene delvis frem i forbindelse med herredsrettens behandling av saken, men tapte på alle punkter i lagmannsretten. Dommen er påanket til høyesterett. En annen lagmannsrettssak som skulle vært behandlet i november 1999 ble utsatt pga. sykdom hos den ene dommeren. En øyelege fikk redusert kravet mot seg noe i byrettens behandling av saken. Også denne saken er anket inn for lagmannsretten.

Rikstrygdeverket har i svært mange saker tatt ut forliksklage/stevning mot enkeltleger. Dette gjøres rutinemessig for å avbryte foreldelse av trygdens påståtte krav, og skjer ofte på tidspunkter hvor saken ennå ikke er forvaltningsmessig ferdigbehandlet. Legeforeningen har sterkt kritisert denne saksbehandlingen, uten at dette hittil har ført til en endret praksis fra Rikstrygdeverkets side.

8.6 Driftsform i privat praksis – betydningen i forhold til skattereglene

Sosial - og helsedepartementet har i brev til Finansdepartementet 20.9. 1999 uttalt at driftsavtaler i allmennlegepraksis skal inngås mellom den enkelte lege og kommunen.

Tilsvarende har departementet gitt uttrykk for at avtalen om trygderefusjon (med allmennlege og legespesialist) ikke kan inngås med aksjeselskap eller overdras mellom lege og selskap.

Departementet har begrunnet dette med at rammeavtalen (overenskomsten) mellom Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund om driftstilskudd i allmennlegepraksis er til hinder for at et aksjeselskap kan være avtalesubjekt og for at driftstilskuddsavtalen kan overdras fra legen til et aksjeselskap.

Legeforeningen mottok brev fra Skattedirektoratet 19.1. 2000, hvor departementets synspunkter ble fulgt opp med den konklusjon at legene personlig skal regnes som skattesubjekt.

Skattedirektoratet har lagt avgjørende vekt på at det er legene og ikke aksjeselskapene som står i posisjon til å stifte/innvinne kravene overfor kommune og trygd. Skattedirektoratet mener dette også må gjelde for spesialistpraksis selv om svarbrevet fra departementet kun omhandler allmennlegepraksis.

Dersom legens aksjeselskap har inngått avtale direkte med kommunen/fylkeskommunen forutsatte imidlertid Skattedirektoratet at aksjeselskapet skal tilordnes inntekten. Dette gjaldt imidlertid ikke der legen i første omgang har inngått driftstilskuddsavtalen med kommunen/fylkeskommunen, men i etterkant har overdratt avtalen til aksjeselskapet, evt. at driftstilskuddet er blitt overført til legens selskap, enten direkte (fra kommunen/fylkeskommunen), eller indirekte (via legen personlig).

Rettslig grunnlag for dette er tilordningsreglene (dvs. regler for hvem som skal anses som skattesubjekt) i skatteloven. I praksis og teori er det ikke lagt avgjørende vekt på hvem som oppgis som skattesubjekt, hvis dette antas å være konstruert for å redusere skatten. Skattemyndighetene har fremhevet at det er de reelle forhold som skal legges til grunn.

Departementets fortolkning av rammeavtalen vil medføre at det er et brudd på avtalen om legen overfører sine rettigheter til selskapet. De skattemessige konsekvenser blir, i følge Skattedirektoratet, at driftstilskudd og refusjon fra trygden i disse tilfellene skal lignedes på legen personlig og ikke på selskapet. Leger som driver helt privat legevirksomhet (uten driftstilskuddsavtale og trygderefusjon) blir naturlig nok ikke berørt av dette.

Legeforeningen skrev til Skattedirektoratet og påpekte at ligningsmyndighetene ikke kan

tilsidesette privatrettslige avtaler mellom leger og aksjeselskaper med tilbakevirkende kraft. Det ble bl. a. redegjort for at det ikke foreligger restriksjoner for slike overføringer i rettsgrunnlaget, slik at leger hadde grunn til å tro at dette var lovlig. At ligningsmyndighetene har fått korrekte faktiske opplysninger om at driftstilskuddet og trygderefusjonen har inngått i aksjeselskapet og likevel har akseptert dette, måtte etter Legeforeningens vurdering komme disse leger til gode. Det ble også påpekt at all rimelighet tilsier at leger gis tid til å innrette seg i samsvar med de eventuelle nye retningslinjene.

Det er det "underliggende forhold" som er avgjørende for hvem som skal anses som skattesubjekt. Hva som er det "underliggende forhold" i denne sammenhengen kan imidlertid ikke anses klart. Skattedirektoratet har lagt til grunn at departementets fortolkning av rammeavtalen, om at driftstilskudd ikke kan overdras mellom lege og aksjeselskap, skal være avgjørende. Legeforeningen viste til at denne rammeavtalen er inngått mellom Legeforeningen og KS, som avtaleparter, og at disse må ta stilling til om dette spørsmålet anses regulert, før det kan være aktuelt å trekke en slik konklusjon.

Et stort antall medlemmer har organisert sin virksomhet som aksjeselskap. Sentralstyret ønsker at det skal tilrettelegges for ulike selskapsformer i privat praksis. I dette arbeidet må behovet for frihet til å kunne organisere virksomheten i ulike selskapsformer vurderes og avveies mot eventuelle ulemper.

En av de klare fordelene med å kunne organisere virksomheten i aksjeselskap er at det tilrettelegger for og sikrer ryddige økonomiske forhold. Aksjeselskap har alminnelig regnskapsplikt etter regnskapsloven og er også revisjonspliktig. Aksjeselskapsformen har også andre klare fortrinn som oppfattes å være av stor betydning for medlemmene. Det vises blant annet til ønsket om å skille praksisdriften fra privatøkonomien. For de leger som har hatt delingsforetak (ikke unngått delingsmodellen) er det heller ingen skattemessig gevinst i å ha aksjeselskap.

Det må være sentralt å sikre at ikke privatpraktiserende leger, i motsetning til sammenlignbare yrkesgrupper, blir forhindret i å drive sin virksomhet i egnede organisasjonsformer. Samtidig er det sentralt å forhindre en utglidning av eierstrukturer og ansvarsforhold i privat praksis som kan virke truende på legens autonomi og evt. faglige vurderinger som foretas i legevirksomheten. Det er heller ikke grunnlag for å tro at våre forhandlingsmotparter vil berede grunnen for avtaler som innebærer mindre grad av kontroll med hvilke leger får utbetalt driftstilskudd/trygderefusjoner.

Ut fra departementets og Skattedirektoratets fortolkning av avtalen ser sentralstyret behovet for å tydeliggjøre dette punkt i avtalene. Det arbeides derfor for å få inn en passus i overenskomstene og kollektivavtalen om direkteoppgjør som sikrer at legene kan drive sin praksis i aksjeselskap på en måte som må anses akseptabel for skattemyndighetene. Det vil i den anledning trolig være nødvendig å foreta en formell avklaring med skattedirektoratet. Det vil i den anledning trolig også være nødvendig å foreta en avklaring rundt eierstrukturer i privat legevirksomhet. På denne måten vil Legeforeningen ha en viss innflytelse på innretningen av slike selskapsmodeller og bidra til å demme opp for uønskede vridninger.

For allmennlegene er dette tatt inn som et punkt i avtalekravene. For spesialistene er KS-avtalen sagt opp og et krav om en passus som sikrer muligheten til drift i aksjeselskapsform vil være naturlig å få frem i forbindelse med disse forhandlingene. Det vil også være behov for en tilsvarende presisering i kollektivavtalen om direkte oppgjør.

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

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

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

Lånefondsutvalgets funksjonsperiode er fire år. For perioden 1.1. 1999 til 31.12. 2002 har lånefondsutvalget slik sammensetning:

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

Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet:

Gunnar Fossan med personlig vararepresentant Mona Kåsa Østberg.

I perioden 1.7. 1999 til 30.6. 2000 har fondsutvalget behandlet 164 søknader om etableringslån og 113 søknader om reetableringslån. Det er innvilget 157 lån til etablering og 109 lån til reetablering.

Per 1.7. 2000 var det i alt 1 835 utlån fra Lånefondet.

8.8 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er et selvstendig rettssubjekt underlagt lov om stiftelser. Ordningen står under tilsyn av Sosial- og helsedepartementet. Beretning og regnskap legges frem for Den norske lægeforenings landsstyre til godkjenning.

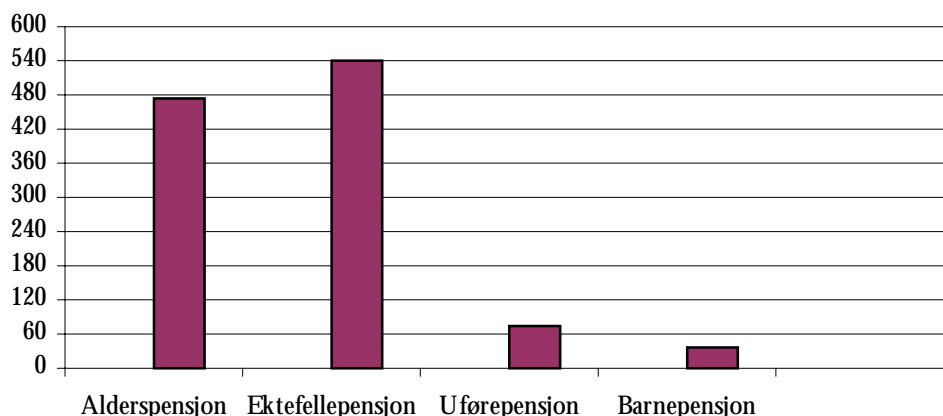
Formålet med SOP er å yte bidrag til sykehjelp og pensjonering for leger og deres etterlatte. Styret i SOP har fire medlemmer, hvorav leder og to medlemmer med varamedlemmer velges av landsstyret. Sosial- og helsedepartementet oppnevner det fjerde styremedlem med varamedlem. For perioden 1.1. 1998 – 31.12. 1999 var styret sammensatt slik: Knut Eldjarn (leder), Roy Magnus Løken (nestleder), Håkon Ebbing og Tomas Berg. Personlige varamedlemmer var Bjørg Sørensen, Kristina Johannessen, Bernt Einar Østensen og Tor Iversen. Landsstyret valgte høsten 1999 Truls Disen til å etterfølge Roy Magnus Løken som styremedlem med virkning fra 1.1. 2000. Ved dette skiftet har Håkon Ebbing overtatt vervet som nestleder.

Den norske lægeforenings sekretariat ved generalsekretæren er forretningsfører og forestår forvaltningen av ordningen etter styrets retningslinjer og pålegg.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 1999 gis følgende informasjon:

Det ble i 1999 utbetalt ytelser fra SOP med 94,8 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 51,2 millioner kroner mens det til sykehjelp, svangerskapsstønad, omsorgsstønad og fedrekvote ble til utbetalt i alt 32,7 millioner kroner. Engangsstønad til etterlatte kostet ordningen 5,9 millioner kroner mens 5,0 millioner kroner ble brukt til prosjektstøtte. Prosjektstøtten omfattet Legeforeningens forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg og pensjonistforberedende kurs.

Ved årsskiftet 1999/2000 var pensjonistbestanden (i alt 1124) i SOP slik:



Driftsresultatet for 1999 ble på 362,8 millioner kroner mens økning i avsetningene resulterte i et årsresultat på 252,7 millioner kroner.

8.9 SINTEF-rapporten “Private spesialister og offentlig helsevesen - pasientsammensetning, virksomhetsinnhold og kostnader i privat praksis og på poliklinikker i Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal innen spesialitetene indremedisin, øre, nese og hals og øye”,

Praktiserende Spesialisters Landsforening engasjerte i 1998 SINTEF-Unimed for å utføre en undersøkelse av pasientsammensetning og kostnadsnivå i henholdsvis privat praksis og offentlige poliklinikker innen tre fagområder: indremedisin, øre-nese-hals og øye. Sentralstyret i Den norske lægeforening bevilget kr 300 000 til arbeidet med undersøkelsen.

Av ulike årsaker ble den endelige rapporten fra undersøkelsen først ferdig våren 2000 og kan i korte trekk oppsummeres slik:

De private spesialister som inngår rapporten har alle fylkeskommunale driftsavtaler. Rapporten konkluderer med at det er lavere kostnader hos private spesialister enn ved offentlige poliklinikker i de virksomheter som har deltatt i undersøkelsen. Private spesialister utgjør en stor del av tjenestetilbudet og pasientgrunnlaget er nokså likt i privat praksis og på poliklinikkene.

9 Privat legevirkosomhet uten offentlig avtale

Det vises til punkt åtte foran, som omtaler privat legevirkosomhet både med og uten offentlig avtale.

10 Likestilling

”Likestilling er et mål for Legeforeningens virksomhet.”

10.1 Likestillingsutvalget

For perioden 2000-2001 ble oppnevnt følgende medlemmer: Torunn Janbu (leder), Camilla Arnesen, Catarina Falck, Øystein Hagtvedt og Arne Kristian Myhre. Anne Stålaker i sekretariatet er sekretær for utvalget.

10.2 Likestillingsutvalgets arbeid, punktvis etter handlingsplanen

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

Kvinner og ledelse

Våren og ettersommeren 1999 forberedte og gjennomførte utvalget konferansen Hvor går du kvinne? - om kvinner og ledelse. Konferansen samlet totalt 85 deltakere. Biskop Rosemarie Køhn holdt en meget engasjert innledning. Utvalget ønsket gjennom konferansen å gi inspirasjon til kvinner for å kvalifisere seg mot lederverv, styrke deres rolle som leder og deres karriereutvikling. Det var viktig for utvalget at yngre leger deltok på konferansen. Konferansen avsluttet med paneldebatt og vyer fram til år 2020 da prognosene sier at da vil det være like mange kvinnelige som mannlige leger.

Likestillingsutvalget har også vært representert i referansegruppen for et prosjekt initiert av Norsk overlegeforening, for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger i sykehus. Sentralstyret har stilt kr 200 000 til disposisjon for dette formålet.

Informasjon/utdanning av tillitsvalgte

Gjennom Legeforeningens tillitsvalgt opplæring har utvalget ønsket å bidra med opplæring av hvilke lover, regler, rettigheter som omhandler likestilling. Likestillingsutvalget har nå fått avsatt tid til å holde innlegg om dette på kurs som Legeforeningen arrangerer høsten 2000. Dette er ment skal bli et fast innslag på fremtidige kurs.

Svangerskapspermisjon og vikariater

Utvalget har jobbet med flere saker der assistent leger har tatt kontakt fordi de ikke har fått forlenget sitt vikariat under svangerskapspermisjon. Henvendelse angående problemet ble rettet til likestillingsombudet hvorfra vi fikk et utdypende svar - det er ingen selvfølge at kvinner i permisjon ikke skal få forlenget sine vikariater.

Likestillingsloven

Utvalget fikk oversendt utkast til ny likestillingslov til høring. Høringsuttalelse til likestillingsombudets revisjonsforslag er sendt sentralstyret.

Arbeid for øvrig

- Deltakelse på messen ”Kvinner viser vei” på Hamar i august 1999.
- Avlevert høringsuttalelse til NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge.
- Igangsatt samarbeid med Ylf om temanummer om likestilling i Ylf-Forum.

10.3 NOU 1999:13 Kvinnens helse i Norge – høring

Et regjeringsoppnevnt utvalg avga utredning til Sosial- og helsedepartementet, som i april 1999 sendte utredningen til høring. Utredningen foreslo en rekke tiltak gruppert under seks punkter: 1) Beslutningsprosesser, bl.a. kriterier for dokumentasjon, involvering av personer med kompetanse i planprosesser.

- 2) Kunnskapsutvikling og –formidling, bl.a. foreslås egne fagområder og professorater, og ivareta kjønnsperspektiv på helse.
- 3) Helsepraksis, bl.a. må kommunene skaffe seg oversikt over personer med kroniske plager. Det må utarbeides tverrfaglig og helhetlig tilbud.
- 4) Vold og overgrep. Bl.a. opprettelse av kvinnevoldsutvalg, økt støtte til krisesentre, opplæring av helsepersonell, bedre mottaksapparat for voldsofre.
- 5) Velferdsordninger og arbeidsliv. Bl.a. enhetsorganisering av arbeidsmarked, trygde- og sosialetat, forbedring av generelle sykdomsvilkår med hensyn til yrkesskade og sykdom, legge til grunn kjønnsspesifikk kunnskap om arbeidshelse og miljø. Spesielle tiltak for pleie- og omsorgssektoren.
- 6) Likestilling som kvinnehelsetiltak. Bl.a. verdimeisig forankring, likestilling, anerkjennelse av forskjell og likeverd mellom menn og kvinner.

Utredningen var forelagt relevante organisasjonsledd til høring. Sentralstyret uttalte blant annet at utredningen var omfattende og grundig og gir innsikt i kvinneperspektiv og en rekke veloverveide refleksjoner. Legeforeningen påpekte at utredningen er svært voluminøs og at mange av den grunn ikke vil lese den. Legeforeningen oppfordret ellers utvalget til å komme med en konsis presisering av de mest påkrevde endringer, og et forslag til tidsskjema for gjennomføring av tiltak.

11 Legeforeningens organisasjon

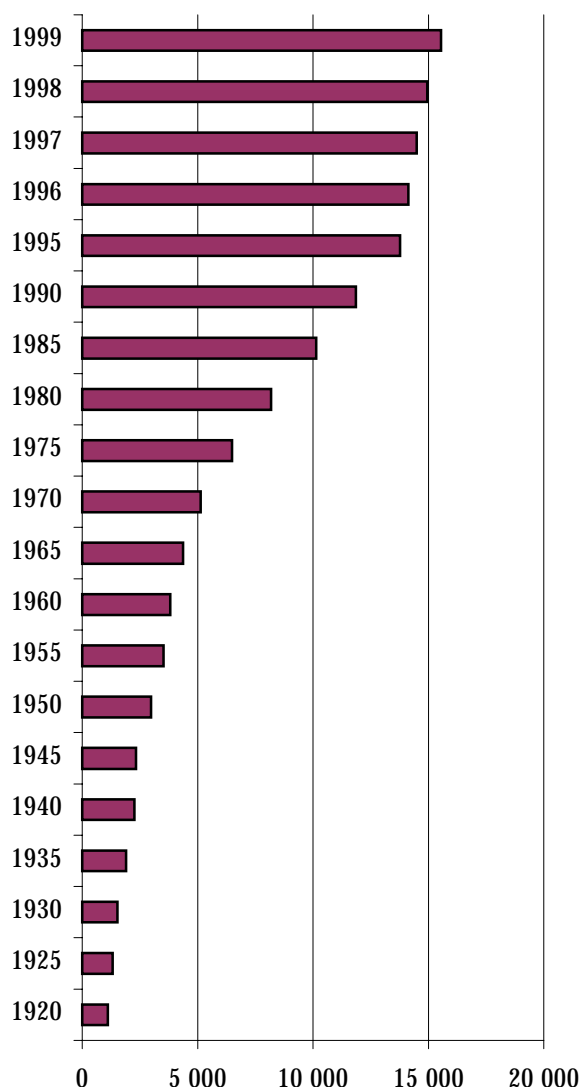
”Foreningens oppbygging skal være slik at den tjener medlemmenes interesser best mulig og stimulerer til bredt engasjement slik at beslutningene kan være i pakt med medlemmenes meninger.

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

11.1 Medlemstall

28.6. 2000 var antallet medlemmer 19 022, hvorav 2 930 studentmedlemmer. Fra 1.7. 1999 til 30.6. 2000 er 88 medlemmer avgått ved døden.

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920 – 1999:



11.2 Landsstyret

Det har vært avholdt et ordinært landsstyremøte i perioden. Dette ble avholdt i Oslo i tidsrommet 20. – 22.10. 1999.

11.3 Sentralstyret

For perioden 1.1. 2000 til 31.12. 2001 har sentralstyret slik sammensetning:

President Hans Petter Aarseth, visepresident Hans Kristian Bakke.

Øvrige medlemmer: Anette Fosse, Einar Hysing, Bente Mikkelsen, Leif Næss, Anne Grethe Olsen, Helge B. Pettersen og Gerd Tranø.

Varamedlemmer: Lars Andreas Nesje, Tone Skeie Jensen og Halvard Wannag Sele.

11.4 Sekretariatet

Per 30.6. 2000 var det i alt 97 fast ansatte i sekretariatet, hvorav seks hadde permisjon. Omregnet utgjorde dette 95,5 årsverk. I tillegg til de fast ansatte var det i alt 10 tidsbegrensede stillinger som utgjorde 7,5 årsverk.

I tillegg til ansatte i sekretariatet kommer de ansatte ved kontorene for koordinatorvirksomhet vedrørende legers videre- og etterutdanning. Til disse kontorene er det i alt knyttet fire leger i bistilling samt fire sekretærer i heltidsstillinger. Dessuten var det per 30.6. 2000 engasjert fire veilederkoordinatorer i bistilling.

11.5 Avdelingene

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

Sentralstyret holdt det årlige lederseminar 22.- 23.3. 2000. Avdelingenes og yrkesforeningenes ledere deltok her sammen med sentralstyret og representanter for sekretariatet. Hovedtemaet for dette lederseminar var fastlegeordningen. Legeforeningens president Hans Petter Aarseth innledet til diskusjon.

11.6 Yrkesforeningene

Legeforeningen har syv yrkesforeninger. Disse er:

- Alment praktiserende lægers forening (Aplf)
- Foreningen for Leger i Vitenskapelige Stillinger (LVS)
- Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
- Norsk overlegeforening (Of)
- Offentlige legers landsforening (OLL)
- Praktiserende Spesialisters Landsforening (PSL)
- Yngre legers forening (Ylf).

Legeforeningens lover § 13 omtaler yrkesforeningene og fastslår hovedregelen for medlemstilhørighet: "Legeforeningens medlemmer med unntak av de som tilhører Nmf, tilknyttes den yrkesforening som i hovedsak representerer medlemmenes fagforeningsinteresser."

Sentralstyret har med hjemmel i samme bestemmelse i lovene fastsatt nærmere retningslinjer for praktiseringen av den. Retningslinjene er gjengitt i årboken 2000/2001 side 43.

11.7 Spesialforeningene

Legeforeningene har 58 spesialforeninger. Disse er:

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

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

- Norsk trygdemedisinsk forening
- Norsk urologisk forening

11.8 Årbok for Den norske lægeforening

Ny årbok for Den norske lægeforening for perioden 2000/2001 ble sendt medlemmene i april 2000.

11.9 Referat fra Legeforeningens landsstyremøter

Vedtaksprotokollen fra det siste ordinære landsstyremøtet i Oslo er referert i Tidsskriftet nr. 29/1999.

11.10 Prinsipp- og arbeidsprogram

Landsstyremøtet i Oslo, oktober 1999, vedtok nytt prinsipp- og arbeidsprogram for Den norske lægeforening for perioden 2000/2001.

Prinsipp- og arbeidsprogrammet for perioden 2000/2001 foreligger som egen trykksak. Programmet er også trykket i Tidsskriftet gjennom bekjentgjøringen av vedtaksprotokollen fra landsstyrets forhandlinger oktober 1999.

11.11 Lovene

Under landsstyremøtet 1999 ble det gjort endringer av lovenes § 11 pkt. 3 og pkt. 5. De reviderte lovtekster er gjengitt i vedtaksprotokollen fra møtet pkt. 15.2 og 15.3.

Til landsstyremøtet 2000 foreligger flere forslag til endring av lovene. Det vises til særskilte saksopplegg.

11.12 Valgregler og instruks for Den norske lægeforening

Gjeldende valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte er fastsatt av sentralstyret 27.9. 1993. Reglene er gjengitt i Årboken 2000/2001 side 75 og 76. Reglene er også gjengitt i Tillitsvalgthåndboken.

11.13 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

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

For perioden 1996/1999 besto utvalget av Bjørg Sørensen (leder), Finn Georg Birkeland, Erik Falkum, Tone Sparr og Eystein Straume.

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

I alle fylkesavdelinger er det opprettet støttegrupper for leger. Stadig flere fylkesavdelinger har også fått organisert en faglig-medisinsk lege for lege-tjeneste.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg sto som initiativtager til et kurs i mai 2000 på Soria Moria med tema helse og sykkelighet blant leger – legen som kollegabehandler. Kurset gikk over tre dager og samlet i alt ca. 40 leger. Dette var det første landsomfattende kurs spesielt utviklet for leger som har eller vil få andre kolleger som pasienter.

Kurskomiteén besto av Inger Størmer Thaulow som leder, samt Sverre Bang og Bjørg Sørensen.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har i perioden utarbeidet et mønster for en informasjonsbrosjyre og oversendt denne til fylkesavdelingene til bruk i eget informasjonsarbeid om det kollegiale støttetilbud.

I samarbeid med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger er det etablert et pedagogisk-rekreativt tilbud ved Modum Bads Nervesanatorium. Et eget bygg – Villa Sana – er reist bl.a. for

dette formål. Tilbudet er et prøveprosjekt og skal gå over tre år. Tilbudet er todelt og innebærer dels tilbud om kurs og dels tilbud om personlig rådgivning. De som søker dette tilbudet vil verken bli belastet med oppholds- eller reiseutgifter, idet Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger utreder disse utgiftene.

Siden oppstart har ca. 160 leger deltatt i rådgivning eller kurs ved ressurscenteret. Tilbudet startet opp i oktober 1998. Fra da av og frem til mars 1999 hadde ca. 60 leger deltatt i tilbudet.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har også i et samarbeid med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger utviklet et særskilt kurstilbud overfor de leger som nærmer seg pensjonsalderen. Kurset er myntet på leger i alderen 62 – 66 år med ledsagere. Det omtaler temaet "Fra yrkesliv og fremover mot et liv som hel eller delvis pensjonist". Målsettingen med seminaret er å øke bevisstheten på hvilke spørsmål og endringer man står foran de neste år, avklare eventuelle spørsmål om pensjoner, jus etc, og å gi deltagerne idéer til og kanskje bidra til avklaring av spørsmål omkring hva den enkelte kunne tenke seg å gjøre fremover.

Hvert kurs tar imot 20 – 25 leger med ledsagere. I perioden er det avholdt tre slike kurs. Kurset er utarbeidet av en kurskomité bestående av Tore Koksvik, Finn Georg Birkeland, Knut Eldjarn, Verner Bakke (Senter for seniorplanlegging) og Åsmund Hodne.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har også innledet et samarbeid med tilsvarende organer innenfor de øvrige nordiske legeforeninger. I denne nordiske kontaktgruppen holdes det ett møte årlig.

Etter forslag fra det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har sentralstyret for utvalgets oppnevningssperiode (2000 - 2003) sendt søknad til Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger om økonomiske midler til de forskjellige aktivitetsområder som sorterer under utvalget. Sykehjelps- og pensjonsordningen har imøtekommet søknaden fra sentralstyret. Etter dette har SOP stilt midler til følgende aktivitetsområder:

- legeforeningens støttegrupper i fylkene
- kurs for medlemmer av avdelingenes støttegrupper
- årssamling for støttegruppemedlemmer/avdelingsrådgivere
- kurs lege for leger som skal fungere som kollegabehandler
- kurset "Fra yrkesliv til pensjonistliv"

Sykehjelps- og pensjonsordningens engasjement i prøveprosjektet på Modum Bad kommer i tillegg til det her omtalte.

11.14 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

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

Landsstyremøtet 1999 vedtok ikke å videreføre Legeforeningens medlemskap i Landsforeningen mot AIDS, idet foreningen nå er slått sammen med Pluss (interesseorganisasjon for HIV-positive).

11.15 Kommunal Kompetanse

1999 var Kommunal Kompetanses annet fulle driftsår. Alle fylker har fulltids ansatt opplæringsleder og aktiviteten har vært jevnt økende, delvis som en følge av aktiv utadrettet virksomhet og delvis som en følge av økt etterspørsel. Kommunal Kompetanse har vært lite engasjert i utdanningsaktiviteter knyttet til Legeforeningen. Kommunal Kompetanse vil både kunne gjennomføre landsomfattende utdanningstiltak og lokale tiltak. I flere fylker har opplæringslederen hatt møte med avdelingsstyrene.

11.16 Tillitsvalgkurs

Tillitsvalgkursene har som målsetting "å gi de tillitsvalgte kunnskaper om, ferdigheter i og motivasjon for funksjonen som tillitsvalgt". Opplæringen skjer i tre trinn. Trinn I og Trinn II tar primært sikte på opplæring av hovedtillitsvalgte, mens Trinn III er rettet mot sentrale tillitsvalgte. Trinn I og Trinn II gir innføring i Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygging og virkefelt, aktuelle avtaler mellom Legeforeningen og ulike arbeidsgiversammenslutninger, forhandlingsprosedyrer og –teknikker, forholdet til media etc. I tillegg inngår også en programpost

hvor ett av sentralstyrets medlemmer informerer om aktuelle saker og svarer på spørsmål fra deltakerne. Programmet for de enkelte kursene er tilpasset ulike grupper tillitsvalgte.

I tidsrommet 1.7. 1999 til 3.6. 2000 har det vært avviklet to Trinn I kurs med til sammen 116 deltakere samt ett Trinn I+II kurs med 37 deltakere.

11.17 Håndbok for tillitsvalgte

Oktober 1998 kom en ny utgave av Tillitsvalgthåndboken ut. Håndboken sendes fortløpende fra sekretariatet til alle nye hovedtillitsvalgte/tillitsvalgte på det enkelte arbeidssted.

11.18 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden 1.7. 1999 - 31.12. 1999 bestått av:

Marta Ebbing, (Leder), Åse Brinchmann-Hansen (Dnlfs sekretariat), Lars A. Nesje (Aplf), Jon Hausken (Of), Mona Søndena (Oll), Marianne Kollerud (Nmf), Kai H. Tjeransen (Ylf), John Arne Røttingen (Ylfs yngste, Nestleder) Bjørn Ove Kvavik (Ylfs sekretariat), Vinjar Fønnebø (De medisinske fakultetene)

Fra 1.1. 2000 har rådet hatt denne sammensetningen:

Marta Ebbing, (Leder), Åse Brinchmann-Hansen (Dnlfs sekretariat), Olav Thorsen (Aplf/Nestleder, Tor Steinar Raugstad (Of), Mona Søndena (Oll), Mona Fenstad (Nmf), Bente Kristin Johansen (Ylf), Jana Midelfart (Ylfs yngste, nestleder) Bjørn Ove Kvavik (Ylfs sekretariat), Vinjar Fønnebø (De medisinske fakultetene).

Turnusrådet har i perioden hatt tre møter og behandlet 27 saker. I tillegg har leder og flere av medlemmene hatt forskjellige arbeidsmøter, reist på besøk til sykehus og hatt møter med andre deler av Legeforeningen. Også i denne perioden har vi hatt gleden av å samarbeide med Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), medisinske fakultet om en undersøkelse av hva turnuslegene lærer av praktiske prosedyrer undervegs i turnustjenesten. Resultater fra undersøkelsen så langt er blant annet publisert i Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 2849-53 og 2000; 120: 1512-7.

For å øke kapasiteten for turnustjenesten i sykehus er det siden 1998 tatt i bruk avdelinger for spesialfag (anestesiologi, gynekologi/obstetikk, pediatri og psykiatri) og avdelinger ved regionsykehus til turnustjeneste. Dette er ikke uproblematisk; spesialfagenes plass er fortsatt uavklart, i og med at det ikke finnes gjeldende målbeskrivelser for turnustjeneste i disse fagene.

Vaktstjenestens betydning i turnustjenesten er truet som følge av at turnusleger ved flere avdelinger ved regionsykehusene ikke får gå primærvakt på kvelds- og nattetid, og som følge av at det blir færre vakter per turnuslege med økende turnuslegekull. Videre er målbeskrivelsen for turnustjenesten i kommunen moden for en revisjon, ikke minst som følge av den sviktende rekrutteringen til allmenn- og samfunnsmedisin, og iverksetting av en fastlegeordning.

Turnusrådet har via Legeforeningen tatt initiativ overfor Statens helsetilsyn vedrørende alle disse viktige sakene. Helsetilsynet har på sin side ikke tatt stilling med begrunnelsen at det avventer Sosial- og helsedepartementets gjennomgang av turnustjenesten for leger, se nedenfor.

Legeforeningens landsstyre vedtok oktober 1999 at Legeforeningen skal prioritere arbeidet for at «turnustjenesten bevares i sin nåværende form som en viktig del av legeutdanningen, og at det sikres tilstrekkelig antall hjemler for turnusleger i gode kliniske miljøer, både i sykehus og primærhelsetjenesten», videre at «det utarbeides konkrete forslag til hvordan man skal organisere turnustjenesten for å være i stand til å ta imot økningen i antallet turnusleger». Som følge av dette ble det desember 1999 satt ned en turnusprosjektgruppe ledet av Marta Ebbing, og for øvrig bestående av Åse Brinchmann-Hansen og Bjørn Ove Kvavik fra turnusrådet, samt Nils Grytten fra forhandlingsavdelingen. En kartlegging utført av gruppen januar 2000 viste at kapasiteten for turnustjeneste i Norge vil bli betydelig mindre enn det antatte "behovet" for turnusplasser (for norske og utenlandske kandidater) i nær fremtid, dersom tjenesten skal opprettholdes som legearbeid og ikke utvikles til hospitering. (Se Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1268-9)

Turnusprosjektgruppen la 17.3. 2000 frem sin utredning av hele sakskomplekset "turnustjeneste som krav for autorisasjon som lege i Norge", med de utfordringer som følger med denne av forskjellige årsaker. Dette i håp om å gi Legeforeningen et best mulig grunnlag for å sette mål vedrørende turnustjenesten for leger, og å velge strategier for å nå disse målene. Utredningen var til

høring i Legeforeningen før den ble behandlet i sentralstyret 24.5. 2000. Sentralstyret vedtok da at alle norske kandidater som ønsker det, må sikres turnustjeneste i Norge. Det er en viss uenighet i turnusrådet om hvorvidt dette kan la seg gjennomføre med en god nok kvalitet på tjenesten.

I det videre arbeidet har turnusrådet fått i oppdrag å utarbeide et konkret forslag til opplegg for kontinuerlig faglig evaluering og oppfølging av turnustjenesten i sykehus og kommuner. Turnusrådets forslag er avlevert sentralstyret 19.6. 2000, og finnes på Internett (se www.legeforeningen.no/turnus/lesmer.htm).

Uten en sunn holdning og oppriktig innsats fra turnuslegenes mer erfarne kolleger ved sykehus og i primærhelsetjenesten, vil turnustjenesten ikke kunne fungere etter intensjonen. Turnusrådet er derfor glad for at spesialitetskomiteen i allmenntidmedisin nå går inn for at strukturert veiledning av turnusleger skal kunne gi meritt i videre- og etterutdanningen i allmenntidmedisin, og antar at sentralstyret vil gi sin støtte til dette. Vi håper at også de andre aktuelle spesialitetskomiteene vil arbeide for en øket prestisje og uttelling for faglig tilrettelegging av turnustjenesten.

Sosial- og helsedepartementet startet januar 2000 en bred gjennomgang av turnustjenesten for leger, hvor blant annet forslaget om obligatorisk turnustjeneste i psykiatri og forlengelse av turnustjenesten i kommunen skal utredes. Legeforeningen representert ved Reidar Høifødt og Marta Ebbing deltar i dette arbeidet. Rapporten, med utkast til ny turnusforskrift, vil sannsynligvis foreligge i løpet av august 2000.

11.19 Informatikkutvalget

Sentralstyret initierte høsten 1998 et prosjektarbeid vedr. Legeforeningens engasjement med hensyn til informasjonsteknologi i helsevesenet (se omtale under pkt. 12.1.1). Rapporten fra utvalget har vært til intern høring. I påvente av sentralstyrets sluttbehandling av rapporten er det ikke foretatt oppnevning av nytt informatikkutvalg. Det tidligere informatikkutvalget var sammenkalt til et møte høsten 1999 for å utarbeide høringsuttalelse til ovennevnte prosjektrapport. For øvrig har sekretariatet benyttet utvalgets leder Bjarte Solheim som intern høringsinstans i flere saker.

11.20 Informasjonsvirksomheten

Informasjonsavdelingen består av tre medarbeidere: informasjonssjef, journalist/informasjonskonsulent og sekretær. Avdelingen har også i perioden juni til desember vært praksissted for en hospitant. I perioden april, mai og juni hadde avdelingen en ekstra medarbeider som jobbet spesielt med informasjon rundt fastlegeordningen.

11.20.1 Profilutvalgets arbeid

Landsstyret vedtok i oktober 1997 å nedsette et profilutvalg. Utvalget som ble ledet av Cecilie Piene Schrøder, avga innstilling til sentralstyret i mai 1999 og innstillingen ble behandlet på landsstyremøtet i oktober 1999. Der sluttet landsstyret seg til intensjonene i profilutvalgets innstilling. Det ble vedtatt å opprette en helsepolitisk avdeling. Denne ble opprettet ved navneendring av den tidligere utredningsavdeling. Avdelingen ble styrket med én person fra 1.5.2000, med utdanning og arbeidserfaring som vil tilføre avdelingen ny kompetanse på viktige områder.

Sentralstyret behandlet oppfølging av landsstyrets vedtak angående profilutvalgets arbeid igjen i mai 2000, og fattet vedtak om iverksettelse av flere ulike tiltak.

Det skal løpende utarbeides lister over helsepolitiske saker som er aktuelle for foreningen til sentralstyret. Helsepolitiske saker som legges fram til vedtak i sentralstyret skal ledsages av forslag til informasjonsstrategi. Dessuten skal informasjonsavdelingen vurderes styrket.

Mulighetene for et fastere strukturert samarbeid med ledende helsejournalister skal utredes.

En ekspertpool av leger i ulike fagområder med det formål å kunne bistå foreningen og medier med innsiktsfull informasjon i medisinske spørsmål vurderes opprettet.

Det skal også lages en plan for informasjonstiltak og evt. andre tiltak som kan korrigere uriktige oppfatninger om foreningen og forbedre foreningens image.

Mulighetene for at foreningen skal kunne spille ut en egen statusrapport for helsetjenesten i tilknytning til start- og slutfase i regjeringens budsjettarbeid skal utredes. Det skal utarbeides forslag

til en veiledning for tillitsvalgte til bruk ved fagpolitiske konflikter med arbeidsgiver. En mer omfattende medie- og debattrening for lederne av og evt. styremedlemmer i fylkesavdelingene med sikte på sterkere engasjement i lokale helsepolitiske saker skal iverksettes.

11.20.2 Dnlf-nytt

Dnlf- nytt er et nyhetsbrev med hovedtillitsvalgte i primær- og institusjonshelsetjenesten, ved universitetene samt fylkesavdelingenes og yrkesforeningenes ledere, styremedlemmer og spesialforeningenes ledere, som målgruppe. Hensikten er å holde disse gruppene oppdaterte på saker Legeforeningen jobber med og er involverte i. Det ble utgitt fire Dnlf- nytt høsten 1999 og seks våren 2000. Dnlf- nytt legges ut på Legeforeningens hjemmesider og enkeltsaker løftes også frem som egne nyhetssaker.

11.20.3 Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med Tidsskriftet nr. 7/1997 har informasjonsavdelingen sendt ut presseinformasjon før hver utgivelse av Tidsskriftet. I forkant av hver utgivelse av Tidsskriftet sammenfattes ca. fire av artiklene til korte, poengterte nyhetsmeldinger med tillatelse fra forfatteren. Meldingene påføres forfatteren som kontaktperson. De om lag 100 redaksjonene som mottar presseinformasjonen, kan kontakte forfatteren for å lage intervju, og/eller ringe informasjonsavdelingen for å få oversendt hele artikkelen. Hver pressemelding resulterte i 1999/2000 i i snitt 20 større eller mindre presseomtaler der medisinsk forskning og Tidsskriftet ble profilert.

11.20.4 Kurs i hvordan forholde seg til media

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

11.20.5 Mediekontakt

Legeforeningens policy er at medisinske spørsmål fra pressen besvares av leger. Dette skjer enten ved at en av legene i sekretariatet besvarer saken, eller at et medlem eller en tillitsvalgt benyttes, og slik har det også vært praktisert i årsmeldingsperioden. Dersom det er en sak med lokal tilknytning, formidles ofte kontakt til lokale tillitsvalgte. Sentrale helsepolitiske spørsmål besvares oftest av foreningens tillitsvalgte, men kan unntaksvis besvares av medarbeidere i sekretariatet dersom den beste innsikten i saken finnes der. Når det er saker av mer faglig karakter, benyttes en liste som er utarbeidet over pressekontakter i spesialforeningene. Denne listen ble fornyet i perioden, og er også tilgjengelig på Legeforeningens nettsider så journalister selv kan lete seg frem til medisinsk ekspertise.

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

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

11.20.6 Overvåking av mediebildet

Høsten 1999 klippet informasjonsavdelingen hver dag en rekke saker ut av aviser og lagde hefter med presseklipp som ble distribuert i sekretariatet og til sentralstyret. Våren 2000 ble det startet et prøveprosjekt der et utvalg presseklipp om Legeforeningen hver dag sammenfattes og gjøres tilgjengelig for Dnlfs tillitsvalgte og medlemmer via Internett. Ønsket var at flere skulle kunne nyte godt av medieovervåkingen, og at den skulle være mer aktuell når den nådde mottakere utenfor Legeforeningens sekretariat. Tjenesten har vært i løpende utvikling, og det vil i løpet av høsten 2000 bli gjort opp status med tanke på om ordningen skal videreføres.

11.20.7 Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe som består av Hans Petter Aarseth, Harry Martin Svabø, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen, som hjelper medlemmene med å håndtere vanskelige mediasaker. I tillegg kontaktes fylkesavdelingenes leder/yrkesforeningens leder gruppen dersom det er behov for dette. I denne perioden er sakene blitt løst ved telefonisk bistand fra sekretariatet, samt at fylkesavdelingsledere på eget initiativ gikk ut i pressen.

Henvendelser fra medlemmer til sekretariatet om hvordan forholde seg til pressen i en aktuell sak, håndteres ved rådgivning til legen, og ved at sekretariatet etter avtale med vedkommende kontakter journalist eller redaktør i avisen for å utdype fakta. Slike henvendelser må oftest håndteres raskt på grunn av tidsfrister.

11.20.8 Informasjon om fastlegordningen (FLO)

Informasjonsavdelingen utarbeidet en egen informasjonsplan og fremdriftsplan for informasjon vedrørende fastlegordningen, som blant annet inkluderte produksjonen av et eget nyhetsbrev. FLO-nytt, som ble navnet på nyhetsbrevet, har utkommet i tre utgaver første halvår 2000. FLO-nytt sendes alle tillitsvalgte i primærhelsetjenesten, (OLL og Aplfs tillitsvalgte, landsstyrets medlemmer, samt fylkesavdelingene). Det legges ikke ut på nettet, da det skal formilde organisasjonspolitiske vurderinger til de tillitsvalgte.

I samarbeid med Sosial- og helsedepartementet har Dnlf laget informasjonspermer om FLO til kommunene og alle landets allmennleger. Det har også blitt utarbeidet et foredrag med overheads om FLO som er sendt alle fylkesavdelingene.

Informasjonsflyten rundt fastlegordningen har vært krevende fordi forhandlingene og fremdriften har vært preget av utsettelse. Da reformen ble utsatt til 1.6.2001, medførte det at også informasjonspermene ble noe forsinket utsendt.

11.20.9 Deltakelse på Kvinner Viser Vei

Legeforeningen deltok på messen Kvinner Viser Vei 13. -14.8. 1999 sammen med Akademikerne. Foreningen var representert på Helsetorget, hvor kvinners helsehverdag var utgangspunktet for temaer som ble tatt opp, og sto for to innslag under messen: "Kvinneliv som sykehuslege" et kåseri av ass.lege Anne Bailey og "Kjønn, har det noe med helsen å gjøre?" en rundebord-debatt der Anne Eskild, Torunn Janbu, Margrethe Hansen og Bente Mikkelsen drøftet hvordan det stod til med kvinners helse.

11.20.10 Akademikernes informasjonsnettverk

Legeforeningen møter i nettverket og Legeforeningens informasjonssjef hadde ansvaret for informasjonen til pressen og medlemsforeningene under tariffoppgjøret i kommunal sektor i 2000, da Akademikernes informasjonssjef hadde sluttet 15.3. 2000. Nettverket drøfter informasjonsstrategi, utveksler erfaringer, strategier, drøfter felles utspill i forbindelse med Statsbudsjettet, mulige stordriftsfordeler av samarbeidsavtaler m.m. Nettverket har månedlige møter.

11.21 Fond for rettshjelpsordningen for leger

Årsmelding for rettshjelpsordningen for leger 1.7. 1999 til 30.6. 2000 :

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

Sentralstyret har ivaretatt forvaltning og plassering av fondets midler. Dnlf's økonomiavdeling har utført sekretariatsfunksjonen for denne del av virksomheten, forestår utbetalinger fra fondet og fører regnskap for fondet.

Utvalget for rettshjelpsordningen har i perioden hatt følgende medlemmer oppnevnt etter forslag fra yrkesforeningene:

Anne Larsen, OF, (leder), Torgeir Haugen, PSL, (nestleder), Lise Heiberg, Ylf, Roar Dyrkorn, Apf, Harald Natvig, Oll, Anne-Lise Bjørke Monsen, LVS, Svein Bjørneby, Namf og Line Kathrine Lund, Nmf.

Det har ikke vært skifte av utvalgsmedlemmer i perioden.

Vedtektsendringer:

Med bakgrunn i Stortingets vedtak om ny helsepersonellov, som blant annet medfører at legeloven oppheves, har landsstyret den 22.10. 1999 fattet vedtak om endringer i rettshjelpsordningens vedtekter fra det tidspunkt helsepersonelloven blir iverksatt, trolig 1.1. 2001. Ved siden av de nødvendige formelle endringer, har landsstyret utvidet rettshjelpsordningen til også å kunne omfatte de administrative reaksjoner som kan resultere i advarsel og ved vedtak om begrensning i autorisasjon, dvs, i saker som kan bringes inn for Statens helsepersonellnemnd.

Myndigheten til å fatte vedtak i saker om tilbakebetaling av trygderefusjon er fra 1.1.2000 er overført fra sentralstyret til rettshjelputvalget. Endrete vedtekter er inntatt i årboken for Dnlf 2000-2001.

Utvalgets arbeid:

(tall fra forrige periode er satt i parentes)

Utvalget har avholdt syv møter (10) i perioden.

Utvalget har behandlet 54 ordinære saker (69). 34 av disse kan karakteriseres som nye saksforhold.

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

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

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

17 av vedtakene (20) omhandler avslag, de fleste fordi saksforholdet ikke omfattes av vedtektene eller fordi søknad først var sendt etter avsluttet sak.

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

Behandling av rettshjelpssaker i sentralstyret:

Sentralstyret skal etter vedtektene og tidligere beslutning av landsstyret fatte vedtak i saker som angår anke til høyere rettsinstans, anke over utvalgets vedtak, søknader om bevilgning utover beløpsgrenser fastsatt av sentralstyret. Inntil 1.1. 2000 behandlet sentralstyret også saker som vedrører krav om tilbakebetaling av for mye utbetalt trygderefusjon.

Sentralstyret har i perioden i alt behandlet 13 saker (13) som kan karakteriseres som rettshjelpssaker. Av disse er fem saker (19) om tilbakebetaling av trygderefusjon.

Virkninger av rettshjelpsordningen.

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

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

Generelt må det likevel konstateres at utfallet i mange saker blir påvirket til medlemmenes fordel på grunn av kyndig bistand fra de advokater som blir engasjert gjennom rettshjelpsordningen. Spesielt kan det konstateres at domstolene det siste året har avgjort flere saker vedrørende tilbakekall av lisens/autorisasjon på en måte som bør oppfordre tilsynsmyndigheten å vurdere sin praksis, bl.a. ved at vurderingstemaet for tilbakekall i større grad skal være skikkethet for fremtiden istedenfor å vektlegge tidligere handlinger. Selv om tilsynsmyndigheten mener å være seg bevisst at suspensjon/tilbakekall ikke skal være en straffereaksjon, peker en del rettsavgjørelser i retning av at domstolene vektlegger legens muligheter for forsvarlig yrkesutøvelse i fremtiden på en annen måte enn tilsynsmyndighetene. Det vises for øvrig til omtale av noen saksforhold under pkt. 8.2.2. og 8.5.2.

Økonomi:

Fondet får i 1999 og 2000 tilført kr 200 fra hvert yrkesaktive medlem, som i 2000 var på ca. 2.9 millioner kroner. Det ble i 1999 utbetalt advokathonorarer på ca. 1.8 millioner kroner. I første halvår i 2000 er det utbetalt ca. 490 000.

Evaluerings:

Sentralstyret har vedtatt at det skal foretas en evaluering av rettshjelpsordningen. Arbeidet er påbegynt.

Informasjon om rettshjelpsordningen.

Utvalget har i vedtatt at det i Tidsskiftet skal inntas en orientering til medlemmene bruk av rettshjelpsordningen – både for å gjøre ordningen som sådan bedre kjent og for å sikre at medlemmene avklarer bistand fra ordningen før advokat kontaktes.

11.22 Styrking av legers rettssikkerhet

Legeforeningen har arbeidet for å styrke legers rettssikkerhet i ulike sammenhenger. Det vises bl.a. til arbeidet overfor trygdemyndighetene som er omtalt i kapittel 8.5 om privat legevirksomhet.

Som ledd i dette arbeidet har Legeforeningen påpekt behov for endringer av helselovgivning, noe vi har fått gjennomslag for på flere punkter. Legeforeningen har også arbeidet med å påpeke svakheter i forvaltningspraksis som kan svekke legers rettssikkerhet. Dette arbeidet gjøres både i enkeltsaker og på mer prinsipiell basis. I forbindelse med godkjenning av turnuspraksis har vi fått medhold i at det er truffet flere uriktige vedtak, noe som har medført en omgjøring av vedtakene til fordel for legene.

Legeforeningen har også funnet svakheter i Helsetilsynets praksis i klage - reaksjonssaker, noe som er tatt opp i sammenheng med den enkelte sak og generelt. Det gjelder både det vi mener er feil rettsanvendelse og saksbehandlingsfeil. Legeforeningen har også sett nærmere på hvordan helsetilsynet utøves og om formålet med tilsynet oppnås. Høsten 1999 oppfordret Legeforeningen Sosial - og helsedepartementet til å undersøke hvordan de "milde" reaksjonsformene (tilrettevisning) virker på mottakerene av reaksjonene - om disse reaksjonene er egnet som pedagogisk virkemiddel, eller om det finnes andre former for tilbakemelding som i større grad kan bidra til at lovens formål om øket kvalitet oppnås. Sosial - og helsedepartementet gjennomførte en slik undersøkelse som entydig kunne dokumentere at reaksjonen i hovedsak ble opplevd som straff av helsepersonellet. Legeforeningen oppfordret samtidig til at denne reaksjonsformen ble tatt ut av

loven og at veiledningsansvaret ble understreket. Sosial - og helsedepartementet har etterkommet dette og sendte i juli 2000 et endringsforslag på høring. Legeforeningens anmodning om at dokumentasjonsplikten "dempes" til å omfatte relevant informasjon (i stedet for fullstendig informasjon) er også blitt etterkommet. Det gjenstår å se om disse endringene blir vedtatt av Stortinget.

11.23 Reisepolicy og –rutiner i Den norske lægeforening

Landsstyremøtet i Kristiansand i 1998 fattet følgende vedtak:

”Landsstyret ber sentralstyret utrede og inngå avtaler med hotellkjeder/enkelthoteller med tanke på rimeligere overnattingspriser i forbindelse med kursavvikling i legers videre- og etterutdanning. det må også utarbeides et regelverk som gjør at avtalene utnyttes maksimalt.”

Som en oppfølging av landsstyrets vedtak har sentralstyret vedtatt ny reisepolicy og nye retningslinjer for medlemmer av Den norske lægeforening og ansatte i sekretariatet. Formålet med den nye reisepolicyen er å utnytte Legeforeningens samlede medlemspotensial til effektivisering og besparelse. Retningslinjene skal gjelde for alle reiser og opphold som betales av Den norske lægeforening eller av de fondsmidler som disponeres av Legeforeningen til legers videre- og etterutdanning.

Den nye reisepolicyen med de nye retningslinjene ble effektivt tatt i bruk fra 1.4. 2000. For å utnytte foreningens stordriftsfordeler optimalt samt få en bedre koordinering av reisevirksomheten, er det et krav om at alle reiser skal bestilles gjennom NSB Reisebyrå (NSBR) som er Legeforeningens nye avtalebyrå.

Som avtalepart innen overnatting er valgt Rainbow Hotels. Det er avtalt meget gunstige priser på utvalgte hoteller i denne kjeden, blant annet i de fire universitetsbyene. Videre er det inngått en forbedret avtale med Soria Moria i Oslo om individuelle priser på et meget rimelig nivå, i tillegg til eksisterende kurs- og konferansetilbud. Til sist er det inngått en konkurransedyktig avtale med Radisson SAS som primært er tilpasset kurs- og konferansesiden, men i tillegg vil være velegnet ved individuelle overnattinger hvor det er behov eller ønske om utvidede fasiliteter og høyere standard.

På transportsiden er det inngått avtale med Braathens.

For å få optimal utnyttelse av avtalene med hotellene og flyselskap - både det enkelte medlem og Legeforeningen – må alle bestillinger foretas gjennom NSB Reisebyrå. For arrangører av kurs og konferanser benyttes NSBR Spesialreiser.

11.24 Soria Moria – Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningssenter

Soria Moria er organisert som en egen stiftelse.

Soria Morias styre består for tiden av: Roar Nomme (leder), Hans Petter Aarseth, Karin Straume og Harry Martin Svabø. Soria Moria hadde i 1999 et meget vanskelig år på grunn av betydelig omsetningssvikt i konferansemarkedet i Oslo, og fikk et regnskapsmessig underskudd på 471 865 kroner. Utsiktene for den fremtidige drift er imidlertid positive. Legeforeningens egen andel og bruk av senteret holder seg relativt stabilt. Det er foreningens intensjon å øke denne.

11.25 Tidsskrift for Den norske lægeforening 1999/2000

Tidsskriftet utkom i 1999 med 4 682 sider, hvorav ledige stillinger 838 og andre annonser 873. I tillegg kommer 93 klebde og 61 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i 1998 publisert 4 872 sider, hvorav 899 stillingsannonser og 928 sider produktannonser. I tillegg kommer 80 klebde og 44 løse annonsebilag (upaginert).

Tidsskriftets trykte opplag er nå 21 000 (juli 2000).

Fra 1.4. 2000 rapporterer også Legeforeningens markedsenhet til redaktøren. Tidsskriftet består således av fem seksjoner som alle er lokalisert til annen etasje i Legenes hus:

En medisinsk redaksjon som ledes av redaktørens stedfortreder, har fem fagredaktører (leger) i deltidsstilling.

Nyhetsredaksjonen har tre journalister (hvorav en for tiden er lege i fast stilling, de to andre er i engasjementer) samt en bokredaktør.

Redaksjonssjefen har ansvar for drift og produksjon. I denne gruppen inngår to manuskriptredaktører og to sekretærer.

Nettredaksjonen teller to medarbeidere og ledes av nettsjef. Annonse- og markedsavdelingen ledes av markedsjef og har i tillegg to medarbeidere samt en vakant stilling som tilsettes i august 2000.

I tillegg kommer redaktør samt en sekretær, noe som alt i alt gir Tidsskriftet en bemanning på knapt 20 årsverk, fordelt på ca. 25 personer.

Fra 2000 består redaksjonskomiteen av: Steinar Westin (leder), Per Brodal, Anette Fosse, Marit Bjartveit Krüger, John Leer, Steinar Solberg, Rune Ulvik og Harry Martin Svabø.

Den største endring siste år er at Tidsskriftet fra nr. 1/2000 er tilgjengelig i fulltekst på Internett uten passordbeskyttelse. Dette øker tilgjengeligheten og kompenseres for økende distribusjonstid for papirutgaven som forsendes via Postverket.

Tidsskriftets redaksjonelle drift har i hovedsak vært uendret siste år. Konkurransen er økende, både med hensyn til lesernes og annonsørenes oppmerksomhet, men Tidsskriftet har befestet sin stilling som den viktigste informasjonskanal for norske leger og et sentralt debattforum i norsk medisin.

11.26 www.legeforeningen.no

Nettredaksjonen er en egen seksjon i Tidsskriftet, og har vært i drift siden 1.1. 1998. Redaksjonen består av to medarbeidere. Det daglige arbeidet består blant annet av nyhetsoppdatering av Legeforeningens førsteside (www.legeforeningen.no) og en presseklippjeneste. Nyhetene oversendes fra andre avdelinger i Legenes hus, eller de skrives av nyhetsredaksjonen i Tidsskriftet, informasjonsavdelingen eller nettredaksjonen. Det lages daglig lenke til informasjon av interesse for leger fra offentlige etater. Legeforeningens førsteside åpnes fra ca. 1 000 ulike maskiner hver dag.

Nye tjenester

LUPIN - Legeforeningens utdanning på Internett

Våren 2000 ble fire kurs primært beregnet for spesialister i allmenntid medisin introdusert på Legeforeningens nettsider. De fire kursene er:

- Informasjonssøking ved hjelp av Internett
- Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger
- Spirometri
- 24-timers blodtrykkmåling

Kursene ble utviklet av pedagogisk avdeling, byrået Gazette, spesialitetskomiteen i allmenntid medisin og nettredaksjonen. Ytterligere kurs er under planlegging. Til nå har 54 personer gjennomført kurs og fått tilsendt kursbevis.

Forhandlingsdatabase

Etter landsstyremøtet i oktober 1997 ble det vedtatt å satse på en utvikling av Legeforeningens forhandlingsinformasjon på Internett, bl.a. ved å lage en forhandlingsdatabase for de tillitsvalgte. Sentralstyret i Legeforeningen vedtok i mars 2000 å bevilge penger til utvikling av en lukket forhandlingsdatabase på Internett. Databasen ble utviklet i samarbeid med KPNQwest, og ble ferdigstillet i mai. Det ble sendt ut brukernavn og passord til alle tillitsvalgte i Legeforeningen. Ved å logge seg på med brukernavn og passord kommer de tillitsvalgte inn på en lukket Internettside der de kan legge ut informasjon om forhandlinger eller lese hvilke erfaringer andre tillitsvalgte har gjort i forhandlinger. Alle innlegg som lagres i databasen vil bli kvalitetssikret av forhandlingsavdelingen.

Tidsskriftet på Internett

Siden desember 1998 har det vært arbeidet med å publisere hele Tidsskriftet på Internett. Det har vært gjort et grundig forarbeid i redaksjonen og i trykkeriet PDC Tangen, før Tidsskriftet i februar 2000 kunne publiseres både på papir og på Internett ved hver utgivelse. Hele Tidsskriftet ble lagt ut i en database på Internett fra nr.1/2000 og frem til i dag. Tidsskriftet ligger i en database som gjør

det enkelt å søke i fritekst, på forfatter, nøkkelord og i tidligere utgaver. Teksten er ikke passordbeskyttet, og kan leses av alle med tilgang til Internett. Nummer 17/2000 ble åpnet 3 090 ganger. Det har vært totalt 1 642 unike besøkende innom dette nummeret på Internett.

Ledige stillinger

Alle ledige legestillinger som annonseres i Tidsskriftet ble lagt ut i en database på Legeforeningens hjemmesider i februar 2000. Stillingsannonseene er tilgjengelige i en enkel, søkbar form. De kan legges ut i forkant av utgivelse av hvert nummer. Fra februar frem til midten av juli er stillingsannonseene besøkt av 8 859 unike maskiner, og det har vært utført 28 320 annonsevisninger på nettsidene.

Foreninger på Internett

Yrkesforeningene, fylkesavdelingene og spesialforeningene har fått tilbud om hjelp til å lage hjemmesider, og til oppdatering av hjemmesidene så langt kapasiteten i nettredaksjonen strekker til. Foreningene kan ha sidene liggende på Legeforeningens server uten omkostninger. Alle syv yrkesforeningene har egne sider på Internett, seks av disse oppdateres av nettredaksjonen. Syv fylkesavdelinger og 22 spesialforeninger har egne nettsider, fire av disse oppdateres av nettredaksjonen. Alle foreningene har fått tilbud om å ha e-postadresse fornavn.etternavn@forening.legeforeningen.no. Fire fylkesavdelinger, en yrkesforening og to spesialforeninger har benyttet seg av dette.

Annonsering

I april 2000 åpnet Legeforeningen for bannerannonser på nettsidene. Maksimalt antall annonser er tre per nettside. Det har vært stor interesse fra farmasøytisk industri for slik annonsering, noe som gir god inntjening hver måned og kan finansiere flere Internett-prosjekt i fremtiden.

Nyheter på e-post

Ved å registrere e-postadressen på Legeforeningens Internett-side, får man nyheter tilsendt på e-post fra Legeforeningen. Medlemsbrev, Dnlf-nytt og andre nyheter fra Legeforeningen og Tidsskriftet sendes ut til de påmeldte. Det er også mulig å abonnere på innholdsfortegnelsen av Tidsskriftet på e-post. Ved hver utgivelse av bladet sendes det melding til de påmeldte om at nytt nummer er lagt ut i fulltekst på Internett. I august var det ca. 400 påmeldte adresser til nyhetstjenesten, og ca. 200 påmeldte til Tidsskriftets e-posttjeneste.

11.27 Legenes hus

Legenes hus i Akersgaten 2 eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Den norske lægeforening og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger med 50% av aksjene til hver. Styret for selskapet er: Hans Petter Aarseth, Knut Eldjarn, Håkon Ebbing og Harry Martin Svabø. Ledervervet i styret alternerer mellom eierne. NEAS AS forestår selskapets daglige drift. Legenes hus har fungert tilfredsstillende. Selskapets egenkapital i 1999 ble styrket gjennom et overskudd på driften samt en reversering av tidligere nedskrivning på grunn av en positiv markedsutvikling.

12 Helsepolitikk

”Helsetjenesten er en nasjonal oppgave som i hovedsak bør ivaretas av det offentlige. Helsetjenestetilbudet på alle nivåer må tilpasses befolkningens behov. Henvendelser til helsevesenet bør skje gjennom primærlegen.

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

Bedre legefördeling er et viktig helsepolitisk mål

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

12.1 Informasjonsteknologi

12.1.1 Informasjonsteknologi i helsevesenet. Legeforeningens engasjement

Sentralstyret fattet i mai 1998 et vedtak som bl.a. lyder: "Sentralstyret konstaterer at informasjonsteknologien i økende grad vil påvirke legenes arbeidssituasjon i den medisinske hverdag. Det blir derfor stadig viktigere for Legeforeningen å holde seg orientert om hvilke implikasjoner informasjonsteknologien vil og kan medføre for den kliniske hverdag både ved sykehus og i primærhelsetjenesten." Sekretariatet fikk i oppdrag å etablere et prosjekt med det formål å utarbeide en rapport om emnet. Vegard Høgli fra stiftelsen GRUK og Arne Ole Ree fra firma Ree Medtek ble engasjert og utarbeidet rapporten *Informasjonsteknologien innflytelse på den medisinske hverdag - forslag til engasjement og koordinering av arbeidet med informasjonsteknologi*. Rapporten gir en grundig og oversiktlig fremstilling av sakskomplekset og beskriver bruk av informasjonsteknologi i offentlig sektor, samt medisinsk informasjonsteknologi og telemedisin m.v. Medisinsk utdanning og legers læring drøftes spesielt. Prosjektmedarbeiderne gir en tilråding av hvordan Legeforeningen bør håndtere IT-relaterte spørsmål. De foreslår bl.a. at en person med kompetanse i både medisin og informasjonsteknologi i komplekse organisasjoner avsettes til dette. Oppgavene vil bl.a. være å delta som Legeforeningens representant i ulike fora, samt å være bindeledd mellom fagområdet og foreningens styrende organer. De foreslo også at det etableres en referansegruppe som støtte for kontaktperson og sentralstyret. Spesialforeningenes IT/Edb-utvalg foreslås avvirket, ettersom bare et mindre antall av disse fortsatt er i funksjon.

Rapporten ble lagt fram for sentralstyret høsten 1999, og deretter sendt på høring i foreningen. Det innkom 14 høringsuttalelser. Rapporten fikk stort sett en positiv mottakelse. Majoriteten av høringsinstansene var svært fornøyd med at det var tatt initiativ for å gjennomgå Legeforeningens IT-engasjement. Det var imidlertid varierende syn på organisering og omfang av en eventuell ny struktur for håndtering av IT-relaterte spørsmål, og det ble bl.a. reist spørsmål om kostnadene ved å øke aktivitetene i sentrale organer. Det var ingen uenighet om at sekretariatet må ha bedre kjennskap til fagfeltet og kunnskap om hvor kompetanse kan finnes, men det var varierende syn på om sekretariatet skulle skaffe seg slik kompetanse. Med unntak av Ylf var de fleste høringsinstansene enige i at det etableres en ny gruppe kalt referansegruppe i stedet for nåværende informatikkutvalg.

Sentralstyret vedtok 16.11. 1999 å utsette avgjørelse i saken i påvente av nærmere avklaring med hensyn til oppgaver og tilknytningsform for ressursperson, samt kostnadene. Det har vist seg vanskelig å finne økonomisk dekning for utvidet innsats på området. Saken vil bli fremmet for sentralstyret på nytt høsten 2000.

12.2 Endring i lov om transplantasjon, sykehusobduksjon og avgivelse av lik – høring

Sosial- og helsedepartementet (SHD) fremla i august 1999 forslag til endringer i transplantasjonsloven. Med begrunnelse i å styrke respekten for menneskekroppens integritet foreslo SHD en tenkepause før det eventuelt blir gitt tillatelse til bruk av organer fra dyr i mennesker, forbud mot kommersiell utnyttning av organer samt klarere rettslige regler for adgangen

til å ta fornybart vev til transplantasjon fra personer som ikke kan gi eget samtykke. SHD foreslo å nedsette et utvalg for å vurdere alle sider ved xenotransplantasjoner. Det ble foreslått klarere rettsregler for adgang til bruk av fornybart vev til transplantasjon fra mennesker som ikke kan gi eget samtykke, og det ble åpnet for at det skal kunne foretas obduksjon av personer som ikke dør i sykehus eller dør på vei til sykehus.

Utkastet var til høring i relevante organisasjonsledd i Legeforeningen. Legeforeningen var i sin høringsuttalelse enig i at bruk av celler og vev fra provosert aborterte fostre bør være forbudt, men bør kunne tillates i særskilte tilfelle. Legeforeningen påpekte også at nye regler om obduksjon kunne føre til at det blir en innsnevring for mulighetene for obduksjon av avdøde utenfor helseinstitusjon, idet det er viktig å obdusere også de som ikke dør brått og uventet. Problemet med reduksjon i antall rettslige obduksjoner, vesentlig begrunnet i økonomiske overveielser i politidistriktene, ble også drøftet i høringsuttalelsen.

12.3 Lov om organisert kampaktivitet som tillater knockout - høring

Kulturdepartementet la i januar 2000 frem forslag til lov. Departementet begrunnet forslaget med de medisinske skadevirkningene som følger av harde støt mot hodet. Som grunnlagsmateriale var vedlagt et notat fra Norsk idrettsmedisinsk forening som understreker at harde støt mot hodet kan føre til hjernesvinn og permanente skader, og at man kan forvente langtidsskader. Lovutkastet foreslo at organisert konkurranse, oppvisnings- eller treningskamp der knock out er tillatt bare kan finne sted etter godkjenning av Kongen, som også kan fastsette nærmere sikkerhetsbestemmelser. Det ble blant annet foreslått som vilkår for godkjenning at enhver aktivitet skal følges av kampege, og at utøvere skal ha helseattest basert på fullstendig klinisk nevrologisk undersøkelse.

Høringsnotatet ble sendt på intern høring, og høringsinstansene ble gjort oppmerksom på at Legeforeningen tidligere har uttalt seg om legeerklæring i forbindelse med kick-boxing, og at foreningen har gitt sin tilslutning til World Medical Association's Recommendations Concerning Boxing (oktober 1983). Høringsinstansene var positive til forslagene. Flere mente at sporten burde forbys, og det kom konkrete kommentarer til diagnostiske overveielser og metoder. Legeforeningen var i hovedsak enig i lovforslaget, men understreket i sin høringsuttalelse at legen bare sjelden og i svært liten grad kan påvirke de medisinske konsekvenser av de skader som kan fremkomme som følge av knock out eller støt mot hodet.

12.4 NOU 1999:20 Å vite eller ikke vite. Gentester ved arvelig kreft - høring

Fra Sosial- og helsedepartementet hadde Legeforeningen fått oversendt denne utredningen. Departementet hadde listet opp en del problemstillinger i sitt høringsbrev som de ønsket kommentarer på. Nedenfor gjengis en del av spørsmålsstillingene som ble reist (uthevet skrift) og de kommentarer (vanlig skrift) som ble gitt fra Legeforeningen i høringsuttalelsen.

Stryking av gentestingsvirksomhet for arvelig kreft i alle regioner

Legeforeningen er enig i tiltaket, men anser at det er viktigst at ekspertisen ikke forblir i regionale sentra, men bringes ut til helsetjenesten på fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

Gentesting ved kreftsykdommer

Legeforeningen er enig i forslagene i utredningen, men ser det som viktig å sikre at en lege som skal rekvirere undersøkelsen har tilstrekkelig kompetanse til å vurdere behov for test samt vurdere følgende av testresultat, og dessuten er i stand til å følge opp pasienten. Dette fordrer kunnskap og kompetanseheving. Den ekspertise som befinner seg i regionale sentra må derfor også bidra til at kompetansen heves i hele regionen.

Nasjonal familiejournal/deling av genetiske opplysninger innenfor helsevesenet

Legeforeningen ser at utvalget følger et faglig behov for å kunne ha nasjonale registre og god informasjonsflyt angående spesielle og sjeldne tilfeller. Legeforeningen fremhevet sin uenighet i et slikt opplegg som medfører et dobbelt journalsystem der ikke hele pasientjournalen blir tilgjengelig

for pasienten, og heller ikke for behandlende lege. Legeforeningen anmerket på dette punkt at forslaget trenger en langt grundigere gjennomgang både av behandlingsmessige, etiske og personvernrelaterte spørsmål enn det som fremkommer i utredningen. Legeforeningen påpekte derfor at tiltaket må utsettes inntil disse sidene er nærmere utredet.

Skille mellom forskning der resultatene tilbakeføres til enkeltindivid og forskning der slik tilbakeføring ikke finner sted

Legeforeningen påpekte at det var uklart hva utredningen egentlig mente på dette punktet. Utredningen viste for øvrig til et departementsskriv i forbindelse med et høringsnotat. Dette høringsnotatet hadde Legeforeningen kommentert og påpekte også i den sammenheng de uklarheter som lå i høringsnotatet. I høringsnotatet ble lovens virkeområde slik at det avgjørende for om forskning faller inn under lovens bestemmelser, var om opplysningene kunne tilbakeføres til bestemte enkeltpersoner. Legeforeningen anmerket at den forstår loven slik at den i sin nye form ikke skal gjøres gjeldende for forskning som ikke tilbakeføres til pasienten, og at det er stor samstemmighet om at loven ikke bør gjelde for prøver som ikke på noen måte kan tilbakeføres til enkeltindivid eller små grupper. På den måten kan den frie forskning i all hovedsak være ivaretatt. Utfra høringsnotatet var det imidlertid uklarhet i bruken av begrepet "anonymt materiale".

I høringsnotatet fremkom at ved anonymisering forstås at en velger å ikke gi pasienten opplysninger, men at anonymiserte opplysninger kan tilbakeføres til den enkelte når det skulle oppstå behov for å tilbakeføre opplysninger og at dette gjøres. Dette var etter Legeforeningens syn svært uheldige og upresise formuleringer. Dersom opplysninger kan tilbakeføres er den per definisjon ikke anonymisert. Departementets tolkning av anonymiserte opplysninger er etter Legeforeningens syn, både motsatt til lov om personregistre og generelle forsknings/etiske prinsipper. Videre vil den gi svært uklare pasientrettigheter og legens plass både som forsker og behandler blir svært uryddig.

12.5 Distriktpsykiatriske sentre (DPS) - høring

Fra Helsetilsynet hadde Legeforeningen fått oversendt et høringsnotat om distriktpsykiatriske sentre (DPS) utarbeidet av Pia Birgitte Jessen. Utredningen tar for seg utviklingen av behandlingstilbud til personer med psykiske lidelser gjennom de senere årene samt de utfordringer som ligger i et velfungerende, stabilt spesialisthelsetjeneste-tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Utredningen omtaler også de nye helselovene. Det konkluderes med at distriktpsykiatriske sentre bør være administrativt og faglig tilknyttet et lokalsykehus hvor dette er naturlig eller som en frittstående organisasjon. DPS må ellers være organisert under en felles faglig og administrativ ledelse og ha eget budsjettansvar.

I høringskommentarene som var bygget på innkomne, interne høringskommentarer la Legeforeningen vekt på at beskrivelsen i utredningen var basert på én sentermodell slik den fungerte på et sted i landet. Legeforeningen påpekte således at DPS slik den blir beskrevet i utredningen ikke nødvendigvis er en modell som lar seg innpasse alle steder. DPS vil trolig fungere best i områder med middels stor folketetthet og der størrelsen på opptaksområdet og rekrutteringsfaktorer gjør det mulig å etablere et DPS slik som Legeforeningen forstår betydningen av dette begrepet. Mer grisgrendte strøk vil modellen med et psykiatrisk senter knyttet til en større institusjon passe bedre. Legeforeningen mente heller ikke det var ønskelig å knytte denne modellen, uten spesielle tilpasninger, til byområder. Legeforeningen kunne ikke se at DPS som er opprettet ved å dele opp et større sykehusmiljø er noen vesentlig gevinst i byene. Det er derfor ønskelig å holde fast på en institusjonsstruktur som er tilpasset lokale forhold.

Legeforeningen konkluderte med at den støttet statens intensjon om å bygge ut DPS-nivået. Det ble likevel uttrykt frykt for at DPS ikke vil kunne gi en faglig forsvarlig helsehjelp dersom denne utredningen skulle legges til grunn, og at denne utredningen ikke ville være et tjenlig utgangspunkt for videre arbeid med DPS-modellen.

12.6 Forskrifter til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern - høring

Som oppfølging av lov om fornyet lov om psykisk helsevern hadde Legeforeningen mottatt utkast til følgende forskrifter fra Sosial- og helsedepartementet:

- Forskrifter om godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for pasienter under tvunget psykisk helsevern.
- Forskrift om tvunget psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon.
- Forskrift om undersøkelse og behandling uten eget samtykke.
- Forskrift om bruk av tvangsmidler i institusjon innenfor det psykiske helsevern.
- Forskrift om det faglige ansvaret for vedtak jfr. §1-4 i loven.

Høringene ble utsendt til relevante foreninger og utkast til høringsuttalelse ble utarbeidet på grunnlag av innkomne kommentarer, der særlig Norsk psykiatrisk forening sin uttalelse ble lagt til grunn. Nedenfor gjengis noen av de viktigste kommentarer som ble gitt i Legeforeningens høringsuttalelse:

Ad. forskrift godkjenning av institusjoner som skal ha ansvar for tvunget psykisk helsevern.

Her anmerket Legeforeningen at det er lege med spesialistutdanning i psykiatri som har den mest omfattende og brede diagnostiske kompetanse av alle yrkesgruppene som arbeider i psykiatrien. Psykiatere vil kunne sikre den nødvendige bredde, både i diagnostikk og behandling og har nødvendig kompetanse til å vurdere behov for spesialisert utredning og behandling. Både psykologer og psykiatriske sykepleiere er nødvendige for å sikre optimal bredde utover psykiaterens funksjoner, men departementets formulering vektlegger dette for sterkt i merknadene.

I høringskommentarene til høringsnotat fem om *Forskrift om den faglig ansvarlige for vedtak*, gikk Legeforeningen spesielt inn i drøftingen om ledelsesspørsmål. Det ble i høringsnotatet anført at det er viktig å skille det faglige ansvar for å treffe vedtak som reguleres i psykisk helsevernlov fra det generelle ledelsesspørsmål. Legeforeningen bemerket i denne sammenheng at det i spesialisthelsetjenesteloven §3-9 fremgår at sykehus skal organiseres slik at det er én ansvarlig leder på alle nivåer. Hvis faglig ledelse skal ha noen mening, må det på samme måte være én faglig leder på alle nivåer. For psykiatrien er det videre presisert i psykiatrilovens §1-4, første ledd: "Den faglig ansvarlige for å treffe vedtak samt beslutte nærmere angitte tiltak etter loven her, er vedkommende overlege."

Legeforeningen bemerket at de oppfattet disse formuleringene slik at en behandlingsenhet innen psykiatrien skal ha en faglig ansvarlig (vedkommende overlege) for å fatte vedtak og beslutte andre nærmere angitte tiltak etter loven.

Vedkommende overlege vil da være ansvarlig for inntak og utskrivning og hvordan behandlingen skal foregå. Dette innebærer bl.a. å vurdere hvilken behandlingsplan pasienten bør ha innenfor de krav loven setter til grunnleggende krav til behandling og vedtak etter kapittel fire.

På denne bakgrunn fant Legeforeningen utsagnet om at det faglige ansvaret må skilles fra det generelle ledelsesspørsmål, motsetningsfylt og urimelig. Legeforeningen fant på denne bakgrunn at i den kliniske behandlingsenheten vil ansvaret for ledelse av behandlingen måtte tillegges "vedkommende overlege" da dette er bestemt i psykisk helsevernlovens §1-4.

Når det gjaldt delegering støttet Legeforeningen at delegering kan foretas, og etter forsvarlig saksbehandling. Det bør etableres skriftlige delegeringslinjer. Ved delegering tildeler "vedkommende overlege" en myndighet til å treffe konkrete beslutninger. Ansvaret for disse beslutningene delegeres imidlertid ikke, så den som delegerer har både instruksjonsmyndighet og veiledningsansvar og kan naturligvis trekke delegeringen tilbake. Delegeringen gjelder altså ikke en stilling men en person i en situasjon.

På bakgrunn av de nokså komplekse forhold som disse høringsnotatene omhandlet, ba Legeforeningen om et møte med departementet for ytterligere å presisere og redegjøre for sitt syn på hvordan helsetjenesten innenfor det psykiske helsevern burde ivaretas for å oppfylle intensjonene i lovgivningen. Et slikt møte ble avholdt 8.5. 2000.

12.7 Fremtidig organisering av arbeidet med helsetjenestens kodeverk, klassifikasjoner og termer - høring

Samordningsgruppen for medisinske kodeverk og klassifikasjoner (SMKK, se også pkt. 12.8) har utredet forslag til fremtidig permanent organisering av arbeidet med helsetjenestens kodeverk, klassifikasjoner og termer. I en rapport fra gruppen gis en innføring og en del definisjoner vedrørende kodeverk og klassifikasjoner, og det beskrives hvilke oppgaver som en fremtidig organisasjons vil måtte ta hånd om. Dette omfatter videreutvikling og kvalitetssikring av kodeverkene, samt brukerstøtte til helsetjenesten, som bl.a. er avhengig av korrekt ICD-10- koding (International Classification of Diseases) som grunnlag for innsatsstyrt finansiering (ISF) av sykehus. Trygdeetaten forutsetter at primærlegene benytter kodeverket ICPC (International Classification of Primary Care). Blant mulige aktører som kan tenkes å ta hånd om arbeidet er Folkehelse, Helsetilsynet, Statistisk sentralbyrå, Norsk pasientregister samt Kompetansesenter for Informasjonsteknologi i helsetjenesten (KITH).

Legeforeningen støttet i sin høringsuttalelse valget av en kombinert forvaltnings- og samarbeidsmodell, ettersom dette vil sikre en direkte kontakt med de øverste helsemyndigheter samtidig som dagens kompetanse vil kunne opprettholdes. Legeforeningen uttalte at rapporten har for ensidig fokus på somatisk sykehusmedisin, og anbefalte at primærmedisinske og psykiatriske kodeverk må omfattes selv om man velger minimumsløsninger for drift og organisasjon.

Vedrørende plassering av det nye senteret uttalte Legeforeningen at dette i tillegg til registerkompetanse må inneha betydelig medisinsk kompetanse for å kunne få tillit i helsevesenet. Foreningen mente det er viktig å ikke legge kodeverksarbeidet til en etat/institusjon som også har kontroll- eller registeroppgaver, bl.a. fordi oppgavene knyttet til vedlikehold og videreutvikling vil kunne nedprioriteres til fordel for register- og kontrolloppgavene. Legeforeningen anbefaler at KITH gis oppdraget, fordi kompetansesenteret har vist at de kan ivareta vedlikehold, utviklingsarbeid og brukerstøtte.

12.8 Samordningsgruppen for medisinske kodeverk og klassifikasjoner (SMKK)

Samarbeidsgruppen ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 1993. Den består av representanter for departementet, Folkehelse, Helsetilsynet, Statistisk sentralbyrå og Den norske lægeforening. Gruppen er rådgivende for departementet, og arbeider for å koordinere og prioritere arbeidet med medisinske kodeverk og klassifikasjoner. I 1999 fikk gruppen i oppdrag av departementet å utrede forslag til fremtidig permanent organisering og ansvarsfordeling. Gruppen fremmet et forslag til departementet som senere er sendt på høring (se pkt. 12.7).

En utfordring for samarbeidsgruppen er at utgiftene til drift og brukerstøtte har vært betydelig, og andelen av midler til utvikling av nye kodeverk og vedlikehold av eksisterende kodeverk derfor har vært mindre enn ønskelig.

12.9 Legemiddelområdet

Det har også i denne perioden vært gjennomført relativt dyptgripende endringer i legemiddelpolitikken i Norge og Legeforeningen har gitt sine synspunkter på noen av endringsforslagene. Disse sakene har også vært drøftet i Legemiddelutvalget og det vises til kapittel 2.1.

12.9.1 Apotekloven

Legeforeningen ga i et møte med sosialkomiteen til kjenne sine synspunkter på noen av de problemstillinger som særlig berørte leger i forslaget til ny apoteklov.

Referansepris

På dette punktet anmerket Legeforeningen de uklarheter som særlig hadde oppstått ved at legene ikke hadde blitt informert om referansepristilleggene pga. forsinkede utsendinger av tabellene fra Rikstrykdeverket. Legeforeningen anmerket også at hele ordningen med referanseprisystemet var tungvint for legene. Legeforeningen anmerket til komiteen at det kun var 37 preparater som hadde

et referansepristillegg på mer enn kr 100.

Legeforeningen bemerket videre at det var beklagelig at referanseprissystemet ble utvidet til også å omfatte likestilling av tabletter og kapsler, tabletter og resoribletter, tabletter og GIS-former og salver, limiment og kremer. Dette hadde etter Legeforeningens mening gitt meningsløse sammenblandinger av legemidler som er svært uheldige for å bedre riktig legemiddelbruk.

Det ble også påpekt at referanseprisordningen er et initiativ for å imøtekomme statens interesse for å spare penger og er ikke tilpasset sykehusenes interesse for å spare penger. Legeforeningen påpekte at legemiddelinnkjøps samarbeidet (LIS) har bidratt til en betydelig prisreduksjon på legemidler til sykehus. Dette betyr imidlertid at pasienter som har ligget inne på sykehus i fem til seks dager og så utskrives blir stilt overfor valget om enten å fortsette med et legemiddel som hun/han har startet opp ved sykehuset eller at behandlingen videreføres med et annet likeverdig preparat. Legeforeningen foreslo derfor at referanseprissystemet må evalueres grundig med hensyn på funksjon både i forhold til andre prisreguleringsordninger og hensiktsmessighet for pasientene.

Respektbasert legemiddelstatistikk

Legeforeningen anmerket overfor sosialkomiteen at det i et samarbeid mellom Norges Apotekerforening, Den norske veterinærforening, Den norsk tannlegeforening, Den norske lægeforening og Rogalandsforskning var etablert en avtale som kunne gi en tilfredsstillende oversikt både over nasjonal forskrivning og tilbakemelding til den enkelte forskriver om egen forskrivningspraksis. Legeforeningen mente dette kunne bli et godt hjelpemiddel og verktøy for å kvalitetssikre legenes forskrivning og bidra til riktigere legemiddelbruk.

Bedre tilgjengelighet av legemidler

På dette området foreslo Legeforeningen at det er viktig å beholde apotekenes enerett til salg av alle typer legemidler, men at det kan tenkes ordninger der bensinstasjoner o.l. kan ha et begrenset assortiment av reseptfrie legemidler med leveranse fra nærmeste apotek. Dette ville sikre både næringsgrunnlag og faglighet i legemiddehandteringen. Slike nyordninger burde etter Legeforeningens mening evalueres innen tre år med hensyn på feilbruk og om nye alternative omsetningsformer bør etableres for å bedre tilgjengeligheten.

Generisk og parallell substisjon

Her påpekte Legeforeningen som flere ganger tidligere, det prinsipielt uheldige i at det ikke er legen i samråd med pasienten som alene avgjør hvilket preparat som skal utleveres.

Legeforeningen fremmet et forslag om at det på enhver resept skal angis hvorvidt et legemiddel blir å levere ut nøyaktig etter det som er foreskrevet på resepten eller om parallell/synonym preparat kan utleveres. Når slik parallell/synonym substisusjon er foretatt av apoteket, skal det gå melding til forskrivende lege om hvilket preparat som er utlevert.

I praksis vil det bety at dersom et preparat bare skal forskrives for en enkelt behandlingskur vil det i de fleste tilfeller være helt uproblematisk at parallell/synonym preparat utleveres. Likeledes vil det være når en påregnet langvarig behandling skal initieres. Når det gjelder oppfølgende behandling av kroniske lidelser kan situasjonen være helt annerledes og det må være opp til den enkelte lege i samarbeid med pasienten om det er det spesielle preparat som pasienten har brukt tidligere som pasienten skal fortsette med eller ikke.

12.9.2 Reviderte retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri - høring

Etter at et arbeidsutvalg med representanter fra Legeforeningens legemiddelutvalg og Legemiddelindustriforeningen hadde gått gjennom retningslinjene fra 1991 og foreslått endringer ble dette fremlagt for sentralstyret i møte 21.6. 1999. Sentralstyret vedtok at forslag til nye retningslinjer skulle sendes på intern høring til alle Legeforeningens organisasjonsledd. Til behandling i sentralstyrets oktobermøte 1999 var det kommet inn svar fra alle yrkesforeningene, 12 fylkesavdelinger og ni spesialforeninger.

Det var sju av høringsinstansene som ga sin generelle tilslutning til de reviderte retningslinjer,

mens andre hadde mer spesifikke kommentarer til enkelte punkter. Noen av de forhold som ble tatt opp var av mer redaksjonell og språklig art, mens det var spesielt to forhold som ble særlig kommentert fra høringsinstansene; punktet om ledsager og om mulig endring av billetter.

Reaksjonene var allerede kjent for arbeidsgruppen som reviderte retningslinjene da disse kontroversielle forhold var en del av Legemiddelindustriens interne retningslinjer for bransjen. Bakgrunnen for de interne retningslinjene var at industrien i mange tilfeller følte at de ble utnyttet av legene. En del leger tar med seg både ledsager og barn og industrien mener at dette i stor grad bidrar til at de bare delvis deltar på det faglige programmet og ofte uteblir på den sosiale delen. Dersom de deltar på den sosiale delen er også ledsager og barn med. Begge disse forhold mener Legemiddelindustrien reduserer verdien av informasjonsopplegget, både for den enkelte lege som de har invitert med og for de andre deltakerne.

Med hensyn til billetter hadde legemiddelindustrien tidligere presisert at de ikke skulle bidra til å endre reiseopplegget. Dette ble imidlertid endret slik at også industrien kan være med på å endre reisebilletter dersom ikke endringen medfører at formålet med reisen endres.

Som en del av retningslinjene ble det foreslått å opprette et eget selvjustisorgan og dette arbeidet er i gang. På bakgrunn av en del henvendelser til sekretariatet vil det også være aktuelt for dette selvjustisorganet å se på utformingen av legemiddelindustriens egne retningslinjer med hensyn på adgang til å ha med ledsager.

12.9.3 Forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek

I de nye forskrifter som trådte i kraft 1.7. 1998 hadde Legeforeningen fått oversendt et brev fra dr. Steinar Krauss som påpekte hvilke problemer som de nye forskriftene kunne medføre for de av pasientene som i kortere eller lengre tid brukte B-preparater. Spesielt gjaldt dette pasienter som fikk sine legemidler via resept på telefon eller faks og som på grunn av forskriftene ikke kunne få utlevert annet enn minstepakning. Det ble påpekt urimelig forskjellsbehandling mellom de som bor nærme og de som bor langt fra apotek.

Sekretariatet tok denne saken opp med Helsetilsynet og fikk et brev tilbake der de ba om Legeforeningens innspill og forslag til formuleringer som bedre ivaretar de praktiske hensyn uten å undergrave de faglige intensjonene i de nye forskriftene.

Saken ble behandlet i legemiddelutvalget, og det ble foreslått følgende formulering i forskriften: "Der hvor praktiske og geografiske forhold tilsier utstrakt bruk av elektroniske resepter eller telefonresepter, bør apoteket selv kunne vurdere om resepten skal gjelde utover minstepakningsstørrelse." I sitt tilsvaer har Helsetilsynet redegjort for at denne muligheten fra apotekets side allerede ligger innebygget i den nye forskriften.

12.10 Uttalelser til offentlige utredninger o.l.

Foruten de høringsuttalelser som er blitt spesielt omtalt - har det vært avgitt uttalelser til følgende høringer:

- Forslag til endring i forskrift om parkering for forflytningshemmede.
- Utkast til endring i "blåreseptforskriften" og utkast til retningslinjer for immunisering mot Hepatitt A og B.
- Arbeidsgruppe for å gjennomgå hjelpe- og behandlings-tilbudet til rusmiddelmissbrukere - delrapport tre: Tiltak for rusmiddelmissbrukere - ansvarsplassering, finansieringssystem og samarbeidsforhold.
- Utkast til revidert kap. fem i forskrift til lov om sosiale tjenester m.v. gitt med hjemmel i samme lovs §7-11, herunder nye bestemmelser om tilbakeføring ved rømming og urinprøvetaking.
- Forslag til endringer i likestillingsloven.
- Sykehjemmenes rolle og funksjoner i framtidens pleie og omsorgstjeneste.
- Rapport om mulighetene for å likestille visse muskel-/ skjelettlidelser med yrkesskade.
- Utkast til forskrift til pasientrettighetsloven og spesialisthelsetjenesteloven:
 - Forskrift om landsfunksjoner, regionfunksjon og kompetansesenterfunksjoner.
 - Forskrift om barns opphold i institusjon.

- Forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, ventelisteregistrering og reiseutgifter til fritt sykehusvalg.
- Forskrifter om utgifter til legehjelp og takster for legehjelp som utføres poliklinisk ved helseinstitusjoner på regional helseplan og ved statlige helseinstitusjoner.
- Forskrift om stønad til dekning av undersøkelse og behandling hos lege og i private laboratorier og røntgeninstitutter.
- Forskrift til stønad til dekning av undersøkelse og behandling hos psykolog.
- Evaluering av gjennomføring av handlingsplan mot Hiv/Aids-epidemien 1996-2000 - delrapport fra Rogalandforskning.
- Forslag til prøveordning med utvidet fylkeskommunalt tannhelsetilbud og forslag til endringer i regelverket for trygdens ytelser til tannlegehjelp.
- Kompetansesenter for prehospitall akuttmedisin.
- Komponent for håndtering av kodeverk mv (uformell høring).
- Gjennomgang av de spesielle helseinstitusjoner.
- Stamceller fra aborterte fostre og befruktede egg – medisinsk forskning, klinisk anvendelse og mulige alternativer. Rapport fra arbeidsgruppe.
- NOU 2002:2 Behandlingsreiser til utlandet - et offentlig ansvar?

12.11 Standard for intensivmedisin

Standard for intensivmedisin ble vedtatt av sentralstyret i november 1997. Av vedtaket fremgikk at standard skal revideres hvert annet år. Våren 1998 ble det nedsatt en arbeidsgruppe som fikk i oppdrag å følge innføring av *Standard* med tanke på forestående revisjon. Gruppen har bestått av Petter Schou (leder) fra Norsk overlegeforening, Nils Smith-Erichsen fra Norsk anesthesiologisk forening, Elisabeth Siebke fra Ylf, Knut Kvernebo fra Norsk kirurgisk forening og Tor Indrebø for Norsk indremedisinsk forening. Som ledd i arbeidet har gruppen gjennomført to spørreskjemaundersøkelser i somatiske sykehus for å kartlegge kjennskap til og utbredelse av *Standard*. Det ble også spurt om ansvarlinjer og samarbeidsforhold omkring behandling av intensivpasienter, samt bemanning og innhold og omfang i virksomheten. Arbeidsgruppen arrangerte en konferanse hvor *Standard* og bl.a. ansvars- og ledelsesspørsmål i intensivavsnitt ble drøftet.

Forslag til revidert *Standard* ble lagt frem for sentralstyret 16.11. 1999. Standardens kapittel 3, organisasjon og ledelse, var betydelig omarbeidet. Der beskrives blant annet et differensiert ansvarsbegrep samt pasientansvarlig lege. Det var foretatt noen endringer i kapittel 6, anbefalte kriterier for bemanning, og for øvrig foretatt mindre justeringer og oppdateringer. Sentralstyret sa seg fornøyd med gruppens arbeid, men utsatte endelig vedtak i saken inntil det er utredet nærmere eventuelle konsekvenser for *Standard* som vil kunne følge av ny helselovgivning, spesielt forskrift pasientansvarlig leges rolle. Forskrifter ventes å bli utarbeidet i løpet av år 2000, og skal tre i kraft sammen med helselovene fra januar 2001. Saken vil bli fremmet på ny for sentralstyret så snart forskriftene foreligger og sekretariatet har utredet eventuelle konsekvenser for *Standard*.

12.12 Akademikernes utredningsnettverk

I henhold til vedtak i Akademikernes styre har sammenslutningen opprettet et utredningsnettverk bestående av en representant fra hvert av sekretariatene i medlemsforeningene. Nettverket skal bidra med saksforberedelse til styremøtene i Akademikerne, og har blant annet etablert arbeidsgrupper for å lage utkast til høringsuttalelser. Møtene holdes månedlig og ledes av utredningsleder i Akademikerne. Nettverket arrangerer også lunsjmøter med mer generelt innhold, hvor ansvar for innhold og gjennomføring går på omgang mellom deltagende foreninger. Legeforeningen var vertskap for det første lunsjmøtet, og foreningens informasjonssjef redegjorde for arbeidet i informasjonsavdelingen.

12.13 Organisasjonskontakt til stortingskomiteer, departementer og Statens Helsetilsyn

Legeforeningen har i løpet av perioden hatt flere høringsmøter med sosialkomiteen, både fraksjoner av den og hele komiteen. Dessuten har det vært møte mellom Legeforeningen og finanskomiteen og statsbudsjettet 2000 der Legeforeningen spesielt tok opp rammevilkårene for medisinsk forskning, innsatsstyrt finansiering i sykehusene, egenandelsøkningen og notat om økning av avgift på rulletobakk, snus og sigarer.

Ved siden av formelle og offisielle møter har det også vært en rekke uformelle kontakter mellom representanter fra Legeforeningen og Statens Helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og stortingsrepresentanter om ulike tema knyttet til helse- og sosialpolitikk.

12.14 Statsbudsjettet 2000

I Regjeringens forslag til budsjett for 2000 var det flere forhold som Legeforeningen fant å reagere på og nedenfor gjengis hovedpunktene som også ble tatt opp med Stortingets finanskomite:

12.14.1 Innsatsstyrt finansiering kap. 07.30/60

Legeforeningen anmerket at innføring av 50% innsatsstyrt finansiering (ISF) av sykehusdrift har gitt store forventninger om bedre sykehusøkonomi og mange pasienter har trodd at ventetiden ville bli kortere når sykehusene i større grad kunne bli honorert for den aktivitet de utfører.

Erfaringen har vist en motsatt utvikling. Det har blitt en unison klagesang fra landets sykehus om forverret økonomi og nedskjæringer. Spesielt ille synes det å være ved regionsykkehusene. Legeforeningen påpekte at kanskje det viktigste grunnlaget for en slik utvikling er at reformen ikke har vært forberedt godt nok. Alt for lite ressurser har vært brukt til å evaluere og forbedre ordningen. Det burde bl.a. ha vært arbeidet mye sterkere med simuleringsmodeller og ikke minst burde det ha vært et helt annet samarbeid med norske sykehus for å få en riktig tilpasning av det nye systemet. Legeforeningen påpekte at frontlinjesykehus har fått spesielle problemer ved at nye, effektive, men kostbare behandlingsmetoder ikke har fått DRG-takst før etter flere år. Dette kan føre til at medisinsk-teknologiske fremskritt ikke kommer norske pasienter til nytte så raskt som ønskelig. Et annet problem som ble påpekt er at tilpasningen av systemet nå skjer innenfor en fast, økonomisk ramme og det gir en helt uforutsigbar situasjon for sykehusene. Endring av DRG-uttelling skjer uten at det er mulig å forstå hvorfor og på hvilket grunnlag og det kan gis store og uventede utslag i økonomien. Legeforeningen foreslo at det ble avsatt fem millioner kroner ekstra til opprustning av det interne arbeid i Sosial- og helsedepartementet for å få ISF tilfredsstillende implementert i de ulike sykehusene. Dessuten foreslo Legeforeningen økning av budsjettposten på 500 millioner kroner for å opprette stimuleringen til økt effektivitet og produksjon som har vært ideen bak ISF.

12.14.2 Egenandelsøkningen

Regjeringen foreslo i trygdebudsjettet for år 2000 en økning av egenandelene for legetjenester, fysioterapi og psykologtjenester på 3,5% gjeldende fra 1.1. 2000. Legeforeningen beregnet at dette ville medføre ca. 56 millioner kroner i økte egenbetalinger for legetjenester. Da en slik egenandelsøkning er forutsatt å gi en tilsvarende innsparingseffekt i trygdens utgifter og ikke skal medføre noen inntektsendring for legene, må forslaget innebære et tilsvarende kutt på utgiftssiden. Erfaringer fra de siste egenandelsøkningene har vist at det blir vanskelig å finne inndekning for egenandelsøkning uten betydelige negative konsekvenser for behandlingstakstene. Slike konsekvenser ble fra Legeforeningen påpekt å være spesielt uheldige i en tid der det på statlig hold planlegges innføring av en fastlegeordning.

Legeforeningen anmodet derfor om at egenandelene forble uendret. Legeforeningen foreslo primært at dersom man ønsket å opprettholde budsjettbalansen ville Legeforeningen foreslå å øke tobakksavgiften slik at inntektene derfra økte med 56 millioner kroner. Subsidiært foreslo Legeforeningen at dersom Stortinget vedtok egenandelsøkningen burde refusjonssatsene forbli uendret, og at endringen medførte tilsvarende reduksjon av driftstilskuddet til legene.

12.14.3 Medisinsk forskning

Legeforeningen anmerket på dette området at Regjeringen ikke syntes å følge opp de intensjoner det var lagt opp til i forskningsmeldingen. Legeforeningen foreslo derfor en økning av området medisin og helse i Norges Forskningsråd fra 104 til 154 millioner kroner. Dessuten foreslo Legeforeningen at man på sikt måtte styrke forskningsfondet langt utover de tre milliarder som i dag finnes på dette fondet.

12.15 Sykehusorganisering, fristilling og konkurranseutsetting

12.15.1 Omdanning av sykehus til aksjeselskap

Oslo kommune har fattet prinsippvedtak om at Ullevål sykehus og Aker sykehus skal skilles ut som eget aksjeselskap. Legeforeningen har medvirket positivt til fristillingsprosessen, men det må konstateres at det i Oslo kommune råder betydelig usikkerhet med hensyn til konsekvenser av omleggingen, både selskapsøkonomiske forhold og på det tariffrettslige- og arbeidsrettslige område. Prosessen synes å ha stoppet noe opp etter skifte i byrådsfunksjonen, styrefunksjoner og direktørstilling på ett av sykehusene.

12.15.2 Lov om fylkeskommunale sykehusselskap

Regjeringen har utarbeidet forslag til lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m. - fremlagt som Ot.prp 25 1999/2000. Lovforslaget ble behandlet i Odelstinget og Lagtinget midt i juni og er vedtatt. Legeforeningen møtte sosialkomiteen under behandlingen av lovforslaget og påpekte spesielt at det måtte sikres at sykehusselskapene i størst mulig utstrekning kunne opptre selvstendig med hensyn til å ivareta de ansattes lønns- og arbeidsforhold.

12.15.3 Konkurranseutsetting av sykehustjenester

Den norske lægeforening har tidligere i en uttalelse til Oslo kommune gitt sin betingede tilslutning til at visse laboratoriefunksjoner konkurranseutsettes. Oslo kommune har nå vedtatt å konkurranseutsette noen få fagområder. Ordningen er ennå ikke satt i kraft.

13 Forebyggende og helsefremmende arbeid

”Forebyggende og helsefremmende arbeid gir størst gevinst for folkehelsen. Forebyggende og helsefremmende arbeid skal være en del av helsetjenesten på alle nivåer. Legeforeningen skal levere medisinske premisser for samfunnsplanlegging som ivaretar forebyggende og helsefremmende arbeid.”

13.1 Nasjonalforeningen for folkehelsen

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

13.2 Elisabeth og Knut Knutsen O.A.S. Fond for kreftforskning

Økonomiforvaltning og regnskapsførsel for dette fond ivaretas av sekretariatet.

Sentralstyret har oppnevnt en komité bestående av Jahn Nesland, Ingebjørg Storm-Mathisen samt en representant fra sekretariatet til å forestå utdeling av midler fra fondet en gang årlig. Komitéen har fungert i perioden 1996 - 1999, og er av sentralstyret gjenoppnevnt for perioden 2000 - 2003.

13.3 Rådet for vurdering av legemiddelinformasjon

For perioden 1999 - 2000 har Legeforeningen vedtatt å la seg representere i Rådet for vurdering av legemiddelinformasjon med Reidun Førde med vararepresentant Else Wiik Larsen og Georg Sager med vararepresentant Erik F. Ellekjær.

Fra juni 2000 er Reidun Førde løst fra vervet og Else Wiik Larsen er gått inn på fast plass i rådet.

13.4 Den Norske Kreftforening

Legeforeningen er i perioden 2000 - 2003 representert i Den Norske Kreftforenings representantskap ved Magne Nylenna.

13.5 Statens eldreråd

Legeforeningen er for perioden 1998 - 2001 representert i Statens eldreråd ved Jens B. Andersen.

13.6 Mammografiundersøkelsen

Den norske lægeforening er sammen med representanter fra Kreftregisteret, Den Norske Kreftforening, Statens Helseundersøkelser og Sosial – og helsedepartementet med i en informasjonsgruppe for Mammografiundersøkelsen. Mammografiundersøkelsen er en masseundersøkelse av brystkreft ved mammografi blant kvinner fra 50 – 69 år.

I Kreftregisteret ble det i 1999 ansatt en medarbeider som har ansvaret for informasjonsarbeidet rundt Mammografiundersøkelsen, og informasjonsgruppen fungerer som informasjonsrådgivere for den medarbeideren, og har møttes ca. fire ganger i perioden. I løpet av 1999 ble det i tillegg til løpende informasjonsarbeid rundt undersøkelsen planlagt en spørreundersøkelse for å evaluere informasjonsarbeidet rundt prosjektet.

13.7 Tobakksfritt

Samarbeidsorganet Tobakksfritt består av representanter fra Den Norske Kreftforening, Landslaget Mot Tobakk, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Idrettsforbund, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO), Den norske jordmorforening, Den norske tannlegeforening, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Den norske lægeforening.

Tobakksfritt har i perioden hatt møter med den politiske ledelsen i Sosial- og helsedepartementet. Temaene har vært behovet for å harmonisere avgiften mellom rulletobakk og ferdiglagde sigaretter, behov for økte midler til forebyggende helsearbeid og særlig til opplysningsarbeid om tobakk,

passiv røyking samt om tobakksindustrien i USA og det mulige forlik mellom myndighetene og tobakksindustrien. Videre har Tobakksfritt hatt møte om sammenhengen mellom tobakk og helse med statssekretæren i helsedepartementet. Legeforeningens president har vært aktiv i spørsmål om tobakk, bl.a. tok Legeforeningen initiativet til at personer som mener de er syke som følge av bruk av tobakk, har kunnet henvende seg til foreningen, hvoretter Legeforeningen har bistått med å innhente opplysninger etter fullmakt fra pasientene til bruk i ev. rettsaker mot tobakksindustrien. Det har også i perioden blitt sendt brev til stortingsrepresentantene om betydningen av å avsette mer midler til helseforebyggende arbeide.

Tobakksfritt har hatt møter med Stortingets sosialkomité og finanskomité i forbindelse med forslag til statsbudsjett for 2000 hvor Tobakksfritt påpekte muligheter for inndekning av 220 millioner kroner til forebyggende arbeid ved å øke/harmonisere avgiften på rulletobakk til samme nivå som for ferdiglagde sigaretter samt understreket behovet for at det ble økning i bevilgningene til Statens tobakkskaderåd. Det har siden Tobakksfritt ble dannet i 1994, blitt en økning fra om lag 4 millioner kroner til om lag 40 millioner kroner i 2000.

Tobakksfritts har fått god pressedeckning og hatt flere innlegg i aviser om tobakksrelaterte forhold.

13.8 Legeforeningens eget tobakksengasjement

13.8.1 Røykeavvenning i allmennpraksis

Legeforeningen fikk gjennomslag hos helsemyndighetene for en egen takst for røykeintervensjon i allmennpraksis. Det er utarbeidet et røykeavvenningsprogram både for data og i en papirversjon som allmennlegen kan benytte. Det har tatt betydelig tid å få programmet ferdig, da det stadig har kommet forslag til forbedringer når det er blitt presentert i en testversjon.

13.8.2 Nye tiltak

Legeforeningen har mottatt en oppfordring fra Cardiologisk selskap om en mer aktiv innsats for å redusere røykingen i samfunnet gjennom nye og mer synlige virkemidler. Legeforeningen har hatt en arbeidsgruppe som har laget et forslag til strategi i tobakksarbeidet som er behandlet av sentralstyret. Sentralstyret ønsket at sekretariatet arrangerer et møte med initiativgruppen, fagrådet i Statens tobakkskaderåd, sentralstyret og sekretariatet.

13.8.3 Statens tobakkskaderåd

Legeforeningen har gjennom Tobakksfritt arbeidet for at rådet skal få økte ressurser. Legeforeningen er opptatt av at planmessige aktiviteter av et annet omfang enn tidligere kan iverksettes. Det er gledelig at bevilgningene til rådet er økt. Tobakkskaderådet har nå om lag 40 millioner kroner til disposisjon til tobakksforebyggende arbeid for 2000.

13.8.4 Arbeidsgruppen for Verdens røykfrie dag

Legeforeningen har vært representert i en arbeidsgruppe for planlegging av en markering på Verdens røykfrie dag 31.5. Det er Statens Tobakkskaderåd som har hatt hovedansvaret for markeringen. Tema for dagen i 2000 var tobakksindustriens bruk av musikk, underholdnings- og sportsindustrien til å selge røykende personer som friske, vellykkede og glamorøse mennesker. Mottoet var "Tobakk dreper – ikke la deg lure". Det ble i forbindelse med dagen gjennomført en annonsekampanje der slagordet ble brukt. Basert på artikler fra Tidsskrift for Den norske lægeforening, oppnådde en også medieomtale om tobakk.

13.9 Den norske lægeforenings rusmiddelpolitiske utvalg

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

Utvalget består av: Geir Riise (leder), John E. Berg, Jens Chr. Bull Engelstad, Tone Tveit, Erik Waale Næss, Kristina Kjørheim og Helge Bell. Kari Bolling i Legeforeningens sekretariat er

utvalgets sekretær.

Høsten 1999 arrangerte utvalget en konferanse – *Alkohol som "helsefaktor"?* – der alkoholens helsemessige konsekvenser ble drøftet. Rusmiddelpolitisk utvalg ser det som en viktig oppgave å motivere legene til å arbeide for å redusere skadevirkningene av alkohol og andre rusmidler. Utvalget har sett på hva som finnes av forebyggende tiltak mot narkotika og behandling av stoffmisbruk, og vil følge opp dette med et strateginotat til høsten.

Utvalget har hatt kontakt med universitetsmiljøene i Norge for å styrke rusmiddelundervisningen i grunnutdanningen.

13.10 Forebyggende helsearbeid blant barn og unge (FHAB)

En arbeidsgruppe nedsatt av sentralstyret i Den norske lægeforening avga i 1998 rapporten *Legens rolle i den helsefremmende/sykdomsforebyggende arbeid for barn og unge*. Rapporten inneholdt et forslag til handlingsprogram som bl.a. kan oppsummeres slik: Utvikle gode og formålstjenlige samarbeidsformer mellom 1.- og 2.-linjetjenesten, og knytte videre- og etterutdanningsprogrammene for allmenntilleggsmedisin til disse. Legeforeningen tar initiativ til at det nedsettes en gruppe fra aktuelle forskningsinstanser fra ulike fagområder som utarbeider et forslag til organisering og program for forskning, fagutvikling og evaluering av FHAB.

Etter en intern høringsrunde i foreningen vedtok sentralstyret 26.08. 1998 bl.a.: "Rapporten om legenes rolle i det helsefremmende/sykdomsforebyggende arbeid blant barn og unge legges til grunn for Legeforeningens policy på dette området. Rapportens forslag til handlingsprogram vedtas igangsatt."

13.10.1 Arbeidsgruppe FHAB - Samarbeid

Norsk barnelegeforening, Norsk selskap for allmenntilleggsmedisin (NSAM), Alment praktiserende lægers forening (ApLf) og Offentlige legers landsforening (Oll) ble anmodet om å oppnevne representanter i en arbeidsgruppe. Senere ble Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening anmodet om å oppnevne en representant. følgende ble oppnevnt: Jon Lunde, Astrid Dolva, Bent Folkvord, Svein Lie og Marit Hafting.

Gruppen har drøftet oppdrag og mandat og vil legge frem en rapport som vil inneholde følgende elementer: Beskrivelse av det primærforebyggende arbeid og skillet mellom kurativt og helsefremmende arbeid, primærhelsetjenestens avklaring av samhandlingsareaner, samt legenes roller, spesielt mellom allmenntilleggsmedisintjenesten og helsestasjonen. Rapporten vil også drøfte samarbeid mellom 1.- og 2.-linjetjenesten, og formaliserte utdanningskanaler. Gruppen har hatt tre møter i perioden, og regner med å avslutte arbeidet høsten 2000.

13.10.2 Arbeidsgruppe FHAB - Forskning

Legeforeningen henvendte seg til Norges Forskningsråd, Statens Helsetilsyn og Folkehelse med anmodning om å oppnevne deltakere i en arbeidsgruppe som nevnt i handlingsplanen for FHAB. Følgende ble oppnevnt: Prof. Leif E. Aarø, Universitetet i Bergen, for Norges Forskningsråd. Forsker Kristin Scheldrup Mathiesen, Regionsenter for barne- og ungdomspsykiatri, Oslo, for Norges Forskningsråd. Forsker og lege Kari Kveim Lie, Folkehelse. Prosjektleder, helsesøster Ragnhild Hovengen, Folkehelse. Underdirektør Lena Engfeldt, Helsetilsynet. Fagsjef Svein Zander Bratland, Helsetilsynet. Prosjektleder Kari Gavin, forprosjekt for oppretting av forsknings- og utviklingscenter for helsestasjon og skolehelsetjenesten, Oslo, har i forståelse med sentralstyret senere tiltrådt arbeidsgruppen.

Etter drøfting av oppdrag og mandat kom gruppen frem til at den vil utarbeide et programnotat som kan danne grunnlag for henvendelser til myndigheter og fagmiljøer. Notatet skal identifisere hvor det er manglende kunnskap, og foreslå strategier for å øke kunnskapen. Gruppen ønsker å arbeide ut fra et folkehelseperspektiv. Gruppen har hatt fire møter i perioden, og planlegger å legge frem sin rapport høsten 2000.

13.11 Akademisering av samfunnsmedisin

I 1999 vedtok sentralstyret å redusere de økonomiske forpliktelser for utdanningsfond I til kun å

omfatte de stillinger som var besatt per 15.1. 1999 ved universitetene i Trondheim og Oslo. Dette betyr at stillingene i Trondheim løper i fem år som planlagt (fire stillinger) mens det ved universitetet i Oslo bare gis midler til en stilling. På grunn av disse endringene ble også tidligere referansegruppe nedlagt og ny referansegruppe er ennå ikke trådt i funksjon.

14 Internasjonalt arbeid

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

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

14.1 Generelt

Legeforeningens internasjonale engasjement har utviklet seg gradvis opp gjennom årene, men virksomheten har aktivitetsmessig blitt prioritert i forhold til alle andre viktige gjøremål i organisasjonen. Arbeidet foregår stort sett på tre forskjellige plan: I nordisk sammenheng, i europeisk sammenheng og gjennom World Medical Association (WMA) i det store globale perspektiv. Utover dette har Legeforeningen samarbeid på ad hoc basis med en rekke andre legeforeninger rundt omkring i Europa og for øvrig. De viktige tema innenfor dette samarbeidet er fortsatt medisinsk etikk og menneskerettighetsspørsmål generelt. Men spesielt på det europeiske plan vektlegges arbeid med legers grunn-, videre- og etterutdanning, kvalitetssikring og standardiseringsarbeid, og også spørsmål av betydning for legers lønns- og arbeidsforhold. For øvrig merker en også i alt internasjonalt arbeid, både på europeisk og nasjonalt nivå, at utformingen av helsepolitikken og spørsmål som har med rammevilkårene for legers yrkesutøvelse å gjøre, vinner stadig større terreng i diskusjoner leger i mellom.

14.2 Nordisk samarbeid

14.2.1 Nordisk legeråd

Nordisk legeråds ledelse har hatt to møter i perioden. På disse møtene som ble avholdt i Helsingfors og København har en arbeidet seg frem til en felles nordisk plattform når det gjelder spørsmålet om Continuing Medical Education (CME) /CPW. En har videre drøftet viktige deklarasjoner som skulle viderebehandles innen for WMA og i de europeiske legeforeningsorganer.

På det nordiske legerådsmøtet i Visby i juni 2000 møttes legeforeningenes sentralstyrer. Hovedtema i dette møtet var pasient-lege relasjonene, videreutdanningsspørsmål og legeforeningenes fremtidige rolle. De nordiske legerådsmøtene er et meget viktig debatt- og informasjonsforum og bidrar i vesentlig grad til at de nordiske legeforeningene på et felles grunnlag kan gjøre seg gjeldende i den europeiske og internasjonale debatt når det gjelder viktige helse- og medisinskfaglige spørsmål. På møtet i Visby ble det også lagt frem en ny rapport over tilgang og etterspørsel av leger i Norden. Denne ga uttrykk for at det med stor sannsynlighet ville inntre et overskudd av leger i Norge i perioden 2005 – 2010 og at det i det samme tidsrom sannsynligvis ville bli en mangelsituasjon både i Sverige og i Danmark. Det er imidlertid grunn til å minne om at SNAPS-rapporten gir uttrykk for prognoser som har mange tolkningsmomenter.

14.2.2 Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

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

Denne arbeidsgruppen har annet hvert år fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjon om spesialistutdanning i EØS-området.

De seneste rapportene ble fremlagt for Nordisk legeråd på Gotland i juni 2000.

Rapporten over legemarkedet inneholder en beregning av tilgang av og etterspørsel etter leger frem til år 2020, både for hvert land og for Norden som helhet.

Rapporten er en trendfremskrivning basert på nåværende data og utvikling. De fremlagte data tyder på at det kan bli et moderat legeoverskudd i Norge ca. 2005, og som vil være avtagende etter 2010, og sannsynlig balanse igjen ca. 2020. Etterspørselen etter leger er imidlertid vanskelig å forutsi.

I Norden som helhet synes det å være rimelig balanse mellom tilgang og etterspørsel til ca. år 2000, mens det blir et lite overskudd frem til ca år 2010. Da synker tilgangen, slik at det på nytt synes å kunne bli et underskudd av leger.

Det vises for øvrig til artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforenings nr. 17, 2000 side 2030 m.v.

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

Siden 1994 utgir arbeidsgruppen også en pamflett med "nordiske legefakta", dvs tallmateriale over leger i de nordiske land, bl.a. antall leger i de 25 største spesialitetene, opptak til medisinsk studium, antall medisinske fakulteter, antall leger, innbyggere per lege m.v.

I 1998 ble det fra SNAPS-gruppen også utarbeidet et nytt dokument: "Att arbeta som läkare i Norden". Her er samlet de mest nyttige opplysninger for leger som ønsker å arbeide i et annet nordisk land. Dokumentet er laget for nordiske statsborgere med nordisk legeautorisasjon og som omfattes av Nordisk overenskomst om felles arbeidsmarked. Dels gis det også opplysninger for leger innenfor EØS-området.

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

14.2.3 Nordisk føderasjon for medisinsk undervisning

Legeforeningen har vært engasjert i medisinsk undervisning blant annet gjennom Nordisk føderasjon for medisinsk undervisning. Legeforeningen alternerer med fakultetene om styrerepresentasjon og suppleant i føderasjonens styre. Legeforeningens representant i 1998 er Åse Brinchmann-Hansen, Legeforeningens sekretariat. Etter generalforsamling høsten '98 ble Dagfinn Øgreid, UiB valgt til leder for Nmfu. Generalsekretariatet er nå flyttet til Bergen.

Etter som Legeforeningen bidrar med økonomisk støtte til Føderasjonen, er medlemskapet stadig under vurdering. Norge har representasjon i ulike EU-organer, og dette bidrar til et mulig skifte av fokus fra nordisk til europeisk nivå. Til tider fremkommer også en viss diskrepans i Legeforeningenes og fakultetenes interesser om tema som skal tas opp på foreningens undervisningsmøter. Legeforeningene har gjennomgående størst interesse for videre- og etterutdanning, mens fakultetene har størst interesse for grunnutdanningen.

Nmfu avholdt primo mai 2000 det årlige undervisningsmøte med generalforsamling i Århus, Danmark. Legeforeningens sentralstyre hadde i forkant besluttet å støtte føderasjonen økonomisk ytterligere ett år.

Undervisningskonferansen i Århus ble vellykket med en rekke parallelle sesjoner rundt temaene psykiatri i grunn-, videre- og etterutdanning og utvikling av profesjonsidentitet.

På generalforsamlingen ble det besluttet at deler av styret fra i fjor skulle bli sittende for å beholde en viss kontinuitet. Det innebar at Legeforeningen opprettholder status som suppleant med generalsekretariat og president i Bergen for ytterligere ett år.

14.3 Norsk helselovgivning - seminarer i Russland

Etter invitasjon fra *Senter for medisinske studier, Moskva* ved Universitetet i Oslo har Legeforeningen i samarbeid med Helsetilsynet, Sosial- og helsedepartementet og Verdens helseorganisasjon (WHO) deltatt i planlegging og gjennomføring av to seminarer om norsk helsevesen og helselovgivning. Seminarene fant sted i Petrozavodsk i republikken Karelia og i Pjatigorsk i Stavropol-regionen.

Seminarene har vært videreføringer av tidligere års seminarer, som fra sekretariatet har vært planlagt av Anne Kjersti Befring og Audun Fredriksen. Tema har vært orientering om den norske velferdsstaten og helsevesenet, struktur på norsk helselovgivning, samt hvordan lovgivningsprosessen skjer. Prinsippene for regulering av helsepersonellutøvelse samt helsepersonells forskjellige roller innenfor den nye helselovgivningen er drøftet med vekt på spørsmålet om profesjonelle standarder eller reguleringer via lovgivning er best egnet til å sikre helsepersonellens opptreden og tjenestenes kvalitet. Den norske smittevernlovgivningen har vært omtalt både fra norsk side og fra WHO. Pasientens rettigheter har vært spesielt belyst, særlig i

sistnevnte seminar, der professor Asbjørn Kjørstad deltok.

Majoriteten av seminardeltakerne har vært helsepolitikere og -administratorer, som i Russland oftest har bakgrunn som leger. I tillegg til de norske foredragene har de russiske arrangørene bidratt med innlegg om tilsvarende tema, og dette har gitt opphav til interessante diskusjoner, ikke minst mellom de lokale deltagerne og representantene for sentrale myndigheter.

14.4 Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Fram til 31.12. 1999 bestod utvalget av Camilla Stoltenberg (leder), Kristian Hagestad, Mons Lie, Randi Nygaard, Sidsel Rogde, Jan Helge Solbakk og Sverre Varvin.

Fra 1.1. 2000 har utvalget hatt denne sammensetning:

Sverre Varvin (leder), Kristian Hagestad, Birgit Lie, Mons Lie, Sidsel Rogde, Jan Helge Solbakk og Eline Thorleifsson.

Utvalget har i perioden hatt seks møter.

Kurset "Treatment of Serious Psychotraumatic Disorders", Diyarbakir 9.– 10. 10. 1999

Utvalget arrangerte et kurs om "Treatment of Serious Psychotraumatic Disorders" i samarbeid med Den tyrkiske legeforening og Human Rights Foundation i Diyarbakir i den østlige delen av Tyrkia i oktober i fjor. Målgruppe for kurset var leger som er knyttet til Human Right Foundation-senteret i Diyarbakir. Human Rights Foundation har som oppgave å dokumentere tortur og hjelpe fanger som har vært utsatt for tortur.

Kurset samlet 40 allmennpraktikere som er knyttet til senteret på frivillig basis og etter utvalgets oppfatning var kurset vellykket. Det var innledere med erfaring fra fagområdet både fra Tyrkia og Norge. Kurset hadde en praktisk tilnærming og deltakerne fikk konkrete råd om hvordan de kunne arbeide med torturofre. Kurset vil bli fulgt opp med et tilsvarende kurs i Izmir høsten 2000. Tyrkia vil være et av utvalgets satsningsområder i årene framover.

Kurset ble finansiert av Utenriksdepartementet.

Konferanse for landene som er tilsluttet Stabilitetspakten for Sørøst-Europa

Utvalget planla en konferanse i Sarajevo for landene som er tilsluttet stabilitetspakten for Sør-Øst-Europa. Hensikten med konferansen var å diskutere Legeforeningenes rolle i utviklingen av demokrati i disse landene. Blant deltakerne skulle det også være representanter for de kosovoalbanske og kosovoserbiske legene i Kosovo. Forholdet mellom de etniske gruppene i Kosovo var imidlertid svært spent også etter bombingene av Jugoslavia, og mange serbere hadde flyktet området. Utvalget mente derfor det var lite hensiktsmessig å gjennomføre konferansen. Konferansen ble derfor avlyst.

Helsetjeneste for asylsøkere

Høsten 1999 ble helsetilbudet til asylsøkere diskutert i media og blant annet belyst og kritisert i kronikken "Er vi en anstendig nasjon?" av kommunelege Kjetil Karlsen og professor Jan Helge Solbakk i Aftenposten 27.10. 1999.

På denne bakgrunn skrev Legeforeningen til Kommunal- og regionaldepartementet og anmodet om et møte der Legeforeningen og departementet i fellesskap kunne drøfte hvilke tiltak som kunne settes i verk.

Camilla Stoltenberg, Edvard Hauff og Bjørn Oscar Hoftvedt deltok på et møte i Kommunal- og regionaldepartementet 13.1. 2000. På møtet deltok også representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Statens helsetilsyn og Utlendingsdirektoratet. Helsetjenester for asylsøkere ble drøftet og møtet konkluderte med at saken skal følges opp av myndighetene. Blant annet vil en eventuell innføring av fastlegeordning og nye retningslinjer for mottak av asylsøkere, som er under utarbeiding i Statens helsetilsyn, få innvirkning på helsetjenester for asylsøkere.

Utvalget har fulgt opp saken med et nytt brev til Kommunal- og regionaldepartementet 23.5. 2000. Utvalget avventer svar på dette brevet.

Psykatrikkommisjon for asylsøkere – oppnevnt av Justisdepartementet

Justisdepartementet oppnevnte på begynnelsen av 1990-tallet en psykiatrikommisjon for å vurdere legeerklæringer i forbindelse med asylsøkere. Den norske lægeforening, Rådet for legeetikk og Legeforeningens menneskerettighetsutvalg mottok et brev datert 16.12. 1999 fra professor Aslak Syse ved Juridisk fakultet der han tok opp de formelle sidene ved oppnevningen av psykiatrikommisjonen. Syse ønsket også Legeforeningens syn på de legeetiske spørsmålene knyttet til psykiatrikommisjonens arbeid. Syse mener at kommisjonens opprettelse, navnesetting og saksbehandling og funksjon berørte flere spørsmål av rettsikkerhetsmessig, menneskerettslig og legeetisk art.

Legeforeningen svarte på Syses brev 24.1. 2000 der den ikke gikk inn på formalitetene rundt oppnevningen da Legeforeningen ikke hadde vært konsultert i saken. Legeforeningen mente også at komiteens medlemmer har utført arbeidet i henhold til vanlige legeetiske retningslinjer. Saken var ikke forelagt menneskerettighetsutvalget til uttalelse før Legeforeningen svarte.

Professor Aslak Syse sendte et nytt brev til Legeforeningen 27.4. 2000 angående samme sak med kopi til Rådet for legeetikk og Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.

Utvalget behandlet saken på nytt med utgangspunkt i Syses siste brev i møte 7.6. 2000. På bakgrunn av behandlingen skrev utvalget et brev til Legeforeningen der utvalget anmoder Den norske lægeforening om å arbeide videre med saken overfor Kommunal- og regionaldepartementet i forbindelse med omorganiseringen av helsetjenesten for asylsøkere.

Seminar om psykososial assistanse til flyktninger

Jugoslavia har over 900 000 flyktninger og blant annet på grunn av isolasjon og sanksjoner får landet liten hjelp utenfra. Leger og annet helsepersonell får liten anledning til faglig oppdatering. Utvalget arrangerte i samarbeid med Den serbiske legeforening, Institute of Mental Health i Beograd og Verdens Helseorganisasjon et seminar om psykososial assistanse for allmennpraktikere som arbeider med flyktninger. Seminaret ble holdt i Palic 1. – 2.4. 2000. Det deltok 38 allmennpraktikere fra Serbia og Montenegro. Seminaret ble finansiert av Utenriksdepartementet.

Evalueringen av seminaret tydet på at deltakerne hadde opplevd seminaret som utbytterikt. Allmennpraktikere i Jugoslavia har lav status og får få tilbud om faglig oppdatering. For mange var dette det faglige tilbudet de hadde fått der psykososiale problemer hos flyktninger var tema.

Utvalget planlegger et oppfølgingsseminar for den samme gruppen leger høsten 2000. Situasjonen for flyktningene i Jugoslavia er et prioritert prosjekt for utvalget som det vil arbeide videre med de neste årene.

Seminaret er omtalt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 15, 2000 side 1817.

14.5 EU-direktivets beskyttelse av bioteknologiske oppfinnelser

Legeforeningen har vært sterkt opptatt det siste ¾ året med å danne en internasjonal opinion mot EU-direktivet om beskyttelse av bioteknologiske oppfinnelser. Det er særlig artikkel fem i dette direktivet som Legeforeningen har reagert på der det gis åpning for at det kan tas patent på menneskelige gener.

Legeforeningen har fremholdt i sin argumentasjon at dette vil kunne medføre negative konsekvenser for utviklingen av helsetjenestetilbud. Som begrunnelse for sitt syn har Legeforeningen lagt til grunn den utvikling man har sett i de senere årene med stadig større hemmelighold av forskningsresultater der en tidlig offentliggjøring av resultatene kunne medføre at man gikk glipp av fremtidige inntekter som følge av patentrettigheter. Videre har man sett tendenser til at patentrettigheter gir monopolsituasjoner som potensielt kan bidra til sterkt å hemme en ellers konkurransepreget utvikling innenfor medisinsk teknologi.

Legeforeningen har i Norge deltatt på flere møter og konferanser om dette tema, både i Bioteknologinemnda, politiske partier på Stortinget og i den offentlige debatt. Legeforeningen har også engasjert seg internasjonalt ved å ta opp dette tema både i World Medical Association, Comité Permanent og European Forum of Medical Associations og Verdens Helseorganisasjon. Leder av helsepolitisk avdeling i Legeforeningen, Terje Vigen har dessuten vært invitert som innleder til en offentlig høring omkring dette EU-direktivet i det tyske parlamentet.

14.6 World Health Organisation / European Forum of National Medical Associations (EFMA)

Dette er et samarbeidsforum mellom de europeiske legeforeninger og Verdens Helseorganisasjon (WHO). Forumet er et særlig møtested der legeforeningene fra de vestlige landene møter representanter fra legeforeningene i de tidligere østsonelandene. Dessuten er det et møtested hvor helsepolitiske trender drøftes og hvor også WHO kan fremme sine synspunkter på hvordan helsetjenesten bedre kan utformes overfor den viktigste profesjonsgruppen. Det holdes et årlig møte som i år 2000 fant sted i Warszawa. Mellom forummøtene ledes samarbeidet av et arbeidsutvalg (Liaison Committee). I Liaison Committee har Den norske lægeforening fått fast observatørstatus, da Legeforeningen hvert år utarbeider en håndbok om de europeiske legeforeninger. Innenfor rammen av forumets virksomhet er det etablert flere arbeidsgrupper som arbeider med tema som: legenes faglige autonomi, kvalitetssikring og tobakksforebyggende arbeid.

Som representanter for Den norske lægeforening på forummøter deltok Hans Petter Aarseth, Harry Martin Svabø og Terje Vigen. Terje Vigen deltar dessuten som Legeforeningens observatør i Liaison Committee.

14.7 Comité Permanent (CP)

Legeforeningen har i perioden vært representert ved Hans Petter Aarseth, Grethe Aasved (1999) og Hans Asbjørn Holm, som også er leder av CP's komité for utdanning og kvalitetssikring.

Ved årsskiftet 1999/2000 overtok Den finske legeforenings generalsekretær, Markku Äärmaa, som president. Samtidig tiltrådte Legeforeningens tidligere visepresident, Grethe Aasved, som organisasjonens første generalsekretær, en jobb hun fikk i konkurranse med flere gode søkere.

Det er liten tvil om at den positive utviklingen med et mer synlig og aktivt utadrettet CP fortsetter under den nye ledelsen som gjennomførte sitt første møte i april i år med stor suksess.

Av saker som har vært diskutert i CP i denne perioden er genpaterering, der CP har inntatt samme standpunktet som de øvrige europeiske organisasjoner ("On the behalf of the medical profession in Europe, the CP stresses that the human genome and its sequences should not be patentable"). CP har også formulert og vedtatt et prinsipp om rett til behandling i annet EU/EØS-land enn sitt eget, og som man arbeider for å få innarbeidet i et charter om fundamentale rettigheter for EU-borgere som Europarådet har besluttet å utarbeide.

Mer informasjon om CP finnes på websiden <http://www.cpme.be>

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

Fra i år er European Accreditation Council for CME (EACCME) virksomt, slik at det er mulig å få en europeisk akkreditering for kurs som tilbys i Norge eller andre land. Intensjonsavtalen med American Medical Association er også bekreftet, noe som betyr at kurs akkreditert av UEMS også vil bli godkjent av Den amerikanske legeforening og omvendt. Utdanningssjef Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME.

Mange norske spesialforeninger deltar nå aktivt i arbeidet i UEMS's spesialseksjoner. Også i den forløpende periode er det etterutdanningen som synes å ha opptatt seksjonene mest, og vil fortsatt være en sentral del av arbeidet i seksjonene. Også spesialistutdanning, evalueringsordninger og avdelingsbesøk er en del av de oppgavene som seksjonene har interessert seg for. I oktober 1999 ble det gjennomført et avdelingsbesøk ved Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri i regi av UEMS-seksjonen for barne- og ungdomspsykiatri, noe som av avdelingen ble oppfattet som nyttig og vellykket.

Värmøtet for patologiseksjonen ble avviklet i Legenes Hus 27.5. 2000 med Patologiforeningens representant, Borghild Roald, som vert.

Den økende aktiviteten som finner sted fra norsk side og viktigheten av arbeidet med å forme utdanningen på det europeiske plan, har reist ønske om en bedre koordinering av disse aktivitetene. For å imøtekomme dette, har sentralstyret invitert til et dagsseminar om det internasjonale arbeidet i september 2000.

Legeforeningens representasjon i UEMS Management Council i perioden har bestått av lederen av spesialitetsrådet, Jørgen Jørgensen og Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet, som også ble gjenvalgt som en av visepresidentene ved valgene i oktober 1999.

14.9 Allmennpraktiserende legers Europeiske forening – Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO)

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

UEMO var opprinnelig en sammenslutning av allmennpraktikernes yrkesorganisasjoner i EU. Etter hvert er de alle fleste Vesteuropiske og noen Østeuropiske land blitt medlemmer. UEMO har nå 23 medlemsland etter at San Marinos søknad om medlemskap ble imøtekommet i mai 2000. Fire land har observasjonsstatus.

Norge bindes av vedtakene i UEMO og EU gjennom EØS-avtalen, og det er derfor viktig å være med på å legge premissene for vedtakene gjennom medlemskap og deltakelse i UEMO. Legeforeningen velger en representant etter forslag fra Aplf, inntil 31.12. 1999 Johnny Mjell, nå Eirik Bø Larsen. Aplf velger selv sin representant, inntil 31.12. 1999 Hans Kristian Bakke, nå Aage Henning Andersen.

Siden april 1999 har Claudio Cricelli fra Italia vært foreningens president. Presidenten velges for en fireårs periode.

UEMO har sekretariat i det av medlemslandene som har presidentembetet, nå Italia. I tillegg til presidenten velges fire visepresidenter. Disse rekrutteres fra de øvrige medlemslandene og har også en funksjonstid på fire år.

Årets UEMO møte i Firenze ble avsluttet med en helsepolitisk konferanse kalt "General Practice 2000" der presse og politikere også var invitert. Dette var et ledd i at UEMO ønsker å spille en mer synlig og aktiv rolle i den helsepolitiske debatt.

Mellom de halvårlige møtene bearbeider presidentskapet, gruppelederne og enkelte valgte representanter fra minst tre forskjellige land de saker generalforsamlingen har vedtatt at det skal arbeides med fram mot neste møte. I inneværende år har man særlig vært opptatt av å utforme nye statutter for foreningen, motarbeide et forslag i EU om forkortning av den allmennmedisinske spesialistutdanningens lengde og å forberede et forslag om å opprette et permanent sekretariat for UEMO i Brussel.

Organisasjonen er det siste året blitt mer aktiv i bruk av internett og e-post ved kommunikasjon mellom landene og innad i arbeidsgruppene. Det er dessuten opprettet en egen hjemmeside (www.uemo.org.) I tillegg utgir UEMO årlig en referansebok med forskjellig informasjon om organisasjonen og medlemslandene. Boka finnes også på diskett og kan fås ved henvendelse til Aplf's sekretariat.

UEMO's totalbudsjett er på ca. to millioner kroner.

Det er behov for en nærmere kommunikasjon med EU's sekretariat og EU-kommisjonen. Dette er bakgrunnen for at det nå utredes å etablere et permanent sekretariat i Brussel.

14.10 World Medical Association (WMA)

Organisasjonen fortsetter sin positive utvikling og sitt viktige arbeid for å ivareta legenes profesjonsinteresser og for å ivareta legeetiske spørsmål og menneskerettighetsspørsmål hvor særlig leger er involvert. Det pågår for tiden et nokså viktig arbeid for å ferdigstille en revisjon av Helsinki- deklarasjonen og likeså et dokument om legers autonomi som er presentert av Den norske lægeforening og Den Almindelige Danske Lægeforening. Begge disse sakene forventes å ville bli hovedsaker på det neste Assembly-møtet som skal holdes i Edinburgh i begynnelsen av oktober 2000. På et Council-møte i Divonne i Frankrike i mai 2000 tok Norge opp spørsmålet om patent på gener, et aktuelt tema både i Europa og i verden for øvrig. BMAs Council viste til en klar uttalelse fra WMA i 1993 hvor WMA gikk sterkt imot muligheten av å patentere menneskelige gener. Det ble fattet en erklæring som gjentok støtten for dette syn og også sendt ut en pressemelding. Council oppfordret alle sine medlemsorganisasjoner til å kjempe for dette synet i

sine respektive land. I forbindelse med Divonne-møtet ble det også avholdt et seminar om de etiske implikasjonene ved sentraliserte helsedatabaser, med innledere fra Kanada, Island og de baltiske stater. Det var stor enighet om at dette tema burde beskjeftige organisasjonen og også de nasjonale legeforeninger.

14.11 Den europeiske overlegeforeningen- European Association of senior Hospital Physicians (AEMH).

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeforening ved at styret til et årlig plenumsmøte sender tre til fire representanter; vanligvis leder, en eller to styremedlemmer og sekretariatsleder.

Plenumsmøtet har 35 representanter. Høsten 1999 ble plenumsmøtet holdt i Verona, Italia. Av temaer som ble satt på dagsorden var retningslinjer for kvalitetssikring i medisinsk virksomhet, beskyttelse av medisinske data, CME (Continuing Medical Education), telemedisin og fremtidens sykehus.

Delegater fra de forskjellige medlemsland deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

Presidentvervet innehas av Dr. Raymond Lies, Luxemburg. AEMH har sekretariat i Düsseldorf. AEMH har hjemmeside på Internett. (<http://ourworld.compuserve.com/homepages/aemh/>)

14.12 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG)

PWG er et samarbeidsforum for leger under utdanning i Europa. Meningen er, som i alle medlemslandenes "Yngre legers forening", å forbedre arbeidsbetingelsene og styrke utdanningen. 24 europeiske land er representert i PWG. Det avholdes to møter i året. Møtene legges opp med arbeidsgrupper som fremlegger forslag til plenumavstemming. Den viktigste funksjonen for PWG er imidlertid de uformelle møtene der man får ideer og innspill om hvordan man skal legge opp fagforeningsarbeidet i sine respektive land, hvordan man kan samarbeide om internasjonale målsetninger og knytte nye kontakter.

Forut for vårens møte i Lisboa, arrangerte PWG en konferanse om legers videre- og etterutdanning. PWG har utarbeidet en felles prinsipperklæring som ble presentert på konferansens første dag. Continuing Medical Education (CME) beskrives som en livslang prosess med kontinuerlig faglig oppdatering, mens Continuous Professional Development (CDP) også omfatter videreutvikling av sosiale og personlige egenskaper som ikke er direkte knyttet til faget, men er avgjørende for å kunne drive forsvarlig legevirksomhet.

CME/CDP er etter PWG's mening, en forutsetning for å kunne drive forsvarlig legevirksomhet, og er derfor en etisk forpliktelse. Legers grunnleggende ønske om å være faglig kompetente er likevel ikke nok, og det må arbeides for å etablere et formalisert etterutdanningssystem. Leger er også juridisk forpliktet til å holde seg faglig oppdatert, og det er derfor etter PWG's mening myndighetenes plikt til legge forholdene til rette for at CME/CDP er praktisk mulig å gjennomføre.

PWG er likevel imot resertifisering av spesialister. Resertifisering krever et svært kostbart byråkrati, uten at dette nødvendigvis vil føre til kvalitetsøkning. Det trenger ikke være mangel på faglig dyktighet som forhindrer en lege å resertifisere seg, men f.eks. en arbeidsgiver som ikke gir legen tid til å ta nødvendige kurs. Ulike lands resertifiseringskriterier er umulig å etterprøve for de legene som vil arbeide utenlands. Siden en leges kompetanse ikke alene er avhengig av teoretisk kunnskap, er det ikke mulig å måle legens kliniske egenskaper og potensiale med en enkel prøve eller eksamen.

I mange europeiske land har underordnete leger fast grunnlønn uten tillegg, mens det reelt arbeides mer enn dobbelt så mange timer enn hva tjenesteplanene skulle tilsi. Det er kommet et EU direktiv, tilsvarende en norsk AML, som har innført 48 uketimer som en maksimumsgrense, men her er underordnede leger av en eller annen merkelig grunn unntatt. Etter mye om og men har man nå bestemt at også underordnede leger skal få en tilsvarende vernebestemmelse, men at dette blir først gjennomført etter en overgangsperiode på 13 år!