

Innhold

Presidenten har ordet.....	6
1 Etikk	9
1.1 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål.....	9
1.2 Legeforeningens og Legemiddelindustriforeningens (LMI) råd for legemiddelinformasjon.....	9
1.3 Rådet for legeetikk	9
1.4 Etske regler for leger.....	9
1.5 World Medical Association	9
2 Inntekts- og arbeidsforhold	11
2.1 Generelt om lønns- og arbeidsvilkår.....	11
2.1.1 Regler for Legeforeningens forhandlingsvirksomhet.....	11
2.1.2 Lønnsutvalget for fastlønte leger.....	11
2.1.3 Tariffutvalg for privat praksis.....	11
2.1.4 Representasjon i Akademikernes organer.....	11
2.1.5 Avtalesamling.....	12
2.1.6 Medlemsbrev.....	12
2.1.7 Bruk av Tidsskriftet.....	12
2.1.8 Forhandlingsinformasjon på Internett.....	12
2.2 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger.....	12
2.2.1 Generelt om forhandlingssituasjonen.....	12
2.2.2 Tariffrevisjonen 2003.....	13
2.2.3 Revisjon av særavtaler.....	14
2.2.4 Lokale forhandlinger i NAVO, staten, Kommunes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og Handels- og servicenæringens hovedorganisasjon (HSH).....	15
2.2.5 Hovedavtale	15
2.3 Privat spesialistpraksis med driftstilskudd.....	16
2.3.1 Ny rammeavtale for drift av privat spesialistpraksis med driftstilskudd.....	16
2.4 Fastlegeordningen	17
2.4.1 Evaluering av fastlegeordningen.....	17
2.4.2 Endringer i kommuneavtalen.....	17
2.4.3 Endringer i statsavtalen.....	17
2.4.4 Sentralt samarbeidsutvalg	18
2.5 Forhandlinger om takster og honorar	18
2.5.1 Egenandelsøkning.....	18
2.5.2 Normaltariffen.....	18
2.5.3 Forhandlingene om takster og honorar	19
2.5.4 Forholdet til Rikstrygdeverket	19
2.5.5 Fagutvalget Forsikringsforbundet – Legeforeningen	19

2.6	Helsenett	19
2.7	Etterlevelse av helseregisterloven på legekantorene	19
2.8	Lånefondet – Den norske lægeforsenings lånefond til etablering/reetablering av privat legepraksis	20
2.9	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	20
3	Utdanning, forskning og fagutvikling	21
3.1	Spesialitetsrådet	21
3.2	Spesialitetskomiteene	21
3.3	Psykoterapiutvalget	21
3.4	Endringer i spesialistreglene	22
3.5	Utvalg til å utrede reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning, økonomiske aspekter, godkjent arrangør og forhold til medisindustrien	23
3.6	Spesialister godkjent i 2003	23
3.7	Rapportering fra utdanningsinstitusjonene	24
3.8	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri	25
3.9	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	25
3.10	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording	25
3.11	Stillingsstruktur	25
3.12	Etterutdanning	26
3.13	Diverse kurs, konferanser, seminarer	26
3.14	Utdanningsfond I – Den norske lægeforsenings fond til videre- og etterutdanning av leger	27
3.15	Utdanningsfond II – Den norske lægeforsenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	28
3.16	Utdanningsfond III – Den norske lægeforsenings fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	28
3.17	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	29
3.18	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin	29
3.19	Gruppeveiledning i sykehus	29
3.20	Internettkurs (LUPIN)	29
3.21	Samarbeid med andre organisasjoner	30
	3.21.1 Samarbeid med de medisinske fakultetene	30
	3.21.2 Nasjonalforeningen for folkehelsen	30
3.22	Turnusrådet	30
3.23	Legeforsenings utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)	31
3.24	Kvalitetsforbedringsutvalget	31
3.25	Den norske lægeforsenings fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I)	32
	3.25.1 Fondsutvalgets sammensetning 2000 – 2003	32

Årsmelding for Den norske lægeforening 2003

3.25.2	Avsetninger og bevilgningspolitikk.....	32
3.25.3	Søknader og bevilgninger i 2003.....	32
3.26	Den norske lægeforenings fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten (Kvalitetssikringsfond II)	32
3.26.1	Fondsutvalgets sammensetning 2001 – 2004.....	32
3.26.2	Avsetninger og bevilgningspolitikk.....	32
3.26.3	Søknader og bevilgninger i 2003.....	32
3.27	Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond III)	33
3.27.1	Organisering	33
3.27.2	Styringsgruppen 2002.....	33
3.27.3	NOKLUS	33
3.28	Publikasjoner	34
3.28.1	Legeforeningens skriftserie Utdanning og kvalitetsutvikling.....	34
3.29	Spesialforeningenes kvalitetsutvalg.....	34
3.30	Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten	34
3.31	Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA).....	34
3.32	Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.....	35
4	Forebyggende og helsefremmende arbeid	36
4.1	Forskningsinstituttet	36
4.1.1	Personale og finansiering	36
4.1.2	Aktiviteter	36
4.2	Elisabeth og Knut Knutsens O.A.S fond for kreftforskning	36
4.3	Norsk legemiddelhåndbok	36
4.4	Tobakksforebyggende arbeid.....	36
4.4.1	Tobakksfritt	36
4.4.2	Røykfrie sykehus.....	37
5	Helsepolitikk.....	38
5.1	Uttalelser til offentlige utredninger m.v.	38
5.2	Spesiell omtale av enkelte høringsuttalelser.....	39
5.2.1	Lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m.	39
5.2.2	Endringer i pasientrettighetsloven	40
5.2.3	Rusreform II	40
5.2.4	Sikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming.....	41
5.2.5	Høring - NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten.....	41
5.3	Statsbudsjettet 2004.....	42
5.3.1	Kap. 0732 Regionale helseforetak.....	42
5.3.2	Opptrappingsplanen for psykisk helse - positive til utvidelse.....	43
5.3.3	85% økning i Egenandelstak I er urimelig	43
5.3.4	Legemidler - Kap. 2751 Overføring av medisiner fra generell til individuell refusjon	43

5.4	Organisasjonskontakter	44
5.4.1	<i>Stortingskomiteer</i>	44
5.4.2	<i>Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet</i>	44
5.4.3	<i>Akademikernes utredningsnettverk</i>	44
5.4.4	<i>Akademikernes faggruppe helsepolitikk</i>	44
5.5	Statusrapport for helsetjenesten	44
6	Legeforeningens organisasjon.....	46
6.1	Medlemstall	46
6.2	Landsstyret	46
6.3	Sentralstyret	46
6.4	Avdelingene.....	46
6.5	Yrkesforeningene	46
6.6	Spesialforeningene	47
6.7	Sekretariatet	48
6.8	Tidsskrift for Den norske lægeforening.....	48
6.8.1	<i>Organisering og bemanning</i>	48
6.8.2	<i>Tidsskriftets papirutgave</i>	48
6.9	Informasjonsvirksomheten.....	50
6.9.1	<i>Dnlf-nytt</i>	50
6.9.2	<i>Presseinformasjon for Tidsskriftet</i>	50
6.9.3	<i>Mediekontakt</i>	50
6.9.4	<i>Leger og media</i>	50
6.9.5	<i>Medieberedskapsgruppen</i>	50
6.9.6	<i>Overvåking av mediabildet</i>	50
6.9.7	<i>Akademikernes informasjonsnettverk</i>	51
6.9.8	<i>Ekstern representasjon</i>	51
6.9.9	<i>Grafisk design</i>	51
6.9.10	<i>Legeforeningen på engelsk</i>	51
6.10	Likestillingsutvalget	51
6.11	Reisepolicy og rutiner i Legeforeningen	52
6.12	Prinsipp- og arbeidsprogram.....	52
6.13	Håndbok for tillitsvalgte	52
6.14	Tillitsvalgtkurs.....	52
6.15	Valgregler og instruks for Legeforeningens tillitsvalgte.....	52
6.16	Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger.....	52
6.17	Rettshjelpsordningen og øvrig juridisk bistand til medlemmene	53
6.18	Informasjonsteknologi.....	53
6.18.1	<i>IT-utvalget</i>	53
6.18.2	<i>Elin-prosjektet</i>	54
6.18.3	<i>Deltakelse i offentlige prosjekter</i>	54

Årsmelding for Den norske lægeforening 2003

6.19	Deltakelse i andre organisasjoner	54
	6.19.1 Kommunal kompetanse (KK).....	54
	6.19.2 SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon)	54
6.20	Soria Moria - Legeforeningens konferanse- og utdanningscenter	55
6.21	Legenes hus	55
6.22	Videreføring av organisasjonsutvalgets arbeid	55
6.23	Internasjonalt arbeid	56
	6.23.1 Generelt.....	56
	6.23.2 Nordisk legeråd.....	56
	6.23.3 Sannordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)	57
	6.23.4 Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter.....	57
	6.23.5 European Forum of National Medical Associations and World Health Organisation (EFMA/WHO).....	58
	6.23.6 Comité Permanent des Médecins Européenne (CPME).....	58
	6.23.7 Den europeiske forening for legespesialister – Union Europeenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	59
	6.23.8 Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).....	59
	6.23.9 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG).....	59
	6.23.10 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Europeenne des Mediciens Omnipracticiciens (UEMO)	60
7	Økonomi	61
	7.1 Legeforeningens økonomi.....	61
	Vedtak/oversendelsesvedtak	62

Presidenten har ordet

Denne årsmeldingen omhandler Legeforeningens aktiviteter i kalenderåret 2003 og dekker dermed både siste del av det forrige sentralstyrets handlinger og den første del av det sittende sentralstyrets periode, som startet 1.9. 2003.

Innledningsvis ble året 2003 preget av at generalsekretær Magne Nylenna gikk av og det ekstraordinære landsstyremøtet som ble holdt i den forbindelse 13. februar.

Nye avtaler for sykehuslegene

Ved inngangen til året 2003 fikk vi også sluttført avtalene for sykehuslegene med NAVO og helseforetakene. Samlet sett innebar disse avtalene at Legeforeningen oppnådde mange tariffpolitiske mål vi har hatt med oss lenge. Vi fikk et selvstendig eierforhold til egne avtaler og egen avtaleøkonomi. I dette ligger det at Legeforeningen, i motsetning til tidligere, kan forhandle egne avtaler direkte med motparten uten innblanding fra andre fagforeninger med andre mål for forhandlingene enn de vi har. De nye avtalene innebar også en betydelig omlegging av lønssystemet, der mye av den økonomi som var knyttet til lang og ubekvem arbeidstid ble flyttet til høyere grunnlønn. For overlegene fikk lønnen dessuten et vesentlig innslag av lokale og individuelle tillegg. Vi har høstet erfaringer med en ny sentral motpart uten sterke tradisjoner fra helsesektoren. Nye motparter og nye avtaletekster gir selvfølgelig opphav til strid om forståelsen, og det har oppstått mye forståelig frustrasjon på grunn av det nye forhandlingssystemets varierende evne til å håndtere lokale tvister om avtaleforståelse

Om vi kunne være fornøyd med lønnsoverenskomstene, fikk vi desto større utfordringer da vi på slutten av året begynte å forhandle ny hovedavtale gjennom Akademikerne-Helse. Eierreformen har gitt oss en ny arbeidsgivermotpart på godt og vondt. Modellen for lønnsdannelse og partsforhold er til vår gunst i forhold til tidligere regimer. NAVO er en ung arbeidsgiverforening, men har likevel ruppet å utvikle sentrale avtaler om tillitsvalgtordninger og medbestemmelse som er preget av gammel tradisjon fra produksjons- og servicebedrifter. Det er i alle fall en helt annen kultur enn den vi er vant med fra fylkeskommunal og statlig forvaltning. Den hovedavtalen som ble ferdigforhandlet i mars i år preges av dette. De bestemmelser som skal regulere rettigheter, plikter og arbeidsforhold for tillitsvalgte er ikke detaljregulert. Det betyr ikke at våre tillitsvalgte gjennom lokale særavtaler ikke skal få den samme type rettigheter som tidligere. Slike lokale avtaler blir en utfordring for vårt tillitsvalgtapparat i 2004 der dette allerede ikke er på plass.

En meget positiv side ved foretaksreformen har vært at de aller fleste regioner har klart å oppnå en forsterket satsing på forskning i foretakene og et meget godt samarbeid med universitetene. Generelt er det imidlertid trist å registrere at myndighetene viser en langt fra tilstrekkelig vilje til å satse på forskning og rekruttering til forskning.

Fastlegeordningen

I primærhelsetjenesten har fastlegeordningen så langt skapt et godt og varig grunnlag for god rekruttering. Dessverre er det allikevel enkelte deler av landet hvor det er for mange ledige allmennlegestillinger. På landsbasis har nå antall ledige stillinger sunket til ca. 110, og dessuten er det blitt opprettet 3 – 400 nye stillinger – altså en formidabel forbedring. Hyggelig for Legeforeningen er det dessuten at de evalueringsrapporter som begynner å komme om fastlegeordningen viser at reformen så langt i stor grad har nådd målene både for befolkning og leger.

Privat spesialistpraksis

2003 ble også det året vi fikk forhandlet ny rammeavtale for de privatpraktiserende spesialistene ved de regionale helseforetakene. Også på denne arenaen ble forhandlingsløpet meget krevende, men resultatet er etter vår mening en avtale som har klare forbedringer i forhold til den tidligere

overenskomsten med Kommunenes Sentralforbund. Det er min klare oppfatning at de nye avtalene innebærer et grunnlag for ryddige avtaleforhold mellom den enkelte privatpraktiserende spesialist og det regionale helseforetak, en god samhandling mellom privatpraktiserende spesialister som gruppe og de regionale helseforetak og en mulighet for videre utvikling av privat spesialistpraksis som arbeidsform.

Turnustjenesten

Når det gjelder turnustjenesten, opplevde vi høsten 2003 at et antall leger for første gang måtte vente på å få slippe til. Legeforeningen er av den klare oppfatning at det ikke kan opprettes flere turnusplasser enn det er faglig grunnlag for. Kvaliteten er for oss viktigere enn kvantiteten når høy kvantitet åpenbart betyr lavere kvalitet. Bekymringsfullt er det også at flere kommuner velger å si opp de avtalene de har med fastlegene om mottak og veiledning av turnusleger. Utdanning av leger og legespesialister er en nasjonal oppgave, noe som etter vår mening tilsier at det er helt nødvendig at staten tar et overordnet nasjonalt ansvar.

Helsepolitisk arbeid

På den helsepolitiske arena har også Legeforeningen vært svært aktiv i løpet av 2003. Av store saker hvor vi har hatt et sterkt engasjement, og hvor våre synspunkter og vår kompetanse har vært sterkt etterspurt, er rusreform I og II og ikke minst bioteknologiloven og spørsmålene knyttet til tidlig ultralyd i svangerskap og preimplantasjonsdiagnostikk. Helsetjenesten for psykisk syke har også i 2003 vært et sentralt tema. Flere av våre spesialforeninger har vært involvert i dette arbeidet og har bidratt på en meget verdifull måte. Å fremme våre synspunkter direkte i departementene og i Stortinget er blitt en viktig del av foreningens arbeidsform.

Valgkampen høsten 2003 startet med kvaliteten i skolene som det viktige tema. Det er et viktig tema som fortjener politisk oppmerksomhet, men det gjelder også kvaliteten på helsetjenestene i kommunene. Med Legeforeningens sterke medvirkning, ble mye av nerven og oppmerksomheten i valgkampen i løpet av kort tid fokusert mot utilfredsstillende bemanning og kompetanse i den kommunale helsetjenesten. Det skjer store endringer i offentlig sektor, også i helsetjenesten i kommunene. Omorganisering, konkurranseutsetting og nye organisasjonsformer for øvrig betyr etter vår mening at behovet for tilsyn med helsetjenesten styrkes snarere enn svekkes. Det er bekymringsfullt å registrere at regjeringen i en slik situasjon synes å ha et ønske om å svekke tilsynsfunksjonene. Særlig gir det grunn til uro at den svake rekrutteringen til fylkeslegeembetene ikke synes å bekymre sentrale myndigheter. Det bør evalueres hvordan tilsynet med helsetjenesten har utviklet seg etter at fylkeslegeembetet ble lagt inn under Fylkesmannen.

Legeforeningens organisasjon

Landsstyremøtet i Molde i mai 2003 behandlet organisasjonssaken. Gjennom sitt vedtak la landsstyret ansvaret for videre oppfølging av denne saken i det nye sentralstyrets hender. Videre fikk sentralstyret i oppgave å legge frem forslag til nye retningslinjer for samhandling med farmasøytisk industri og utstyrsindustri. Det siste foreligger som egen sak for landsstyret denne gang, og organisasjonssaken kan også drøftes i tilknytning til egen post i programmet. Landsstyremøtet i Molde var mest tydelig i forhold til oppfølging av organisasjonsutvalgets innstilling når det gjelder spesialforeningenes funksjon og posisjon i Legeforeningen. Samtidig ble det gitt tydelig til kjenne at yrkesforeningene fortsatt må ha anledning til å utøve egen faglig aktivitet. Det er åpenbart et sterkt ønske fra mange av spesialforeningene om å knyttes nærmere opp til Legeforeningen. Det er foreløpig noe mer uklart om spesialforeningene ved det også ønsker å innta en rolle som mer formalisert organisasjonsledd i foreningen, med den organisatoriske disiplin og selvdisciplin som det må innebære. En nærmere integrering betyr på den ene side større gjennomslagskraft for de saker som fellesskapet stiller seg bak. På den annen side betyr det at man må opptre slik at man fortjener fellesskapets oppslutning. Det legger noen begrensinger på ens handlefrihet, særlig i eksterne sammenhenger. Dette er blant de forhold

som må avklares i den videre prosess.

Vårt eget sekretariat har det siste året gjennomgått en lenge etterspurt omorganisering. Det er all grunn til å benytte anledningen til å gi sekretariatet og generalsekretæren honnør for måten denne prosessen er håndtert på. Spesielt imponerende er det at man har klart dette i en særdeles vanskelig økonomisk situasjon for foreningen. I 2003 fikk vi en betydelig svikt i annonseinntektene til Tidsskriftet. Dette har ført til at foreningens frie egenkapital er vesentlig redusert og er en utfordring landsstyret vil måtte ta inn over seg både på dette og senere møter. Medlemmene har klare og store krav til hva man forventer at foreningen skal ivareta av oppgaver. Slik skal det være. Men det bør også være et samsvar mellom slike forventninger og medlemmenes vilje til å bidra til at dette faktisk er mulig å imøtekomme.



Hans Kristian Bakke

1 Etikk

1.1 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål

Sentralstyret deltar i drøftinger om og utformingen av synspunkter på forskjellige medisinsk-etiske problemstillinger, blant annet gjennom sitt internasjonale arbeid. Det vises nærmere til pkt. 1.5 World Medical Association (WMA).

1.2 Legeforeningens og Legemiddelindustriforeningens (LMI) råd for legemiddelinformasjon

Legeforeningen har i perioden vært representert i Rådet for legemiddelinformasjon ved overlege Else Wiik Larsen og overlege Erik F. Ellekjær. LMI har også to medlemmer i rådet. Ett medlem representerer Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Rådets leder oppnevnes av LMI og Legeforeningen i fellesskap og har ingen relasjon til de to foreninger.

Rådet for legemiddelinformasjon er opprettet i henhold til samarbeidsavtalen mellom Legeforeningen og LMI av desember 1999. Rådet forvalter forståelsen av denne avtale.

Legeforeningen har tatt initiativ til revisjon av samarbeidsavtalen mellom Legeforeningen og LMI. Dette arbeidet er ikke avsluttet.

1.3 Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk består for perioden 1.1. 2000–31.12. 2005 av Reidun Førde (leder), Ragnar Hotvedt (nestleder), Kristin Bjørnland, Trond Markestad og Jo Telje. Varamedlemmer er Solfrid Kjus og Stein Tore Nilsen. Åsmund Hodne er rådets sekretær.

Rådet har i 2003 holdt seks ordinære møter og behandlet 78 saker. Rådet for legeetikk utarbeider egen beretning. Beretningen for perioden 1.7. 2000–30.6. 2003 er gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 20/2003.

Rådets hovedoppgave er å drive rådgivning overfor Legeforeningens sentrale organer og medlemmer. Antall henvendelser fra enkeltmedlemmer er økende. Videre behandler Rådet klager på leger fra pasienter og kolleger. De prinsipielle uttalelsene, klagesakene og også seminarer som Rådet arrangerer har som målsetting å øke bevisstheten om verdispørsmål og om konflikter knyttet opp mot den moderne legerollen.

1.4 Etiske regler for leger

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

Etikkreglene finnes blant annet på Legeforeningens nettsider. Her finnes også artikler om etikk og stoff om WMA-deklarasjoner.

1.5 World Medical Association

Det ble i løpet av 2003 avholdt to møter i organisasjonen, et Council-møte i Ferney Voltaire i Frankrike i mai og et Assembly-møte i Helsinki i september.

Av vedtak som er gjort kan nevnes at 17. september er vedtatt som medisinetikkens dag. Ellers har det vært arbeidet videre med å få en oppdatert og omforent utgave av Helsinkideklarasjonen. Man har særlig diskutert § 30 som gjelder forskning og hvilke betingelser som skal stilles overfor den som ønsker å sette i gang forskningsprosjekt spesielt knyttet til U-landsproblematikk. Det er særlig ordlyden om at dersom forsøket viser positiv effekt for det legemiddel man undersøker på, så er prosjektet også ansvarlig for å videreføre denne behandlingen overfor de personene som har deltatt i forsøket. Det har så langt ikke lyktes i å bli omforent om en ny versjon av denne paragrafen. Dette arbeidet går derfor videre.

Videre er det drøftet og avgitt resolusjoner om SARS og behovet for globalt kommunikasjonsnettverk, medisinsk etikk og lovgivning.

På Council-møtet i Frankrike ble dr. Blachar fra den israelske legeförening valgt til Chairman of Council. Som ny president for WMA ble valgt dr. Appleyard fra den britiske legeföreningen. På møtene i WMA møtte president Hans Kristian Bakke, Reidun Førde (leder for Rådet for legetikk) og Harry Martin Svabø som har vært Council Member og Chairman of Medical Ethics Committee til mai 2003. Videre har generalsekretær Terje Vigen møtt.

2 **Inntekts- og arbeidsforhold**

2.1 **Generelt om lønns- og arbeidsvilkår**

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

Det er oppnevnt en egen forhandlingsdelegasjon for tariffområdet NAVO-Helse bestående av Hans Kristian Bakke, Lars Eikvar, Yngve Mikkelsen og Øyvind Sæbø. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalget med representanter fra berørte yrkesforeninger/NMF avhengig av hvilke temaer som er på dagsorden. I tillegg kan representanter fra sekretariatet innkalles. Forhandlingsdelegasjonen fungerer også som forhandlingsutvalg.

For øvrig oppnevnes forhandlingsdelegasjoner ad hoc av sentralstyret.

2.1.1 **Regler for Legeforeningens forhandlingsvirksomhet**

Det er iverksatt prosedyre for endring av forhandlingsreglementet med sikte på endringer i lønnsutvalgets sammensetning, ev. oppdeling av lønnsutvalget i mindre utvalg.

2.1.2 **Lønnsutvalget for fastlønte leger**

Lønnsutvalget for fastlønte leger har fra 1.1. 2003 og frem til 31.8. 2003 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Einar S. Hysing (nestleder), Harald Sunde, Alment praktiserende lægers forening (Aplf), Ole E. Strand (vara), Eva Liafjell, Offentlige legers landsforening (OLL), Ola Jøsendal (vara), Grete Larsen, OLL, Ola Jøsendal (vara), Lars Eikvar, Overlegeforeningen (Of), Brynjulf Ystgaard (vara), Geir Ketil Røste, Of, Terje Bjørn Keyn (vara), Anne Larsen, Of, Håvard Skeidsvoll (vara), Yngve Mikkelsen, Yngre lægers forening (Ylf), Erik Høiskar (vara), Anne Mørch Larsen, Ylf, Jo Endre Midtbu (vara), Asle Medhus, Ylf, Per Henrik Randsborg (vara), Helge Bjørnstad Pettersen, Foreningens for leger i vitenskapelige stillinger (LVS), Kaare M. Gautvik (vara), Ørn Terje Foss, Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf), Lisbeth Iuell Dahl (vara), Carl Erik Alm, Norsk medisinstudentforening (Nmf) og Øyvind Østerås (vara). Observatør: Torunn Janbu (Oslo legeforening).

Ny oppnevning av lønnsutvalget for fastlønte leger ble behandlet i sentralstyremøte 28.10. 2003 med følgende vedtak: "Saken utsettes. Sentralstyret ber sekretariatet utarbeide et saksfremlegg om en omorganisering av lønnsutvalget i tråd med de endringer som er skjedd i avtalestrukturen, med et utvalg for kommunesektoren og et utvalg for NAVO-området." Ved årsskiftet er saken fortsatt under behandling i sentralstyret.

2.1.3 **Tariffutvalg for privat praksis**

Tariffutvalget for privat praksis har fra 1.1. 2003 og frem til 31.8. 2003 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Anette Fosse (nestleder), Kjell Maartmann-Moe, Aplf, Åge Henning Andersen (vara), Ernst K. Horgen, OLL, Jan E. Kristoffersen, Aplf, Anne Mathilde Hanstad (vara), Truls Disen, PSL, Harald Guldsten (vara), Ove A. Mortensen, PSL, Berit Norling (vara), J. Arve Kristiansen, Of, Inger Kristin Aase (vara) og Asle Medhus, Ylf.

Tariffutvalget for privat praksis har fra 1.9. 2003 og frem til 31.12. 2003 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Anne Mathilde Hanstad (nestleder), Kjell Maartmann-Moe, Aplf, Åge Henning Andersen (vara), Jan E. Kristoffersen, Aplf, Karin Frydenberg (vara), Ove A. Mortensen, PSL, Berit K. Norling (vara), Truls Disen, PSL, Harald Guldsten (vara), Ernst Horgen, OLL, Ola Jøsendal (vara), Inger Kristin Aase, Of, J. Arve Kristiansen (vara), Synne Torkildsen, Ylf og Ingvild Brunborg (vara).

2.1.4 **Representasjon i Akademikernes organer**

Hans Kristian Bakke har fra 22.10. 2002 vært valgt som nestleder i Akademikerne.

For øvrig har Legeforeningen frem til 31.12. 2003 vært representert med følgende i Akademikernes seksjonsorganer:

Akademikerne Helse: Leder er forhandlingssjef Øyvind Sæbø. Legeforeningen er representert ved Hans Kristian Bakke og Lars Eikvar. I tillegg har Anne-Gry Rønning Moe deltatt fra Legeforeningens sekretariat.

Akademikerne Kommune: Anne-Gry Rønning Moe med Per Medalen som varamedlem.

Akademikerne Stat: Marta Ebbing med Bente A. Kvamme som varamedlem. Fra november 2003 har Per Helge Måseide overtatt etter Marta Ebbing.

Akademikerne Privat: Per Medalen

2.1.5 Avtalesamling

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

For NAVO-Helse er det laget et eget hefte med samling av protokoller, avtaler, referat m.v. med NAVO. I tillegg er det laget en samling av samtlige B-delsavtaler for henholdsvis Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest, Helse Sør og Helse Øst.

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

2.1.6 Medlemsbrev

Det er i perioden utsendt medlemsbrev vedr. endringer i Normaltariffen og om takstbruk. Medlemsbrevene er også lagt ut på Legeforeningens nettside.

2.1.7 Bruk av Tidsskriftet

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

2.1.8 Forhandlingsinformasjon på Internett

I tillegg til at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktig og aktuell forhandlingsinformasjon. Hjemmesiden er fortløpende ajourført med fremdriftsrapporter og resultater for alle forhandlinger.

2.2 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

2.2.1 Generelt om forhandlingssituasjonen

Forhandlingene om ny overenskomst for helseforetakene med NAVO ble endelig avsluttet i januar 2003, etter lange og omfattende B-delsforhandlinger med sentral bistand. Avsluttende forhandlingsmøte mellom NAVO og Akademikerne på vegne av bl.a. Legeforeningen ble undertegnet 31.1. 2003.

Det ble samtidig ført avsluttende forhandlinger for HSH-sektoren basert på samme mal og prinsipper som for helseforetakene, men basert på forhandlingsordningen etter hovedavtalen i HSH. For NAVO-Helse og HSH-sektoren ble det avtalt lønnsoppgjør for både 2002 og 2003 med virkningstidspunkt fra 1.1. 2003.

Det var mellomoppgjør i henhold til hovedtariffavtalen/overenskomsten for henholdsvis Staten og Oslo per 1.5. 2003. Det var også mellomoppgjør i KS men for andre grupper enn leger pga. det nye lønssystemet i KS som ble avtalt 1.5. 2002.

Særbestemmelser med Oslo kommune ble foreløpig avsluttet i 2003 med en avtale om at en partssammensatt arbeidsgruppe skulle vurdere stillingsstruktur, kompetansekrav og lønsspørsmål for leger i Oslo kommune. Arbeidet fortsetter i 2004.

2.2.2 Tariffrevisjonen 2003

NAVO

Generelt

Overenskomstens spesielle deler (B-delen), som forhandles lokalt i helseforetakene, ble avsluttet i løpet av januar måned 2003. Det var langvarige og krevende forhandlingsrunder med omfattende bistand fra de sentrale parter. Av 43 helseforetak, var det to (Sykehuset Telemark HF og Sykehuset Østfold HF) som ble avsluttet med sentrale forhandlinger mellom NAVO-Helse og Legeforeningen. Avsluttende forhandlingsmøte mellom NAVO og Akademikerne med undertegning av endelig protokoll om ny overenskomst for helseforetakene ble gjennomført 31.1. 2003.

Det nye lønnsystemet for leger bygger på fravikelighet innenfor fastsatte minstestandarder og minimumslønn og minstesatser for legenes lønn. B-delsavtalene i helseforetakene er tilpasset det enkelte helseforetak og inneholder til dels ulike elementer og lønnsnivå. Lønnsreguleringen for leger under spesialisering ble ivaretatt sentralt i A2-delen, mens viktige elementer av overlegenes lønn, herunder lønnsregulering ble avtalt i B-delene for det enkelte helseforetak.

Det er nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å vurdere fremtidig pensjonsordning, jf. bestemmelser om dette i overenskomstens A1. Representanter fra Akademikerne er Odd Håker og Anne-Gry Rønning Moe. Arbeidet starter ikke før i 2004.

Avtalesituasjonen i NAVO-sektoren etter avtaleinngåelsen

Konvertering og iverksettelse

Det har vært til dels kompliserte forhandlinger lokalt i forbindelse med implementering og konvertering av den nye avtalen. Dette har resultert i en rekke uenighetsprotokoller vedrørende forståelsen og anvendelsen av sikringsbestemmelsen i overenskomstens del A2.

I tillegg er det en rekke tvistesaker ved flere helseforetak på ulike temaer. Enkelte saker ble løst mellom de sentrale parter i 2003.

For Det norske radiumhospital HF er det konstatert endelig uenighet vedrørende konvertering og lønnsoppgjør for leger ved Kreftregisteret. Legeforeningen har tatt ut stevning for Arbeidsretten med sikte på å få løst saken rettslig. Saken er foreløpig ikke berammet i Arbeidsretten.

Staten

Generelt

Ved mellomoppgjøret pr. 1.5. 2003 er det ikke satt av penger verken til sentrale eller lokale lønnstillegg for 2003. Medlemmene er dog sikret lønnsvekst i år, til tross for at det ikke gis tillegg fra 1. mai.

Revisjon av rammebetingelser for omstilling i statlig sektor – virkemidler

Arbeids- og administrasjonsdepartementet (AAD) og hovedsammenslutningene ble i møte 13.11. 2003 enige om en sentral særavtale som regulerer bruk av virkemidler ved omstillinger i staten hvor omstillingen medfører geografisk flytting av virksomheter og/eller nedbemanning.

Kommunenes Sentralforbund (KS)

Legeforeningens medlemmer i KS er nå hovedsakelig kommuneleger og turnusleger. Antall stillingskoder sentralt er redusert slik at det for Legeforeningen gjenstår stillinger som lege, bedriftslege, kommunelege og turnuslege. Det kan lokalt avtales andre stillingsbetegnelser.

I 2003 var det intet sentralt oppgjør som berørte noen av legestillingene fordi Akademikerne Kommune og KS med virkning fra 1.5. 2002 ble enige om en ny hovedtariffavtale hvor lønnsfastsettelsen for akademikergruppene skal skje lokalt i den enkelte kommune.

For stillinger som er omfattet av hovedtariffavtalens kap. 4 ble det i forbindelse med sentrale forhandlinger ikke gitt noen tillegg per 1.5. 2003. Det var imidlertid i forhandlingene fra 2002 avtalt lokal pott med virkning fra 1.1. 2003 og sentralt opprykk fra 1.7. 2003 slik at årslønnsveksten likevel ble ca 4,5 % for arbeidstakere i dette området. For Akademikernes stillinger, herunder legestillingene som er omfattet av hovedtariffavtalens kap. 5, ble det avholdt lokale forhandlinger i henhold til ny forhandlingsordning med varierende resultater.

Turnuslegene er omfattet av særavtale med KS, og for denne gruppen var det ikke avtalt lønnsregulering i 2003.

I åtte kommuner ble lokalt brudd etter lønnsforhandlinger brakt inn til sentral organisatorisk behandling mellom KS og Legeforeningen. En sak ble brakt videre inn til sentral nemndsavgjørelse.

Oslo kommune

De sentrale forhandlinger med Oslo kommune ga som resultat et tillegg per 1.5. 2003 som i utgangspunkt var prosentuet, men med ytterligere kronetillegg for noen lønnstrinn. For Legeforeningens medlemmer ble det samlede tillegget fra kr 3 000 til kr 6 000.

Et særskilt problem for Oslo kommune i 2003 var bydelsreformen. Oslo kommunes 25 bydeler ble fra 1.1. 2004 slått sammen og endret slik at det ble 15 nye bydeler. Dette medførte store endringer for alle de ansatte i bydelsadministrasjonene, herunder for bydelsoverlegene. Dette innebar flere møter mellom Oslo kommune og Akademikerne og senere Legeforeningen med sikte på å bli enige om en egen avtale om tilvisnings- og ansettelsesprosess for bydelsoverlegene. Tilvisningsprosessen ble utsatt til januar 2004.

Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)

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

I januar 2003 ble det inngått en sentral særavtale mellom Legeforeningen og HSH tilpasset overenskomstens del A1 og A2 for NAVO-området. Det ble også inngått lokale særavtaler ved alle sykehusene i hovedsak tilsvarende overenskomstens B-dels avtaler for NAVO-området. Ved to sykehus ble forhandlingene avsluttet med sentral bistand.

2.2.3 Revisjon av særavtaler

Sentral særavtale mellom KS og Legeforeningen (SFS 2306)

Avtalen skal reforhandles i 2004.

Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Legeforeningen

Den 23.6. 2003 ble det endelig inngått nye særbestemmelser med Oslo kommune for tariffperioden 1.5. 2002–31.4. 2004. På bakgrunn av uenighet om økonomien og lønns plasseringen av legestillingene ble imidlertid lønnsreguleringsproblemet utsatt, bortsett fra for turnuslegene som ble innplassert i ltr. 34 fra 15.2. 2003. For de øvrige legenes vedkommende ble det enighet om å nedsette en arbeidsgruppe med følgende mandat:

"Partene er enige om å nedsette et partssammensatt utvalg som skal utrede og fremme innstilling om aktuelle spørsmål knyttet til den kommunale legetjenesten. Dette som følge av at kommunen ikke lenger har ansvaret for spesialisthelsetjenestene i Oslo. Utvalget skal vurdere stillingsstruktur, kompetansekrav, lønsspørsmål m.v. vedr. de kommunale legestillingene. Utvalget sammensettes slik: Tre representanter fra Oslo kommune og tre fra Legeforeningen. Utvalgets arbeid skal være avsluttet innen 17.10. 2003. Forhandlinger på grunnlag av utvalgets innstilling skal være avsluttet innen 14.11. 2003. Konstituerende møte i utvalget forutsettes

avholdt i løpet av juni 2003. Ved uenighet kan hver av partene i dette spesielle tilfelle kreve saken brakt inn for behandling av nemnd.”

Den partssammensatte arbeidsgruppen ble ikke ferdig med sitt arbeid i 2003, men fortsetter i 2004, og det er forutsatt at forhandlingene avsluttes før hovedtariffoppgjøret i 2004.

Utsettelsen av arbeidsgruppens arbeid har hatt konsekvenser for en ankesak i forbindelse med de lokale forhandlinger i 2002 og en ankesak om lønnplassering for fire bydelsoverleger i forbindelse med sentrale justeringer i 2002.

2.2.4 Lokale forhandlinger i NAVO, staten, Kommunes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og Handels- og servicenæringens hovedorganisasjon (HSH)

NAVO

Se ovenfor under pkt. 2.2.2.

Stat

Det ble ikke satt av økonomisk ramme til lokale forhandlinger i 2003, jf. pkt. 2.2.3 ovenfor. Hovedtariffavtalens pkt. 2.2.4 Særlige grunnlag var derfor eneste hjemmel for lokale forhandlinger i perioden.

KS

De lokale forhandlingene ble avtalt med virkning fra 1.5. 2002, jf. pkt. 2.3.2 ovenfor. De lokale forhandlingene for legene i KS ga varierende resultater. Legeforeningen har ikke mottatt tilbakemeldinger fra samtlige av våre tillitsvalgte, men ut fra de tilbakemeldinger som er mottatt, er det grunn til å anta at resultatene på landsbasis har vært langt bedre enn om man skulle fulgt det generelle oppgjøret som ble fastsatt sentralt.

Oslo kommune

Se omtale av forhandlinger generelt og om særbestemmelsene med Oslo kommune, jf. pkt. 2.2.2 og 2.2.3 ovenfor.

HSH

Se ovenfor under pkt. 2.2.2.

2.2.5 Hovedavtale

KS

Hovedavtalen for KS gjelder for perioden 1.1. 2002 til 31.12. 2005.

Stat

Hovedavtalen for Staten gjelder for perioden 1.1. 2002 til 31.12. 2005.

Oslo Kommune

Hovedavtalen i Oslo kommune har utløpsdato 31.12. 2003. Forhandlingene er utsatt til 2004.

HSH

Hovedavtalen for HSH gjelder for perioden 1.6. 2002 til 31.12. 2005.

NAVO

I protokoll av 19.12. 2001 mellom NAVO og Akademikerne var det enighet om at det skulle føres forhandlinger om etablering av hovedavtale som skal gjelde i helseforetakene høsten 2002, og at de lokale partene i det enkelte helseforetak inntil videre skal inngå særavtaler som sikrer videreføring av de samarbeids- og medbestemmelsesordninger som gjelder i

virksomheten per 31.12. 2001, med de endringer og tilpasninger som er nødvendige som følge av bestemmelsene i helseforetaksloven.

Den midlertidige hovedavtalen med NAVO ble prolongert inntil ny hovedavtale er fremforhandlet. Forhandlingene om ny hovedavtale startet opp 9.10. 2003, men ble ikke avsluttet i 2003. Forhandlingene ble avsluttet mars 2004.

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

2.3 Privat spesialistpraksis med driftstilskudd

Driftsavtaler for privat spesialistpraksis og aksept for de private spesialistene sin plass i det offentlige helsetilbudet har vært viktige tema for Legeforeningen. Med den nye rammeavtalen har noen brikker falt på plass. Bl.a er det nå et felles mål for de regionale helseforetak (RHF) og Legeforeningen at driftsavtalene skal være fulltidshjemler. Videre vil det bli opprettet samarbeidsutvalg og spesialistlegeutvalg. Samarbeidsutvalgene kan vise seg å bli viktige fora for å fremme felles forståelse for de utfordringer som denne delen av helsetilbudet står overfor. Fra Legeforeningens side er det viktig å få frem det viktige arbeidet som de private spesialistene bidrar med i det totale helsetilbudet.

2.3.1 Ny rammeavtale for drift av privat spesialistpraksis med driftstilskudd

Som følge av foretaksreformen overtok de regionale helseforetakene (RHF) fylkeskommunens plass som ansvarlig for spesialisthelsetjenesten fra 1.1. 2002. Dette innebar at også partsforholdet for både individuelle avtaler om driftstilskudd og de overordnede bestemmelser i rammeavtalen, ble endret. Det ble inngått avtale med RHF om prolongering av eksisterende rammeavtale med KS. Det var lenge uklart hvem som skulle være forhandlingsmotpart i forbindelse med forhandling av ny rammeavtale. Våren 2003 ble det bestemt at det enkelte RHF skulle ha et partsforhold til både individuelle avtaler og rammeavtalen.

Forhandlingene startet opp i april 2003, og skulle etter planen ha vært avsluttet 1.7. 2003. Det ble forhandlet med alle de regionale helseforetakene samlet. Forhandlingene var vanskelige, med stor uenighet om enkelte viktige prinsipielle spørsmål. Partene kom ikke til enighet innen fristen, og den gamle rammeavtalen med KS ble prolongert frem til 1.9. 2003. Partene kom heller ikke til enighet innen 1.9. 2003, på tross av flere forhandlingsmøter. Den 18.9. 2003 ble partene enige om en ny avtale. Av den nye avtalen følger at virkningstidspunkt er satt til 1.9. 2003. Avtalen er godkjent av sentralstyret 24.9. 2003. Den 24.10. 2003 mottok Legeforeningen melding fra RHF om at avtalen også er godkjent fra deres side.

Til tross for det vanskelige utgangspunktet for forhandlingene, med til dels store prinsipielle meningsforskjeller, fremstår avtalen - totalt sett - som forbedret. Avtalen må sies å innebære en fornyet aksept for de særlige vilkår som må gjelde når privatpraktiserende leger skal integreres i den offentlige helsetjenesten.

Seniorpolitikk

Legeforeningen fikk gjennomslag for at eldre avtalespesialister har rett til å dele sin praksis med henblikk på nedtrapping. Regelen gjelder for lege over 62 år og legen forplikter seg da å fratre senest ved fylte 67 år. Den delte praksis må finne sted i samme lokaler. De ordinære regler for tildeling/overdragelse av praksis gjelder, noe som bl a innebærer at RHF skal treffe vedtak om slik deling.

Rett til overdragelse av praksis

Rett til overdragelse av praksis i forbindelse med oppsigelse av driftstilskuddsavtalen er videreført i ny avtale. Det er selve praksisen som overdras - ikke driftsavtalen. Retten til overdragelse utløses ved at driftsavtalen sies opp. Fratredende og tiltredende lege forhandler om kjøpesummen. Dersom de ikke blir enige i løpet av en femukers frist, skal saken avgjøres ved

nemnd. Det arbeides med å utarbeide retningslinjer for nemndsbehandling.

Flytting/omdisponering mv. - sikringsbestemmelser

Legeforeningen var i forhandlingene opptatt av at legen skulle få kompensasjon fra RHF for de tilfeller der RHF velger å omlokalisere (flytte til annet sted), omdisponere (endre spesialitet) eller ikke opprettholde (inndra) avtalehjemmel. Det er inntatt bestemmelser som skal bidra til å sikre fratredende lege ved tiltak fra RHF sin side. Utgangspunktet er at RHF må dekke det tapet som oppstår for fratredende lege. For slike endringer skal også RHF varsle fratredende lege med 15 måneders varslingsplikt. Det er også grunn til å merke seg at RHF er erstatningspliktig for opparbeidet praksis (immaterielle verdier) begrenset oppad til 40 % av gjennomsnittlig trygderefusjon relatert til driftsavtalens størrelse siste tre år, dog maksimalt kr 485 000. I tillegg kommer altså tap som oppstår av materiell art. Legen vil ha en tapsbegrensningsplikt når det gjelder de materielle elementer av praksisen. Det er fastsatt særskilte regler for RHF's erstatningsplikt for de tilfeller hvor RHF fastsetter ny lokalisering for hjemmelen, hvor pasientgrunnlaget er helt eller delvis det samme.

Fravær/ bruk av vikar

Fullt driftstilskudd forutsetter gjennomsnittlig 37,5 timer i minst 44 uker per år med behandelende virksomhet, inklusiv administrasjon av praksis.

Fravær fra praksis skal meddeles RHF. I avtalen angis som tidligere grunner som gir automatisk rett til fravær, herunder sykdom, fødsel/svangerskap, utøvelse av verneplikt og tillitsverv. Fravær som innebærer at legen ikke oppfyller plikten til åpningstid i den individuelle avtalen (dvs. utover åtte uker per år) og som ikke omfattes av de automatiske fraværsgrunner, krever samtykke fra RHF. Dersom vikar benyttes, vil driftstilskuddet løpe uendret. For at driftstilskudd ikke skal stanses, må vikaren ivareta hjemmelshavers oppgaver etter Rammeavtalen. Videre skal bruk av vikar skriftlig meddeles RHF. RHF kan bare nekte bruk av vikar der det foreligger saklig grunn.

2.4 Fastlegeordningen

2.4.1 Evaluering av fastlegeordningen

Høsten 2003 fikk partene i Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU) forelagt seg et utkast til evalueringsrapport for fastlegeordningen. Evalueringsrapporten utarbeides på bakgrunn av et omfattende forskningsprogram som startet opp i 2000. Etter tilbakemeldingene fra partene i SSU besluttet Helsedepartementet å utsette evalueringsrapporten, bl.a. fordi flere av de aktuelle forskningsprosjektene ikke var ferdige eller publisert.

2.4.2 Endringer i kommuneavtalen

Det ble gjennomført forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund (KS) som resulterte i ny avtale fra 1.7. 2003. Avtalen med Oslo kommune ble ikke sagt opp til revisjon, og ble dermed automatisk forlenget ett år.

I forhandlingene med KS var partene enige om at avtaleverket i hovedsak fungerte tilfredsstillende, og endringene som ble foretatt var mindre omfattende. De viktigste endringene besto i presiseringer av reglene om rett til overdragelse av praksis i forbindelse med tildeling av fastlegeavtale. Endringene innebar ingen realitetsendring i forhold til tidligere rettstilstand, men en klargjøring av bl.a. hva som er gjenstand for overdragelse. Bl. a. er det presisert at til praksis regnes "relevant utstyr og inventar, husleieavtaler og kompensasjon for opparbeidet praksis". Det ble også presisert hvilke forhold som skal fremgå av kunngjøringen av ledig fastlegeavtale, og Legeforeningen ble gitt fullmakt til å fastsette retningslinjer for nemndsbehandling.

2.4.3 Endringer i statsavtalen

Det ble ikke foretatt materielle endringer av betydning i statsavtalen våren 2003. Den største

endringen innebar en omfordeling av midlene til private spesialister, slik at driftstilskuddene ble øket med 25 prosent med tilsvarende reduksjon av refusjonstakstene. I tillegg ble både driftstilskudd og basistilskudd øket med 1 %. Det vises for øvrig til punkt 8.3.2 og 8.3.3 om endringene i Normaltariffen.

2.4.4 Sentralt samarbeidsutvalg

Det ble avholdt tre møter i det sentrale samarbeidsutvalg for fastlegeordningen i løpet av 2003. Blant temaene som ble drøftet var metode for reduksjon av fastlegens liste, tiltak overfor pasienter som har utøvet vold/ grove trusler mot fastlegen, evaluering av fastlegeordningen og rett til trygderefusjon for medisinske kandidater/ studenter som arbeider under veiledning med midlertidig lisens.

Høsten 2003 iverksatte Helsedepartementet på nytt en prosess i det sentrale samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU) for å forsøke å finne en bedre måte å gjennomføre listereduksjon på enn gjennom tilfeldig utvalg. Dette til tross for at en arbeidsgruppe med representanter fra de sentrale parter i en rapport sommeren 2002, hadde konkludert med at forskriftens ordning med tilfeldig utvelgelse var det beste alternativ.

Etter innspill fra partene i SSU konkluderte departementet i brev datert 19.12. 2003 med at ordningen med tilfeldig utvelgelse skal videreføres. Ifølge departementet har det "vist seg vanskelig å komme frem til en ordning som ivaretar de ulike gruppers interesser og hensyn, uten at man samtidig innfører et omfattende administrativt system".

Når det gjelder tiltak overfor pasienter som har utøvet vold/ grove trusler overfor fastlegen har Legeforeningen gitt innspill til Helsedepartementet for den videre vurderingen av spørsmålet. Det er ventet en avklaring tidlig i 2004.

På bakgrunn av flere henvendelser fra kandidater/studenter med midlertidig lisens som hadde blitt nektet refusjon av trygden for arbeid utført i veileders navn, ble dette spørsmålet brakt frem for SSU. Etter prosessen i SSU slo departementet fast i brev form at studenter/kandidater med midlertidig lisens kan arbeide som assistent for ansvarlig lege og generere trygderefusjon i veileders navn.

2.5 Forhandlinger om takster og honorar

2.5.1 Egenandelsøkning

I statsbudsjettet for 2002 ble vedtatt at egenandeler for undersøkelser og behandling hos lege skal øke med 3,5 % fra 1.7. 2003. I revidert budsjett for 2003 ble egenandelsøkningen hevet til 10% fra samme dato. I budsjettforliket for 2004 mellom regjeringen og Arbeiderpartiet er det vedtatt ytterligere egenandelsøkning med 12 % fra 1.1. 2004. Egenandelstaket er vedtatt øket fra kr 1 350 til kr 1 550 for kalenderåret 2004.

Som en del av vedtatte innsparinger i forbindelse med revidert budsjett for 2003 har Rikstrygdeverket ensidig redusert honorartakstene for legeerklæringer – L-takstene – med gjennomsnittlig 15 % fra 1.12. 2003. Tidligere samme år vedtok Rikstrygdeverket at Legeerklæring ved arbeidsuførhet ikke lenger skulle sendes inn rutinemessig etter åtte ukers sykmelding, men kun ved behov.

2.5.2 Normaltariffen

Det er blitt et problem i forhold til takstsystemets faglige innretning og insentivsystem at egenandelene over tid øker mer enn de rammer som blir disponible gjennom takstforhandlingene. For å unngå at refusjonstakster kuttes slik at de ikke lenger dekker kostnader, er det blitt nødvendig å innføre nye egenandeler.

I tiden 1.1. 2003 til 31.12. 2003 er godkjent

- 125 leger for takst 707b
- 2 leger for takst 129 d og e
- 2 leger for takst 254/255

2.5.3 Forhandlingene om takster og honorar

Det ble gjennomført takstforhandlinger med virkning fra 1.7. 2003 med en økonomisk ramme på 1 %. Rammen innebærer en kostnadskompensasjon på 4,1 % og en inntektsøkning på 3,1 % fra 2002 til 2003 for leger i privat praksis.

Partene ble enige om i perioden å etablere samarbeid med sikte på å stimulere til bruk av elektronisk kommunikasjon, herunder å avklare finansieringen av privatpraktiserende legers utgifter i den forbindelse. Arbeidet er i gang og ventes avsluttet i løpet av vinter/vår 2004. Det er også enighet om at Helsedepartementet i løpet av høsten 2003, med utgangspunkt i rapporter fra SSB og SINTEF Unimed, inviterer til drøftinger om fremtidig finansiering av legevakt, herunder også bakvaktordninger i forbindelse med interkommunale vaktordninger. Drøftingene er utsatt og starter februar 2004.

2.5.4 Forholdet til Rikstrygdeverket

Rikstrygdeverket og Legeforeningen samarbeider om kurs for leger og trygdeansatte i takstbruk og stønadsregler. I forbindelse med Normaltarifforhandlingene i 2000 ble det avsatt kr 900 000 til å arrangere kurs for leger og trygdeansatte i takstbruk og trygdens regler om ytelser til legehjelp. Etter en del forsinkelser er kursene nå avsluttet ved at Legeforeningen/RTV avholdt de tre siste kurs i løpet av høsten 2003. Det er enighet om å se på mulighetene for i fremtiden å kunne avholde lignende kurs, om ikke annet to årlige kurs for nye turnusleger. RTV vil undersøke mulighetene for statlig finansiering av kursene.

2.5.5 Fagutvalget Forsikringsforbundet – Legeforeningen

Legeforeningens medlemmer i utvalget er fra høsten 2003 Eirik Bø Larsen, Jan Emil Kristoffersen og Odvar Brænden.

Formålet med samarbeidsutvalget er å bidra til riktig praktisering av honoraravtalen mellom Legeforeningen og Forsikringsforbundet, nå Finansnæringsens Hovedorganisasjon, herunder problemene vedr. utlevering av journalopplysninger.

2.6 Helsenet

I henhold til protokolltilførsel fra årets normaltarifforhandlinger har Legeforeningen og Helsedepartementet siden høsten 2003 drøftet dekning av privatpraktiserende legers kostnader ved tilkobling til de regionale helsenettene. Kostnader og gevinster for legene ved tilkobling til helsenett har i den forbindelse blitt utredet av en arbeidsgruppe med representanter fra Sosial- og helsedirektoratet, Rikstrygdeverket og Legeforeningen, som var representert av Kjell Maartmann-Moe (Aplf) og Kirti Mahajan Thomassen fra sekretariatet. Arbeidsgruppen har avholdt fire møter og utarbeidet en sluttrapport. På bakgrunn av arbeidsgruppens rapport anbefalte Legeforeningen Helsedepartementet at de disponible midler anvendes til dekning av netto investerings- og driftskostnader for et begrenset antall leger. Helsedepartementet har foreløpig ønsket at midlene i stedet skal anvendes til dekning av visse investeringskostnader for et så stort antall leger som mulig. På grunn av usikkerhet om den fremtidige dekningen av kostnader har Legeforeningen anbefalt sine medlemmer inntil videre å avvente tilkobling til helsenettene. Legeforeningen håper å kunne påvirke Helsedepartementet til i stedet å velge den av Legeforeningen anbefalte ordning. Drøftelser herom vil søkes fortsatt i 2004.

2.7 Etterlevelse av helseregisterloven på legekantorene

Datatilsynet har generelt skjerpet sitt tilsyn med helsesektorens, herunder legekantorenes, etterlevelse av helseregisterloven. Datatilsynet har blant annet blitt oppmerksom på at bruk av

felles elektronisk pasientjournalssystem i gruppepraksiser, der samtlige leger til enhver tid har tilgang på alle journalopplysninger om alle gruppepraksisens pasienter, herunder om hverandres pasienter, kan være i strid med helseregisterloven § 13. Datatilsynet og Sosial- og helsedirektoratet utreder for øyeblikket dette spørsmålet, herunder om det er adgang til å opprettholde et slikt pasientjournalssystem dersom gruppepraksisen er organisert som et ansvarlig selskap (ANS) eller som et selskap med delt ansvar (DA). Dessuten har Datatilsynet og Sosial- og helsedirektoratet lagt til grunn at legekontorer, som benytter eksterne laboratorier, må inngå såkalte "databehandleravtaler" med disse laboratoriene i medhold av og i overensstemmelse med kravene i helseregisterloven § 18. Sekretariatet utreder mulighetene for å innføre kravene til etterlevelse av helseregisterloven §§ 16 og 18, herunder om det er mulig å opprettholde felles elektronisk pasientjournal i gruppepraksiser innen rammene av helseregisterloven § 16. Dette arbeidet vil bli videreført i 2004.

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

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret er Lånefondets fondsstyre. Beslutninger om tildeling av lån har sentralstyret delegert til et særskilt lånefondsutvalg på fem medlemmer, hvorav Sosialdepartementet er representert med ett medlem. Utvalget yter lån ihht. bestemmelser i vedtekter og retningslinjer. Lån ytes til etablering eller reetablering med inntil kr 400 000, og ytterligere kr 200 000 til utstyrskrevede spesialistpraksiser. Utlånsrenten utgjorde i 2003 0,5 % over normalrentesatsen for rimelige lån i arbeidsforhold. Avdragstiden er inntil ti år.

I 2003 bestod lånefondsutvalget av følgende medlemmer oppnevnt av sentralstyret: Kjell Erik L'Abée-Lund (leder), Hanne Dinesen, Kjell Gisholt og Rita Kolvik. Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet: Gunnar Fossan.

I 2003 ble det behandlet 105 søknader om lån til etablering og 75 søknader om lån til reetablering av privat praksis. I alt ble det innvilget lån til 133 leger, samt et lån til Soria Moria. Til leger ble det lånt ut i alt kr 38,1 millioner, mens Soria Moria fikk forhøyet tidligere lån med kr 9,8 millioner slik at totalt lån ble kr 14 millioner.

Per 31.12. 2003 var det i alt 1 909 løpende lån i Lånefondet. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2003 kr 323,1 millioner.

2.9 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) yter bidrag til sykehjelp og pensjonering for leger og deres etterlatte. SOP er en stiftelse under tilsyn av Sosialdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Styret i SOP har fire medlemmer, hvorav leder med to medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Sosialdepartementet oppnevner det fjerde styremedlem med varamedlem. For perioden 1.1. 2002–31.12. 2003 er styret sammensatt slik: Hans Petter Aarseth (leder), Truls Disen (nestleder), Ina Nikoline Wille og Tomas Berg (Sosialdepartementets representant).

Legeforeningens sekretariat ved generalsekretæren er forretningsfører og forestår forvaltningen av ordningen etter styrets retningslinjer og pålegg.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2003 gis følgende informasjon:

Årsresultatet ble i 2003 kr 335,7 millioner. Totalkapitalen utgjorde per 31.12. 2003 kr 3 777 millioner. Det ble i utbetalt ytelser fra SOP med kr 122,3 millioner. Av dette utgjorde pensjoner kr 66,1 millioner, mens det til sykehjelp, svangerskapsstønning og omsorgsstønning ved adopsjon ble utbetalt i alt kr 40,1 millioner. Til engangsstønning ved død ble det utbetalt kr 7,5 millioner, mens diverse prosjekter ble støttet med kr 7,9 millioner. Prosjektstøtten omfattet Legeforeningens Forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, støttegruppene i fylkesavdelingene og pensjonistforberedende kurs.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Spesialitetsrådet

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

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

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

Rådets sammensetning er således for tiden ikke i tråd med generelle spesialistreglers bestemmelser om rådets sammensetning og antall medlemmer. Sentralstyret vil i 2004 vurdere rådets sammensetning og eventuelle endringer av reglene, og se dette i sammenheng med bl.a. statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten, og endringer i den statlige helseforvaltning. Det er også naturlig å vurdere spesialitetsrådets funksjon og sammensetning i tilknytning til endringer i Legeforeningens organisasjon.

Rådet har i perioden hatt seks møter og drøftet/behandlet 97 saker.

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

Innen spesialitetsrådet er det bl.a. arbeidet med etterutdanning av legespesialister (oppfølging av LEIF-97). Det er nedsatt en prosjektgruppe til å gjennomføre et utvidet forsøk med formalisert, dokumenterbar etterutdanning i spesialitetene fødselshjelp og kvinnesykdommer og i patologi (Leif-2004). Det har vært arbeidet med å vurdere spesialitetsstrukturen, retningslinjene for vurdering av om tjeneste kan attesteres tilfredsstillende utført for lege under spesialisering, premissene for om lege under spesialisering kan gjennomføre deler av sin utdanning i privat praksis og revisjon av rapporteringsskjemaet som registrerer utdanningsvirksomheten ved utdanningsavdelinger.

Det er utarbeidet en egen årsrapport som fås ved henvendelse til sekretariatet.

3.2 Spesialitetskomiteene

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

I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser har sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i de 43 spesialitetene. Komiteene er oppnevnt i tråd med forslag fra vedkommende spesialforening, samt fra Yngre legers forening.

3.3 Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 2002–2005 består av Elisabeth Tjora (leder), Petter Knutsen, Bente Øvensen, Johannes B. Dysthe, Lasse Djerv, Leif Ragnar Hjorth og Kjell-Petter Bøggwald.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst to års godkjent veiledning i psykoterapi.

Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykoterapeutiske grunnarbeid som er et nødvendig minimum innen spesialiteten psykiatri.

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

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

3.4 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2003 behandlet seks forslag om endringer av spesialistreglene (se <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=15930&subid=0>)

Sentralstyret hadde fremmet forslag om endring av de generelle spesialistregler – krav til deltagelse i alt forefallende arbeid, vaktjeneste – legevakt. Landsstyret 2003 vedtok mot 28 stemmer å ta saken til etterretning. Finnmark legeforening v/Tor Ø. Seierstad, fremmet forslag om å endre de generelle bestemmelser §5, 2. ledd, 2. setning slik: Ordet – full – strykes slik at ny 2. setning blir ”For leger på sykehus betyr dette bl.a. deltagelse i avdelingens vaktplan der hvor det er etablert” – forslaget falt.

Landsstyret ble forelagt en innstilling om ”en vurdering av spesialitetsstrukturen i Norge”. I tråd med sentralstyrets anbefaling fattet landsstyret slikt vedtak: Landsstyret tar utredningen til etterretning og tilrår at Legeforeningens organer forholder seg til hovedkonklusjonene i utredningen ved vurdering av fremtidige endringer i spesialitetsstrukturen.

Landsstyret ble forelagt en innstilling om ”utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag”, og i tråd med sentralstyrets anbefaling fattet landsstyret mot én stemme slikt vedtak: Landsstyret tar til etterretning og støtter de konklusjoner som fremkommer i Løvig-utvalgets utredning av spesialitetsstrukturen i kirurgiske fag av januar 2003. Konsekvenser for spesialitetsstrukturen må vurderes på nytt når en ser klarere hvilke endringer som gjøres i sykehusstrukturen.

Forslag fra Aplf v/Anette Fosse, støttet av Henning Aanes, Nordland legeforening om at landsstyret skal be sentralstyret utrede metoder og virkemidler som kan benyttes for å sikre god kvalitet på vaktkompetansen i generell kirurgi både på mindre og større sykehus, ble enstemmig vedtatt.

Sentralstyret hadde fremmet følgende forslag: ”Det anbefales overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling at det opprettes en ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi under generell kirurgi. Landsstyret vedtok, med 58 mot 57 stemmer, å forkaste forslaget.

Forslag fra Oslo legeforening v/Arne Refsum om at ”det ikke skulle anbefales overfor Nasjonalt råd å opprette en ny grenspesialitet i mamma-endokrin kirurgi under generell kirurgi”, ble vedtatt.

Landsstyret vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling å endre spesialistreglene i blodsykdommer. Forslaget var å øke kravet til tjeneste i hematologi fra 2–2 ½ år og redusere kravet til onkologisk tjeneste fra ett år til seks måneder.

Landsstyret vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling å endre spesialistreglene i psykiatri ved å utvide krav til psykoterapiveiledning fra minimum 70 timer over minst to år til minimum 105 timer over minimum tre år.

3.5 Utvalg til å utrede reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning, økonomiske aspekter, godkjent arrangør og forhold til medisinindustrien

Det ble høsten 2002 nedsatt et utvalg med representanter fra sentralstyret, spesialitetsrådet, utdanningsfondene I, II og III til å vurdere reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning. Utvalget har vurdert økonomiske aspekter i forbindelse med kursarrangement, krav til godkjent kursarrangør og forholdet til medisinindustri og andre med markedsinteresser. Utvalget la frem sin innstilling september 2003. Sentralstyret vedtok i møte 28.10. 2003 å sende saken på høring til avdelinger, spesialforeninger, yrkesforeninger, spesialitetskomiteene, kurskomiteene i fylkesavdelingene og spesialitetsrådet med tanke på videre organisasjonsmessig behandling. Saken vil bli fremlagt til drøfting i landsstyret i mai 2004.

3.6 Spesialister godkjent i 2003

<i>Spesialitet</i>	<i>Kjønnsfordeling</i>	
	<i>Kvinner</i>	<i>Menn</i>
Allmennmedisin	57	104
Anestesiologi	23	41
Arbeidsmedisin	4	4
Barne- og ungdomspsykiatri	14	5
Barnesykdommer	14	15
Fysikalsk medisin og rehabilitering	3	5
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	15	15
Generell kirurgi	9	26
Barnekirurgi	1	1
Gastroenterologisk kirurgi	3	9
Karkirurgi	0	1
Thoraxkirurgi	0	2
Urologi	2	7
Hud- og veneriske sykdommer	5	3
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	0
Indremedisin	20	42
Blodsykdommer	2	4
Endokrinologi	0	4
Fordøyelsesykdommer	1	4
Geriatri	1	3
Hjertesykdommer	3	20
Infeksjonssykdommer	1	2
Lungesykdommer	2	2
Nyresykdommer	3	3
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	0	0
Klinisk farmakologi	0	0
Klinisk nevrofysiologi	1	2
Medisinsk biokjemi	1	2
Medisinsk genetik	1	0

Medisinsk mikrobiologi	2	2
Nevrokirurgi	0	2
Nevrologi	15	17
Nukleærmedisin	2	2
Onkologi	5	2
Ortopedisk kirurgi	4	18
Patologi	5	4
Plastikkirurgi	2	5
Psykiatri	43	30
Radiologi	18	20
Revmatologi	8	2
Samfunnsmedisin	3	1
Øre-nese-halssykdommer	5	10
Øyesykdommer	6	10
Sum	306	451

Det var i 2003 en økning i antall godkjente spesialister etter norske regler. I 2003 ble det godkjent 538 spesialister etter norske regler, mens tallet for 2002 var 502. Tallet på nye spesialister i allmenntilleggsmedisin etter norske regler viste en svak økning fra i fjor. I samfunnsmedisin har det vært få nye spesialister de siste fem år.

Det er også en svak nedgang i antall spesialistgodkjenninger ved konvertering fra annet land. Den store majoriteten av dem som har overført sin spesialistgodkjenning fra utlandet er fremdeles fra andre nordiske land. Men det er likevel en liten nedgang i antall konverteringer også fra andre nordiske land.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler har i mange år vært relativt konstant på ca. 40 år ved første spesialistgodkjenning. Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler er ca. 8,3 år ved første spesialistgodkjenning.

Andelen kvinner blant de godkjente spesialister etter norske regler i 2003 har økt fra i fjor, til 44 %. Av alle leger under 67 år i Norge, er det i dag 34,6 % kvinner. Av alle som for tiden studerer medisin i Norge er nesten 60 % kvinner (62 % for medlemmer av Norsk medisinstudentforening).

Det vises til mer utførlig omtale i Tidsskrift for Den norske lægeforening (*Tidsskr Nor Lægeforen 2004;124:686-7*). Informasjon og statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/index.db2?id=1437

3.7 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene

Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen pålegger alle godkjente utdanningsinstitusjoner hvert år å sende vedkommende spesialitetskomitérapport over avdelingens utdanningsvirksomhet relatert til spesialistreglene. Det påhviler spesialitetskomiteene til enhver tid å overvåke forholdene ved de godkjente utdanningsinstitusjoner. Rapporteringen fra institusjonene skjer i etterkant av hvert utdanningsår. Rapporteringen for 2002 viser at nær alle utdanningsavdelingene synes å ha innfridd de formelle krav som er satt til spesialistutdanningen, så som etablert utdanningsutvalg, minimum 90 minutter internundervisning per uke og oppnevnt veileder. Det er utarbeidet individuell utdanningsplan for rundt 90% av alle legene under spesialisering. Det er også en stadig forbedring når det gjelder assistentlegenes tilgang til internundervisningen, datautstyr og veiledning. I det videre arbeidet med rapporteringen bør en som tidligere særlig fokusere på

veiledningsfunksjonen, herunder bruk av individuelle utdanningsplaner og evaluering av tjenesten.

3.8 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per 31.12. 2003 godkjent 167 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i psykiatri. Etter innstilling fra psykoterapiutvalget er det i 2003 godkjent fire nye veiledere i psykoterapi.

3.9 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per 31.12. 2003 godkjent 11 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri.

Det er i 2003 ikke godkjent noen nye psykoterapiveiledere i barne- og ungdomspsykiatri.

3.10 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 19 medlemmer har Legeforeningen fire. De øvrige som har representanter i rådet er staten, Kommunenes Sentralforbund, de regionale helseforetak, universitetene, Norsk pasientforening, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon.

Disse er Legeforeningens representanter i NR:

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

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

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

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

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

Som ledd i arbeidet med vurdering av spesialitetsstruktur har Nasjonalt råd over flere år utredet strukturen i de indremedisinske spesialitetene, herunder geriatri, og i de kirurgiske spesialitetene. På bakgrunn av høringsuttalelser, bl.a. fra Legeforeningen, har Nasjonalt råds sekretariat levert en ny utredning om endringer i indremedisinske og kirurgiske fag. Utredningen vil bli sendt ut på høring bl.a. til Legeforeningen våren 2004.

Nasjonalt råd har utredet spesialiteten samfunnsmedisin, og det foreligger en utredning som er på høring.

3.11 Stillingsstruktur

Stillingsstrukturavtalen utløp formelt 31.12. 2000.

Etter flere prolongasjoner opphørte stillingsstrukturavtalen 31.3. 2002, men Sosial- og helsedirektoratet meddelte i rundskriv at tilsetningsordningen for assistentleger, med fortrinnsrett m.v., fortsatte som tidligere.

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

Derved opphørte Legeforeningens attestasjon til legene om hva de hadde/manglet av tjeneste for spesialiseringen.

Nasjonalt råd vedtok i møte 15.10. 2003 et forslag til nye tilsettingstider for leger under spesialisering som en anbefaling overfor Helsedepartementet.

I spesialiteter hvor det meste av spesialistutdanningen kan gjennomføres ved gruppe II-institusjoner, ble det anbefalt tre års tilsetting ved gruppe I-avdelinger. I spesialiteter hvor det vesentligste av spesialistutdanningen må foregå ved gruppe I-avdelinger, ble det anbefalt seks års tilsetting ved gruppe I-avdelinger. Ved gruppe II-avdelinger ble det anbefalt at halvparten av stillingene for lege under spesialisering ble faste og halvparten tidsbegrensede med fire års tilsettingstid. Tilsettingstiden i fordypningsstillinger ble anbefalt fire år. I arbeidsmedisin ble det anbefalt individuell avtalt tilsettingstid fra ett til seks år etter den enkelte leges behov. I patologi, barne- og ungdomspsykiatri og psykiatri ble det anbefalt at halvparten av stillingene gjøres faste og halvparten tidsbegrensede med seks års tilsettingstid.

Helsedepartementet har ikke villet behandle dette forslaget, bl.a. under henvisning til at det er uklart hva konsekvensene blir av forslaget når det gjelder kvantiteten i spesialistutdanningen, og med henvisning til arbeidslivslovutvalgets arbeid. Departementet har igjen slått fast at stillingsstrukturen for leger under spesialisering skal være som tidligere, det vil si slik den var i henhold til den opphørte stillingsstrukturavtalen.

3.12 Etterutdanning

Etter anbefaling fra spesialitetsrådet har sentralstyret vedtatt å gjennomføre et nytt pilotprosjekt for etterutdanningen (Leif-2004). I løpet av 2004 gjennomføres det et etterutdanningsprosjekt for alle spesialister i patologi og i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Allmennpraktiker Frank R. Andersen er prosjektleder. Hensikten med prosjektet er å utprøve i noe større skala den policy som Legeforeningen har anbefalt når det gjelder bedre dokumentasjon av legenes etterutdanning.

Nasjonalt råds forslag om etterutdanningssystem for spesialistene, i tråd med det system Legeforeningen har anbefalt, er fortsatt til behandling i Helsedepartementet.

3.13 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

I januar 2003 ble det arrangert nytt kurs (trinn I) for 24 nye veiledere i allmennmedisin. Veiledersamling for alle spesialitetene ble holdt på Sola i april 2003, med ca. 40 deltagere.

Det årlige seminar for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 23. og 24.1. 2003. 15 av landets 19 fylker var representert med til sammen 21 deltakere.

Legeforeningen arrangerte 6.–7.5. 2003 sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for leger.

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2003 rapportert inn 466 kurs – til sammen 10 191 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Årlig mottar og formidler Akademisk Studieforbund tilskudd fra departementet til ordinær studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene fra foregående år. Dette fordeles til medlemsforeningene i forhold til den studieaktiviteten de har hatt.

Kurskatalogen blir utarbeidet som før, men kun som nettutgave på Legeforeningens webside. 340 kurs ble annonsert på nettsidene i 2002.

Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

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

Fondets formål er å fremme grunn-, videre - og etterutdanning av leger.

Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Bent Folkvord, Turi Bondeson, Geir Jacobsen, Per Omvik, Tone Dorthe Sletten og Eystein Straume (Sosial- og helsedirektoratet). Tone Dorthe Sletten ønsket å fratre utvalget høsten 2003 og ble erstattet av Ingvild Brunborg fra samme tidspunkt.

Varamedlemmer har vært Olav Mjøltnes, Helge Bjørnstad Pettersen, Karin Straume, Stein Inge Fandrem, Per Henrik Randsborg (gått ut, erstattet av Synne Torkildsen), Elisabeth Hegstad og Elisabeth Wang (Sosial- og helsedirektoratet).

Øydis Rinde Jarandsen fra seksjon for medisinsk pedagogikk 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.

I de senere år har fondsutvalget vært nødt til å foreta en streng prioritering vedrørende bruken av midlene i Utdanningsfond I pga. den vanskelige økonomiske situasjonen for fondet. I arbeidet med å konsolidere fondsøkonomien har det vært viktig å skjerme de kollektive ordningene slik at de ikke har blitt skadelidende. Det har derfor de senere år vært nødvendig å redusere avsetningene til individuelle tiltak. De individuelle ordningene som ble prioritert i 2003, var ordninger som har hatt en kollektiv effekt; dvs. den har vært rettet mot leger som er engasjert i legers videre- og etterutdanning og som har ønsket å viderequalifisere seg innenfor sitt fagfelt. Utdanningsfond I arrangerte i 2003 et mindre seminar, der temaet var å få et styrket kjennskap til nye prosjekter i legers videre- og etterutdanning.

Utdanningsfond I hadde per 31.12. 2003 en egenkapital på vel 140 millioner kroner. Regnskapet viser et overskudd på kroner 14 509 954 for 2003.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2003 kan vi nevne:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av spesialforeninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- dekning av underskudd ved kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning, arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN) herunder obligatorisk kurs i kardiologi og gastroenteriologi
- individuelle stipend til leger som ønsker å viderequalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning og som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning
- Utdanningsfond I avholdt vinteren 2003 et seminar der målet var å få et dypere innblikk i prosjekter det arbeides med i legers videre- og etterutdanning, bl.a. nye trender og satsingsområder, alternative læringsformer. Seminaret brakte positive erfaringer og vil bli fulgt opp av årlige seminarer, der også mottakere av prosjektmidler vil bli invitert for å presentere prosjektene
- støtte til prosjekter som er rettet mot planlegging og utprøving av alternative læringsformer i spesialistutdanningen
- støtte til medisinnutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning

3.15 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 yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter i fondsutvalget, mens staten og Kommunenes Sentralforbund (KS) har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2001–31.12. 2004 består fondsutvalget av Eirik Bø Larsen (leder), Berit K. Norling, Dag Brække, Kristian Hagestad (staten) og Merete Furuberg Gjedtjernet (KS). Personlige varamedlemmer er Gunnar Ramstad, Sigrid Næss, Arne Vassbotn, Svein Bratland (staten) og Arne Norum (KS). Erling Bakken var utvalgets sekretær i 2003.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet har fått delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

Ytelsene finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2003–1.7. 2004 var tilskuddet kr 28,3 millioner mot kr 26,4 millioner året før.

Fondets egenkapital har vært opprettholdt de siste årene, og ved utgangen av 2003 var det bokført egenkapital på kr 114 millioner. De refunderte utleggene var på kr 24,8 millioner, hvilket er tilsvarende foregående år.

Legeforeningen fikk i 2003 midler fra Sosial- og helsedirektoratet for å gi tilskudd til veiledningskandidater i fylkene Finnmark, Troms, Nordland, Nord-Trøndelag og Sogn og Fjordane. Det ble utbetalt kr 0,9 millioner i refusjoner til veiledningskandidater i disse fylkene. Tilskuddsordningen ble avvirket per 31.12. 2003.

3.16 Utdanningsfond III – Den norske lægeforenings fond til fremme av sykehuslevers videre- og etterutdanning

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter i fondsutvalget, mens staten og KS har ett medlem hver. I perioden 2001–2004 består fondsutvalget av Torbjørn Pihl (leder), Rita Kolvik, Kjartan Stormark, Jens Eskerud (staten) og Arne Norum (KS). Personlige varamedlemmer er Jan E. Jørgensen, Vidar von Düring, Anne Mørch Larsen og Christine Furuholmen (staten). KS har ingen vararepresentant etter at Arne Norum gikk inn som ordinært medlem i fondsutvalget. Erling Bakken var utvalgets sekretær i 2003.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet har fått delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

Ytelsene finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2003–1.7. 2004 var tilskuddet kr 24,6 millioner mot kr 33 millioner året før. I tillegg ble det i henhold til overenskomst mellom NAVO-Helse og Legeforeningen vedtatt at arbeidsgiver skulle innbetale kr 1 000 per legeårsverk for 2002 og 2003 til Utdanningsfond III for å styrke helseforetakenes muligheter til å gi støtte til reise og opphold på innenlandske obligatoriske kurs for leger under spesialisering. Det er innbetalt kr 7 millioner, mens det ved årsskiftet var utestående kr 8 millioner.

Fondets egenkapital ved utgangen av 2003 er kr 89 millioner mot kr 79 millioner året før. De refunderte utleggene var på kr 28 millioner, som er en økning på kr 2,7 millioner fra 2002.

3.17 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I allmennmedisin er det per 31.12. 2003 i gang 46 veiledningsgrupper. 30 nye grupper er startet opp siden siste årsmelding. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker. Det er mange steder noe ventetid, men de fleste får plass i veiledningsgruppe i løpet av maksimum ett år.

I arbeidsmedisin er det per 31.12. 2003 i gang tre grupper. Det planlegges en gruppe i Trondheim. Det er få på venteliste.

I samfunnsmedisin er det per 31.12. 2003 seks grupper i gang. Rekrutteringen er fortsatt svak. I januar 2003 ble det arrangert nytt kurs (trinn I) for 24 nye veiledere i allmennmedisin. Veiledersamling for alle spesialitetene ble holdt på Sola i april 2003, med ca 40 deltagere. Alle veilederkoordinatorene har holdt innledninger eller bidratt på annen måte i kurs og samlinger knyttet til legers læring.

I samarbeid med Nettredaksjonen er det opprettet et eget nettsted for veiledere.

3.18 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Seksjon for medisinsk pedagogikk har i oppgave å registrere og godkjenne etterutdanningsgrupper (smågrupper) i allmennmedisin over hele landet. Per 31.12. 2003 er det registrert 450 etterutdanningsgrupper, der kolleger diskuterer klinisk allmennmedisin ut fra egen praksis. Inntrykket er at dette har stor faglig nytteverdi.

Idékatalog for etterutdanningsgruppene oppdateres jevnlig.

3.19 Gruppeveiledning i sykehus

Gruppeveiledning i sykehus har i løpet av 2003 blitt omtalt som kollegabaserte grupper i sykehus.

Det som kjennetegner gruppene er at leger under spesialistutdanning og overleger møtes jevnlig (ca. 20 møter) i løpet av en toårs periode. De som har deltatt i disse gruppene, etterspør nye tilbud og fungerer også som gode talerør for en videre spredning av denne læringsformen.

I dag har kvinneklinikken og onkologisk avdeling på Haukeland Universitetssykehus slike grupper. Det norske radiumhospital og traumatologene på Ullevål Universitetssykehus har tilsvarende.

Det foreligger også forespørsel fra indremedisinsk avdeling, Ullevål Universitetssykehus og et par gynekologiske avdelinger om å starte opp tilsvarende kollegagrupper.

Erfaringene fra gruppene tyder på at man her har et forum hvor man kan ta opp spørsmål av faglig og mer holdnings- og profesjonsetisk art som ikke andre læringselementer i leger under spesialistutdanning og overleger har. Legeforeningen bistår både i oppstart og gjennomføring av gruppene. En metodebok i veiledning i kollegagrupper er planlagt ferdig våren 2004. Den skal tjene som verktøy for dem som ønsker å starte tilsvarende grupper.

3.20 Internettkurs (LUPIN)

Legeforeningen har siden 1999 arbeidet med å utvikle kurs som leger kan ta på Internett. I dag er det sju kurs tilgjengelig som kan tas uavhengig av tid og sted. Kursene består av tekst, bilder, illustrasjoner, videoklipp etc. Det er også lagt inn tester og oppgaver underveis, og et system som registrerer hver enkelt bruker og hvor langt hun har kommet i kurset.

Nytt kurs i Forebyggende kardiologi for allmennpraktikere var ferdig ved årsskiftet. Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisin, Innføring i arbeidsmedisin og Doctors working in prison: Human rights and ethical dilemmas blir ferdig våren 2004. Det siste kurset er beregnet på fengselsleger og er utviklet i samarbeid med World Medical Association. Kurset er støttet økonomisk av Utenriksdepartementet.

I 2003 har vi også arbeidet med to andre kurs – Grunnkurs i medisinsk og kirurgisk gastroenterologi, og Hvordan utarbeide spesialisteklæringer (arbeidstittel).

3.21 Samarbeid med andre organisasjoner

Legeforeningen avgir ressurser til "National Educator" for Norsk kirurgisk forenings kursopplegg ATLS (Advanced Trauma Life Support). Det første instruktørutdanningskurs planlegges gjennomført på Haukeland Universitetssykehus høsten 2004.

Legeforeningen har fortsatt et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund. Det planlegges en ny stor opplæringskonferanse der Legeforeningen skal bidra. En sentral oppgave i dette arbeidet er å kunne nyttiggjøre seg pasientens kompetanse i konsultasjonssammenheng. Videre har dette samarbeidet bidratt til at fokus har blitt på hele behandlingsteamets rolle med pasient som aktiv aktør i denne sammenheng.

Parallelt med arbeidet med pasientorganisasjonene har Legeforeningen avgitt ressurser til Nasjonal styringsgruppe for opprettelse av lærings- og mestringssentra. Disse er tenkt opprettet ved alle større sykehus. Ved inngangen til 2004 er 32 lærings- og mestringssentra etablert på landsbasis.

Legeforeningen har også deltatt aktivt i utdanning av første pilotkull ambulansepersonell med rett til å kalle seg paramedics. Det første kullet har bestått av 24 studenter. Styringsgruppen har vært partssammensatt med blant annet NAVO, Norsk Kommuneforbund og Legeforeningen som deltakere.

3.21.1 Samarbeid med de medisinske fakultetene

Legeforeningen har i perioden hatt kontakt med fakultetene i flere sammenhenger, bl.a. gjennom forskningsutvalget. Ellers har Legeforeningen vært representert på det årlig nasjonale fakultetsmøte i medisin ("Dekanmøte") i Oslo 3.–4.6. 2003 der blant annet rekruttering av leger til medisinsk forskning og prøveprosjekt i spesialistutdanningen i Oslo og Trondheim ble diskutert.

3.21.2 Nasjonalforeningen for folkehelsen

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

3.22 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt fire møter og behandlet 51 saker. I tillegg til møtene har medlemmene gjennomført besøk ved St. Olavs Hospital i Trondheim og Orkdal sykehus i Orkanger. Samtidig besøkte deler av turnusrådet to fastlegekontorer i Klæbu og Havstein legesenter. Leder og flere av rådets medlemmer har også deltatt i møter i Legeforeningen og i Sosial- og helsedirektoratet angående arbeid med ny forskrift for turnustjenesten. Rådet har også nedlagt et betydelig arbeid i forhold til utarbeidelse av Delrapport 1 om "Behov for endringer i turnustjenesten?".

Legeforeningen har et prinsippvedtak om å arbeide for at kvaliteten og måloppnåelsen for turnustjenesten ikke skal forringes. Turnusrådet har de siste årene derfor vært spesielt opptatt av problemene i forbindelse med økende antall turnusleger samt den manglende forutsigbarheten i oppretting og tilrettelegging av turnusplasser og fordeling av turnusleger til disse.

Turnusrådet ser på turnustjenesten som en svært viktig del av utdanningen til lege. Tjenesten skal innebære trening i selvstendig legearbeid under veiledning og supervisjon, og de unge legene skal lære å ta egne avgjørelser og ansvar for disse. Supervisjon og veiledning er i det vesentlige en én-til-én situasjon. Den store økningen i antall turnusleger setter derfor store krav både til sykehusene og kommunene hvis vi skal klare og opprettholde kvaliteten og måloppnåelsen for turnustjenesten.

Fra 1998 har det ved en del turnussteder vært gitt tilbud om tredelt tjeneste i sykehus. Det er noe ulike erfaringer med denne ordningen, men generelt synes oppfatningen å være at tjenestetiden med fire måneder på hver avdeling er for kort tid til å kunne utføre en tjeneste i tråd med målbeskrivelsen som innebærer å lære å ta ansvar og utføre selvstendig legearbeid. Den store økningen av antall medisinske kandidater som melder seg til turnustjeneste i Norge,

har gitt helsemyndighetene økende problemer med å skaffe tilstrekkelig mange turnusplasser. Høsten 2003 var det i alt 146 kandidater som umiddelbart etter trekning ikke fikk turnusplass i sykehus. Noen av disse skaffet seg turnusplass andre steder, blant annet i Sverige. Resten måtte stå på venteliste og gå ut i turnus våren 2004.

Turnusrådet ser det som viktig at turnustjenesten får en kontinuerlig og systematisk faglig oppfølging. Legeforeningen venter fortsatt på at Helsedepartementet skal bestemme seg for hvordan en slik oppfølging skal foregå. Turnusrådet har ved gjentatte anledninger påpekt at man allerede i november 2000 tilskrev helseministeren med forslag om hvordan en slik systematisk og fortløpende evaluering kunne foregå.

3.23 Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

Forskningsutvalget, som er et rådgivende organ for sentralstyret, har som oppgave å fremme Legeforeningens aktiviteter innen basal-, klinisk- og helsetjenesterelatert medisinsk forskning, dette så vel i spesialisthelsetjenesten som i primærhelsetjenesten og i samfunnet generelt.

Utvalget besto i 2003 av Nils Erik Gilhus (leder), Anna Midelfart, Irene Hetlevik, Dag Sørлие, Helge Waldum, Jana Midelfart Hoff, Ole M. Sejersted, Merete Kile Holtermann og Per Hjortdahl (sekretær). Alle medlemmene har et betydelig forskningsengasjement også i øvrige funksjoner. Utvalget er også en viktig kontaktflate mot de fire medisinske fakultetene i Norge.

Forskningsutvalget har hatt fem møter og behandlet 55 saker. Forskningsutvalget har i flere av disse sakene samarbeidet med Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Av viktige saker tatt opp i utvalget er blant annet utarbeidelse av et Policydokument om forskning i allmenntilmedisin. Andre viktige saker er finansiering og prioritering av medisinsk forskning i Norge, hva betyr fristilling av universitetene for forskningen, lønn for ansatte i universitetsstillinger, fordypningsstillinger for assistentleger, forskningsaktivitetene i spesialforeningene, industrisponsing av medisinsk forskning, kvalitetsvurdering av forskningspublikasjoner, samt helseforetakenes forskningsstrategi.

Det legges opp til et relativt høyt aktivitetsnivå også for 2004 blant annet med et Forskningsseminar for helsejournalister våren 2004.

3.24 Kvalitetsforbedringsutvalget

Kvalitetsforbedringsutvalget 2003 har bestått av Rolf Kirschner (leder), Marit Eskeland, Frederik Frøen, Anne Grimstvedt Kvalvik, Kjeld Malde, Juan Robbie Mathisen, Sigrid Næss og Hans Michael Waaler. Utvalget har i perioden avholdt syv møter.

Legeforeningens kvalitetsdager ble arrangert på Soria Moria 12.–13.2. 2003 og samlet ca. 90 deltakere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer med prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaene var pasientsikkerhet og indikatorer. Et utvalg av pågående og avsluttede kvalitetsforbedringsprosjekter finansiert av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II ble presentert i plenum.

Utvalget arrangerte i april et todagers kurs i Praktisk kvalitetsforbedring. Kurset som hadde 21 deltakere var primært for leger, men var åpent for annet helsepersonell. Frederik Frøen var kursleder.

Frederik Frøen har vært ansvarlig for utvalgets arbeide med å få kvalitetsutvikling inn i grunnutdanningen ved universitetene, og konseptet som er utarbeidet er nå innført ved Universitetet i Oslo.

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

Utvalget har samarbeidet med Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM) der Kjeld Malde er Legeforeningens representant i styringsgruppen.

Utvalget har innhentet spesialforeningenes forslag til kvalitetsindikatorer.

Anne Grimstvedt Kvalvik deltar i Sosial- og helsedirektoratets gruppe for videreutvikling og

standardisering av kvalitetsindikatorer.

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

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

3.25.1 Fondsutvalgets sammensetning 2000–2003

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Statens helsetilsyn og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt tre møter i 2003.

3.25.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For 2003 ble det avsatt kr 5 250 000 til Kvalitetssikringsfond I.

3.25.3 Søknader og bevilgninger i 2003

Det totale antall søknader til fondet var 17, med en samlet søknadssum på kr 4 622 200. Av disse søknadene ble 14 innvilget, med et samlet beløp på kr 4 294 200. Fondsutvalget har finansiert et større prosjekt i allmennmedisin som kombinerer audit-metoden og gjennombruddsteknikken. Prosjektet kalles PANG (Primærmedisinsk Audit-Norge Gjennombrudd) og retter seg mot rygglidelser i allmennpraksis.

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

3.26.1 Fondsutvalgets sammensetning 2001–2004

Fondsutvalget består av Stein Tore Nilsen (leder), Solfrid Kjus, Asle W. Medhus, alle Legeforeningen, Heidi Merete Rudi, Sosial- og helsedepartementet og Erik Bartnes, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt to møter i 2003.

3.26.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For driftsåret 2003 fikk Kvalitetssikringsfond II tilført 4,3 millioner kroner.

3.26.3 Søknader og bevilgninger i 2003

Det totale antall søknader til fondet var 22, med samlet søknadssum 7 224 660 kroner. 16 av søknadene ble innvilget, med til sammen 2 875 000 kroner. Fondets største enkeltprosjekt var gjennombruddsprosjekt psykiatri II, "Alvorlige stemningslidelser", som ble avsluttet våren 2003. Forberedelser til to nye gjennombruddsprosjekt innen psykiatri ("ADHD" og "Kvalitet og effektivitet") er startet.

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 spesialforeningene settes det ned en tverrfaglig ekspertgruppe, som identifiserer problemer og

forbedringsmuligheter. De deltakende avdelinger setter ned hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Deres lokale forbedringsarbeid blir støttet av prosessveiledere, som er eksperter på de sosiale og psykologiske aspekter ved endringsprosesser.

Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fåes i sekretariatet og også hentes fra Legeforeningens hjemmeside.

3.27 Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laborativ virksomhet utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond III)

3.27.1 Organisering

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

3.27.2 Styringsgruppen 2002

Styringsgruppen bestod i 2003 av Terje Vigen (leder), Hans Kristian Bakke, Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Inge Romslo, staten v/Helse Midt-Norge RHF, Liv Bagstevold, staten v/Sosial- og helsedirektoratet, Laila Skarheim (observatør), Kommunenes Sentralforbund. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

3.27.3 NOKLUS

NOKLUS er en landsomfattende organisasjon. De ansatte arbeider dels knyttet til 24 ulike sykehuslaboratorier i landet (NOKLUS i regionene) og dels knyttet til Seksjon for allmennmedisin ved Universitet i Bergen (NOKLUS Senter). NOKLUS Senter sender ut prøver med ukjente verdier til deltakerne. Deltakerne analyserer prøvene og sender resultatene tilbake til NOKLUS som behandler dem statistisk. Etter hver utsendelse får deltakerne tilbakemelding om hvordan deres resultater er sammenliknet med andres, med fasitverdier og med retningslinjer. Laboratoriekonsulentene i NOKLUS i regionene får rapporter med tilsvarende opplysninger til bruk for oppfølging av deltakerne. Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside, eller NOKLUS hjemmeside, www.noklus.no Målet for samarbeidsordningen er å etablere og drive et landsomfattende samarbeid for kvalitetsforbedring av den laborativ virksomhet som drives utenfor sykehus.

I 2003 hadde NOKLUS en oppslutning på 2 169 norske laboratorier. 99 % av landets legekontor (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) som har laboratorium, deltar i samarbeidsordningen.

En "laboratorieprofil" som kan innhente data over legenes rekvirering av laboratorieprøver er utprøvd i 90 praksiser. Samarbeidet mellom representanter fra DiabCare, Norges Diabetesforbund, SATS (som nå er inkludert i NOKLUS) og NOKLUS, er videreført igjennom en videreutvikling av en elektronisk registrering av data om den enkelte diabetiker som grunnlag for systematisk oppfølging.

Skandinavisk samarbeid om utprøving av instrumenter for primærhelsetjenesten (SKUP) har ferdigstilt to rapporter vedrørende brukerundersøkelse av to glukoseinstrumenter blant diabetikere, og gjennomført fem utprøvinger av instrumenter beregnet for primærhelsetjenesten. NOKLUS forvalter ordningen med nye kravspesifikasjoner for blodsukkerstrimler som Rikstrykdeverket gir refusjon for.

Alle militære sykestuer som utfører laboratorieanalyser er med i samarbeidsordningen finansiert av Forsvarets Overkommando. I 2002 meldte de første oljeplattformene seg inn i NOKLUS, og i 2003 har det vært møter mellom NOKLUS og Statoil der målet er å inkludere

alle enheter med laboratorievirksomhet som deltakere.

Ved utgangen av 2003 var det knyttet to doktorgradskandidater og to hovedfagstudenter til NOKLUS.

Det er utarbeidet en egen årsrapport som fås ved henvendelse til sekretariatet.

3.28 Publikasjoner

3.28.1 Legeforeningens skriftserie Utdanning og kvalitetsutvikling

Hensikten med denne serien er å stimulere til lokale kvalitetsforbedringstiltak og etterutdanning. Det var i 2003 ingen nye utgivelser i serien. Det ble produsert nytt opplag av "Veileder til diagnose, behandling og forebygging av kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS)". Tidligere er det utgitt ca. 55 publikasjoner i serien. Fullstendig oversikt over utgivelser med bestillingsliste finnes på Legeforeningens hjemmeside www.legeforeningen.no

3.29 Spesialforeningenes kvalitetsutvalg

Kvalitetsforbedringsarbeidet i spesialforeningene blir støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Kr 20 000 kan etter søknad stilles til disposisjon for spesialforeningenes kvalitetsarbeid. I 2003 har ni foreninger fått innvilget slik støtte.

3.30 Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten

GRUK har vært involvert i en rekke prosjekter i institusjons- og primærhelsetjenesten i perioden, og deres arbeid er høyt verdsatt. GRUK har bl a organisert et utdanningsprogram i prosessforbedring for veiledere i allmennmedisin og startet opp et prosjekt som studerer tilgjengelighet og medarbeidernes rolle ved fastlegekontoret. GRUK er også inne i rusfeltet der man kombinerer elementer fra prosessforbedring og individuell plan/KPA (koordinert psykososialt arbeid) i ulike oppdrag. GRUKs prosjekter og metoder er beskrevet på www.gruk.no

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

3.31 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

Ved innledningen av 2003 besto utvalget av Lars A. Nesje (leder), Hanne Klausen, Hans Morten Lossius og Ragnhild Smalås. Etter avsluttet periode foretok sentralstyret høsten 2003 ny oppnevning og utvalget består nå av Lars A. Nesje (leder), Hanne Klausen, Mårten Sandberg og Grethe Fosse. Utvalget skal bl.a. gi råd til sentralstyret i saker som gjelder prehospital akuttmedisinske spørsmål samt ta ansvar for revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Utvalget har hatt tre møter i perioden. Utvalget er kjent med at et regjeringsoppnevnt utvalg lenge har arbeidet med å utrede overgangen fra tre nødnummer til ett felles nødnummer for alle nødetatene og utvalget er bekymret for en slik løsning. Et notat om dette er avgitt til sentralstyret. Utvalgsleder deltar i referansegruppe for utvikling av elektronisk versjon av norsk indeks for medisinsk nødhjelp (se eget punkt i årsmeldingen) samt deltar i prosjektgruppe for å etablere felles tilgang til beslutningsstøtteverktøyene medarbeiderråd for legevakter og allmennlegekontor og norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Sistnevnte prosjekt ble fullført ved årsskiftet.

3.32 Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen og firmaet Aasmund S. Lærdal AS arbeider med å utvikle, revidere og utgi Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Det har noen år pågått et prosjektarbeid for å utvikle en elektronisk versjon av indeks. Arbeidet har imidlertid tatt betydelig lengre tid enn forutsatt. Legeforeningens utvalg for prehospitalet akuttmedisin har gjennomgått og kommentert en uferdig versjon av elektronisk indeks.

4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

4.1 Forskningsinstituttet

4.1.1 Personale og finansiering

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

4.1.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder. Det kom 11 publikasjoner i 2003. Sentrale tema for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykелighet og dødelighet, læring og profesjonalisering, lege/pasientforholdet, og ellers alt som har med legers atferd å gjøre. Forskningsinstituttets medarbeidere er ofte forelesere på møter i fylkesavdelinger og yrkesforeninger, og deltar også i offentlig debatt med kronikker og andre innlegg .

Forskningsinstituttet har sin egen hjemmeside: www.legeforeningen.no/lefo der det bl.a. finnes en oversikt med sammendrag over alle publikasjoner.

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

Legene Jan Nesland og Ingebjørg Storm-Mathisen er av sentralstyret oppnevnt til å bestemme hvilke søkere som i perioden 2002–2003 skal tildeles midler fra fondet. Midler utdeles en gang årlig.

Økonomiforvaltning og regnskapsførsel for dette fond ivaretas av sekretariatet.

4.3 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen har sammen med Norges Apotekerforening og Statens legemiddelverk utgitt Norsk legemiddelhåndbok gjennom foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok. Boken er en terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ ved ulike lidelser. Siste utgave av boken ble utgitt 2001. I løpet av 2003 forberedes revisjon til utgivelse i 2004. Det arbeides også med legemiddelhåndboken på elektronisk medium. Ved starten av 2003 var Terje Vigen representant for Legeforeningen med Audun Fredriksen som vararepresentant. Da Terje Vigen ble ansatt som generalsekretær ble Audun Fredriksen oppnevnt som representant med Hans Asbjørn Holm som vararepresentant.

4.4 Tobakksforebyggende arbeid

4.4.1 Tobakksfritt

Tobakksfritt er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og arbeider for å redusere bruken av tobakk. Medlemmer er Legeforeningen, Den Norske Kreftforening, Norsk Sykepleierforbund, Landslaget Mot Tobakk, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Idrettsforbund og Olympiske komité, Den norske jordmorforening, Den norske tannlegeforening, Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke og Norsk Helse- og Sosialforbund (nå Fagforbundet). Tobakksfritt har egne hjemmesider www.tobakksfritt.no.

Tobakksfritt har i perioden hatt fem møter og har i 2003 vært opptatt av arbeidet med innføring av bevilling for salg av tobakksvarer, om grensehandelsutsatte varer og om arbeidet mot snus. Ledelsen har hatt møter med politiske partier, to møter med Stortingets sosialkomité

og ett med finanskomiteen. Det har vært avholdt presseseminar om bevilling for salg av tobakk. Tore Sanner leder Tobakksfritt. Ellen Juul Andersen, Legeforeningen, er nestleder.

4.4.2 Røykfrie sykehus

Kampanjen "Røykfrie sykehus" ble startet i 2002 i regi av Norsk Sykepleierforbund, Fagforbundet (tidligere Norsk helse- og sosialforbund og Norsk Kommuneforbund) og Legeforeningen. Kampanjen ble offisielt åpnet 1.3. 2003 på Ullevål universitetssykehus av helseminister Dagfinn Høybråten. Ellen Juul Andersen og Lisbet T. Kongsvik har vært Legeforeningens representanter i arbeidsgruppen som har arbeidet med kampanjen. Arbeidsgruppen har hatt åtte møter i løpet av 2003. Ved utgangen av 2003 var 62 sykehus erklært røykfrie for de ansatte i arbeidstiden. Av disse sykehusene mottok 23 organisasjonenes "Røykfripris" i 2003. De resterende sykehusene vil motta røykfriprisen i løpet av første halvår 2004.

5 Helsepolitikk

5.1 Uttalelser til offentlige utredninger m.v.

Avgitte høringer i perioden 1.1.–31.12. 2003

- Pilotprosjekt for elektronisk rekvirering av legemidler på sykehus – forslag om forskriftsendring
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene
- Lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m.
- Endringer i pasientrettighetsloven m.m. Utvidelse av retten til nødvendig helsehjelp og til å velge sykehus
- Rusreform II – Kommunal overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere
- Indeksprissystemet for visse generiske legemidler
- Omlegging av produksjon og utsendelse av A-resepter
- Sikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming
- Bransjekrav legekantor/legevakt
- Refusjon for svangerskapskontroll utført av privatpraktiserende jordmødre
- Endringer i pasientskadeloven
- Sammenslåing av NVH og NLH og ev. flytting av veterinærutdanningen og veterinærinstituttet til Ås
- Forslag til endring av legemiddeloven
- Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten
- Gjennomføring av EUs patentdirektiv i norsk rett
- Endring av forskrift om klinisk utprøving av legemidler til mennesker
- Forskrift om omsetning av visse reseptfrie legemidler utenom apotek og forslag om lovendring for å innføre søknadsgebyr m.v.
- Utkast til forskrift for meldingssystem for smittsomme sykdommer (MSIS) og tuberkuloseregisteret, forskrift for system for vaksinasjonskontroll (SYSVAK)
- Meldeblankett for meldeplikt etter spesialisthelsetjenestelovens § 3-3
- Forslag til endring i Lov om forbud mot kjønnslemlestelse
- Forslag til forskrift om strålevern og bruk av stråling og forslag til endringer av forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter
- Forslag til forskrift om Reseptbasert legemiddelregister (Reseptregisteret)
- Likestillingspolitisk dokument
- Forvaltningen av blåreseptordningen
- Medisinsk-faglig innhold i henvisninger – ”Den gode henvising”
- Forslag til endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler
- Klinisk spesialist innen radiografi og stråleterapi
- Rapport om endringer i politiloven
- Fastlegeordningen etter 2 år – bidrag til statusrapport
- Plan til videreutdanning i helseadministrasjon og pasientrettede IKT-systemer for helsesekretærer
- Nasjonale retningslinjer for håndhygiene
- Rammeplan for jordmorutdanningen
- Forslag til forskrift for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk. IPLOS-registeret
- Veileder helsetjenesten for innsatte i fengsel
- Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ i helseforetak
- Vedr. optikers rett til å forskrive medikamenter
- Kravspesifikasjon for elektronisk dokumentasjonssystem for pleie og omsorgstjenesten
- Utkast til midlertidig forskrift om helse, miljø og sikkerhet for enkelte petroleumsanlegg

- på land og enkelte rørledningssystemer
- Utkast til forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell
- Ny forskrift om obduksjon
- Nye forskrift og ny godkjenningsordning for ambulanserbiler
- Utkast til forskrift om unntak fra krav om godkjenning for overføring av hele eller deler av en biobank til utlandet m.m.

5.2 Spesiell omtale av enkelte høringsuttalelser

5.2.1 Lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m.

I høringsbrevet fra departementet ble det redegjort for de sentrale forslagene i lovutkastet som er: Forbud mot lagring av ubefruktede egg oppheves. Sæddonors anonymitet oppheves. Barnet kan få opplyst sæddonors identitet etter fylte 18 år. Donorsæd kan benyttes både ved kunstig inseminasjon og ved befruktning utenfor kroppen. Det foreslås et forbud mot preimplantasjonsdiagnostikk. Ultralydundersøkelser som foretas i den hensikt å påvise eller utelukke sykdom eller utviklingsavvik hos fosteret omfattes av bioteknologilovens bestemmelser om godkjenning m.v. Kvinnen eller parets rett til informasjon om genetisk veiledning i forbindelse med fosterdiagnostikk styrkes. Forbudet mot bruk av genetiske opplysninger utenfor helsetjenesten videreføres og presiseres. Vilåårene for oppsøkende genetisk virksomhet uten pasientens samtykke strammes inn. Forbudet mot genterapi på kjønnsceller og befruktede egg videreføres. Det innføres et forbud mot genterapi på fosteret.

Det nedsettes et utvalg som skal foreta en gjennomgang av reguleringen av medisinsk forskning i Norge.

I sin generelle kommentar til forslagene uttalte Legeforeningen bl.a. at medisinsk bruk av bioteknologi er et etisk, komplekst område som det ikke er enkelt å ha klare og entydige svar på. Etter Legeforeningen mening er det heller ikke like lett alltid å regulere etiske problemstillinger gjennom lovgivningen. Et lands etiske holdninger gjenspeiler seg ikke bare gjennom de lover som er etablert, men hvordan disse er kommet i stand. Dersom lovgivning er et resultat av folks holdninger til etiske problemstillinger er ikke dette problematisk. Dersom lovgivningen blir tredd ned over hodet på befolkningen uten å ha den nødvendige etiske bevissthet er dette problematisk både fordi det er ødeleggende for holdninger til lovgivers autoritet og holdningen til nødvendigheten av å forholde seg til de lover og regler som er bestemt.

Legeforeningen knyttet kommentarer til flere punkter i forslaget. Foreningen var bl.a. uenig i at sæddonors anonymitet skulle oppheves fordi dette kan skape unødvendige problemer og konflikter både for barnet, den biologiske og den sosiale far. I spørsmålet om valg av sædgiver støttet Legeforeningen departementets forslag om at sæd fra avdød giver skal kunne brukes. I begge disse to spørsmålene var det dissens i Legeforeningens sentralstyre.

Om genetisk undersøkelse av befruktede egg er Legeforeningen enig i at man ønsker å bidra til å hindre en utvikling mot et sorteringssamfunn. Det er imidlertid vanskelig å være for absolutt på dette området. Ved implantasjonsdiagnostikk forhindres svangerskap der fosteret antas å være bærer av uønskede/patologiske egenskaper og der man likevel på et senere tidspunkt vil gjøre undersøkelser med henblikk på fosterdiagnostikk og ev. avbrudd av svangerskapet. Legeforeningen mener derfor at preimplantasjonsdiagnostikk må være tillatt på spesielle indikasjoner. Videre mener Legeforeningen at det er ulogisk og kvinnediskriminerende å tillate sæddonasjon og ikke eggdonasjon. Om fosterdiagnostikk uttalte foreningen at departementets ønske om tilstramming av vilåårene for å få utført fosterdiagnostikk vil bli svært vanskelig å etterleve i praksis. Legeforeningen mener at hovedpoenget må være at fosterdiagnostikk skal være et individuelt tilbud som hver og en får ta stilling til ut fra sitt ståsted uten at det øves press av noen for at dette blir gjort.

Om oppsøkende genetisk virksomhet uttaler Legeforeningen at departementet foretar en for sterk innsnevring av mulighet for oppsøkende genetisk virksomhet overfor familiemedlemmer til indikatorperson. Det må kunne åpnes for at lege som vil drive oppsøkende virksomhet kan

gjøre dette på nærmere definerte vilkår.

Om genterapi uttalte foreningen at også denne paragrafen er for restriktiv da det i en del tilfeller kan være medisinsk ønskelig å starte behandling allerede i mors liv. Foreningen hadde også kommentarer til forslagene om farmakogenetiske undersøkelser, om informasjon og genetisk veiledning, om farskapstesting på fosterstadiet, om avgjørelse om behandling og om informasjon og samtykke ved kunstig befruktning.

5.2.2 Endringer i pasientrettighetsloven

Helsedepartementet foreslo å utvide pasientens rett til fritt sykehusvalg til også å omfatte private sykehus som har inngått avtale med de regionale helseforetakene om fritt sykehusvalg. Det ble videre foreslått endringer som sikrer oppfyllelse av pasientens rett til nødvendig helsehjelp ved at det skal fastsettes en konkret, individuell fastsatt frist for når rettigheten senest skal være oppfylt. Dersom pasientens rettighet ikke oppfylles innen utløpet av fristen foreslås det at overskridelsen skal ha som konsekvens at pasienten får rett til nødvendig helsehjelp privat eller i utlandet. Videre foreslås opprettet et sentralt statlig organ som skal ha som oppgave å fremskaffe tilbud om helsetjenester privat eller i utlandet til pasienter som ikke har fått oppfylt retten til nødvendig helsehjelp innenfor den fastsatte fristen. Oppgaven skal enten kunne legges til et organ som opprettes for formålet eller den kan legges til et eksisterende organ.

Det foreslås også at pasienter som ikke kan få behandling på grunn av manglende kompetanse i Norge, og som etter gjeldende rett vurderes etter bestemmelsene om bidrag til behandling i utlandet i fremtiden vurderes etter bestemmelsene om rett til nødvendig helsehjelp.

Om retten til fritt sykehusvalg uttalte foreningen at den hittil har blitt benyttet i meget moderat grad. Departementet forventer imidlertid økning når forholdene blir lagt til rette. Etter Legeforeningens syn er det en forutsetning for at legene skal bruke tid på å administrere en slik ordning, at det tilrettelegges for systemer som gjør det mulig å ivareta en slik oppgave med et minimum av ressursforbruk.

Om fastsettelse av konkret individuell frist mener Legeforeningen at dette vil gjøre det mye enklere for pasientene å oppfatte hva rettigheten består i. Legeforeningen støtter ordningen. Likeledes støttes at fristen fastsettes av den lege som vurderer retten til nødvendig helsehjelp i forhold til de aktuelle prioriteringskriterier.

Om forslaget om helsehjelp privat eller i utlandet er Legeforeningen bekymret for at dette kan medføre noen uønskede vridninger av tjenestetilbudet, f.eks. ved at pasienter med psykiske lidelser, kroniske sammensatte lidelser m.v. blir taperne idet pasienter med behov for behandling av relativt ukompliserte kirurgiske lidelser vil kunne nyttiggjøre seg et utenlandstilbud i mye høyere grad enn de ovennevnte grupper.

Om forslaget til et statlig organ som skal holde oversikt over avtalene med tjenesteyting innenlands og utenlands støtter Legeforeningen dette. Etter Legeforeningens syn bør ansvaret og vedtakskompetansen når det gjelder tilbud om subsidiær nødvendig helsehjelp ligge hos det regionale helseforetaket. Det vil være nødvendig om pasienten skal være nødt til å henvende seg til et annet organ.

Legeforeningen påpekte videre at fylkeslegen også bør være klageinstans for klager på avslag om rett til behandling i utlandet på samme måte som fylkeslegen er klageinstans for retten til nødvendig helsehjelp.

5.2.3 Rusreform II

Legeforeningen har i høringsuttalelser støttet både rusreform I og rusreform II. Ved Rusreform I ble ansvaret for spesialiserte helsetjenester til rusmiddelmissbrukere overført fra fylkeskommunen til de regionale helseforetakene. Legeforeningen støttet dette (jf. høringsuttalelse Statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmissbrukere av 19.2. 2002) fordi det ville medføre at ansvaret for helsetjenester til rusmiddelmissbrukere ble klart plassert på to forvaltningsnivåer: staten for de spesialiserte helsetjenester, kommunene for de primære helsetjenester. Legeforeningen hadde noen kritiske

merknadene i henhold til legens plikt til å uttale seg om tvangstiltak, hvorvidt legemiddelassistert rehabilitering generelt er nødvendig helsehjelp samt om fastlegen skal være forpliktet til å skrive ut substitusjonsmedikamenter.

I Rusreform II foreslås at ansvaret for "spesialiserte sosiale tjenester", omsorg og rehabilitering for rusmiddelmissbrukere overføres fra fylkeskommunen til kommunene. Legeforeningen mente i høringsuttalelsen av 27.1. 2003 at dette var en fornuftig ansvars- og oppgavefordeling, som sammen med iverksettelse av individuelle planer kan bidra til et bedre og mer tilpasset behandlingsapparat. Legeforeningens utgangspunkt var at tiltak til rusmiddelmissbrukere enten bør ligge hos de regionale helseforetakene eller i kommunene, og at et tredelt forvaltningsansvar er uheldig. Avveiningene som førte til at Legeforeningen mente at de spesialiserte sosiale tjenester burde overføres til kommunene var dels at disse tiltakene innholdsmessig er vesentlig forskjellige fra spesialiserte helsetjenester og derfor ikke naturlig hører hjemme i de regionale helseforetak. Tiltakene er imidlertid ganske like tilsvarende tiltak kommunene gir overfor andre grupper; så som omsorg og rehabilitering. Ved en tydelig forankring i kommunene vil de få et helhetlig ansvar for at den enkelte får den hjelp som trengs for å løse sine rusmiddelproblemer: enten det er tiltak fra kommunehelsetjenesten, sosialtjenesten, barnevern, skole, boligetat eller lignende.

Utover sommeren og høsten ble det imidlertid tydeligere at sektoren selv primært ønsket at disse tiltakene skulle forankres i de regionale helseforetak. Stortingets sosialkomité vurderte også en slik overgang. Ved flere ulike anledninger drøftet Legeforeningen med sosialkomiteen, Sosialdepartementet og Helsedepartementet hvordan en overføring til staten kunne løses i henhold til henvisningsrutiner, betalingsordninger m.v. Stortinget (Lagtinget) besluttet 20.11. 2003 at det gjenværende fylkeskommunale ansvar for tiltak til rusmiddelmissbrukere skulle overføres til staten med virkning fra 1.1. 2004.

5.2.4 Sikkerhet ved bruk av tvang overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming

Det har vært en midlertidig bestemmelse i sosialtjenesteloven (kap. 6 A) som har inneholdt regler om begrensning og kontroll med bruk av tvang og makt overfor enkelte personer med psykisk utviklingshemming. I nytt forslag til permanent regelverk er det foreslått at bruk av tvang skal avgrenses til å gjelde som ledd i pleie- og omsorgstjenesten. Reglene omfatter ikke bruk av tvang for å gjennomføre medisinsk undersøkelse og behandling. Hovedvilkårene for bruk av tvang og makt foreslås videreført.

Adferdsendrende tiltak er foreslått sløyfet som eget grunnlag for å bruke tvang. Dagens forbud mot bruk av mekaniske tvangsmidler er foreslått modifisert. Dagens krav om protokollføring og rapportering er foreslått erstattet av de generelle reglene om dokumentasjonsplikt i helsepersonelloven.

I sin uttalelse viste Legeforeningen til høringsuttalelse avgitt høsten 2002 om tvang overfor senil demente. Legeforeningen mente det bør gis en særskilt lov om bruk av tvang i ethvert henseende innenfor helse- og sosialtjenesten.

Legeforeningen var ikke enig i departementets forslag om bruk av tvang eller makt mot barn under 16 år. Dette innebærer et unntak for denne gruppen med hensyn til pasientrettigheter, samtidig som foreldreansvaret begrenses.

5.2.5 Høring - NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen ga tidlig sin aktive støtte til statlig overtagelse av sykehusene, men mente de strukturelle reformer måtte kombineres med en innholdsreform som tar utgangspunkt i de medisinsk-faglige aspektene i helsetjenesten. Videre understreket vi behovet for at andre virkemidler - spesielt finansieringssystemet - måtte understøtte reformen. Legeforeningen så derfor NOU 2002:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten som et første, viktig skritt på veien mot et finansieringssystem tilpasset ny organisering av spesialisthelsetjenesten. I høringsuttalelsen av 6.3. 2003 tok Legeforeningen bl.a. opp:

Hovedmodell for finansiering av RHF: Legeforeningen støttet i høringen mindretallets forslag til hovedmodell for den statlige finansiering av de regionale helseforetak. Den besto i å videreutvikle dagens ISF-modell gjennom en gradvis utvidelse av stykkprisrefusjoner også til å gjelde poliklinisk behandling, rehabilitering og habilitering og psykiatri. Legeforeningen mente at flertallets forslag om at de regionale helseforetakene skal få fullfinansiert avtalt aktivitet, mens aktivitet inntil 2 % mer enn det avtalte nivået, bare skulle refunderes 50–60 %, ville undergrave intensjonen i sykehusreformen. Flertallets forslag kunne i praksis føre til at den innsatsstyrte finansieringen av spesialisthelsetjenesten vil stoppe opp og trolig bli reversert da de regionale helseforetakene i utgangspunktet ikke vil ha vesentlig tilgang til andre midler enn det som tilføres fra staten for finansiering av helsetjenester. Man må derfor regne med at den måten staten vil finansiere de regionale helseforetakene på, vil gjenspeile seg i hvordan de regionale helseforetakene i neste omgang vil finansiere pasientbehandling.

Hovedstrategi å styrke RHF'enes sentrale rolle: Legeforeningen støttet prinsipielt utvalgets syn om at finansieringssystemet skal styrke den sentrale rollen de regionale helseforetakene (RHF) har i spesialisthelsetjenesten. Skal potensialet i sykehusreformen utnyttes må de finansielle virkemidler understøtte reformen og tydeliggjøre de regionale helseforetakenes ”sørge for ansvar” i sin region. Legeforeningen var uenig i utvalgets forslag om å overføre de privatpraktiserende spesialisters polikliniske refusjoner til de regionale helseforetakene, da man verken anså dette som ønskelig eller hensiktsmessig. En endring av det finansielle, og dermed rettslige, grunnlaget for privatpraktiserende spesialister gjennom forslagene i utredningen anses som forhastet. Legeforeningen viste i høringen til at trygderefusjoner er tuftet på pasientrettigheter, og innebærer at pengene følger pasientene, selv om systemet nå er videreutviklet med direkteoppgjørsavtaler. En omlegging vil innebære en vesentlig uthuling av pasientens rettigheter.

Aktivitetsbasert finansiering av forskning og utdanning: Når det gjelder finansiering av forskning understreket Legeforeningen behovet for mer midler til medisinsk forskning. Samtidig støttet man utvalgets forslag om resultatbasert forskningsfinansiering. Utvalgets forslag til resultatparametre for forskning (artikler i referee-basert tidsskrift og avlagte doktorgrader) burde imidlertid utvides med kvalitetsparametre som tar hensyn til forskningens langsiktige karakter. Når det gjelder utdanning støttet Legeforeningen utvalgets forslag om aktivitetsbasert finansiering av utdanning, men mente at en finansieringsmodell for grunnutdanning som kun er basert på antall uker det er studenter til stede er for snever. Det bør derfor utarbeides kvalitetsindikatorer på undervisning, slik det er gjort for forskningsresultater. Videre bør det også, som for grunnutdanning og forskning, utvikles en aktivitetsbasert finansiering av spesialistutdanningen.

5.3 Statsbudsjettet 2004

Etter at statsbudsjettet for 2004 ble fremlagt hadde Legeforeningen 21.10. 2003 et møte med sosialkomiteen der bl.a. følgende spørsmål ble tatt opp:

5.3.1 Kap. 0732 Regionale helseforetak

Legeforeningen har støttet sykehusreformen, men fremhevet overfor sosialkomiteen at man er bekymret for at det er blitt et for ensidige økonomisk fokus i reformens kjølvann. Helt siden starten har foretakene dratt med seg store underskudd. I statsbudsjettet for 2004 viderefører denne trenden. Det er vanskelig å overskue de samlede konsekvensene av de mange forslag til effektivisering og endringer av regelverk som ligger i forslag til statsbudsjett. De regionale helseforetakene har selv beregnet at de må spare mer enn 2 milliarder kroner innen utgangen av neste år¹. Det er forutsatt at de regionale helseforetakene skal være i økonomisk balanse i 2004. Legeforeningen tror dette blir vanskelig når det innebærer nye effektiviseringskrav på om lag

¹ I følge NTB er anslaget for Helse Sør over 900 millioner kroner, Helse Nord 400 millioner kroner, Helse Midt-Norge 500 millioner kroner, mens Helse Vest allerede i år forventer et underskudd på 375 millioner kroner.

400 millioner kroner, nye kutt i enhetsprisen i ISF på om lag 470 millioner kroner i 2003 og ytterligere 350 millioner kroner i 2004. Videre mente Legeforeningen at senking av refusjonsandelen i ISF fra 60 % til 40 % på ett år er alt for mye, av flere grunner. For det første gir en så lav refusjonsandel helt gal signaleffekt til regjeringens budskap om at de vil videreutvikle ISF slik at også forskning, poliklinikkene, psykiatri, rusomsorg osv blir aktivitetsbasert. For det andre vil det medføre at de regionale foretakenes inntektsside blir enda mer usikker. Helt siden innføringen av ISF har aktiviteten vært høyere enn planlagt. Samlet aktivitetsnivå i 2003 forventes å ligge 12 % høyere enn nivået i 2000. Med den foreslåtte refusjonsandelen vil de regionale helseforetakene måtte bære en vesentlig større del av risikoen og få betydelig mindre midler, dersom de ikke greier å få aktivitetstallene ned. For det tredje er det urimelig av departementet å foreta en så stor endring av rammebetingelsene med så kort tidsmargin. Dette innebærer at forutsigbarheten i de statlige styringssignaler blir lav og tilfeldig. Når det gjelder åpningsbalansen, mente Legeforeningen at det tross alt er positivt at statsbudsjettet, to år etter sykehusreformen, endelig etablerer åpningsbalanse for foretakene. Åpningsbalansen er imidlertid fastsatt for lavt. Det som ikke er positivt er at helsedepartementet istedenfor åpningsbalanse – fastsatt på bakgrunn av realistisk gjenkjøpsverdi og ordinære bedriftsøkonomiske modeller – har tatt utgangspunkt i hvor mye penger de ønsker å bevilge til avskrivninger, og på denne bakgrunn fastsatt åpningsbalansen.

Ser man helseforetakenes økonomi samlet er Legeforeningen bekymret for at foretakene også i år blir underbudsjettet, og at potensialet i sykehusreformen derfor blir skadelidende.

5.3.2 Opptappingsplanen for psykisk helse - positive til utvidelse

Opptappingsplanen for psykisk helse innebærer at det i løpet av planperioden skal bevilges 24 milliarder mer til psykisk helsevern. Fjorårets statsbudsjett viste at den gjennomsnittlige vekst for de tre siste årene måtte være om lag 1 220 millioner kroner (2002-kroner) skal man nå måltallet. Veksten i budsjettframlegget er 700 millioner kroner. Legeforeningen mente at dersom tidsrammen ikke hadde vært utvidet hadde det virkelig vært grunn til å protestere. Legeforeningen støttet imidlertid at handlingsplanen utvides med to år og mener dette vil gi en bedre ressursbruk av gjenstående midler.

5.3.3 85% økning i Egenandelstak 1 er urimelig

Regjeringen foreslo at Egenandelstak 1 økes fra 1 350 til 2 500 kroner i 2004. Det er viktig at alle kan få medisinsk hjelp uavhengig av personlig økonomi. Samtidig hadde Legeforeningen forståelse for departementets begrunnelsen om at egenandelstaket ikke har fulgt prisutviklingen, og at andre ordninger er med på å skjerme storbrukerne av helsetjenester. Det er bedre å øke egenandelstaket enn å øke de enkelte egenandelene ved konsultasjonene i helsetjenesten ytterligere. I perioden 1997–2003 har det vært en 65 % økning i disse egenandelene. Likevel mente vi at forslaget innebar en for stor økning i løpet av ett år. Heving av egenandelstaket bør etter Legeforeningens oppfatning, kombineres med en skjerming av minstepensjonistene i form av et lavere tak 1 for denne gruppen.

5.3.4 Legemidler - Kap. 2751

Overføring av medisiner fra generell til individuell refusjon

Legeforeningen uttrykte motstand mot overføring av alfablokkerne Carduran og Sinalfa fra generell til individuell refusjon. Legeforeningen mener det kan medføre ulik tilgjengelighet da tilgjengelighet til spesialist er svært ulik. Sosial- og helsedirektoratet hadde sammen med Statens legemiddelverk kommet frem til at alfablokkerne Carduran og Sinalfa kunne overføres fra generell refusjon til refusjon på individuelt grunnlag etter § 10a. Begrunnelsen er at alfablokkere ikke lenger er anbefalt førstevalg for behandling av høyt blodtrykk og at disse legemidlene i for stor grad forskrives på blå resept for indikasjonen benign prostatahyperplasi, som ikke er refusjonsberettiget. For å forhindre at disse pasientkategoriene urettmessig får medisinerne på blå resept ble legemidlet tatt ut av ordningen med generell refusjon. Det ble

forutsatt at pasienter som benyttet legemidlet til behandling av forhøyet blodtrykk ville ha tilgang til legemidlene etter samme betingelser som etter dagens ordning med generell refusjon. Departementet la til grunn at tilbudet til pasientene skal opprettholdes, men Legeforeningen uttrykte tvil om dette vil være mulig. Medikamenter på generell refusjon er forhåndsgodkjent for forskrivning på blå resept. For individuell refusjon er prosedyrene en helt annet. Behandlingen må da være startet opp av relevant spesialist. Og søknaden må i hvert enkelt tilfelle godkjennes av trygdekontoret.

5.4 Organisasjonskontakter

5.4.1 Stortingskomiteer

Legeforeningen har i løpet av året hatt flere høringsmøter med sosialkomiteen, både vedrørende statsbudsjettet og i forbindelse med høringer knyttet til NOU'er, stortingsmeldinger og proposisjoner. I tillegg arrangerte Legeforeningen et seminar for Stortingets sosialkomité 18. mars 2003 der temaene bl.a. var: Spesialisthelsetjenestereformen, hvor er vi nå, veien videre?, Finansiering av spesialisthelsetjenesten - synspunkter på NOU 2003:1 (Hagen-utvalget), Forebyggende helsearbeid - dekker St. meld nr. 16 (2002–2003) "Resept for et sunnere Norge" behovet?

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

5.4.2 Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet

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

5.4.3 Akademikernes utredningsnettverk

Det har ikke vært møter i perioden.

5.4.4 Akademikernes faggruppe helsepolitikk

Legeforeningen har sekretariatansvar for faggruppen, som ble opprettet i 2001 for å supplere Akademikernes sekretariat. Faggruppen må ikke forveksles med Akademikerne helse, som er forhandlingsorganisasjonen. Presteforeningen, Psykologforeningen, Tannlegeforeningen og Forskeforbundet har representanter i gruppen, som har hatt fire møter. Faggruppen har i 2003 forberedt konferanse med tema "Kvalitet kontra økonomi etter sykehusreformen". Konferansen måtte avlyses pga. få påmeldte.

5.5 Statusrapport for helsetjenesten

Gjennom de årlige statusrapportene gir Legeforeningen viktige signaler om hva vi mener er forsømte områder i helsetjenesten, og som nå bør løftes frem og prioriteres i sterkere grad. Legeforeningen har til nå utgitt tre statusrapporter.

Den første, En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt, til fullt og helt (oktober 2000) kom i startfasen av sykehusreformen og advarte mot et fokus på sykehusene alene. Målet må være å få behandlingsskjeden til å fungere som et sammenhengende hele.

Den andre rapporten, Når du blir gammel og ingen vil ha deg, kom i oktober 2001 og dokumenterte at til tross for eldremilliard og handlingsplan er det mye som må forbedres for at helsetjenesten for eldre skal være akseptabel.

Den tredje rapporten, Mot i brystet ... stå i ben og armer? belyste at, til tross for at ungdom som gruppe er blant de friskeste i samfunnet, er det likevel forhold som gir grunn til bekymring. Denne rapporten kom i oktober 2002.

Legeforeningen har besluttet at tema for den fjerde statusrapporten skal være helsetjenester for mennesker med psykiske lidelser. Det er samtidig besluttet at tidspunktet for utgivelse av de neste statusrapportene flyttes fra oktober til april.

6 Legeforeningens organisasjon

6.1 Medlemstall

31.12. 2003 var antallet medlemmer 21 530, hvorav 3 444 studentmedlemmer. Fra 1.1. 2003–31.12. 2003 er 96 medlemmer avgått ved døden.

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920–2003:

1920	1 103
1925	1 317
1930	1 530
1935	1 898
1940	2 264
1945	2 332
1950	2 986
1955	3 525
1960	3 808
1965	4 372
1970	5 126
1975	6 495
1980	8 178
1985	10 134
1990	11 854
1995	13 775
2000	16 092
2001	16 677
2002	17 421
2003	18 086

6.2 Landsstyret

Det har i perioden vært holdt ett ekstraordinært og ett ordinært landsstyremøte

Det ekstraordinære møtet ble holdt 13.2. 2003 på Lillestrøm. Vedtaksprotokollen fra det ekstraordinære møtet er referert i Tidsskrift nr. 7/2003. Det ordinære landsstyremøtet ble holdt i Molde 20.–22.5. 2003. Vedtaksprotokollen fra det ordinære landsstyremøtet er omtalt i Tidsskrift nr. 15/2003, og finnes i sin helhet på Legeforeningens nettsider.

6.3 Sentralstyret

Landsstyret i Molde 2003 valgte nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2003–31.8. 2005.

Sentralstyret har for denne perioden følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (president), Yngve Mikkelsen (visepresident). Øvrige medlemmer: Lars Kristian Eikvar, Ottar Grimstad, Anne Mathilde Hanstad, Torunn Janbu, Terje Bjørn Keyn, Asle Wilhelm Medhus, Ragnhild Øydna Støen. Varamedlemmer: Tone Dorthe Sletten, Svein Rønsen, Åge Henning Andersen.

6.4 Avdelingene

Legeforeningen har 20 avdelinger: 19 fylkesavdelinger samt Norsk medisinstudentforening.

6.5 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)

6.6 Spesialforeningene

Legeforeningen har 60 spesialforeninger. Disse er:

- Den norske patologforening
- Eldre lægers forening
- Forening for norske leger i utlandet
- Medisinsk forening for mental retardasjon og habilitering
- Norsk anestesilogisk forening
- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk barnelegeforening
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
- Norsk cardiologisk selskap
- Norsk dermatologisk selskap
- Norsk endokrinologisk forening
- Norsk flymedisinsk forening
- 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 biokjemi
- Norsk forening for medisinsk genetikk
- Norsk forening for medisinsk mikrobiologi
- Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk
- Norsk forening for nukleærmedisin
- Norsk forening for otorhinolaryngologi/hode & halskirurgi
- Norsk forening for palliativ medisin
- Norsk forening for pediatrik radiologi
- Norsk forening for reumakirurgi
- Norsk forening for sjøfartsmedisin
- Norsk forening for ultralyd-diagnostikk
- Norsk gastroenterologisk forening
- Norsk geriatrik forening
- Norsk gynekologisk forening
- Norsk idrettsmedisinsk forening
- Norsk indremedisinsk forening
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk katastrofemedisinsk forening
- Norsk kirurgisk forening
- Norsk militærmedisinsk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening

- Norsk nevrologisk forening
- Norsk nevreradiologisk forening
- Norsk nyremedisinsk forening
- Norsk oftalmologisk forening
- Norsk onkologisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk psykiatrisk forening
- Norsk radiologisk forening
- Norsk revmatologisk forening
- Norsk selskap for allmennmedisin
- Norsk selskap for craniofacial kirurgi
- Norsk selskap for hematologi
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk trygdemedisinsk forening
- Norsk urologisk forening

6.7 Sekretariatet

Per 31.12. 2003 var det 121 faste ansatte i sekretariatet inkludert ansatte som arbeider ved koordinatorkontorene. Omregnet tilsvarer dette 98,54 årsverk. I tillegg til de faste ansatte var det i alt 14 tidsbegrensede stillinger tilsvarende 12,4 årsverk. Magne Nylenna fratradte som generalsekretær 29.1. 2003. Terje Vigen ble konstituert som generalsekretær samme dag og fast tilsatt i samme stilling fra 1.7. 2003.

6.8 Tidsskrift for Den norske lægeforening

6.8.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er fem medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker. Redaksjonssjef Aagot Somdalen har ansvar for drift og produksjon. I hennes gruppe inngår assisterende redaksjonssjef, tre manuskriptredaktører, en bilderedaktør og tre redaksjonssekretærer.

Nettredaksjonen har to medarbeidere og ledes av nettredaktør Stine Bjerkestrand Nesje. Nyhetsredaksjonen hadde i 2003 tre journalister som ble ledet av nyhetsredaktør Nina Husom. Markedsavdelingen ledes av markedsjef Maud P. Kaino og har foruten henne tre medarbeidere. Fra 2003 består redaksjonskomiteen av Steinar Westin (leder), Per Brodal, Anne Mørch Larsen, Marit Bjartveit Krüger, John Leer, Beard-Christian Schem, Steinar Solberg og Terje Vigen.

6.8.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkom fra 1.1. 2003 hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 3 688 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger utgjorde 833 sider og andre annonser 292 sider. I tillegg kommer 37 klebde og 40 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2002 publisert 2 955 sider, hvorav 945 ledige stillinger og 573 andre annonser. I tillegg kom 52 klebde og 39 løse (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er nå 22 250 (mars 2003).

Redaksjonelt - redaksjonell omlegging

Fra 1.1. 2003 endret Tidsskriftet utseende og innhold. Målsettingen for omleggingen var å gjøre den store mengden av skriftlig materiale mer tilgjengelig for leserne. Dette er søkt gjort ved en bedre systematisering av stoffet og ved å lage et innbydende utseende med økt bruk av visuelle elementer. Tidsskriftet skulle gis et mer moderne uttrykk og samtidig beholde sitt særpreg som et seriøst fagtidsskrift. Den visuelle tilretteleggingen ble ansett særlig viktig for å rekruttere og

beholde nye, unge lesere. Arbeidet med omleggingen startet våren 2002 og ble gjennomført fra januar 2003.

Det er gjort flere endringer i innhold og navn på seksjoner og spalter, blant annet for medisinsk vitenskapelige artikler. Det er opprettet en ny seksjon, Profesjon og samfunn, som omhandler virksomheten som lege, alt fra helsetjenesteforskning, juridiske råd og legetikk til artikler om legerolle, helse-, forsknings- og utdanningspolitikk, medisinsk historie, medisin og kunst samt personlige opplevelser og ledelse og organisering. Det er lagt større vekt på medisinsk nyhetsstoff, og noen av nettnyhettene gjengis i redigert form i spalten Nytt fra nett. Et helsides fotografi i serien Leger i Norge presenteres i hvert nummer. Det er opprettet en egen spalte for internasjonal medisin. Hvert nummer avrundes med stoff fra tidligere utgaver av Tidsskriftet i spalten Tidligere i Tidsskriftet. Helt til slutt inviteres en gjesteskribent som ikke er lege, til å komme med synspunkter på leger og helsevesen.

Hver seksjon har fått sin faste farge, og alle sider har fått en sideoverskrift, slik at det skal være lettere å orientere seg. Bilder, illustrasjoner og farger brukes i større grad. Det er økt bruk av visuelle hjelpemidler som figurer, faktabokser og rammer. Figurer har fått et enhetlig utseende. Lengre artikler har fått hovedbudskapsbokser, hvor man raskt kan tilegne seg det viktigste innholdet. Forhold rundt interessekonflikter kommer tydeligere frem i artiklene.

For å bedre lesbarheten har Tidsskriftet valgt et hvitere og mindre blankt papir, og det er gjort enkelte typografiske endringer. Forsiden har fått en fast, gjenkjennelig form og er påført korte stikktitler om innholdet. Omslaget er blitt stivere og har fått miljøvennlig maskinlakk i stedet for UV-lakk. Utgivelsesfrekvensen er endret, slik at Tidsskriftet utkommer fast hver annen torsdag. Det nye designet er blitt godt mottatt hos både yngre og eldre lesere.

Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider

Nettredaksjonen jobber med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets nettsider, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Hvert nummer av Tidsskriftet på Internett har i 2003 hatt omlag 7 000 unike brukere. Legeforeningens nettsider har på hverdager hatt mellom 2 500 og 4 000 unike brukere. Kurskatalogen er det mest populære tilbudet på nettet.

www.legeforeningen.no

I 2003 ble det utarbeidet en policy for forsiden, blant annet for å få til et tydeligere skille av hva som er nyheter fra foreningen og hva som er nytt fra andre aktører på forsiden. Nyheter fra andre aktører ble lagt i en boks/ticker, og produsert av Tidsskriftet. Etikksiden og reiseinformasjonssiden fikk ny struktur og en del nye tekster. Alle medisinske lenker ble oppdatert. Det er jobbet med planer for nytt design og flere interaktive tilbud i 2004. Over 65 foreninger i Legeforeningen hadde per 31.12. 2003 fått tilrettelagt egne nettsider integrert i den databasebaserte publiseringsløsningen Legeforeningen tilbyr. Det har vært avholdt to dagskurs i nettpublisering. Publiseringsløsningen er oppgradert til en nyere og mer brukervennlig versjon, og i den forbindelse er det utarbeidet en ny brukermanual.

www.tidsskriftet.no

I januar 2003 ble Tidsskriftets nettsider relansert med ny design og nye tilbud. I tillegg til den parallellpubliserte utgaven, som har vært i fulltekst på Internett siden 2000, kom følgende nye tilbud:

- Tidsskriftets nettavis med daglige nyheter som også gir sidene Nytt fra nett i papirutgaven
- Innføring av electronic long paper short-prinsippet (ELPS) i de vitenskapelige artiklene. Supplerende informasjon som store tabeller, figurer eller filmsnutter publiseres kun i nettversjonen av artiklene
- Elektronisk overføring av sammendrag til Medline, og dermed raskere indeksering i databasen

- Søkbar database for spesialistannonser
- Egne temanettsider for temaserier

I 2003 har det også vært arbeidet med å utvikle Manusnett, Tidsskriftets egne nettbaserte system for elektronisk håndtering av manus.

6.9 Informasjonsvirksomheten

6.9.1 Dnlf-nytt

Dnlf-nytt er et nyhetsbrev som sendes elektronisk til alle tillitsvalgte med e-post og legges også ut på tillitsvalgtsidene på *www.legeforeningen.no*. Dnlf-nytt har bl.a. omtalt informasjon fra sentralstyret, organisasjonsutvalgets arbeid, aktuelt fra fylkesavdelingene og regionsutvalgene. Det ble utgitt fire Dnlf-nytt i 2003.

6.9.2 Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med Tidsskriftet nr. 7/1997 er det sendt ut presseinformasjon i form av tre - fem artikler som korte, poengterte nyhetsmeldinger i forkant av hver utgivelse. Pressemeldingene har resultert i inntil hundre større eller mindre presseomtaler der medisinsk forskning og Tidsskriftet er profilert. Det har vært oppslag i riksdekkende medier som NRK radio og TV, TV2 og TV Norge. Flere store aviser har hatt førstesideoppslag. Enkelte medier har også benyttet seg av tilbudet om utvalgte artikler med mer lokal geografisk tilknytning. Fra høsten 2003 har redaksjonene også fått tilbud om korte nyhetsnotiser.

6.9.3 Mediekontakt

Sekretariatet har i perioden bistått fylkesavdelinger og spesialforeninger som har avholdt større konferanser av allmenn interesse, der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon om konferansene til befolkningen. Det holdes kontinuerlig kontakt med helsejournalister og det gis tips og bistand om saker som angår Legeforeningen. Det har i perioden vært avholdt flere pressekonferanser, som har resultert i større medieoppslag. Det er viderefremidlet mange pressehenvendelser til ulike tillitsvalgte og fagpersoner.

6.9.4 Leger og media

Det har blitt avholdt flere kurs med temaet "Leger og media" for fylkesavdelinger og spesialforeninger. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen. Sekretariatet bidrar også i studentundervisningen i siste semester ved å holde et foredrag om leger og media. Heftet "Legen og pressen. Gode råd om pressekontakt" som benyttes i dette arbeidet, ble revidert i 2003.

I november 2003 ble det gjennomført et todagers tillitsvalgtkurs trinn tre med temaet "Den nye mediehverdagen". Kurset samlet 40 deltakere og var rettet mot tillitsvalgte som har kontakt med pressen eller som vil komme i posisjoner hvor de vil få det.

6.9.5 Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har i 2003 hatt en medieberedskapsgruppe bestående av Hans Kristian Bakke, Terje Vigen, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen. Gruppen hjelper medlemmene med å håndtere vanskelige mediasaker. Henvendelser fra medlemmer til sekretariatet om hvordan en skal forholde seg til pressen i en aktuell sak, håndteres ved å gi legen rådgivning. Etter avtale med vedkommende kontakter journalist eller redaktør i avisen for å utdype fakta.

6.9.6 Overvåking av mediabildet

Legeforeningens sekretariat er knyttet til en intern medieovervåking gjennom firmaet Intermedium, som gjør det enklere å daglig holde seg orientert om mediabildet.

6.9.7 Akademikernes informasjonsnettverk

Legeforeningen deltar i Akademikernes informasjonsnettverk med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene som deltakere. Nettverket hadde seks møter i 2003. De viktigste sakene har vært forberedelsene til Akademikernes konferanser, forhandlingsinformasjon og presserelasjoner. Informasjon om konferanser og møter i regi av Akademikerne som er viderefremidlet til Legeforeningens nettsider, Tidsskriftet og tillitsvalgte.

6.9.8 Ekstern representasjon

Legeforeningen har bl.a. deltatt i en referansegruppe i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk, i tilknytning til massemediautspill/kampanjer vedr. tobakk tobakskonferansen Tobakk Norge 2004, i april i 2004.

6.9.9 Grafisk design

Sekretariatet har i 2003 produsert flere foldere og brosjyrer og bistått interne og eksterne samarbeidspartnere med utforming og design av brosjyrer og profileringsmateriale i forbindelse med kurs og konferanser

6.9.10 Legeforeningen på engelsk

Høsten 2003 etablerte Legeforeningen en egen engelsk nettside: www.legeforeningen.no/english

6.10 Likestillingsutvalget

For perioden 1.1. 2003–31.12. 2003 var følgende medlemmer oppnevnt: Torunn Janbu (leder), Camilla Arnesen, Catarina Falck, Roar Pedersen, Per-Henrik Randsborg fra 1.1.–30.6. 2003 og Tom Guldhav fra 1.8.–31.12. 2003. Kari Olin i sekretariatet er sekretær for utvalget. Det har vært avholdt seks møter i perioden.

Informasjon/utdanning av tillitsvalgte

Likestillingsutvalgets medlemmer har også i 2003 deltatt som foredragsholdere på Legeforeningens tillitsvalgtkurs.

Likestillingsutvalget på nett

Informasjon om likestillingsutvalget, handlingsprogram og aktuelle saker finnes nå under Likestillingsutvalget på Legeforeningens nettsider.

Kvinner og ledelse

Denne saken har vært en gjenganger for utvalget. Det har av flere grunner vært vanskelig å få fremgang i mentor-adept-prosjektet i 2003, men utvalget fortsetter å arbeide for å få dette til. Etter et møte med departementet ble det klart at prosjektet måtte forankres på regionalt nivå. Helse Øst og Helse Sør ble kontaktet. Det er i desember kommet positivt svar mht arrangement av et møte med representanter for både Helse Øst og Helse Sør for å drøfte prosjektet.

Høring om FNs kvinnekonvensjon

Likestillingsutvalget har avgitt høringsuttalelse om Barne- og familiedepartementets notat om innarbeiding av FNs kvinnekonvensjon i norsk lov.

Akademikernes likestillingspolitiske dokument

Likestillingsutvalget har bidratt til utarbeiding av et likestillingspolitisk dokument for Akademikerne.

Svangerskapspermisjon og vikariater

Utvalget har også i 2003 fått henvendelser fra kvinnelige leger som har problemer særlig med ansettelse i/forlengelse av vikariater i forbindelse med svangerskap. Likestillingsutvalget har i

stor grad oversendt disse sakene til jurist i Yngre legers forening som har samlet stor kompetanse på dette området.

Kvinner og forskning

Likestillingsutvalget ønsker å vurdere rekrutteringen av kvinner og kvinners deltakelse i medisinsk forskning.

6.11 Reisepolicy og rutiner i Legeforeningen

Målet med reisepolicy og retningslinjer for reiser er å sikre at reisevirksomheten blir planlagt og gjennomført på en kostnadseffektiv og rasjonell måte. Retningslinjene omfatter alle reiser og opphold som skal betales av Legeforeningen eller av de fondsmidler som disponeres av Legeforeningen til legers videre- og etterutdanning. Kun legitimerede utgifter i forbindelse med reiser vil bli refundert.

Det ble i 2003 forhandlet om ny reisebyråavtale. Via Flyspesialisten var hovedleverandør i 2003. Ny avtale er inngått med Berg-Hansen Reisebureau AS fra 1.3. 2004. Legeforeningen har i tillegg avtaler med hotellkjedene Rainbow Hotels og Choice Hotels samt Soria Moria hotell og konferansesenter i Oslo. Legeforeningen har også rabattavtale med NSB, som gir foreningens medlemmer 20% rabatt på reiser i Norge som ikke allerede er rabatterte. Avtalen omfatter i tillegg togreiser med Linx i Sverige.

6.12 Prinsipp- og arbeidsprogram

Det prinsipp- og arbeidsprogram som har vært gjeldende i perioden 2002–2003 ble vedtatt av landsstyret i Sandefjord, oktober 2001.

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

6.13 Håndbok for tillitsvalgte

Håndboken sendes fortløpende fra sekretariatet til alle nye foretakstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og tillitsvalgte på det enkelte arbeidssted. Siste utgave er datert høsten 1998. Ny hovedavtale med NAVO ble ikke inngått i løpet av 2003. Håndboken ble derfor ikke revidert og utgitt i ny utgave som planlagt.

6.14 Tillitsvalgtkurs

Tillitsvalgtkursene har som målsetting ”å gi de tillitsvalgte kunnskaper om, ferdigheter i og motivasjon for funksjonen som tillitsvalgt”.

Opplæringen skjer i tre trinn. Trinn I og Trinn II tar primært sikte på opplæring av tillitsvalgte på arbeidsstedene, mens Trinn III er rettet mot sentrale tillitsvalgte.

I tidsrommet 1.1. 2003 til 31.12. 2003 har det vært avholdt følgende kurs: To Trinn I kurs med til sammen 95 deltakere, ett Trinn II kurs med 13 deltakere og ett Trinn III kurs med 34 deltakere.

6.15 Valgregler og instruks for Legeforeningens tillitsvalgte

Det er ikke gjort endringer i regelverket i 2003. Sentralstyret vedtok imidlertid i desember å iverksette et arbeid i tilknytning til organisasjonsutredningene som også impliserer gjennomgang av valgreglene og instruks for tillitsvalgte.

6.16 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg besto i perioden 2000 – 2003 av: Bjørg Sørensen (leder), Finn Georg Birkeland, Erik Falkum, Tone Sparr og Inger Størmer Thaulow.

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten og det utvikler kurstilbud overfor medlemmer som av fylkesavdelingene er utpekt til å arbeide med henholdsvis støtte- og helseproblematikk innenfor avdelingen. Utvalget har også bidratt i utviklingen av de såkalte seniorseminarer. Utvalget er også engasjert i det tilbud om kurs og personlig rådgivning som ytes via Villa Sana ved Modum Bads Nervesanatorium.

Høsten 2003 ferdigstilte det koordinerende helse- og omsorgsutvalg programmet for den årlige årssamling for medlemmer av støttegruppene og avdelingsrådgiverne. Årssamlingen ble avholdt de første dager av 2003. 50 leger var samlet. I perioden er det avholdt tre seniorseminarer med om lag 130 deltakere. I 2003 har det rekreative tilbud ved Villa Sana samlet 51 deltakere til kurs og 117 deltakere til rådgivning. Tallene var omtrent likedan i 2002.

Sykehjelps- og pensjonsordningen (SOP) for leger har bevilget midler til drift av Legeforeningens støttegrupper i fylkene, til gjennomføring av kurs/årssamling for medlemmene av avdelingenes støttegrupper/avdelingsrådgivere samt bevilget midler til kurs for leger som fungerer som kollegabehandlere. SOP har videre bevilget midler til gjennomføring av seniorseminarene. Endelig har SOP bevilget midler til det pedagogisk rekreative tilbud som er opprettet ved Modum Bads Nervesanatorium, Villa Sana. Dette tilbudet er økonomisk sikret frem til 1.7. 2007.

6.17 Rettshjelpsordningen og øvrig juridisk bistand til medlemmene

Etter en evaluering av rettshjelpsordningen vedtok landsstyret i 2003 endringer i vedtektene, spesielt knyttet til prosedyren for behandling av søknader og vilkårene for å få dekket utgifter til juridisk bistand. Det ble ikke gjort vesentlige endringer for hvilke saksforhold støtte kan gis.

Etter noen år med fallende tendens i antall saker som er behandlet av rettshjelputvalget og synkende utbetalinger av innvilget støtte, har det i 2003 vært en klar økning. Økningen gjenspeiles også i det antall saker som sekretariatets jurister gir bistand i direkte. I relativt stor grad gir sekretariatets jurister bistand på de samme rettsområder som omfattes av vedtektene, selv om det er en del saksforhold hvor både foreningen og medlemmet er best tjent med ekstern advokat. Dette gjelder bl.a. i straffesaker, endel tilsynssaker og saker hvor medlemmenes behov for rettssikkerhet kan være konfliktfylt i forhold til andre medlemmer. Dette kan for eksempel forekomme i enkelte oppsigelsessaker.

Økonomien i rettshjelpsordningen er tilfredstillende med de overføringer som foretas til rettshjelpfondet, men det er fortsatt slik at rettshjelputvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om og hvor mye støtte som skal gis. Dessverre er det en del medlemmer som ikke søker støtte før saken er kommet langt i forhold til motparter og domstolene. Dette medfører at medlemmene i en viss utstrekning selv må stå for hele eller deler av kostnadene dersom støtte ikke innvilges. Det må understrekes at rettshjelpsordningen må kontaktes så raskt som mulig i et saksforhold for at saken skal kunne løses før utgifter til advokat påløper for den enkelte.

Sekretariatet har i perioden også gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen eller som skjer i tilknytning til forståelsen av de kollektive avtaler som foreningen inngår og forvalter. Dette gjelder først og fremst på helserettens område, pasientskaderett, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger, generelle skattemessige forhold, generell avtalerett, forvaltningsrett og pengekravsrett og husleierett.

6.18 Informasjonsteknologi

6.18.1 IT-utvalget

Utvalget ble opprettet våren 2002. Hovedpunktene i utvalgets mandat er å arbeide for at Legeforeningen skal kunne påvirke utviklingen og bruken av IT i helsevesenet. Utvalget skal gi råd til Legeforeningens sentralstyre og skal behandle saker etter anmodning, men kan også ta opp relevante saker på eget initiativ. Utvalget har hatt tre møter og ett telefonmøte og har i året prioritert arbeidet med å få ut informasjon om IT-spørsmål til medlemmene primært ved å

utvikle nettsider for IT under Legeforeningens nettsted. Utvalget har foreslått støtteuttalelse til etablering av nasjonalt kompetansesenter for elektronisk pasientjournal, men arbeider også med å vurdere europeiske retningslinjer for legers bruk av elektronisk kommunikasjon med pasient. Yrkesforeningene er invitert til å delta med et medlem hver i utvalget. Det har i året vært en del utskriftning. Ved inngangen til året var følgende med: Regin Hjertholm, Aplf, (leder), Bjørn Straume, LVS, Knut Lande, Of, Bård Røsok, Ylf, Marit Rognerud, OLL, Kjell Midelfart, PSL, Ørn Terje Foss, Namf. Ved årets utgang deltar følgende: Bjørn Straume, Knut Lande, Marit Rognerud, Ørn Terje Foss og Kjell Krüger (sistnevnte nytt medlem fra Ylf).

6.18.2 Elin-prosjektet

Legeforeningen ble i 2002 oppfordret av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) til å gjennomføre et prosjekt for å utvikle nye og bedre IT-løsninger for legekontor for effektiv informasjonsutvikling med andre aktører. Etter forprosjekt i 2002 har Legeforeningen videreført prosjektet gjennom et hovedprosjekt som startet i 2003. På grunnlag av funksjonelle kravspesifikasjoner utviklet i forprosjektet og videreutviklet i hovedprosjektet har prosjektet inngått bindende avtale med ti leverandører av programvare om utvikling av nye og forbedrede løsninger. Prosjektet har fått midler fra SHdir og Statens nærings- og distriktsutviklingsfond (SND) for 2003, men er avhengig av fornyet bevilgning for 2004 for å kunne videreføres. I henhold til prosjektmodellen fra SND (vip-metodikken) brukes prosjektmidlene til prosjektledelse og til delvis refusjon av kostnadene for leverandører og utprøvende legekontorer, mens en stor del av kostnadene for deltakerne i prosjektet dekkes av deltagerne selv i form av egeninnsats. I løpet av prosjektperioden har prosjektet vært en verdifull kontaktskaper mellom praktiserende leger på den ene siden og helseforetak, trygdeetat, apotek og øvrig kommunehelsetjeneste og pasienter på den andre siden. Prosjektet har bidratt til samordning med andre relevante prosjekter i sektoren.

6.18.3 Deltakelse i offentlige prosjekter

Sekretariatet er representert i styringsgruppe for flere IT-relaterte prosjekter i Sosial- og helsedirektoratet, bl.a. prosjekt bransjenorm for informasjonssikkerhet, for praksis nær elektronisk kunnskapsformidling og i samarbeidsrådet for utarbeidelse av ny handlingsplan for elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten. Legeforeningen har også vært representert i referansegruppe til prosjekt pasientlink ved Nasjonalt senter for telemedisin i Tromsø som har prøvd e-post kommunikasjon mellom pasient og lege.

6.19 Deltakelse i andre organisasjoner

6.19.1 Kommunal kompetanse (KK)

Legeforeningen har vært representert i KKs styre med Hans Asbjørn Holm (nestleder) og med Einar Skoglund som vararepresentant. Omorganisering er gjennomført ved at organisasjonen er blitt mer regionalisert for å skape sterkere enheter. Aktivitet og inntjeningssevne er økende, men virksomheten er fortsatt avhengig av tilskudd fra eierne.

6.19.2 SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon)

SAMKOM er en stiftelse som Legeforeningen etablerte i samarbeid med Norsk Medisinaldepot (NMD), Legemiddelindustrien (LMI) og Norges Apotekerforening (NAF) i 1996, bl a med formål å arbeide for idéutveksling om og utvikling av strategier for legemiddelinformasjon rettet mot helsepersonell. På grunn av de endringer som særlig har funnet sted i NMD og NAF i de senere år, har aktiviteten vært liten i perioden. Hans Asbjørn Holm representerer Legeforeningen i stiftelsens styre.

6.20 Soria Moria - Legeforeningens konferanse- og utdanningscenter

Soria Moria, Legeforeningens konferanse- og utdanningscenter, er en separat stiftelse med et eget styre som er oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Soria Moria har de siste par årene merket en betydelig nedgang i markedet. Med økte kostnader for byggingen av det nye "Senter for bærekraft" måtte Soria Moria i løpet av 2003 øke sine lån i Legeforeningen for å opprettholde likviditeten. Driftsresultatet for Soria Moria viste for 2003 et betydelig underskudd. Dessverre ser det ut for at den vanskelige markedssituasjonen vil vedvare. Det vurderes ulike tiltak for å redusere gjeldsbyrden. Frem til 1.9. 2003 besto styret av: Harald Nomme, Harry Martin Svabø, Anne Mørch Larsen, Karin Straume og Terje Vigen (ex. officio).

Det ble per 1. 9. 2003 oppnevnt nytt styre for Soria Moria som nå består av: Einar Hysing (leder), Yngve Mikkelsen, Anne Grethe Olsen, Asle Medhus og Terje Vigen (ex officio).

Det satses nå på en sterk markedsføringsstrategi av Soria Moria både i Legeforeningen og gjennom de kontakter og markedsføringsledd som Soria Moria er en del av.

6.21 Legenes hus

Legenes hus i Akersgt. 2 eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) der hver av eierne har 50 % av aksjene. Styret består av Hans Petter Aarseth, Kåre Løvstakken, Yngve Mikkelsen og Terje Vigen. Hans Petter Aarseth har i 2003 hatt ledervervet i styret. Styret har vedtatt skifte av selskap for daglig drift som nå ivaretas av Tschudi & Malling eiendom AS. Man har nå avsluttet alle prosesser mellom byggherre og eier, slik at de problemer som eventuelt måtte oppstå heretter må bæres av eierne. Årsresultatet for 2003 viste et overskudd på i overkant av 800 000 kroner.

6.22 Videreføring av organisasjonsutvalgets arbeid

På grunnlag av innstillingen fra Organisasjonsutvalget 2002 og høringen av denne gjorde landsstyremøtet i Molde et omfattende vedtak vedr. de videre prosesser om Legeforeningens organisasjon. Sentralstyret ble pålagt å forestå arbeidet i nær kontakt med foreningens grunnorganisasjon, fylkesavdelingene og yrkesforeningene, samt spesialforeningene og med landsstyremøtet i 2005 som horisont.

Fylkesavdelingene har i perioden vurdert den geografiske struktur i Legeforeningen. Det er stor grad av enighet om at

- foreningen fortsatt må ha geografiske enheter som kan samle medlemmene på tvers av fag- og yrkestilknytning.
- de geografiske enhetene må stå for noenlunde de samme oppgavene som nå, men bør samarbeide om løsningene av flere oppgaver.
- de geografiske enhetene bør omfatte ett eller flere fylker.
- det bør vedtektsfestes et regionalt samarbeid mellom de geografiske enhetene i en helseregion gjennom permanent etablering av regionsutvalg.

Sentralstyret har veiledet avdelingene om gjennomføringen av arbeidet og har mottatt rapporter om utvikling og resultater per 31.10. og 31.12. 2003.

Sentralstyret har senere utesket fylkesavdelingene med et konkret forslag om hvilke avdelinger som fortsatt bør baseres på fylkesgrensene og hvilke som bør gå sammen i nye lokalforeninger. Forslaget vil bli videre vurdert i 2004.

Landsstyret hadde forutsatt at sentralstyret ikke skulle ta noe initiativ til å endre status for noen av de nåværende *yrkesforeninger*, men så det som ønskelig at forenkling, basert på frivillig sammenslutning, blir drøftet nøye. Sentralstyret hadde møte med yrkesforeningene 17.12. 2003 og drøftet antall foreninger, oppgaver lokalt og grenseoppgang mot lokalforeningene, landsstyrets sammensetning samt sekretariatsmodell. Det var liten eller ingen vilje til endringer/nydannelse/fusjoner. Fra Ylf ble det tatt opp spørsmål om hvorvidt Legeforeningen burde gå over til en struktur med yrkesforeningene som eneste grunnenhet. Sentralstyret har ikke forfulgt tanken. Det ble også reist spørsmål om mulighetene for en felles

primærmedisinsk forening, basert på fusjon av Aplf, Namf og Oll uten at spørsmålet ble uttømmende drøftet. I tråd med landsstyrets forutsetninger må spørsmålet ev. drøftes videre av yrkesforeningene selv.

Når det gjaldt spesialforeningene, forutsatte landsstyret at essensen i organisasjonsutvalgets forslag skulle realiseres snarest mulig. En samlet fagavdeling skulle etableres i sekretariatet, bl.a. for å betjene spesialforeningen bedre. Det skulle innledes drøftinger om organisering og finansiering av en ytterligere utvidet service fra og med høsten 2005. Drøftelsene skulle også omfatte spørsmålet om ev. sentralt fagråd og spørsmålet om obligatorisk medlemskap i en fagmedisinsk enhet. Nå er fagavdelingen etablert og tilbudet om bistand til spesialforeningene er under utvikling.

For å få en bedre oversikt over spesialforeningenes ressurser, oppgaver og prioriteringer ble det høsten 2003 gjort en kartlegging. Det er avholdt flere møter med spesialforeningenes landsstyreprerentanter, som seg imellom har dannet en fast organisert gruppering som basis for det fortsatte arbeid med organisasjonsspørsmålene. Det pågår nå utredninger både av spørsmålet om obligatorisk medlemskap, spørsmålet om utvidet sekretariatsbistand og spørsmålet om sentralt fagråd. Sentralstyret får disse utredningene til vurdering etter hvert som de blir avsluttet, senest på siste møte før sommeren.

I tråd med landsstyrets vedtak i organisasjonssaken, men for så vidt uten direkte sammenheng med denne, har sentralstyret også drøftet med spesialforeningene de spørsmål som knytter seg til økonomisk samhandling med industrien. Spørsmålet, som selvfølgelig også må ses i nøye sammenheng med spørsmålet om obligatorisk medlemskap, har senere vært gjenstand for vanlig forberedelse for landsstyrebehandling. Sentralstyrets mål er å kunne revidere avtalene med industriens bransjeorganisasjoner basert på de prinsipper landsstyret vedtar.

Sentralstyrets mål for øvrig er å kunne legge frem et samlet forslag om endringer i organisasjonen til høring ca. 20.10.2004 med svarfrist ved årsskiftet.

6.23 Internasjonalt arbeid

6.23.1 Generelt

Legeforeningen sentralt og yrkesforeninger og spesialforeninger er engasjert på en rekke områder av internasjonalt arbeid, i nordisk sammenheng, på europeisk plan, og gjennom WMA (World Medical Association) i et globalt perspektiv. Legeforeningen har ad hoc-samarbeid med andre legeforeninger og andre organisasjoner i utlandet.

Viktige temaer i Legeforeningens internasjonale arbeid er særlig medisinsk etikk og menneskerettighetsspørsmål. I europeisk sammenheng er spørsmål omkring legers grunn-, videre- og etterutdanning, kvalitetssikring og standardiseringsarbeid særlig viktig, men også spørsmål av betydning for legers lønns- og arbeidsforhold har mange internasjonale aspekter. Legerollen er under endring i store deler av verden og kunnskap om sammenhengen mellom rammevilkårene for legers yrkesutøvelse, fagets innhold og legerollen er avgjørende både for legestandens og Legeforeningens videre veivalg.

6.23.2 Nordisk legeråd

Hvert annet år holdes felles sentralstyremøter mellom de nordiske legeforeninger og i året imellom avholdes styremøter der styret består av president og generalsekretær fra hver av de nordiske legeforeninger. I 2003 ble det avholdt et møte i Oslo og et i Stockholm. Her drøftes felles helsepolitiske problemstillinger og dessuten brukes disse møtene til diskusjon om felles strategier med hensyn på felles opptreden i andre internasjonale fora.

6.23.3 Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og spesialistutbildningsfrågor (SNAPS)

Sentralstyrene i de nordiske lands legeföreninger 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 annett hvert år fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjoner om spesialistutdanning i EØS-området.

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

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

Det arbeides med ny rapport overfor Nordisk legeråd mai 2004. Det kan se ut til at det i 2005–2006 blir større tilgang på leger enn det er etterspørsel.

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

6.23.4 Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden hatt disse medlemmene: Sverre Varvin (leder), Kristian Hagestad, Birgit Lie, Eline Thorleifsson, Sidsel Rogde og Jan Helge Solbakk

Utvalget har hatt fem møter og behandlet 32 saker.

Menneskerettighetsdialog med Kina

Utenriksdepartementet har invitert utvalget til å delta i myndighetenes menneskerettighetsdialog med Kina. Som ledd i dialogen har utvalget begynt planleggingen av en workshop om "Patient rights and ethical dilemmas in psychiatry" i Beijing i september 2004 i samarbeid med Den kinesiske psykiatriförening. Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

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

I samarbeid med medisinske institusjoner og organisasjoner i Sarajevo og Beograd har utvalget gjennomført et opplæringsprosjekt i psykiatri for allmennpraktikere i de to byene. Prosjektet ble finansiert av Utenriksdepartementet.

Dokumentasjon av torturskader

Utvalget har arbeidet med en folder som kan brukes av allmennpraktikere for å dokumentere tortur hos asylsøkere. Den har vært på høring til Alment praktiserende lægers förening (Aplf) og Offentlige legers landsförening (OLL). Etter innspill fra Aplf ble den noe omarbeidet og er foreløpig lagt ut på Legeföreningens nettsider.

Utdanningsprogram for fengselsleger

Utvalget har i samarbeid med en rekke andre organisasjoner arbeidet med et utdanningsprogram for fengselsleger på Internett. Programmet ventes ferdig våren 2004.

Konflikten mellom Israel og Palestina- "fact finding mission" – boikott av Israel
Legeföreningen har flere ganger blitt oppfordret til å sende en "fact finding mission" til Palestina. Forutsetningen var at deltakerne kunne møte representanter fra legeföreningene på begge sider. Utover våren økte krigshandlingene, og det ble umulig å gjennomføre reisen.

Legeföreningen har også blitt oppfordret til akademisk boikott av Israel og til å boikotte Den israelske legeförening. Utvalget mente at det var liten hensikt i at Legeföreningen gikk til boikott alene. Akademisk boikott er et tiltak som bare bør settes i verk i situasjoner der det ikke lenger er mulig med dialog.

Avstand fra dødsstraff som sådan

Utvalget var sammen med Rådet for legeetikk bedt om å uttale seg om Legeforeningen skal ta avstand fra dødsstraff som sådan. Saken var tatt opp etter henvendelse fra Amnesty International, dansk avdeling som hadde sendt brev til hver av de nordiske legeforeningene.

Menneskerettighetsutvalget behandlet saken i møte 16.12. 2003 og gjorde slikt vedtak: Utvalget finner at en klar avstandstaking fra en hver form for dødsstraff vil være i tråd med Legeforeningens målsetting om vern av menneskets helse og oppfølging av grunnleggende menneskerettigheter. Utvalget vil derfor anbefale Legeforeningen å følge British Medical Associations eksempel om klart å ta avstand fra enhver bruk av dødsstraff. Videre bør Legeforeningen oppfordre andre norske foreninger for helsepersonell til å gjøre tilsvarende vedtak i nordisk og annet internasjonalt samarbeid mellom legeforeninger i arbeidet for å fremme det standpunktet at leger bør ta avstand fra en hver form for dødsstraff. Saken vil bli behandlet på Nordisk legeråds møte i juni 2004.

Utvisning av behandlingstrengende asylsøker

Rådet for legeetikk hadde mottatt klage på en lege som etter oppdrag fra myndighetene bisto ved utsendelsen av en familie der flere av familiemedlemmene hadde kroniske sykdommer. Rådet ba om en uttalelse fra menneskerettighetsutvalget.

Utvalget mente det er avgjørende hvem som er oppdragsgiver. Dersom det er familien selv som tar initiativ til at legen skal være til stede, mente utvalget at legen da bør etterkomme et slikt ønske.

Utvalget mente imidlertid at det stilte seg annerledes dersom oppdragsgiver er myndighetene, og legens oppgave blir å bistå myndighetene i tvangsutsending av asylsøkere. Utvalget mente at legene ikke må bli ansvarlige for at myndighetene sender kronisk syke ut av landet, og burde derfor ikke etterkomme en slik henvendelse. Asylsøkerens eller familiens samtykke er en forutsetning for at legen skal være til stede i slike situasjoner.

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

EFMA er et samarbeidsforum mellom de nasjonale europeiske legeforeninger og Verdens Helseorganisasjons Europakontor. Dette er ingen organisasjon, men et møtested der WHO fremlegger sine synspunkter på utviklingen av helsetjenesten i regionen, og der legeforeningsrepresentanter fra både øst og vest møtes for å drøfte trendutvikling og rammevilkår for medisinsk virksomhet. Det holdes et forummøte årlig, og det er et arbeidsutvalg (Liaison Committee) som forbereder innholdet i disse forummøtene. Det er særlig kvalitetssikring, utdanning, epidemiologiske forhold, arbeid mot tobakk og legenes autonomi som har vært særlig fokusert på disse møtene. Legeforeningen utarbeider på vegne av forumet hvert år en håndbok om de europeiske legeforeninger der det fremgår hvilke aktiviteter de ulike foreninger driver og opplyser og oppdaterer også om president, visepresident, generalsekretær og lignende. Terje Vigen deltar som observatør i Liaison Committee. Forummøtet i 2003 ble holdt i Berlin. Fra Legeforeningen møtte Hans Kristian Bakke og Terje Vigen.

6.23.6 Comité Permanent des Médecins Européenne (CPME)

Legeforeningen har i perioden vært representert ved presidenten, Hans Kristian Bakke, sentralstyremedlem Lars Eikvar og Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet. Bernhard Grewin, Sveriges läkarforbunds president, er valgt til ny president for perioden 2004–2005.

CPME har videreført arbeidet med å få helsespørsmål forankret i EU-systemet. En oversikt over policydokumenter behandlet i CPME i perioden finnes på nettsiden www.cpme.be under heading "News" der man kan klikke seg inn på "CPME policy".

CPME har blant annet vedtatt en resolusjon om pasientsikkerhet og arbeider med å engasjere

kommisjonen til et samarbeid for å få satt pasientsikkerhet på dagsorden i Europa. En større konferanse der man prøver å få med sentrale aktører, er under planlegging.

6.23.7 Den europeiske forening for legespesialister – Union Europeenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Jørgen J. Jørgensen, leder av spesialitetsrådet og Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet.

De foreslåtte endringene i EU-direktivet ("Doctors Directive") som regulerer godkjenning av legespesialister mellom EU-land har også i denne perioden stått sentralt i UEMS-arbeidet. Kommisjonen har ønsket en betydelig forenkling som vil innebære at bare spesialiteter som eksisterte i alle medlemsland ville komme inn på listen for felles godkjenning. Dette ville påføre det enkelte land et stort merarbeid ved vurdering av den enkelte spesialist. Ved utgangen av perioden ser det ut som det intense lobbyarbeid som de europeiske legeorganisasjoner har drevet for å hindre uhensiktsmessige endringer, er i ferd med å lykkes.

De mer enn 20 norske spesialforeninger som er aktive i de såkalte "Specialist Sections" i UEMS gjør en meget solid innsats. Jan Peder Amlie er fortsatt president for kardiologi-seksjonen.

European Accreditation Council for CME (EACCME), som nå har eksistert i to år, har en jevn økning av akkrediteringssøknader, noe som bl a bidrar positivt til UEMS' økonomi.

Einar Skoglund fra sekretariatet er Legeforeningens representant i EACCME.

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

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

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeforening (Of) ved at styret sender tre til fire representanter til et årlig plenumsmøte. Rolf S. Kirschner er medlem av styret i AEMH.

Plenumsmøtet har 35 representanter. Høsten 2003 ble møtet holdt i København med Den almindelige danske lægeforening som vertskap. Sentrale temaer for møtet var CME/CPD, arbeidstid under vaktteneste, ledelse og akkreditering.

Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

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

6.23.9 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG)

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

Organisasjonens hovedmålsetning er å fremme yngre legers interesser ved å utveksle informasjon og utvikle en felles plattform for hvordan yngre legers arbeidsbetingelser og spesialistutdanning skal styrkes, samt arbeide for forbedring i de europeiske lands helsetjenester. Den norske representasjonen i PWG ivaretas av Ylf ved at styret sender leder, et styremedlem og en fra Ylfs kontor til PWGs to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper. Vårens plenumsmøte ble avholdt i Wien. Høstens plenumsmøte ble avholdt i Madrid.

Et av de viktigste spørsmål i PWG den senere tid har vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet. PWG fortsetter også arbeidet med å få akseptert PWGs prinsipperklæring angående CME/CPD (Continuing Medical Education/Continuous Professional Development) som felles mål innad i CPME. PWG har videre utarbeidet et policydokument vedrørende forskning i løpet av spesialiseringen. Etter innspill fra Norge har PWG videre startet opp en diskusjon om fremtidig struktur og organisasjonsmodell.

6.23.10 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Europeenne des Mediciens Omnipracticiens (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 vesteuropeiske og noen østeuropeiske land blitt medlemmer. UEMO har nå ca. 20 medlemsland.

Norge bindes av vedtakene i UEMO og EU gjennom EØS-avtalen, og det er derfor viktig å være med på å legge premissene for vedtakene gjennom medlemskap og deltakelse i UEMO. Legeforeningen velger en representant etter forslag fra Aplf. I inneværende periode er dette Eirik Bø Larsen. Aplf velger selv sin representant, det er nå Aage Henning Andersen.

I perioden 1.1. 2003–31.12. 2003 er det avholdt to medlemsmøter i UEMO. Møtene ble holdt i Stockholm i juni og i Dubrovnik i oktober. I tillegg til vanlige årsmøtesaker som regnskap, budsjett etc., ble det vedtatt et par helsepolitiske manifeste som uttrykker UEMOs standpunkter i forskjellige saker og som var forberedt av arbeidsgrupper forut for, og i løpet av møtet. Norge har ledelsen av en av arbeidsgruppene. Denne gruppen arbeider med "forebyggende helsearbeid" og holder for tiden på med å utarbeide et policydokument om forebyggende helsearbeid overfor ungdom. Eirik Bø Larsen er gruppens leder.

Et fast sekretariat i Brussel i samarbeid med CP er under etablering.

UEMOs økonomiske situasjon er svært anstrengt, og det arbeides iherdig på flere fronter for å balansere foreningens utgifter og inntekter og sikre UEMOs fortsatte eksistens.

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

UEMOs referansebok med forskjellig informasjon om organisasjonen og medlemslandene, samt en del fagartikler, har ikke vært utgitt de siste år da forlegger er gått konkurs. Det arbeides med å finne ny forlegger. UEMO har en egen hjemmeside: www.uemo.org

7 Økonomi

7.1 Legeforeningens økonomi

Fra og med regnskapsåret 2002 består Legeforeningens regnskap av følgende fond og enheter hvor det tidligere ble avlagt separate regnskap:

- Hovedforeningen
- Utdanningsfond I
- Utdanningsfond II
- Utdanningsfond III
- Lånefondet
- Kvalitetssikringsfond I
- Kvalitetssikringsfond II
- Rettshjelpsordningen for leger
- Fond for forebyggende medisin
- Tilskuddsordningen for primærleger (til og med 2003)

Regnskapet er organisert som et konsernregnskap med en samlet egenkapital per 31.12. 2003 på kr 989 319 334. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer og hele 99,14 % av kapitalen er således definert som bundet. Legeforeningen som konsern hadde i 2003 et regnskapsmessig overskudd på kr 62 470 626. Det store overskuddet i totalregnskapet kommer etter netto finansinntekter på nesten kr 73 millioner relatert til de underliggende fondenes plasseringer i norske aksje- og obligasjonsfond. Kjerneaktiviteten i form av hovedforeningen, viste imidlertid et underskudd før årsoppgjørdisposisjoner på kr 7 564 647.

Underskuddet i hovedforeningen relaterer seg hovedsakelig til vesentlig svikt i annonseinntekter for Tidsskriftet. Sammenlignet med regnskapet for 2002 ble annonseinntektene redusert med 23 %. Betydelige kostnadskutt knyttet til produksjonen av Tidsskriftet og generelt økt fokus på kostnadskontroll, var ikke tilstrekkelig til å bringe hovedforeningens økonomi i balanse i 2003. Det kraftige fallet i rentenivået førte dessuten til reduserte renteinntekter for hovedforeningen.

Dersom sentralstyrets forslag til disponering av årsresultatet for 2003 blir vedtatt, er den frie egenkapitalen i hovedforeningen redusert til kr 8 432 343. Hovedforeningens økonomi preges delvis av en ubalanse mellom variable inntekter og faste kostnader. Dette gjør foreningen sårbar ved svikt i inntektene. Det knytter seg fortsatt usikkerhet til den videre utviklingen i nivået på markedsinntektene fremover og den relativt lave frie egenkapitalen fører til svekket økonomisk handlefrihet for hovedforeningen.