

Innhold

Presidenten har ordet	6
1 Etikk.....	8
1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet	8
1.2 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål	8
1.3 Legeforeningens og Legemiddelindustriforeningens (LMI) råd for legemiddelinformasjon....	8
1.4 Rådet for legeetikk	9
1.5 Ethiske regler for leger.....	9
1.6 Etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanningen	9
1.7 World Medical Association (WMA).....	10
2 Inntekts- og arbeidsforhold.....	11
2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet	11
2.2 Generelt om lønns- og arbeidsvilkår	11
2.2.1 Regler for Legeforeningens forhandlingsvirksomhet	11
2.2.2 Lønnsutvalget for fastlønte leger	11
2.2.3 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger	11
2.2.4 Tariffutvalget for privat praksis	12
2.2.5 Representasjon i Akademikernes organer	12
2.2.6 Avtalesamling	12
2.2.7 Medlemsbrev	12
2.2.8 Bruk av Tidsskriftet	12
2.2.9 Forhandlingsinformasjon på Internett.....	12
2.3 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger	12
2.3.1 NAVO.....	12
2.3.2 Staten	13
2.3.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)	14
2.3.4 Oslo kommune	14
2.3.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH).....	14
2.4 Revisjon av særavtaler	15
2.4.1 Sentral særavtale mellom KS og Den norske lægeforening (SFS 2306).....	15
2.4.2 Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening	15
2.5 Hovedavtalen.....	15
2.5.1 Oslo.....	15
2.5.2 NAVO.....	15
2.6 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene.....	16
2.7 Privat praksis med driftstilskudd	16
2.8 Fastlegeordningen	17
2.8.1 Endringer i kommuneavtalen.....	17
2.8.2 Endringer i avtalen med Oslo kommune.....	17
2.8.3 Sentralt samarbeidsutvalg og Sentralt partssammensatt utvalg (Oslo).....	17

2.9	Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning.....	17
2.9.1	<i>Normaltariffen</i>	18
2.10	Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis	18
2.10.1	<i>Konkurranserettslige spørsmål</i>	18
2.10.2	<i>Omsetning av fastlegepraksis – ”Trondenes-saken”</i>	18
2.11	Legevakt	19
2.12	Helsenett	19
2.13	Forholdet til trygden.....	19
2.14	EUs forslag til tjenestedirektiv	19
2.15	Juridisk bistand til medlemmene fra Rettshjelpsordningen og sekretariatet	20
2.16	Praksiskonsulentordningen (PKO)	20
2.17	Problemer knyttet til helseregisterloven	21
2.18	Lånefondet – Legeforeningens lånefond til etablering/reetablering av privat legepraksis	21
2.19	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	21
3	Utdanning, forskning og fagutvikling.....	22
3.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	22
3.2	Strategi for pasientsikkerhetsarbeid.....	22
3.3	Spesialitetsrådet.....	22
3.4	Spesialitetskomiteene.....	23
3.5	Psykoterapiutvalget.....	23
3.6	Endringer i spesialistreglene	23
3.7	Kurs godkjent tellende i legers videre- og etterutdanning – forholdet til medisindustrien... 24	
3.8	Spesialister godkjent i 2004.....	25
3.9	Rapportering fra utdanningsinstitusjonene.....	26
3.10	Besøk på utdanningsinstitusjoner	26
3.11	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri.....	26
3.12	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	27
3.13	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR)	27
3.14	Etterutdanning	27
3.15	Tjeneste i spesialistpraksis tellende som ledd i spesialisering	27
3.16	Diverse kurs, konferanser, seminarer	28
3.16.1	<i>Gjennombruddsprosjektet KEPP</i>	28
3.17	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond for videre- og etterutdanning av leger.....	28
3.18	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	29
3.19	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning.....	29
3.20	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	30
3.21	Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin	30

3.22	Veiledning i institusjonshelsetjenesten.....	30
3.23	Gruppeveiledning i sykehus	30
3.24	Samarbeid med andre organisasjoner	31
	3.24.1 Samarbeid med de medisinske fakultet	31
3.25	Organisering og finansiering av allmennmedisinsk forskning	31
3.26	Simulerte pasienter.....	32
3.27	LUPIN (Legeforeningens utdanning på Internett)	32
3.28	Turnusrådet og Legeforeningens arbeid med turnustjenesten	32
3.29	Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget).....	33
3.30	Kvalitetsforbedringsutvalget.....	34
3.31	Kvalitetssikringsfond I - Legeforeningens fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus	34
	3.31.1 Fondsutvalgets sammensetning 2004-07.....	34
	3.31.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk.....	34
	3.31.3 Søknader og bevilgninger i 2004.....	34
3.32	Kvalitetssikringsfond II – Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten	34
	3.32.1 Fondsutvalgets sammensetning 2001-2004.....	34
	3.32.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk.....	34
	3.32.3 Søknader og bevilgninger i 2004.....	35
3.33	Kvalitetssikringsfond III – Legeforeningens fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus	35
	3.33.1 Organisering	35
	3.33.2 Styringsgruppen.....	35
	3.33.3 NOKLUS.....	35
	3.33.4 Årsrapport	36
3.34	Publikasjoner	36
	3.34.1 Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling har følgende utgivelser i 2004:	36
3.35	Spesialforeningenes kvalitetsarbeid	36
3.36	Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten	37
3.37	Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)	37
3.38	Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.....	37
3.39	Sekretariatstjenester for spesialforeningene	37
4	Forebyggende og helsefremmende arbeid.....	39
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	39
4.2	Helsefremmende arbeid	39
	4.2.1 Arbeid for å innføre en times kroppsøving i skolen hver dag.....	39
4.3	Forebyggende arbeid.....	40
	4.3.1 Tobakksforebyggende arbeid.....	40
	4.3.2 Forebygge psykiske lidelser blant barn og unge	40
4.4	Rusmiddelpolitisk utvalg 2003-04.....	40

4.5	Forskningsinstituttet.....	41
4.5.1	Personale og finansiering.....	41
4.5.2	Aktiviteter.....	41
4.6	Elisabeth og Knut Knutsens O.A.S. fond for kreftforskning.....	41
4.7	Norsk legemiddelhåndbok.....	41
5	Helsepolitikk.....	42
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	42
5.2	Statusrapport om helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser.....	42
5.3	Rapport om eventuelt fremtidig legeoverskudd i Norge.....	43
5.4	Bedre legetjeneste for sykehjemsbeboere.....	43
5.5	Høringer: Uttalelser til offentlige utredninger m.v.....	44
5.6	Omtale av noen sentrale høringer avgitt i 2004.....	44
5.6.1	Forsøksordning med sprøyterom.....	45
5.6.2	Endring i sykemeldingsreglene – oppfølging av IA-erklæringen.....	45
5.6.3	Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester.....	45
5.6.4	Forslaget om å innføre klassepris for enkelte legemidler.....	46
5.6.5	Samordning av sykehusene i hovedstadsområdet.....	46
5.7	Statsbudsjettet 2005.....	47
5.7.1	Den foreslåtte økningen av egenandeler på legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi.....	47
5.7.2	Interkommunal legevakt.....	47
5.7.3	Helseforetakenes økonomi.....	48
5.7.4	Reduksjon av reise og flytteutgifter til turnusleger.....	48
5.7.5	Forskning og utdanning.....	48
5.8	Organisasjonskontakter.....	49
5.8.1	Stortingskomiteer.....	49
5.8.2	Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet.....	49
6	Legeforeningens organisasjon.....	50
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet.....	50
6.2	Medlemstall.....	50
6.3	Landsstyret.....	50
6.4	Sentralstyret.....	50
6.5	Avdelingene.....	51
6.6	Yrkesforeningene.....	51
6.7	Spesialforeningene.....	51
6.8	Sekretariatet.....	52
6.9	Tidsskriftet.....	52
6.9.1	Organisering og bemanning.....	52
6.9.2	Tidsskriftets papirutgave.....	53
6.10	Informasjonsvirksomheten.....	53
6.10.1	Intern og ekstern informasjon.....	53
6.10.2	Mediekontakt.....	54

6.11	Tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene.....	55
6.12	Likestillingsutvalget.....	55
6.13	Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger	56
6.14	Håndbok for tillitsvalgte	56
6.15	Tillitsvalgtkurs	56
6.16	Informasjonsmøter for ansattrepresentanter, foretakstillitsvalgte og medlemmer av regionsutvalgene	57
6.17	Valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte	57
6.18	Informasjonsteknologi	57
6.18.1	IT-utvalget	57
6.18.2	Elin-prosjektet	57
6.18.3	Deltakelse i offentlige prosjekter	57
6.19	Deltakelse i andre organisasjoner	58
6.19.1	Nasjonalforeningen for folkehelsen	58
6.19.2	Kommunal kompetanse (KK).....	58
6.19.3	SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon).....	58
6.20	Soria Moria.....	58
6.21	Legenes hus	58
6.22	Internasjonalt arbeid.....	58
6.22.1	Generelt	58
6.22.2	Nordisk legeråd.....	59
6.22.3	Sammordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS).....	59
6.22.4	Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter	59
6.22.5	Comité Permanent des Médecins Européenne (CPME).....	60
6.22.6	Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	61
6.22.7	Den europeiske overlegeforening – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).....	61
6.22.8	Permanent Working Group of European junior doctors (PWG).....	61
6.22.9	Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO).....	61
6.22.10	Kompetanseprogram om EU og helse	62
7	Økonomi.....	63
7.1	Legeforeningens økonomi	63
	Økonomiske nøkkeltall 2004	64
	Vedtak/oversendelsesvedtak av landsstyret 2004	65

Presidenten har ordet

Den foreliggende årsmeldingen omhandler Legeforeningens aktiviteter i perioden 1. januar til 31. desember 2004.

Foreningens interne arbeid har i løpet av fjoråret - i tråd med landsstyrets klare bestilling - i stor grad vært konsentrert om vår egen organisasjonsutvikling. Etter landsstyrets behandling av denne saken i Loen i mai 2004, brukte sentralstyret utover høsten mye tid og energi på å utarbeide sitt høringsnotat til organisasjonsleddene. Senere har vi hatt en nøye vurdering av organisasjonsleddenes tilbakemeldinger og har også drøftet saken på foreningens ledermøte denne våren. På en del områder er det tydelige tegn til at organisasjonen ser ut til å kunne samle seg om endringsforslag. Dette gjelder særlig forslagene knyttet til styrking av Legeforeningens faglige akse. Noe mer krevende ser det ut til å bli når det gjelder å få til en samlet holdning knyttet til fremtiden for vår geografiske akse og den lokale aktiviteten i relasjon til yrkesforeningenes rolle. Jeg har likevel et sterkt håp om at landsstyret i Bergen kan samle seg om noen prinsipielle vedtak som gjør at vi nå i stor grad, kan legge denne saken bak oss. En organisasjonssak krever mye av foreningens ulike ledd, og tiden bør nå være kommet for å konsentrere seg om andre viktige oppgaver.

Året 2004 var også et særdeles aktivt år på den helsepolitiske arena. Legeforeningen bidro sterkt til å sette en helsepolitisk dagsorden gjennom blant annet vår statusrapport "Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling", som ble presentert i april 2004. Konklusjonene i denne rapporten som blant annet viste at det faglige nivået er for varierende og i mange tilfeller for lavt, gjorde at Legeforeningen tok kontakt med daværende helseminister Dagfinn Høybråten og foreslo at det ble gjennomført en serie gjennombruddsprosjekter for å styrke fagligheten i denne tjenesten. Resultatene som er beskrevet annet sted i denne årsmeldingen, viste med all tydelighet at man ved å sette fagligheten først - og ikke minst gjøre den faglige kompetanse tilgjengelig for pasientene og som premiss for det faglige tilbudet til pasienten - kan oppnå store kvalitetsmessige forbedringer av tjenestetilbudet. Det vil ikke være galt å hevde at dette arbeidet fra Legeforeningens side, har ført til et skifte av oppmerksomhet hos sentrale helsemyndigheter over mot langt mer vekt på faglig kvalitet i tjenesten. Dette arbeidet viser også at når Legeforeningen klarer å hente frem det solide faglige engasjementet i våre faglige foreninger, og gjennom ledelsen i foreningen bringe dette fram for myndighetene, da kan vi i veldig stor grad påvirke utviklingen i helsevesenet og helsepolitikken. Jeg mener dette også viser at vi er på rett vei i de bestrebelsene vi har for å endre vår egen organisasjon. Samtidig viser resultatene av dette arbeidet hvor viktig det er at fagmiljøene, uavhengig av industri og myndigheter, er de som har hånd om fagutviklingen.

En stor seier på den helsepolitiske arena det siste året er at vi etter lang tids sterkt engasjement, endelig har fått gjennomslag for bemanningsnormer for legetjeneste i sykehjem. Etter at Stortinget sa nei til et slikt forslag våren 2004, har Stortinget denne våren etter sterkt påtrykk fra Legeforeningen, snudd og Stortinget har nå bedt regjeringen utarbeide forslag til normer for styrket legebemanning. Gledelig er det også at det i stortingsvedtaket vises til det arbeid Legeforeningen har gjort og de normer Legeforeningen har foreslått på dette området. Som på andre områder hvor Legeforeningen fremmer sine synspunkter på basis av et sterkt engasjement blant medlemmene, har også her vårt meget kompetente og engasjerte sekretariat bidratt på en helt uvurderlig måte.

Det er videre nærmest å vurdere som en revolusjon at det som siden begynnelsen av 1990-tallet har vært rusomsorg i Norge nå er blitt rusbehandling. Rusfeltet er gjennom rusreform I og II løftet ut av lov om sosiale tjenester og inn i helsetjenestelovgivningen. Dette har Legeforeningen ønsket gjennom lang tid, og vi har sterk tro på at det vil bidra til et langt bedre helsetjenestetilbud til rusmisbrukere. Samtidig er ikke en slik lovregulering i seg selv noen garanti for bedre tjenester. Legeforeningen ser fortsatt klare utfordringer på dette området, og sentralstyret har vedtatt å gjøre rusmiddelbehandling til tema for vår neste statusrapport. Dette er blitt særdeles godt mottatt i mange miljøer.

På forhandlingsarenaen ble 2004 på sykehussektoren preget av de resultater vi oppnådde i forrige runde. Forhandlingene trakk ut, ikke minst på grunn av motpartens krav om endret reguleringsnivå for sosiale bestemmelser.

På privatpraksisområdet ble forhandlingene preget av nye krav om økte egenandeler og flytting av økonomi fra takster til driftstilskudd for andre spesialister enn allmennlegene.

2004 var også det året da Norge innførte røykfrie serveringssteder. Dette er et tiltak som ikke bare er blitt lagt merke til i Norge, men over store deler av verden. Vi ser at mens Norge var det første landet som vedtok en slik lov, er det nå stadig flere land som følger etter. Sist Italia. Vi bør kunne minne oss selv om at røykfrie serveringssteder først var et forslag som kom fra Legeforeningen tilbake i 1999.

Legeforeningen har også det siste året hatt et sterkt engasjement på andre sider av forebyggende helsearbeid. Den globale epidemi med stadig økende problem i form av fedme og overvekt hos barn og unge, må tas på alvor. Få av våre forslag til tiltak innenfor folkehelseområdet har vakt så stor oppmerksomhet og anerkjennelse som vårt forslag om minst én time fysisk aktivitet i skolen hver dag fra første klasse til utvideregående skole. Det er gledelig å registrere at myndighetene i flere departementer allerede har tatt dette inn over seg. Timetallet for fysisk aktivitet er nå i ferd med å utvides i skolen.

På slutten av 2004 inngikk også Legeforeningen, etter en meget langvarig og grundig prosess i egen organisasjon, en ny avtale med Legemiddelindustriforeningen om relasjonen mellom leger og Legeforeningens organer og den farmasøytiske industri. Denne avtalen har skapt både glede og mindre begeistrede tilrop. Imidlertid synes det blant legene å være en generell bred støtte til våre bestrebelser på å gjøre legers videre- og etterutdanning langt mer uavhengig av finansielle bidrag fra industrien. Åpenhet og ryddighet i avtalene mellom leger, eller grupper av leger, og industrien, samt nøkternhet i møter mellom industri og leger har også blitt godt mottatt. Imidlertid er det trist å registrere at myndighetene ikke synes å ha vilje til å følge opp med styrket finansiering fra deres og arbeidsgiveres side, til den nødvendige faglige utvikling og oppdatering.

Samtidig har vi fått erfare at ikke alle sider ved det vedtak som ble fattet i Loen i fjor var mulig å overskue. Det er derfor lagt frem en ny sak for landsstyret til debatt og vedtak denne gangen. Det er ingen grunn til å forvente at forholdet mellom leger og legemiddelindustri kommer til å forsvinne fra vår agenda, snarere tvert om. Det er god grunn til at foreningen fortsatt skal ha en sterk oppmerksomhet mot disse spørsmålene.

Samlet sett klargjør årsmeldingen at Legeforeningen har høy aktivitet på mange plan, og det er grunn til å gi alle aktører som har bidratt, honnør for deres innsats.



Hans Kristian Bakke
president

1 Etikk

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

1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

Legeforeningen vil arbeide for å

- styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen
- øke samarbeidet med pasientorganisasjonene for å verne om pasientrettighetene
- motvirke uheldige sider ved legers samhandling med legemiddelindustrien

1.2 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål

Sentralstyret deltar i drøftinger om og utformingen av synspunkter på forskjellige medisinske problemstillinger, blant annet gjennom sitt internasjonale arbeid. Det vises nærmere om dette til punktet 1.7 World Medical Association (WMA).

1.3 Legeforeningens og Legemiddelindustriforeningens (LMI) råd for legemiddelinformasjon

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

Legeforeningen har tatt initiativ til revisjon av samarbeidsavtalen mellom Legeforeningen og LMI. Dette arbeidet ble avsluttet ved årsskiftet 2004/2005. Legeforeningen og Legemiddelindustriforeningen inngikk da en ny avtale om retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom Legeforeningen og Legemiddelindustrien. Avtalen er gjort gjeldende fra og med 1.1. 2005.

Avtalen innledes med en mer presis felleserklæring om avtalens formål som henviser til de lover, forskrifter og foreningsmessige regler som er relevante for kontakt mellom leger og legemiddelindustri. Her er også innført Straffelovens § 276 a-c (om korrupsjon).

Kap 1 Krav til dokumentasjon og åpenhet m.v.

Det er innført krav om skriftlighet i alle avtaler mellom industri og Legeforeningens organer eller grupper av leger (unntatt kontorbesøk på dagtid).

Krav om skriftlighet også for enkeltleger som har konsulentoppdrag eller for industri.

Avtalene skal gjøres tilgjengelige for offentlighet.

Møtearrangør har ikke anledning til å favorisere enkeltfirmaer.

Foredragsholdere skal avkreves informasjon om ev. forhold til legemiddelfirma.

Kap 2 Deltakelse på kurs, kongresser, faglige møter og lignende. Informasjon og markedsføring

Industrien kan ikke medvirke ved arrangementer som er godkjent eller gir tellende timer i legers videre- og etterutdanning.

Program for andre arrangementer hvor industrien kan medvirke, skal på forhånd sendes Rådet for legemiddelinformasjon.

Støtte til reise og opphold kan ikke overskride satsene i Statens reiseregulativ (innenlands og utenlands).

Ansatte leger skal innhente arbeidsgivers samtykke.

Arrangementer i utlandet krever forhåndsgodkjenning fra Rådet for legemiddelinformasjon.

Informasjon til studenter krever tillatelse fra utdanningsstedet.

Det kan ikke annonseres for legemidler på utdanningsrelaterte sider på Internett.

Det kan inngås egen avtale om maksimalpriser for utleie av utstillingsplass, annonseplass og ilegg av reklame i foreningsutsendelser.

Økonomiske midler fra industrien til utdeling av priser og forskningsstipend skal inngå i eget fond for formålet, der industrien ikke er representert. Bidrag skal tilstrebtes fra flere firmaer. Det kan ikke ytes støtte til drift av foreningsorgan eller mottas støttemedlemskap eller uspesifikke ytelser fra firmaer.

Kap 3 Annen samhandling

Det kan ikke kreves møteromsleie ved informasjonsmøter på legekontor.

Reklamegjenstander og gaver må ha ubetydelig verdi (kr 50).

Faglige gaver må ikke ha verdi over en størrelsesorden på 1 000.

Ansatte leger må ha arbeidsgivers tillatelse til å inngå avtale om tjenester til legemiddelfirma.

Kap 4 Samarbeid om forskning og utvikling, herunder klinisk utprøving av legemidler

Hele kapitlet er nytt og omhandler kontroll med prosjekter. Meldepliktige prosjekter skal vurderes av regionale komiteer for medisinsk forskningsetikk (REK) eller Statens legemiddelverk, ikke-meldepliktige prosjekter skal vurderes av Rådet for Legemiddelinformasjon. Uttrykkelig forbud mot skjult markedsføring eller at grupper skal tilvennes bestemte legemidler.

Krav til faglig kvalifisert prosjektledelse.

Krav til publisering eller offentliggjøring ut fra vanlige forskningsetiske prinsipper.

Ansatt helsepersonell skal ha skriftlig tillatelse fra arbeidsgiver til å delta i prosjekt.

Legeforeningen har 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.

1.4 Rådet for legeetikk

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

Rådet har i 2004 holdt seks ordinære møter og behandlet 70 saker. Rådet har videre i perioden arrangert et dagskurs på Soria Moria under tittelen "Ethiske aspekter ved livets slutt". Kurset var godkjent tellende i legers videre- og etterutdanning for alle spesialiteter.

Rådet for legeetikk utarbeider egen beretning. Beretningen for perioden 1.7. 2003 til 30.6. 2004 er lagt ut på Legeforeningens Internettsider. Noen enkeltstående saker er gitt særskilt omtale i Tidsskriftet.

Rådets hovedoppgave er å drive rådgivning overfor Legeforeningens sentrale organer og medlemmer. 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.

1.5 Ethiske regler for leger

Ethiske regler for leger finnes blant annet på Legeforeningens nettsider. Her finnes også artikler om etikk og stoff om WMA-deklarasjoner.

Gjennom de senere år er etiske regler for leger revidert/endret av landsstyret etter forslag fra Rådet, senest under landsstyremøtet 2002.

1.6 Etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanningen

Rådet har alltid lagt stor vekt på viktigheten av styrking av etikk i grunn, videre- og etterutdanning. På 90-tallet foreslo rådet at etikk burde innføres som en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Legeforeningens øvrige organer har ikke støttet dette, men foreslått at etikk burde være en obligatorisk del av alle eksisterende kurs. Dette har det bare lyktes å få til i begrenset grad. Noen få spesialiteter har gjort ulike etikktema til en del av obligatoriske kurs. Flere av rådets medlemmer har bidratt med undervisning i slike kurs. Videre er publiseringen av saker behandlet av rådet i økende grad publisert i Tidsskriftet og på rådets egne nettsider.

1.7 World Medical Association (WMA)

Det ble i løpet av 2004 avholdt to møter i organisasjonen, et Council-møte i Ferney-Voltaire i Frankrike i første halvdel av mai, og et Assembly-møte i Tokyo i oktober. På Assembly-møtet ble det drøftet en del forslag som etter noen endringer ble vedtatt, så som: Forholdet mellom leger og medisinsk-teknisk industri/legemiddelindustrien, vann og helse og global standard for kvalitetsforbedring av medisinsk videre- og etterutdanning.

Dessuten ble det vedtatt en fotnote til §30 i Helsinki deklarasjonen som omfatter rett for deltakerne i studier til å få tilgang til de tiltakene som er funnet effektive, etter at studien er avsluttet. Dette må beskrives i studieprotokollen slik at det kan vurderes av etisk kontrollkomité.

De som har møtt på WMAs møter er Hans Kristian Bakke, Terje Vigen og Reidun Førde (deltok bare i Frankrike).

Det har ellers i løpet av 2004 vært en prosess for å finne ny generalsekretær i WMA etter at Delon Human meddelte at han vil slutte ved overgangen 2004/2005. Det ble høsten 2004 besluttet å tilsette Otmar Kloiber fra Tyskland som ny generalsekretær.

2 **Inntekts- og arbeidsforhold**

Legeforeningens formål er å fremme medlemmenes sosiale, kollegiale og økonomiske interesser, jfr. lovenes § 1 b.

2.1 **Prinsipp- og arbeidsprogrammet**

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

Legeforeningen vil arbeide for å

- stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer med formål å belønne kompetanse, ansvar, innsats og ledelse
- sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønn- og arbeidsvilkår
- gjøre lønnsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet
- motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet
- sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste gjennom oppgavefordeling skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger, herunder bedre rammevilkårene for legevakt
- tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis

2.2 **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.

2.2.1 **Regler for Legeforeningens forhandlingsvirksomhet**

Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalgene med representanter fra berørte yrkesforeninger/Nmf avhengig av hvilke temaer som er på dagsorden. I tillegg kan representanter fra sekretariatet innkalles.

Forhandlingsdelegasjonen for NAVO Helse er videreført, men det er vedtatt endringer i sammensetningen i løpet av perioden. Det er ikke foretatt endringer i andre regler som regulerer foreningens forhandlingsvirksomhet.

2.2.2 **Lønnsutvalget for fastlønte leger**

Det tidligere lønnsutvalget for fastlønte leger er erstattet av særskilte forhandlingsutvalg for tariffområdene KS/Oslo kommune, HSH og Staten.

2.2.3 **Forhandlingsutvalg for fastlønte leger**

Forhandlingsdelegasjon NAVO Helse har frem til 31.12. 2004 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Asle Medhus, Ylf, Lars Eikvar, Of, Yngve Mikkelsen, Ylf, (til 20.9. 2004), Hilde Engjom, Ylf (fra 20.9. 2004) og Geir Ketil Røste, Of.

Forhandlingsutvalg tariffområdet HSH har frem til 31.12. 2004 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Arne Refsum, Of og Ole Jacob Nilsen, Ylf.

Forhandlingsutvalget for tariffområdet Stat har frem til 31.12. 2004 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Per Helge Måseide, Legeforeningens representant i Akademikerne Stat, Helge Bjørnstad Pettersen, LVS, Lars Eikvar, Of, Ketil Kongelstad, LSA, samt en representant fra Ylf's kontor.

Forhandlingsutvalget for tariffområdet Kommunenes Sentralforbund / Oslo kommune har frem til 31.12. 2004 hatt følgende sammensetning. Hans Kristian Bakke (leder), Anne-Gry Rønning Moe, Legeforeningens representant i Akademikerne kommune, Torunn Janbu, Oslo legeforening/Of, Synne Torkildsen, Ylf, Ole E. Strand, Aplf og Pål Kippenes, LSA.

Forhandlingsutvalg tariffområdet arbeidsmedisin har frem til 31.12. 2004 etter sentralstyrevedtak fungert slik at sekretariatet innkaller representanter for Namf for å drøfte forhandlinger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår for arbeidsmedisinerne.

2.2.4 Tariffutvalget for privat praksis

Tariffutvalget for privat praksis har fra 1.9. 2003 og frem til 31.12. 2004 hatt følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Anne Mathilde Hanstad (nestleder), Kjell Maartmann-Moe, Aplf, Åge Henning Andersen (vara), Ernst K. Horgen, LSA, Per Helge Måseide vara, Jan E. Kristoffersen, Aplf, Karin Frydenberg vara, Truls Disen, PSL, Harald Guldsten (vara), Ove A. Mortensen, PSL, Berit Norling (vara), Kristin Aase Of, Arve Kristiansen vara, Synne Torkildsen Ylf og Ingvild Brunborg, vara.

2.2.5 Representasjon i Akademikernes organer

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

For øvrig har Den norske lægeforening fram til 31.12. 2004 vært representert med følgende i Akademikernes seksjonsorganer:

Akademikerne Helse: Akademikerne Helse ledes av forhandlingsjef 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: Per Helge Måseide med Bente A. Kvamme som varamedlem

Akademikerne Privat: Per Medalen

Akademikerne frie yrker: Arvid Mikkelsen

2.2.6 Avtalesamling

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

For NAVO-helse er det utarbeidet særskilt avtalesamlinger for helseforetakene med samling av protokoller, avtaler, referat m.v. fra møter/avklaringer mellom de sentrale parter (Legeforeningen og 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.

2.2.7 Medlemsbrev

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

2.2.8 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.

2.2.9 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.

2.3 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

Tariffrevisjonen 2004

2.3.1 NAVO

Tariffområdet NAVO gjelder Legeforeningens medlemmer i helseforetakene (sykehusene), herunder tidligere rusinstitusjoner. Overenskomstens spesielle deler (B-delen), som forhandles lokalt i helseforetakene ble avsluttet i løpet av januar måned 2003, og med endelig avsluttende sentrale forhandlinger 31.1. 2003. Det var langvarige og krevende forhandlingsrunder med omfattende

bistand fra NAVO og Legeforeningen sentralt. Overenskomsten innebar et helt nytt lønssystem for legene.

Pensjon

Det var nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å vurdere fremtidig pensjonsordning, jf. bestemmelser om dette i overenskomstens del A1. Representanter fra Akademikerne er Odd Håker og Anne-Gry Rønning Moe. Arbeidet ble startet våren 2004, men uten at dette ble avsluttet før forhandlingene om ny overenskomst startet.

I Meklingsmannens møtebok for øvrige organisasjoner (LO/UHO/YS) fra mai 2004 er det tatt inn bestemmelser om nedsettelse av en ny partssammensatt arbeidsgruppe som skal se på alle forhold knyttet til pensjon. Selv om denne møteboken gjelder andre enn Akademikerne, er det likevel forutsatt at Akademikerne skal delta i dette arbeidet med to representanter. Akademikerne helse har utpekt Odd Håker og Anne-Gry Rønning Moe til å ivareta Akademikerne i dette utvalgsarbeidet. Det har i 2004 ikke vært innkalt til noen møter i dette utvalget.

Forhandlinger om ny overenskomst pr. 1.4. 2004

Forhandlinger om revisjon av overenskomsten per 1.4. 2004 skulle ha vært gjennomført våren 2004. Av flere årsaker ble partene enige om å utsette forhandlingene til september 2004, og forhandlingene om den sammenslutningsbaserte delen (A1) av avtalen ble avsluttet i desember 2004 men uten at det var oppnådd enighet om innholdet. Arbeidsgiver hadde fremstilt krav om strukturelle endringer som bl.a. innebærer å flytte reguleringsnivået for en rekke sosiale bestemmer ned på et lavere nivå i avtalehierarkiet. Partene har avtalt å utsette dette vanskelige forhandlingstemaet til de avsluttende forhandlinger. Forhandlingene om legenes spesifikke lønns- og arbeidsvilkår (overenskomstens del A2) starter tidlig i januar 2005.

I Legeforeningens krav har det vært viktig med krav som sørger for å sikre reell likestilling mellom kjønnene. På bakgrunn av bl.a. henvendelse fra Likestillingsombudet og Legeforeningens likestillingsutvalg om leger under spesialiseringens lønnsvilkår, er det derfor fremmet krav til både overenskomstens del A1 via Akademikerne og til overenskomstens del A2 i Legeforeningens krav, bestemmelser som ivaretar dette.

Med sikte på å styrke lønns- og arbeidsvilkår for leger som arbeider med forskning, har Legeforeningen videre krevd flere forbedringer av arbeids- og lønnsvilkårene for leger i kombinerte stillinger. Blant annet er det fremmet krav om at leger i kombinerte stillinger som har inntil 1 års permisjon med lønn fra hovedstillingen skal gis permisjon med full lønn fra bistillingen i samme periode. Endelig forhandlingsresultat forutsetter imidlertid enighet med NAVO.

De andre yrkesgruppene i helseforetakene fikk sine nye overenskomster fastsatt i megling i mai 2004. Bortsett fra en liten gruppe Akademikere som forhandlet lokalt (SAN), ble forhandlingsresultatet for alle de andre gruppene (sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter m.v.) i sin helhet fastsatt sentralt.

2.3.2 Staten

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, hos fylkeslegen, Sosial- og helsedirektoratet og statsforvaltningen for øvrig. Alle hovedsammenslutningene og de frittstående forhandlingsberettigede organisasjoner i staten godtok meklingsmannens skisse til ny hovedtariffavtale for perioden 1.5. 2004 - 30.4. 2006.

Resultatet innebærer en ramme på om lag 3,6 %. Av dette gis et generelt tilbud på 1,67 %. Det ble avsatt 0,41 % til sentrale justeringer fra 1.6. 2004 og 1 % til lokale forhandlinger fra samme dato.

Akademikerne aksepterte skissen fordi en større andel av lønnstilleggene i oppgjøret ble avsatt til lokale forhandlinger, og fordi staten frafalt sine krav om å endre sykelønnsordningen og reglene for lokal forhandlingsrett. Det vises til Arbeids- og administrasjonsdepartementets (AAD) Personalmelding (PM) nr. 7/2004 vedrørende lønnsregulering for arbeidstakere i det statlige tariffområdet fra 1.5. 2004.

Sentrale justeringsforhandlinger

De sentrale parter forsøkte å gjennomføre de sentrale justeringsforhandlingene før sommerferien, men uten at det var mulig å komme til enighet. LO stat, YS stat og UHO brøt onsdag 30.6. 2004 kl 1900 de sentrale justeringsforhandlingene med staten fordi de prinsipielt ikke kunne godta at det var avsatt økonomi til pott-krav. Dessuten kunne de ikke godta forslag til ny lønnsplan i Forsvaret.

Akademikerne Stat meddelte staten ønske om å forhandle videre, men brøt etter hvert også forhandlingene.

Justeringsoppgjøret ble behandlet i statens lønnsutvalg 13. - 14.9. 2004 og resultatet forelå ved kjennelse 15.9. 2004. Statens lønnsutvalg behandlet tre problemstillinger: 1) Spørsmålet om avsetning til pott er et generelt virkemiddel i henhold til Hovedtariffavtalen, 2) krav om opprettelse av nye militære stillingskoder under egen lønnsplan for yrkes- og kontraktsbefal i forsvaret samt 3) fordeling av midler.

Når det gjelder 1) fastslo flertallet at dersom rene potter skal benyttes ved tariffoppgjør må dette være basert på partsenighet. For påstand nr. 2) mente flertallet mente at de lokale tjenestemannsorganisasjonene ikke i tilstrekkelig grad var blitt involvert i arbeidet og 3) at fordelingen av midlene i vesentlig grad bygger på Statens tilbud nr. 2. Akademikerne (og Legeforeningen) mener at kjennelsen er problematisk, dels fordi fordelingen av midler er uheldig og dels fordi utvalgets flertall gikk i mot å avsette potter til prioriterte stillinger (f.eks. medisinske forskerstillinger) som et generelt virkemiddel i henhold til hovedtariffavtalen.

Lokale forhandlinger (2.3.3 forhandlinger)

Som et resultat av bruddet ved de sentrale justeringsforhandlinger, ble fristen for gjennomføring av de lokale forhandlingene utsatt fra 1.10. 2004 til 31.12. 2004, jf. PM 8/2004, pkt. IV. AAD anbefalte likevel at de lokale partene starter med forberedelsene før kjennelsen i Statens Lønnsutvalg foreligger. De lokale forhandlingene vil bli gjennomført etter samme innretning og på samme måte som tidligere.

2.3.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)

Legeforeningens medlemmer i KS er nå hovedsakelig kommuneleger og turnusleger. Med virkning fra 1.5. 2002 ble det etablert hovedtariffavtale hvor lønnsfastsettelsen for akademikergruppene skal skje lokalt i den enkelte kommune. Lønnsdannelsen for leger i dette tariffområdet skjer derfor kun lokalt. Høsten 2003 ble det i åtte kommuner brudd etter lokale lønnsforhandlinger. Disse ble brakt inn til sentral organisatorisk behandling mellom KS og Legeforeningen. En sak ble brakt videre inn til sentral nemndsavgjørelse.

De sentrale forhandlingene om ny hovedtariffavtale våren 2004 var kompliserte og bar preg av at lærerne ble overført fra staten til kommunesektoren. Samtidig hadde de andre hovedsammenslutningene fremmet krav i forhold til "akademiker-kapitlet" i avtalen. Det var dessuten her, som i staten, press mot sykelønnsordningen. I tillegg var det vanskelige og meget viktige krav i forhold til pensjonsordningen i kommunesektoren.

For legenes del er den viktigste endringen, som følger av Riksmeklingsmannens møtebok, at forhandlingsordningen for akademikerne videreføres som tidligere og at pensjonsrettighetene bedres noe. Taket for to års karenstid for pensjonsgrunnlaget ved alderspensjon er hevet. Lønnsøkning inntil 60 % av folketrygdens grunnbeløp gitt som individuelt tillegg ved lokale lønnsforhandlinger medregnes i pensjonsgrunnlaget, selv om det er gitt mindre enn to år før pensjonering.

Forhandlingene om lønnsøkning for leger i kommunehelsetjenesten startet opp høsten 2004 og pågikk ut året.

2.3.4 Oslo kommune

Legeforeningens medlemmer i Oslo er nå i hovedsak sykehjemsleger, bydelsleger, Olafiaklinikken, rusmiddelstaten og Oslo legevakt.

De sentrale forhandlinger med Oslo kommune om ny overenskomst per 1.5. 2004 havnet også i megling. Meglingen ga som resultat et generelt tillegg til alle på 2 % per 1.5. 2004. Videre ble det avsatt 0,4 % pr år til sentrale lønsmessige tiltak og 0,85 % til lokale forhandlinger ute i etatene. Legestillingene ble ikke tilgodesett ved de sentrale justeringene. Dette må imidlertid ses i sammenheng med at det også ble forhandlet om lønnsproblemer i forbindelse med særavtalerevisjonen (se pkt under).

2.3.5 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.

Forhandlinger om avtalerevisjon per 2004 for Dnlfs medlemmer er utsatt i påvente av forhandlingene i NAVO-sektoren.

2.4 Revisjon av særavtaler

2.4.1 Sentral særavtale mellom KS og Den norske lægeforening (SFS 2306)

Det er gjennomført revisjon av denne avtalen i 2004 med kun mindre endringer som resultat. Det er tatt inn en ny bestemmelse som skal sikre at leger bare kan pålegges legearbeid på legevakt. Videre skal beredskapsgodtgjøringen for legevakt regnes med i sykdoms- og svangerskapslønn. Dette beløpet er hevet med 7,85 %, mens lønnen for turnuslegene ble hevet fra kr 285 000 til kr 310 000 per år.

Det ble videre nedsatt et parts sammensatt utvalg som skulle se på problemstillinger rundt ansvar og beredskap for kommunelege I og lovpålagte arbeidsoppgaver av samfunnsmedisinsk karakter. Kommunelege I eller tilsvarende i samfunnsmedisinsk stilling uten andre avtalte legeoppgaver i kommunen gis fritak fra legevakt dersom vedkommende ønsker det.

2.4.2 Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening

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 som blant annet skulle vurdere stillingsstruktur, kompetansekrav, lønsspørsmål m.v. vedr. de kommunale legestillingene.

Arbeidsgruppen leverte sin innstilling 17.2. 2004. I rapporten ble det dokumentert at legestillinger hadde fått svært liten uttelling i forhold til sentrale justeringer de siste år, og at flere av legestillingene i kommunene hadde atskillig lavere lønnsnivå enn tilsvarende legestillinger i andre tariffområder. Med bakgrunn i denne innstillingen ble det startet nye forhandlinger med Oslo kommune medio mars. Legeforeningen brøt disse forhandlingene og saken ble løst med nemndsbehandling i slutten av august. Slutningen fra nemnda innebærer en hensiktmessig forenkling av lønnsystemet og en akseptabel heving av lønnsnivået for samtlige legestillinger. Lønnsendringene ser ut til å innebære en resultatramme på 9 – 10 %. Virkningstidspunktet ble fastsatt fra 1.1. 2004 - 30.4. 2006. Dette innebærer at det ikke blir nye særavtaleforhandlinger før i 2006.

2.5 Hovedavtalen

Hovedavtalen for de tre tariffområdene KS, Staten og HSH gjelder frem 31.12. 2005.

2.5.1 Oslo

Forhandlingene om ny hovedavtale i Oslo kommune er påbegynt, men ikke slutført. Med unntak av Akademikerne, har samtlige organisasjoner brutt forhandlingene med Oslo kommune. Akademikerne ønsket å akseptere hovedavtalen, men Oslo kommune har ikke godtatt dette. Akademikerne har på bakgrunn av dette stevnet Oslo kommune med påstand om at det er inngått en bindende hovedavtale mellom Oslo kommune og Akademikerne.

2.5.2 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.

Akademikerne Helse inngikk ny hovedavtale med NAVO i mars 2004. Den nye hovedavtalen

skiller seg vesentlig fra de tidligere hovedavtalene for sykehusene med færre sentrale rettighetsbestemmelser i forhold til medbestemmelse og tillitsvalgte. Partene har i protokoll til hovedavtalen forutsatt viktigheten av at det inngås slike avtaler hvor det særlig er viktig å regulere den tid tillitsvalgte trenger for å utføre arbeidet innenfor ordinær arbeidstid, herunder avsetning av hele eller deler av årsverk til arbeid som tillitsvalgt. Dette innebærer nye utfordringer for våre tillitsvalgte som må påse at det inngås lokale tilpasningsavtaler for å ivareta medbestemmelse og tillitsvalgtes rettigheter. Den nye hovedavtalen er mer avhengig av lokale løsninger og lokal enighet enn vi har vært vant med fra tidligere.

Kravet om å videreføre den avtalestrukturen som midlertidig er avtalt med NAVO, dvs. med tre overenskomstnivåer (A1, A2 og B-del), er videreført for førstkommande overenskomstforhandling for Legeforeningens vedkommende i egen protokoll til hovedavtalen.

2.6 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene

Sekretariatet og sentrale tillitsvalgte får av og til meldinger fra tillitsvalgte medlemmer som opplever problemer ved utøvelsen av vervet som tillitsvalgt. De tillitsvalgte rapporterer om noen tilfeller av treg saksbehandling, sene svar fra arbeidsgiver, tilsidesetting i utdanningsprogresjonen, dårligere lønnstilbud og frykt for ikke å bli tatt i betraktning ved videre tilsetting. Enkelte tillitsvalgte opplever at de blir trakassert. Etter ønske fra sentralstyret ble det derfor 1.9. 2003 sendt ut et spørreskjema for å undersøke hvordan de tillitsvalgte i NAVO-området vurderte sin arbeidssituasjon. 53 av 83 tillitsvalgte svarte.

Undersøkelsen avdekket ikke gjennomgående forhold av en slik art at det var grunnlag for at foreningen på sentralt hold hadde behov for å endre avtaler og regelverk. Problemene synes mer å ligge i manglende kunnskap om hovedavtalen og de tillitsvalgtes rettigheter. Forholdene ved ett helseforetak var spesielle. Dette ble håndtert av foreningen sentralt. For øvrig ble tillitsvalgte anmodet om raskere og sterkere å melde fra dersom de opplever forhold lokalt som foreningen bør gripe fatt i.

Sekretariatet har fulgt oppmerksomt med på denne problemstillingen i 2004, jf. også innføring av ny hovedavtale i helseforetakene, men har ikke mottatt alvorlige bekymringsmeldinger dette året.

2.7 Privat praksis 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 Rammeavtalen av 2003 falt noen brikker på plass. Fra Legeforeningens side er det imidlertid fremdeles viktig å få frem det viktige arbeidet som de private spesialistene bidrar med i det totale helsetilbudet.

Rammeavtalen ble ikke sagt opp av Legeforeningen eller RHFene innen fristen 30.9. 2004, og gjelder derfor ut 2005. Det var et ønske fra begge avtaleparter at avtalen skulle virke ett år til, for å høste flere erfaringer mht. hvordan Rammeavtalen fungerer i praksis.

Det er imidlertid klarlagt enkelte uenighetspunkter mellom Legeforeningen og RHFene. Det har vært avholdt møter mellom partene, der særlig Rammeavtalens pkt 6.1 ble diskutert. Drøftingene gjelder særlig i hvilken utstrekning RHFene kan styre de enkelte praksisers pasientprofil og produksjonsnivå. Videre har også tilpliktingsbestemmelsen i pkt 6.6 vært tema på disse møtene. Legeforeningen arbeider fremdeles i fellesskap med RHFene for at flest mulig av driftsavtalene skal være fulltidshjemler.

Samarbeidsutvalgene har - i hvert fall i enkelte regioner - vist seg å være svært viktige fora for å fremme felles forståelse for de utfordringer som denne delen av helsetilbudet står overfor. Videre diskuteres konkrete saker, som partene har behov for å drøfte.

Seniorpolitikk

Legeforeningen fikk i 2003 gjennomslag for at eldre avtalespesialister har rett til å dele sin praksis med henblikk på nedtrapping. Dette var viktig for Legeforeningen, særlig fordi svært mange avtalespesialister i dag er i 50- og 60-årene.

Fravær/ bruk av vikar

Sekretariatet har fått et økt sakstilfang når det gjelder spørsmål om fravær fra praksis og bruk av vikar. Årsaken til dette kan være at RHFene synes å stramme inn vikarbruk i spesialistpraksisene.

Flytting av praksis og lignende

Under forhandlingene om Rammeavtalen i 2003, var Legeforeningen opptatt av å sikre legene rettigheter dersom RHF ønsket å omlokalisere, omdisponere eller inndra avtalehjemler. Så langt har de aller fleste endringer mht avtalehjemmelen i forbindelse med praksisoverdragelse forløpt uten vanskeligheter. Man kan trolig konkludere med at RHFene i liten grad har foretatt tvangsmessige endringer i 2004.

2.8 Fastlegeordningen

2.8.1 Endringer i kommuneavtalen

Det ble gjennomført forhandlinger med Kommunenes Sentralforbund (KS) som resulterte i ny avtale fra 1.7. 2004. Partene var enige om at avtaleverket i hovedsak fungerer tilfredsstillende, og endringene som ble foretatt er mindre omfattende. De viktigste endringene besto i at det ble innført rett til etablering av deleliste for lege som er mer enn 50 % varig ufør, at et dødsbo har rett til midlertidig å videreføre avdødes praksis ved bruk av vikar, samt at påbegynt turnusveiledning skal kunne fullføres før veiledningsavtalen mellom veileder og kommune bringes til opphør. Utover dette ble det gjennom protokolltilførsler presisert at det ikke kan foretas ensidige endringer gjennom "revisjon" i inngåtte avtaler om økonomisk samarbeid etter kommuneavtalens punkt 8.2.

2.8.2 Endringer i avtalen med Oslo kommune

Det ble gjennomført forhandlinger med Oslo kommune som resulterte i ny avtale fra 1.7. 2004. Det ble også kun foretatt mindre endringer og presiseringer i denne avtale. Blant de viktigste kan nevnes at det som i kommuneavtalen ble innført rett til etablering av deleliste for lege som er mer enn 50 % varig ufør samt rett for dødsbo til midlertidig å videreføre avdødes praksis ved bruk av vikar. Herutover ble det fastsatt at arbeid som praksiskonsulent gir rett til fradrag i plikten til allmenmedisinsk offentlig legearbeid samt rett til reduksjon av listelengde. Dessuten ble det innført tre måneders oppsigelsesvern for allmenmedisinsk offentlig legearbeid. Endelig ble det gjort en presisering når det gjelder gjenværende legers påvirkning på kommunens vedtak om tildeling av ledig fastlegehjemmel i gruppepraksis. Det fremgår nå uttrykkelig av avtalen at uttalelsen fra gjenværende leger skal begrunnes skriftlig, samt at den kan tilsidesettes dersom den er uttrykk for ivaretagelse av utenforliggende hensyn.

2.8.3 Sentralt samarbeidsutvalg og Sentralt partssammensatt utvalg (Oslo)

Det har ikke vært avholdt møter i Sentralt samarbeidsutvalg i 2004. Det har vært avholdt et møte i Sentralt partssammensatt utvalg, hvor det blant annet ble drøftet hvilke dokumentasjonskrav som stilles av Oslo kommune for utbetaling av kilometergodtgjøring ved transport av helsepersonell, samt oppsigelse fra kommunens side av allmenmedisinsk offentlig legearbeid.

2.9 Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning

I statsbudsjettet for 2004 var det vedtatt at egenandeler for undersøkelser og behandling hos lege skal øke med 12 % fra 1.1. 2004. Økningen var betydelig og det ble problematisk å innplassere egenandelsøkningen i takstsystemet. Økningen kom heller ikke samtidig med inntektsoppjøret, så hele økningen måtte innplasseres med tilsvarende reduksjon i refusjonsnivå. Resultatet ble i hovedtrekk at telefontaksten 1bd ble omgjort til egenandel og spesialisttillegget for spesialist i allmenmedisin, takst 2d ble delvis (kr 15) omgjort til egenandel. Disse egenandelene er fra 1.7. 2004 flyttet over til takst 701a.

I statsbudsjettet for 2005 er det vedtatt 8 % økning i egenandelene fra 1.7. 2005. Det vil igjen by på ikke ubetydelige utfordringer.

Fra 1.1. 2004 ble den såkalte transportreformen gjennomført. I korte trekk går denne ut på at trygdens plikter til å dekke transportutgifter er opphevet, jf. folketrygdeloven §§ 5-16 – 5-19. Helseforetakene skal etter dette tidspunktet dekke pasienters skyssutgifter og forøvrig andre nødvendige transportutgifter tilknyttet spesialisthelsetjenesten (og kommunehelsetjenesteloven) i henhold til spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 a.

2.9.1 Normaltariffen

Det er avholdt ett møte med Stortingets sosialkomité hvor Legeforeningens representanter klart påpekte problemet med at egenandelene har økt vesentlig mer enn de generelle økninger i takstene, noe som har ført til uheldige vridningseffekter i forhold til bl.a. insentiv.

I tiden 1.1. 2004 til 31.12. 2004 er godkjent 72 leger for takst 707b, to leger for takst 129 d og e, én lege for takst 254/255 og én lege for takst 720a og b (702b og c)

Forhandlinger om takster og honorar

Det ble gjennomført takstforhandlinger med virkning fra 1.7. 2004 med en økonomisk ramme på i utgangspunktet 3,9 %. Rammen innebærer en kostnadskompensasjon på 1,9 % og en inntektsøkning på 3 % fra 2003 til 2004 for leger i privat praksis. Staten anførte imidlertid at spesialister allerede hadde tatt ut inntekstveksten gjennom endret takstbruk, slik at de derfor ikke fikk noen økning på takstene, kun på driftstilskuddene. Dermed ble den økonomiske rammen samtidig i realiteten redusert til 1,9 %.

Staten krevde for andre år på rad at spesialistenes driftstilskudd skulle økes mot 40 % av gjennomsnittlig omsetning ved at refusjonstakster reduseres tilsvarende. Det førte til at 100 millioner kroner ble flyttet fra spesialistenes takster til driftstilskuddene.

Det var 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, knyttet til interkommunale vaktordninger. Drøftingene ble startet, men så utsatt. Legeforeningen har derfor i løpet av høsten 2004 hatt en egen arbeidsgruppe til å utforme et arbeidsdokument som forhåpentlig kan være grunnlaget for at prosessen mellom partene kommer i gang igjen og fører til en avtale.

2.10 Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis

2.10.1 Konkurranserettslige spørsmål

Etter ikrafttreden av den nye konkurranseloven den 1.5. 2004 er det ikke lenger mulig å oppnå eller beholde dispensasjon fra lovens forbud mot konkurransebegrensende tiltak/prissamarbeid. Derimot er det mulig å oppnå forskriftsfestet unntak fra dette forbudet for visse næringer. En slik forskrift er gitt for selve Normaltariffen, jf. FOR-2004-06-25-987, som således er å anse som lovlig prissamarbeid.

I tillegg til prissamarbeidet om Normaltariffen noterer Legeforeningen priser for ulike tjenester og utgir dem som veiledende priser. Disse er tatt inn i Normaltariffheftet. Legeforeningen har tidligere fått dispensasjon fra konkurranseloven til å trykke de veiledende priser, men dispensasjonen er utløpt uten å kunne fornyes ved årsskiftet 2004-05. Spørsmålet om hvilke konsekvenser dette får for Legeforeningens mulighet til å utgi de veiledende priser har vært drøftet i Tariffutvalget. Utvalget har konkludert med at Legeforeningen ultimativt må rette seg etter dette, dog slik at det først og fremst skal arbeides for at noteringene kan fortsette. Sekretariatet har vurdert om de veiledende priser er av en slik art at de er i strid med bestemmelsene i den nye konkurranseloven. Konklusjonen er at de trolig ikke er i strid med loven. Det ble også vurdert om det er mulig å oppnå et unntak i forskrift, noe som ble ansett som usannsynlig. Det ble derfor konkludert med at det ikke skal gjøres noen endringer i gjeldende praktisering. Dette arbeid vil bli videreført i 2005.

2.10.2 Omsetning av fastlegepraksis – ”Trondenes-saken”

Omsetning av fastlegepraksis reguleres av Rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Legeforeningen. Rammeavtalen er en av Legeforeningens sentrale avtaler.

Legeforeningen har høsten 2004 vært involvert i den såkalte Trondenes-saken. Saken gjelder omsetning av fastlegepraksis, hvor fratredende lege ikke har eid materielle verdier i sin praksis. Saken dreier seg derfor om vederlag for immaterielle verdier (opparbeidet praksis).

Tiltredende lege nektet å forholde seg til Rammeavtalens bestemmelser, herunder regler om overdragelse av praksis. Utgangspunktet er at fratredende lege (selger) har rett til et vederlag fra den tiltredende legen (kjøper) for materielle verdier (inventar, utstyr) og immaterielle verdier (opparbeidet praksis), hvis slike verdier forefinnes i praksis. Blir legene ikke enige, avgjøres saken av en nemnd.

Fratredende lege tok ut stevning med påstand om dom for krav på opparbeidet praksis, og tapte i tingretten. Det sentrale poeng for Legeforeningen var for så vidt ikke det konkrete resultatet mht

verdifastsetting i saken, idet Legeforeningen ikke involverer seg i konkret prisfastsetting av legepraksiser. Tingretten mente imidlertid at Rammeavtalen strider mot kommunehelsetjenestelovens intensjoner, og satte Rammeavtalens bestemmelser til side. Legeforeningen er uenig i dette. Slik domspremissene i tingrettsdommen var utformet, var Legeforeningen tvunget til å foreta seg noe i sakens anledning. Dersom dommen ble rettskraftig, ville dette kunne undergrave Rammeavtalens rettslige posisjon som en av fastlegenes viktigste avtaler.

Sentralstyret i Legeforeningen besluttet at Legeforeningen skulle erklære hjelpeintervensjon til fordel for fratredende lege/selger for å ivareta Legeforeningens interesser i saken. Dommen er påanket av selgende lege, og saken skal behandles av Hålogaland lagmannsrett i løpet av 2005. Legeforeningen vil erklære såkalt hjelpeintervensjon tidlig i år 2005, hvor Legeforeningen bl.a. vil redegjøre for prinsipielle spørsmål mht Rammeavtalens rettslige forankring og hvorledes denne avtalen skal tolkes.

2.11 Legevakt

Fra høsten 2004 organiserte sekretariatet legevaksarbeidet som et prosjekt. Det ble nedsatt et utvalg hvor også Aplf og LSA deltok. Utvalget utarbeidet en innstilling som er planlagt levert tariffutvalget og Legeforeningen medio januar 2005 etter korte høringer i LSA og Aplf. Legeforeningen anbefales å bruke rapporten som grunnlag for å sikre en positiv utvikling og utbredelse av interkommunale legevakter der dette er mulig.

2.12 Helsenet

I henhold til protokolltilførsel fra normaltariifforhandlingene i våren 2003 har Legeforeningen, Rikstrygdeverket og Sosial- og helsedirektoratet siden høsten 2003 drøftet dekning av privatpraktiserende legers kostnader ved tilkobling til helsenet.

Det ble i slutten av september i år oppnådd enighet mellom partene om en ordning der så mange fastlegekontorer som mulig, innenfor den samlede økonomiske ramme på 17 mill. kr i 2004, vil få fullfinansiering av helsenettoppkobling. Mellom 500 og 600 allmennleger meldte umiddelbart sin interesse. Oppkobling pågår fortløpende.

Legeforeningen har vurdert det som mest hensiktsmessig først å få til en avklaring i forhold til fastlegene før spørsmålet om vilkår for tilkobling tas opp i relasjon til privatpraktiserende spesialister. I konsekvens av at det nå er etablert en tilkoblingsordning for fastlegene har Tariffutvalget besluttet at sekretariatet i samarbeid med PSL skal arbeide for også å få til en fordelaktig ordning for privatpraktiserende avtalespesialisters tilkobling til Norsk helsenet. Dette arbeid er igangsatt og vil bli videreført i 2005. Allmennlegene benytter seg i økende grad av dette tilbudet.

2.13 Forholdet til trygden

Tariffutvalget ble orientert om feil i legemiddelforskriftens §9 punkt 12 idet punkt 12e ikke var fjernet fra Statens legemiddelkontroll (SLK) lister. Sekretariatet har tatt opp saken med SLK og feilen er rettet. Det er ikke lenger et vilkår for legers forskrivning av visse hjertemedisiner at behandlingen er instituert av hjertespesialist eller sykehusavdeling

Aplf har tatt om spørsmål om å etablere nærmere retningslinjer for trygdens kontroll av sykmeldingspraksis. Tariffutvalget var enig i at det er et behov for å ta saken opp med RTV.

Tariffutvalget er enig i at det er grunnlag for en nærmere dialog og regler om og evt. begrensinger i omfanget av kontrollene. Det vises til at sekretariatet allerede har hatt ett møte med RTV.

I brev av 1.11. 2004 tilskrev Legeforeningen Tryggedirektøren for å få et møte med sikte på å få til felles forståelse om praktisering av kollektivavtalens bestemmelser og tilbakekreving og bruken av utvidet kontroll, samt om honorering for utfylling av sykmeldingsblanketten, og gjeninnføring av tildeling av forhåndsfrankerte konvolutter til trygden. Tryggedirektøren har på det grunnlag innkalt til møte 10.2. 2005.

2.14 EUs forslag til tjenstedirektiv

EU-kommisjonen har fremlagt forslag til tjenstedirektiv for å styrke etableringsfriheten for tjensteytere og den frie utveksling av tjensteytelse mellom medlemsstater. Dersom tjenstedirektivet vedtas i EU vil det mest sannsynlig etterfølgende bli omfattet av EØS-avtalen slik

at det skal implementeres i norsk rett.

Forslaget i sin nåværende form har potensielt mange og meget vidtrekkende konsekvenser for helsesektoren. Det kan eksempelvis bli forbudt for norske myndigheter å stille krav om at leger fra andre EU/EØS-land, som midlertidig tilbyr helsetjenester i Norge, må ha norsk autorisasjon og/eller norsk spesialistgodkjenning. Det vil også kunne bli forbudt å stille krav om at tjenesteytere, som midlertidig tilbyr helsetjenester i Norge, skal iakttta helsepersonelloven og annen relevant helselovgivning (eksempelvis pasientrettighetsloven).

Legeforeningen er gjennom Comité Permanent des Médecins Européens (CPME) engasjert i å påvirke lovgivningsprosessen i EU for å begrense virkningene av det foreslåtte direktivet i forhold til helsesektoren. CPME jobber for at helsesektoren som sådan enten unntas helt fra tjenstedirektivets anvendelsesområde eller at det i det minste gjøres særlige tilpasninger i forhold til helsesektoren, slik at tjenstedirektivet ikke underminerer EU/EØS-statenes plikt til å sikre sine borgere forsvarlige helsetjenester.

2.15 Juridisk bistand til medlemmene fra Rettshjelpsordningen og sekretariatet

Det finnes to ordninger for juridisk bistand til medlemmene. Den ene er Rettshjelpsordningen og den andre er bistand fra sekretariatets jurister. Begge ordningene er begrenset til juridiske tjenester i forbindelse med legers yrkesutøvelse.

Rettshjelpsordningen kjennetegnes ved at det gis økonomiske støtte til kjøp av eksterne juridiske tjenester, mens juridisk bistand fra sekretariatet gis direkte til medlemmet. Storparten av juridiske tjenester til medlemmene, ytes av sekretariatet. Årsaken til det er sammensatt, men en viktig årsak er at juristene i sekretariatet har en høy kompetanse på de rettsområder som leger i kraft av sin yrkesutøvelse etterspør. Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende.

Rettshjelpsutvalget var i 2004 sammensatt slik: Fridtjov Riddervold, leder, Roar Dyrkorn, Bjørn K. Straume, Joakim Oliu Moe, Grete Larsen, Torgeir Haugen, Tone Dorthe Sletten og Halfrid Waage. Odvar Brænden var sekretær for utvalget fra 1.1. – 30.9.2004 og Frode Solberg fra 1.10. – 31.12.2004. Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av Sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra sju yrkesforeninger samt ett medlem fra studentene. Utvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av Landsrådet og retningslinjer fastsatt av Sentralstyret. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret må imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fatter Sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra Rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret og det utøves et skjønn mht. hvilke saker som gis økonomisk støtte. I 2004 behandlet utvalget 44 saker. Hovedtyngden av saker som gis støtte gjelder arbeidsrett, forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger samt tilsynssaker. Økonomien i rettshjelpsordningen er tilfredsstillende, men det er fortsatt slik at Rettshjelpsutvalget og Sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis.

Sekretariatets jurister yter bistand på de samme rettsområder som omfattes av vedtektene, men kan også etter en konkret vurdering yte bistand på enkelte andre rettsområder. Sekretariatet har i 2004 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på helserettens område, pasientskaderett, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger, generell avtalerett og husleierett.

Sekretariatet har også jurister med advokatbevilling, som kan prosedere saker for domstolene for enkeltmedlemmer og Legeforeningen.

2.16 Praksiskonsulentordningen (PKO)

I mai 2004 ble det etter forhandlinger inngått rammeavtale om vilkår for praksiskonsulenter i praksiskonsulentordningen mellom Aker Universitetssykehus HF og Legeforeningen. Rammeavtalen presiserer oppgaver og vilkår for allmennleger som påtar seg oppdrag som praksiskonsulenter på Aker Universitetssykehus. Oppdrag som praksiskonsulent er selvstendig næringsvirksomhet.

I slutten av november 2004 ble det påbegynt forhandlinger med de regionale helseforetakene om en nasjonal rammeavtale for praksiskonsulentordningen. Forhandlingene forventes avsluttet med inngåelse av rammeavtale i løpet av januar 2005. Nasjonal rammeavtale om praksiskonsulentordningen vil som utgangspunkt ikke få betydning for allerede inngåtte individuelle avtaler om praksiskonsulentordning.

2.17 Problemer knyttet til helseregisterloven

Sekretariatet har også i 2004 i forskjellige sammenhenger behandlet problemstillinger knyttet til helseregisterloven, særlig spørsmål om inngåelse av databehandleravtaler med eksterne kommunikasjonspartnere, samt bruk av felles elektronisk pasientjournal på legekontorer. Sekretariatet er kjent med at det er betydelig usikkerhet knyttet til spørsmålet om hvordan sikre etterlevelse av helseregisterloven på legekontorer og ønsker å bidra til en avklaring i så måte. Sekretariatet har satt i gang et arbeid med å utrede hvilke problemer som må løses samt hvordan dette kan skje. Dette arbeid, hvor bl.a. Datatilsynet vil bli søkt brukt som samarbeidspartner, vil fortsette i 2005.

2.18 Lånefondet – Legeforeningens lånefond til etablering/reetablering av privat legepraksis

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret er Lånefondets fondsstyre. Beslutninger om tildeling av lån var av sentralstyret delegert til et særskilt lånefondsutvalg på fem medlemmer, hvorav Sosialdepartementet er representert med ett medlem. Utvalget yter lån i henhold til bestemmelser i vedtekter og retningslinjer. I 2004 bestod lånefondsutvalget av følgende medlemmer oppnevnt av sentralstyret: Kjell Erik L'Abée-Lund (leder), Hanne Dinesen, Kjell Gisholt og Rita Kolvik. Oppnevnt av Sosialdepartementet: Gunnar Fossan. Lånefondsutvalget ble avvirket ved utgangen av året i forbindelse med at nye retningslinjer ble vedtatt med virkning fra 1.1. 2005.

Lån ble i 2004 ytt til etablering eller reetablering med inntil kr 400 000, og ytterligere kr 200 000 til utstyrskrevene spesialistpraksiser. Sentralstyret vedtok 14.1. 2004 at utlånsrenten skulle svare til normrenten for rimelige lån i arbeidsforhold, mot tidligere 0,5 % over normrenten. Ved årsskiftet var rentesatsen 2,5 %. Avdragstiden er inntil ti år. Sentralstyret vedtok 10.12. 2004 å utvide maksimalgrensen for lån til kr 1 000 000 fra 1.1. 2005.

I 2004 ble det behandlet 129 søknader om lån til etablering og 65 søknader om lån til reetablering av privat praksis. I alt ble det innvilget 59,4 millioner kroner i lån til 191 leger. Per 31.12. 2004 var det i alt 1 894 løpende lån i Lånefondet på til sammen 300,8 millioner kroner.

2.19 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. Leder og to medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Sosialdepartementet oppnevner det fjerde styremedlemmet med varamedlem. I 2004 var styret sammensatt slik: Hans Petter Aarseth (leder), Truls Disen (nestleder), Ina Nikoline Wille og Tomas Berg (Sosialdepartementet).

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

Av styrets beretning og regnskap for 2004 fremgår at driftsresultatet på 162,8 millioner kroner i sin helhet ble avsatt til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde per 31.12. 2004 3 943 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser fra SOP med 129,7 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 63,2 millioner kroner, mens det til sykehjelp, svangerskapsstønning og omsorgsstønning ved adopsjon ble utbetalt i alt 50,5 millioner kroner. Til engangsstønning ved død ble det utbetalt 8,2 millioner kroner. Diverse prosjekter ble støttet med 7,8 millioner kroner. Prosjektstøtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, støttegruppene i fylkesavdelingene og pensjonistforberedende kurs.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

”Legeforeningen vil arbeide for å

- sikre nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger, særlig ved funksjonsfordelinger og omstruktureringer i helseforetaksstrukturen
- innføre systematisert etterutdanning i tråd med innstillingen om legers etterutdanning i fremtiden
- stimulere leger til å skaffe seg generell lederkompetanse og påta seg lederverv
- styrke rammevilkårene for legers forskning, etter- og videreutdanning
- etablere kombinerte stillinger med kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger
- utarbeide en strategi for pasientsikkerhetsarbeid
- bedre legetjenesten for sykehjemsbeboere ved bl.a. å arbeide for nye normtall for legedekning i sykehjem
- fremme medisinsk forskning generelt og arbeide for at forskning blir en integrert del av all medisinsk virksomhet.
- Sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn-, videre og etterutdanning

3.2 Strategi for pasientsikkerhetsarbeid

Legeforeningens arbeid med kvalitetsforbedring som er en viktig del av pasientsikkerhetsarbeidet, har vært gjennom en intern vurdering. Det legges opp til å etablere et eget utvalg som skal ha arbeidet med strategi for pasientsikkerhetsarbeid som målrettet oppgave. Det har også vært nær kontakt med Sosial- og helsedirektoratet om arbeidet med pasientsikkerhet.

3.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Jørgen J. Jørgensen (leder), Frank R. Andersen (nestleder)

Medlemmer: 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 (frem til 20.9. 2004), Erik Høiskar (vara) (frem til 11.11. 2004). Hilde Engjom (ble oppnevnt av sentralstyret fra 11.11. 2004), Harald Bergan (vara) (ble oppnevnt av sentralstyret fra 11.11. 2004).

Finn Wisløff, Ragnhild Emblem (vara) - Universitetet i Oslo. August Bakke, Anders Bærheim (vara) - Universitetet i Bergen. Geir Jacobsen, Petter Aadahl (vara) – Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Svein Ivar Mellgren, Trond Flægstad (vara) - Universitetet i Tromsø. Kristin Lossius (observatør) – 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 er fra oktober 2002 fordelt mellom Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. De møter som observatører.

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 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 naturlig å vurdere spesialitetsrådets funksjon og sammensetning i tilknytning til endringer i Legeforeningens organisasjon. Rådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 104 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.

Spesialitetsrådet har bl.a. fortsatt arbeidet med etterutdanning av legespesialister (oppfølging av LEIF-97). En prosjektgruppe har vært nedsatt for å gjennomføre et utvidet forsøk med formalisert, dokumenterbar etterutdanning i spesialitetene fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi (Leif-2004). Arbeidet med registreringssystemet på data og ”plan for etterutdanningen 2004” er etablert og registreringen blir integrert mot Legeforeningens register og elektronisk rapportering fra sykehusavdelingene (SERUS). Det har bl.a. vært arbeidet med 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 med å revurdere krav til godkjente utdanningsinstitusjoner og herunder krav til gruppe I-institusjoner.

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

3.4 Spesialitetskomiteene

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

I tråd med spesialistreglens generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i de 43 spesialitetene. Komiteene er oppnevnt i tråd med forslag fra vedkommende spesialforening samt fra Ylf.

3.5 Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 2002-2005:

Elisabeth Tjora (leder), Bente Øvensen, Petter Knutsen, 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.

3.6 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2004 behandlet fem forslag om endringer av spesialistreglene.

Se landsstyrets protokoll fra landsstyrets møte mai 2004

www.legeforeningen.no/index.gan?id=44745&subid=0.

Sentralstyret hadde fremmet forslag overfor landsstyret 2004 om endring av reglene for godkjenning av kurs - Kursutvalgets innstilling av september 2003. Landsstyret 2004 vedtok at tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer. På bakgrunn av landsstyrets vedtak og signaler vedtok sentralstyret 24.8. 2004 endrede retningslinjer for vurdering av kurs i legers videre- og etterutdanning. I henhold til landsstyrets vedtak vedtok sentralstyret bl.a. at kurs som skal benyttes godkjent tellende i legers videre- og etterutdanning ikke kan ha noen form for samarbeid eller tilknytning til medisindustrien.

Landsstyret vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling at generelle spesialistregler §3 suppleres med nytt 2. avsnitt hvor det innføres spesifiserte krav til attestasjon av tjeneste som benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording har godkjent endringene i tråd med landsstyrets anbefaling, og oppdaterte bestemmelser for spesialistutdanningen §3 er lagt ut på Legeforeningens nettsider og kunngjort i Legeforeningens Tidsskrift.

I tråd med sentralstyrets anbefaling vedtok landsstyret å endre generelle spesialistregler §7 – utdanning i utlandet ved å fjerne avsnittet: ”Tjeneste i annet nordisk land godkjennes dog på linje med tjeneste i Norge forutsatt at tjenesten er utført ved godkjent utdanningsinstitusjon, og at tjenesten ellers er i samsvar med norske spesialistregler”. Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling har godkjent endringene i tråd med landsstyrets anbefaling. Oppdaterte bestemmelser for spesialistutdanningen §7 er lagt ut på Legeforeningens nettsider og kunngjort i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Landsstyret vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling å endre spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri hvor det var foreslått å innføre krav til minst to år i generell poliklinikk i barne- og ungdomspsykiatri og minst ett år i miljøterapeutisk arbeidende institusjon for barn/ungdom, samt skjerpede krav til det ene års tjeneste ved voksenpsykiatrisk avdeling/poliklinikk. Saken har vært behandlet i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling og anbefalt videre overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Saken er fortsatt i Departementet.

Landsstyret vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling å endre spesialistreglene i psykiatri ved å gjeninnføre muligheten til å erstatte inntil to år av de fem årene som kreves i psykiatri, med tjeneste i barne- og ungdomspsykiatri. Saken har vært behandlet i Nasjonalt råd og er anbefalt videre overfor Helse- og omsorgsdepartementet. Saken er fortsatt i Departementet.

3.7 Kurs godkjent tellende i legers videre- og etterutdanning – forholdet til medisinindustrien

Sentralstyret hadde nedsatt et utvalg til å utrede reglene for kurs tellende i legers videre- og etterutdanning. Utvalgets utredning hadde vært på høring og ble fremlagt for landsstyret mai 2004.

Landsstyret vedtok bl.a. at ”tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer”. På bakgrunn av dette vedtok sentralstyret endrede retningslinjer for vurdering av kurs i legers videre- og etterutdanning, og vedtok bl.a. i henhold til landsstyrets vedtak at kurs som skal benyttes godkjent tellende i legers videre- og etterutdanning ikke kan ha noen form for samarbeid eller tilknytning til medisinindustrien. Det ble innført anledning til unntak for enkelte kurs hvor det er nødvendig med lån av utstyr fra utstyrsindustrien for å gjennomføre kursene. Ut fra behov for mer detaljerte regler om samarbeid med utstyrsindustrien og eventuell markedsføring av andre typer produkter, er det forberedt egen sak om dette for landsstyret 2005.

3.8 Spesialister godkjent i 2004

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land
Allmennmedisin	157	61	96	42	0
Anestesiologi	58	21	37	26	2
Arbeidsmedisin	12	5	7	0	0
Barnekirurgi	1	0	1	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	18	14	4	1	1
Barnesykdommer	26	19	7	3	0
Blodsykdommer	5	2	3	2	0
Endokrinologi	5	2	3	1	0
Fordøyelsesykdommer	9	3	6	2	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	9	5	4	0	0
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	37	24	13	15	1
Gastroenterologisk kirurgi	7	1	6	0	0
Generell kirurgi	40	11	29	17	3
Geriatrici	6	3	3	0	0
Hjertesykdommer	19	7	12	4	0
Hud- og veneriske sykdommer	5	2	3	2	1
Immunologi og transfusjonsmedisin	5	1	4	1	0
Indremedisin	87	36	51	17	3
Infeksjonssykdommer	4	2	2	1	0
Karkirurgi	5	2	3	2	0
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	2	0	2	0	1
Klinisk farmakologi	1	1	0	0	0
Klinisk nevrofysiologi	2	1	1	0	0
Lungesykdommer	9	4	5	3	1
Medisinsk biokjemi	7	1	6	0	0
Medisinsk genetikk	2	1	1	0	0
Medisinsk mikrobiologi	5	2	3	0	0
Nevrokirurgi	4	1	3	0	0
Nevrologi	15	9	6	2	0
Nukleærmedisin	1	0	1	0	0
Nyresykdommer	1	0	1	0	0
Onkologi	8	4	4	1	0
Ortopedisk kirurgi	36	6	30	13	3
Patologi	8	5	3	0	1
Plastikkirurgi	11	2	9	7	0
Psykiatri	78	36	42	14	3
Radiologi	41	21	20	17	2
Revmatologi	5	3	2	0	0
Samfunnsmedisin	6	3	3	1	0
Thoraxkirurgi	2	1	1	1	0
Urologi	8	3	5	4	0
Øre-nese-halssykdommer	15	7	8	4	1
Øyesykdommer	21	13	8	11	1
TOTALT	803	345	458	214	24

Det var i 2004, som i 2003, en økning i antall godkjente spesialister etter norske regler. I 2004 ble det godkjent 565 spesialister, mens tallet for 2003 var 534. Tallet på nye spesialister i allmenntidrett viste i 2004, som i 2003, en økning. I samfunnsmedisin er det i de siste årene godkjent få nye spesialister, gjennomsnittlig fem per år.

Det er også en økning i antall spesialistgodkjenninger ved konvertering fra annet land. Majoriteten av dem som har overført sin spesialistgodkjenning fra utlandet er fremdeles fra andre nordiske land.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler, har i mange år vært relativt konstant, og er ca. 41 år ved første spesialistgodkjenning.

Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler, er 8,3 år ved første spesialistgodkjenning.

Andelen kvinner blant spesialister godkjent etter norske regler er både i 2003 og 2004 ca. 44 %.

Av alle leger i Norge under 67 år, er i dag 36 % kvinner. Av alle som for tiden studerer medisin i Norge, er 60 % kvinner.

De seks største spesialitetene (antall yrkesaktive under 70 år i Norge) er nå allmenntidrett (2 453), indremedisin (1 319), psykiatri (1 044), generell kirurgi (910), anestesilogi (626) og fødselshjelp og kvinnesykdommer (494).

Det vises til mer utførlig omtale i artikkelen "Godkjente spesialister i 2004" av E. Skoglund, Tidsskr Nor Lægeforen 2005, nr. 5.

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

3.9 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene

Spesialistreglene avkrever at godkjente utdanningsinstitusjoner hvert år rapporterer om utdanningsvirksomheten. Rapporteringen skjer i etterkant av utdanningsåret og omfatter beskrivelse av avdelingenes læringsmiljø, herunder bemanning, undervisning, veiledning, supervisjon, praktiske ferdigheter, utstyr, aktivitetsnivå og forskning.

Rapporteringen av utdanningsvirksomheten for 2003 omfattet 41 av de 43 medisinske spesialitetene, der allmenntidrett og samfunnsmedisin var unntatt rapportering. 835 utdanningsavdelinger rapporterte, herav 273 gruppe I-avdelinger eller tilsvarende. Resultatene syntes stabile i forhold til de siste årene. Utdanningsutvalgene gjennomførte i gjennomsnitt 3-4 møter i løpet av året. Den teoretiske internundervisning lå i gjennomsnitt godt over kravet til 90 minutter per uke, og andel av leger som møtte på internundervisningen var i gjennomsnitt ca. 90 %. Undervisningen gikk over ca. 37 uker. Ca. 1/3 av undervisningen ble gitt av leger under spesialisering. Ca. 95 % av avdelingene oppgav at det ble gitt permisjon til nødvendig kursutdanning. Veiledningen kom i gang i løpet av en måned etter tilsetning ved ca. 86 % av institusjonene. Noe i overkant av 40 % av disse oppgav månedlige veiledningsmøter. Ca. 25 % av institusjonene oppgav veiledningsmøter sjeldnere enn hver annen måned. Det var utarbeidet individuell utdanningsplan for ca. 97 % av legene under spesialisering, og ca. 80 % av institusjonene oppgav at legene regelmessig fikk evaluert sin faglige progresjon.

Spesialitetsrådet har åpnet for at inntil 50 % av internundervisningen kan gis som ekstern undervisning/nettundervisning under forutsetning av godkjenning fra vedkommende spesialitetskomité. Ca. 16 % av institusjonene (130 institusjoner) oppgav at noe av internundervisningen ble gitt som nettundervisning. Da med en gjennomsnittlig andel på ca. 25 %.

3.10 Besøk på utdanningsinstitusjoner

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9, Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke disse. 113 utdanningsinstitusjoner fordelt på 32 spesialiteter ble besøkt i 2004. Institusjonene ble valgt ut fra geografisk beliggenhet, gruppetilhørighet eller problemer i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen ser på besøkene som et meget viktig supplement til den årlige rapporteringen for å skaffe seg tilstrekkelig innsikt i institusjonenes utdanningsvirksomhet.

3.11 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, ble det godkjent tre veiledere i psykoterapi - psykiatri i 2004.

3.12 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, ble det godkjent én veileder i psykoterapi - barne- og ungdomspsykiatri i 2004.

3.13 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR)

Av rådets 19 medlemmer har Legeforeningen i 2004 vært representert med følgende fire: Jørgen J. Jørgensen (vara Kristin Aase), Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Hans Asbjørn Holm) og Yngve Mikkelsen (vara Anne Mørch Larsen). Yngve Mikkelsen gikk ut av NR 20.9. 2004 og sentralstyret vedtok 11.11. 2004 å oppnevne som ny representant fra Legeforeningen Hilde Engjom (vara Harald Bergan).

Som ledd i arbeidet med vurdering av spesialitetsstrukturen sendte Nasjonalt råds sekretariat et forslag om endringer i indremedisinske og kirurgiske fag på høring våren 2004. Etter å ha mottatt uttalelse fra bl.a. Legeforeningen, vedtok rådets flertall å anbefale overfor Helse- og omsorgsdepartementet at utdanningstiden for indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter reduseres fra 7 til 6 ½ år. Geriatri opprettholdes som grenspesialitet under indremedisin. Inntil seks måneders veiledet tjeneste i sykehjem på bestemte vilkår skal kunne telle for indremedisin og geriatri og som valgfri utdanning i alle øvrige spesialiteter. Det etableres ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma-endokrin kirurgi. Forslag om å etablere ny grenspesialitet i "generell indremedisin" under indremedisin falt. Likeledes falt forslaget om å omgjøre alle kirurgiske grenspesialiteter til hovedspesialiteter.

Når det gjelder fremtidig stillingsregulering i spesialisthelsetjenesten, har rådets flertall vedtatt å anbefale overfor Departementet at det etableres en prøveordning hvor ansvaret for tildeling av kvoter for legestillinger og omgjøring av slike stillinger, delegeres til de regionale helseforetakene. Prøveordningen skal iverksettes fra 1.1. 2006 og evalueres innen 31.3. 2008. Nye hjemler som opprettes, skal registreres i rådets database. Overlegehjemler som omgjøres av de regionale helseforetakene, skal meldes til NRs database. Arbeidet med statistikk over leger og legestillinger skal styrkes for å overvåke utviklingen i utdanningsstillingene i alle spesialiteter. Rådet har tilrådd Departementet gjennom eierstyring å pålegge de regionale helseforetakene å sørge for en tilfredsstillende rekruttering til alle medisinske spesialiteter.

3.14 Etterutdanning

I løpet av 2004 er det gjennomført et etterutdanningsprosjekt for alle spesialister i patologi og i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Allmennpraktiker Frank R. Andersen er prosjektleder. Målet er å utprøve den policy som Legeforeningen har anbefalt, når det gjelder bedre dokumentasjon av spesialistenes etterutdanning.

Det system for dokumentasjon av spesialistenes etterutdanning, som Nasjonalt råd fremmet overfor Helse- og omsorgsdepartementet, er avvist av Departementet under henvisning til at man ikke kan innføre særordninger for leger.

3.15 Tjeneste i spesialistpraksis tellende som ledd i spesialisering

Et arbeidsutvalg under spesialitetsrådet hadde utredet forutsetningene for å få tjeneste i spesialistpraksis tellende som del av spesialistutdanningen.

Arbeidsutvalget anbefalte at lege under spesialisering ved en sykehusavdeling under visse forutsetninger kunne få tjeneste i privat praksis tellende som gruppe II-tjeneste i seks måneder. Dette må vurderes innenfor den enkelte spesialitet. Tjeneste i privat praksis må være forhåndsgodkjent og bør ikke legges til første del av spesialistutdanningen. Det må være etablert et nært samarbeid med en aktuell sykehusavdeling. Det må baseres på en kontrakt mellom sykehusavdeling og privat praksis, og ordningen bør løpe kontinuerlig, slik at det blir nødvendig forutsigbarhet for alle parter. Den praktiserende spesialisten forutsettes å gi supervisjon, men ikke å være veileder. I de spesialiteter hvor dette kan være aktuelt, må spesialitetskomiteene ha utarbeidet kriterier og krav til tjenesten. Utvalget anbefalte i første omgang å begrense slik ordning til spesialistpraksis med offentlig godkjent hjemmel. Det var anbefalt at legen under spesialisering beholder sitt ansettelsesforhold og sin lønn i foretaket. Det må således avklares en ordning med at legens arbeid i privat praksis genererer trygderefusjon/egenandeler som helt eller delvis går til foretaket, i likhet med den modell som anvendes for turnusleger i kommunehelsetjenesten. Det må også lages en

ordning for hvordan inntekts- og utgiftskompensasjon skal gis til den praktiserende spesialisten. Det må kompenseres for tid til supervisjon, innkjøp av ekstra utstyr, kontor m.v. En del av egenandeler og refusjon for det arbeid legen under spesialisering utfører, kan vurderes overført fra foretaket til praksisen. Det må gjennomføres en prosess i forhold til myndighetene for å få tilslutning til de faglige og utdanningsmessige sider, før det gjøres et videre arbeid med å skaffe det nødvendige forskrift- og avtalemessige grunnlag for finansieringen.

I tråd med forslagene i utredningen, som også var anbefalt av spesialitetsrådet, fattet sentralstyret i møte 16.3. 2004 vedtak om å slutte seg til den vurdering som var gjort i utredningen. Saken ble oversendt Nasjonalt råd for å få tilslutning til prinsippene. Nasjonalt råd ble bedt om å avklare de prinsipielle forutsetninger med Helsedepartementet. Når det foreligger en avklaring av de faglige og utdanningsmessige sider ved saken, er det aktuelt å ta opp forskriftsendring med Departementet og avtaleforhandlinger med de regionale helseforetak. Saken er fortsatt i Departementet.

3.16 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

Det årlige seminaret for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 19. og 20.1. 2004. 12 av landets 19 fylker var representert med til sammen 19 deltakere.

Legeforeningen arrangerte 4.-5.5. 2004 sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for leger med ca. 95 deltagere til stede.

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2004 rapportert inn 447 kurs, til sammen 10 077 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Det har vært ca.. 31 925 deltakere på universitetskursene totalt. 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 netttutgave på Legeforeningens Internetsider. 415 kurs ble annonsert på nettsidene i 2004.

Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

3.16.1 Gjennombruddsprosjektet KEPP

Legeforeningens gjennombruddsprosjekt Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser (KEPP) ble innledet i januar 2004 og avsluttes våren 2005. 24 arbeidsgrupper fra 29 poliklinikker i alle helseregioner deltar i prosjektet, som er iversatt etter oppfordring fra Helsedepartementet og delfinansiert av Sosial- og helsedirektoratet. KEPP har sekretariatsforankring i Medisinsk fagavdeling. Hovedmålet er å forbedre det polikliniske tjenestetilbudet, i samsvar med anbefalinger i bl.a. Opptappingsplan for psykisk helse og Legeforeningens statusrapport Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling.

3.17 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond for 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, Ingvild Brunborg og Eystein Straume (Sosial- og helsedirektoratet).

Varamedlemmer har vært Olav Mjøltnes, Helge Bjørnstad Pettersen, Karin Straume, Stein Inge Fandrem, Synne Torkildsen, Elisabeth Hegstad og Elisabeth Wang (Sosial- og helsedirektoratet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets 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. Utdanningsfond I har i de seneste årene avholdt seminar om legers videre – og etterutdanning. Fondet har spesielt tatt tak i å utvikle nye læringsformer i spesialistutdanningen, men

også når det gjelder nye retninger innefor kursvirksomheten. Seminarene er en naturlig konsekvens av at Utdanningsfond har fått en mer aktiv rolle enn tidligere når det gjelder å igangsette og gi støtte til utviklingsprosjekter i legers videre – og etterutdanning.

Utdanningsfond I hadde per 31.12. 2004 en egenkapital på vel 143 millioner kroner. Regnskapet viser et overskudd på 8 238 491 kroner for 2004.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2004 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 gastroenterologi
- 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
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta vektallsgivende utdanning
- Utdanningsfond I avholdt januar 2004 et seminar der tema var spesialistutdanning i endring. Det ble fokusert på utfordringene fremover, og utvikling av alternative læringsformer i spesialistutdanningen. Seminaret brakte positive erfaringer og vil bli fulgt opp av nye seminarer, der bl.a. 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 medisinerutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning

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

Utdanningsfond II ble etablert i 1984, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendning av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunenes Sentralforbund (KS) har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2001- 31.12. 2004 har utvalget bestått av Eirik Bø Larsen (leder), Berit K. Norling, Dag Brekke, Kristian Hagestad (HOD) og Merete Furuberg Gjedtjernet (KS). Personlige varamedlemmer er Gunnar Ramstad, Sigrid Næss, Arne Vassbotn, Svein Bratland (HOD) og Arne Norum (KS). Anne Torill Nordli var utvalgets sekretær i 2004.

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

Ytelser finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2004 - 1.7. 2005 var tilskuddet 29,4 millioner kroner mot 28,3 millioner kroner året før.

Fondets egenkapital har økt de siste årene. Ved utgangen av 2004 var det bokført egenkapital på 124, 8 millioner kroner mot 114 millioner kroner i 2003. De refunderte utleggene var på 22,7 millioner kroner, hvilket er ca. 1,5 millioner kroner lavere enn foregående år.

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

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendning av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS har ett medlem hver. I perioden 2001 - 2004 har utvalget bestått av Torbjørn Pihl (leder), Rita Kolvik, Kjartan Stormark, Jens Eskerud (HOD) og Arne Norum (KS). Personlige varamedlemmer var Jan E. Jørgensen, Vidar von Düring og Anne Mørch Larsen. HOD har ikke oppnevnt ny vararepresentant etter at Christine

Furuholmen trakk seg. KS har heller ingen vararepresentant. KS har ikke deltatt i fondsutvalgets møter i 2004. Anne Torill Nordli er utvalgets sekretær

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 1.7.2004 - 1.7.2005 var tilskuddet 25,5 millioner kroner mot 24,6 millioner kroner 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 2004 til Utdanningsfond III. Det er innbetalt 6,1 millioner kroner, mens det ved årsskiftet var utestående 1,3 millioner kroner. Fondets egenkapital ved utgangen av 2004 er 91,8 millioner kroner mot 88,8 millioner kroner året før. De refunderte utleggene var på 28,7 millioner kroner, som er en økning på kr 700 000 fra 2003.

3.20 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I januar 2004 ble det arrangert kurs (trinn II) for 27 nye veiledere i allmenntilleggsmedisin.

I september 2004 ble veilederutdanningen for dette kullet avsluttet med trinn III.

I allmenntilleggsmedisin er det per 31.12. 2004 i gang 41 veiledningsgrupper. 10 nye grupper er startet opp siden siste årsmelding. Gruppene er jevnt fordelt 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. 2004 i gang tre grupper. Det planlegges en gruppe i Trondheim. Det er få på venteliste.

I samfunnsmedisin er per 31.12. 2004 fire grupper i gang. Rekrutteringen er fortsatt svak.

Alle veilederkoordinatorene har holdt innledninger eller på annen måte bidratt i kurs og samlinger knyttet til legers læring.

3.21 Ny utdanningshåndbok i allmenntilleggsmedisin

I løpet av 2004 er arbeidet med ny utdanningshåndbok påbegynt. Det er etablert en styringsgruppe med representanter for spesialitetskomiteen, NSAM og Aplf sammen med veilederkoordinatorene, Steinar Westin og Linn Getz. Det praktiske arbeidet vil bli ledet av veilederkoordinatorene. Den nåværende utdanningshåndboka vil ikke lenger bli trykket, men del III om klinikk møter og del IV om temamøter er lagt ut på nettet. Tanken er å lage en ny todelt håndbok. Den ene delen blir en metodebok med eksempler og metoder for arbeidet i veiledningsgruppene. Denne vil komme både på nett og i papirversjon. Den andre delen vil inneholde praktiske opplegg for gjennomføring av gode allmenntilleggsmedisinske temamøter og klinikk møter i veiledningsgruppene. Denne delen vil bare komme på nettet, og vi vil bruke aktive veiledere som bidragsytere.

3.22 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Det har i perioden vært avholdt tre grunnkurs, tre oppfølgingskurs og fem dagskurs, med til sammen 148 deltakere.

3.23 Gruppeveiledning i sykehus

Gruppeveiledning i sykehus, eller kollegabasert veiledning, har i løpet av 2004 blitt etablert ved enkelte nye avdelinger. Det gjelder spesielt innenfor onkologi, traumatologi, kvinnesykdommer og fødselshjelp og psykiatri.

Det som kjennetegner gruppene er at leger under spesialistutdanning og overleger møtes jevnlig (ca. 20 møter) i løpet av en toårs periode. Dette gir kontinuitet og rom nok for at gruppen blir tilstrekkelig trygg til å kunne ta opp spørsmål av både faglig og mer profesjonsetisk karakter. De som har deltatt i disse gruppene, etterspør nye tilbud og fungerer også som gode talerør for en videre spredning av denne læringsformen.

Erfaringene fra gruppene som jevnlig har hatt kollegabasert veiledning viser at man her har et forum hvor man kan ta opp spørsmål av faglig og mer holdnings- og profesjonsetisk art. En metodebok i veiledning av kollegagrupper var planlagt ferdig i løpet av 2004. Den skulle tjene som verktøy for de som ønsker å starte tilsvarende grupper. Dette blir nå en del av et større veiledningshefte som tar for seg de ulike veiledningsformene som brukes i legers videre- og etterutdanning. Veiledningsheftet får flere forfattere og antas ferdig i løpet av 2005 eller våren 2006.

3.24 Samarbeid med andre organisasjoner

Legeforeningen har et vidt nettverk av pasientorganisasjoner og andre organisasjoner som den samarbeider med. Spesialforeningene har i større grad kommet på banen, og Legeforeningen har hatt mulighet for å bistå med opplegg av kurs og innspill til ulike temadager.

Legeforeningen avgir ressurser til "National Educator" for Norsk kirurgisk forening sitt kursopplegg ATLS (Advanced Trauma Life Support). Det første instruktør- og studentkurset ble gjennomført på Haukeland Universitetssykehus høsten 2004. Ytterligere et studentkurs ble avholdt på Ullevål Universitetssykehus medio november 2004.

Legeforeningen har hatt et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund. Det har vært avholdt en stor opplæringskonferanse i Oslo Kongressenter, der alle de største pasientforeningene var aktører med Legeforeningen som medspiller. Hovedfokus var pasienters læring og mestring av egen situasjon gjennom nettverksbygging. 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 pasienten som aktiv aktør.

Parallelt med arbeidet med pasientorganisasjonene har Legeforeningen avgitt ressurser til en nasjonal styringsgruppe rundt nasjonalt Norsk Kompetansesenter for læring og mestring for kronisk syke. Det arbeides aktivt med å etablere lokale lærings- og mestringssentra ved alle HF'er. I løpet av 2004 ble 16 nye slike sentra åpnet. Ved inngangen til 2005 har alle de større helseforetakene etablert lærings- og mestringssentra. Sentraene gir ikke bare tilbud til pasienter med kronisk sykdom, men også til pasienter med ulike sykdommer hvor man tror erfaringsutveksling og egenmestring kan være til nytte.

Legeforeningen har også deltatt aktivt i utdanning av første pilotkull ambulanspersonell med rett til å kalle seg paramedics. Det første kullet har bestått av 24 studenter. Disse har fått sin utdanning ved Høgskolen på Lillehammer. Styringsgruppen har vært partssammensatt med blant annet NAVO, Norsk Kommuneforbund og Legeforeningen som deltakere. Evalueringen etter kull én var svært god, og Legeforeningen deltar nå aktivt for å få et felles videreutdanningstilbud for alt ambulanspersonell. Det er tatt opp nye studenter som skal ha lokal praksis med veiledning. Det stiller blant annet krav til Legeforeningens medlemmer som arbeider med akuttmedisin om å gi opplæring lokalt.

Legeforeningen har siden 1996 bidratt i utviklingen av simuleringsprogrammet BEST (= Bedre og Systematisk Traumebehandling). Opplæringsprogrammet er unikt i sitt slag og har vunnet anerkjennelse internasjonalt. Ved inngangen til 2005 er 39 sykehus med i BEST. For øyeblikket pågår et prosjekt under BEST som går på eventuelle forskjeller i bruk av dukke eller levende pasient. Prosjektet er støttet av Kvalitetssikringsfond II. Det er foreløpig vanskelig å trekke bastante konklusjoner, men prosjektet ventes avsluttet sommeren 2005.

3.24.1 Samarbeid med de medisinske fakultet

Årets dekanmøte ble arrangert i Bergen i juni. Legeforeningen var representert ved Amund Gulsvik (LVS), Erlend Strønen (NMF) og Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet.

Temaer ved årets møte var blant annet forskningsreguleringsutvalgets arbeide, kvalitetskrav til medisinsk forskning og utdanning og kompetansesenteret av nasjonale funksjoner. Dekanmøtet anbefalte å opprette et nasjonalt organ for å ivareta vurdering av opprettelse og evaluering av nasjonale kompetansesentre og landsfunksjoner.

3.25 Organisering og finansiering av allmennmedisinsk forskning

Sentralstyret har i perioden arbeidet med styrking av finansiering av allmennmedisinsk forskning, blant annet med utgangspunkt i et dokument om allmennmedisinsk forskning utarbeidet av Legeforeningens forskningsutvalg. Og samarbeidsorganet som er etablert mellom de allmennmedisinske instituttene, Alment praktiserende lægers forening og Norsk selskap for allmennmedisin.

10. november arrangerte sentralstyret i samarbeid med Alment praktiserende lægers forening et dagsseminar: "Mål, strategi, handling: Styrking av allmennmedisinsk forskning". Problemstillingene ble bredt presentert fra sentralstyret, fra de primærmedisinske miljøer i og utenfor universitetet, samt fra sentrale helsemyndigheter og Kunnskapssenteret. Dessuten var det inviterte gjester fra Danmark som redegjorde for deres organisering av primærmedisinsk forskning.

I budsjettproposisjonen for 2005 ble det dessuten uttalt at "Departementet ser et stort behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennlegetjenesten på tjenestens egne premisser, og vil innlede et samarbeid med aktuelle miljøer og virksomheter for å drøfte hvordan et slikt utviklingsarbeid kan organiseres og finansieres". I stortingsbehandlingen ble det gjort et romertallsvedtak VII, der det heter; "Stortinget ber Regjeringen komme tilbake til Stortinget med forslag for å styrke forskning innen allmennmedisinen." Sentralstyret har etablert kontakt med de sentrale helsemyndigheter og vil forfølge denne saken videre.

3.26 Simulerte pasienter

Legers utrygghet og usikkerhet i forhold til beslutninger har også vært medvirkende til at en gruppe søkte Utdanningsfond I om å få starte kvalifisering av en gruppe simulerte pasienter.

I august arrangerte avdelingen et seminar med ti studenter, seks medisinerere, tre psykologer og en religionsstudent. Seminaret ble ledet av en skuespiller og en dramaterapeut. Hensikten var å gjenkjenne egne opplevelser som pasient. Dette viste seg å være en god metode fordi de simulerte pasientene kunne være lojale mot den gitte pasientrollen og gi konstruktive tilbakemeldinger til legene om hvordan møtet opplevdes.

Studentene er senere benyttet til å lage videokonsultasjoner til bruk som illustrasjoner på kurs. Fremover håper vi at disse studentene skal kunne benyttes i ulike sammenhenger slik som i veiledningsgrupper i allmennmedisin og også av sykehusbaserte spesialiteter.

3.27 LUPIN (Legeforeningens utdanning på Internett)

Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisin ble lansert på Rikshospitalet i april 2004. Høsten 2004 gjennomgikk 33 leger de 29 kapitlene på Internett. To satt i Kabul og én i Tokyo. Internett delen ble avsluttet med tre regionale samlinger ved henholdsvis Rikshospitalet, Haukeland og St. Olavs hospital. Kurset gir 40 tellende timer, mens kursdeltakerne har oppgitt at de har brukt mellom 30 og 100 timer på Internett-delen av kurset. De aller fleste deltakerne var svært fornøyd med denne formen for kurs. For dem som ønsket å fordype seg i stoffet, finnes det mange referanser til fordypningslitteratur. Det at deltakerne kunne ta kurset innimellom når de hadde litt ekstra tid, gav både dem og arbeidsgiveren en fleksibilitet som ble satt pris på.

I september 2004 lanserte Legeforeningen sammen med Verdens legeforening sitt første internasjonale internettkurs: Doctors working in prison: Human rights and ethical dilemmas ved Den norske delegasjonen i Geneve. Kurset er et tilbud til leger som arbeider i fengsel og tar spesielt for seg legers og de innsattes rettigheter og forpliktelser med særlig vekt på menneskerettigheter og etikk. Kurset er tilgjengelig for leger over hele verden. Det arbeides med en kinesisk versjon av kurset, og en spansk versjon vil foreligge i løpet av våren 2005. Kurset er godkjent med 12 timer i legers videre- og etterutdanning. Kurset finansieres med støtte fra Utenriksdepartementet.

Nettkurset Hvordan skrive spesialisterklæringer var ferdig ved årsskiftet. Det har ofte vist seg at det kan være stor variasjon mellom ulike legers konklusjoner ved samme skadetilfelle. Dette har utløst tvil om de sakkyndige har tilstrekkelig kompetanse, grundighet og upartiskhet.

Målet med kurset er å gjøre deltakerne i stand til å utarbeide spesialisterklæringer slik at alle relevante opplysninger og vurderinger kommer med i en systematisk og oversiktlig form. Kurset består av 11 leksjoner. Det krever stor egenaktivitet, og deltakerne får anledning til å øve seg på å utforme en egen spesialisterklæring som de senere kan bruke som mal for andre erklæringer.

Kurset er godkjent med 15 timer som valgfritt kurs for samtlige spesialiteter.

3.28 Turnusrådet og Legeforeningens arbeid med turnustjenesten

Turnusrådet har i perioden hatt følgende medlemmer: Olav Thorsen (leder), Unni Aanes, Åse Brinchmann-Hansen, Erlend Strønen, Inger Kristin Aase, Svein Zander Bratland, Jo-Endre Midtbu, Synne Torkildsen, Bjørn Ove Kvavik, Per Omvik. Vara Kari Sollien Øfstaas, Øydis Rinde Jarandsen, Tobias Skylstad Johansen, Tor Steinar Raugstad, Vegard Vige, Tone Dorthe Sletten, (1.1.-30.6.04), Jana Midelfart (1.1.-30.6.04), Liv Marit Fagerli (1.1.-30.6.04) og Torstein Vik.

Sentralstyret har hatt en diskusjon om rådets mandat og vil spesielt vektlegge evaluering. Nytt pkt. 2 i mandatet lyder: "Turnusrådet skal særskilt bruke sin tid til evaluering av turnustjenesten. Evalueringen må være kontinuerlig og basere seg på besøk og innhenting av data."

Mens prosessen med utforming av nytt mandat pågikk, ble rådets funksjonstid forlenget.

Turnusrådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 52 saker. Møtene har i det vesentligste blitt avholdt i tilknytning til besøk ved sykehus og allmennlegepraksiser med turnuslege. Det har blitt gjennomført besøk ved 11 sykehus og 10 allmennlegepraksiser.

Forut for besøkene får turnuslegene utsendt et skjema til registrering av turnustjenesten, om vaktordning, veiledning, ferdighetslister, supervisjon, postarbeid osv. Disse skjemaene medbringes på møtene, og danner sammen med samtalene med turnuslegene og deres veiledere grunnlaget for den rapporten turnusrådet lager om stedet. Referatene fra turnusstedene har i kortversjon blitt referert i Nytt fra turnusrådet, som kan leses på turnusrådets hjemmeside og har blitt forelagt sentralstyret etter hvert besøk. Listen over besøkte sykehus og allmennlegekontor finnes også på turnusrådets hjemmeside.

Hovedinntrykket er at de aller fleste turnuslegene setter stor pris på turnustjenesten, selv om det mange steder kan gjøres mye for å gjøre tjenesten enda bedre. Det som også er viktig for turnuslegene er, foruten en systematisk oppfølging med god veiledning og supervisjon, et godt sosialt miljø turnuslegene imellom.

Legeforeningen har hatt møter med Sosial- og helsedirektoratet vedrørende turnus, ventetid for turnusleger, dekning av reise- og flytteutgifter og arbeidet med ny forskrift for turnustjenesten. (Det er også avholdt fellesmøte mellom turnusrådet og sentralstyret i januar 2005).

Legeforeningen har et prinsippvedtak om å arbeide for at kvaliteten og måloppnåelsen for turnustjenesten ikke skal forringes og står utvilsomt overfor store utfordringer når det gjelder å bevare og utvikle turnustjenesten som en sentral læringsarena og viktig basis for videre spesialisering. Sentrale problemstillinger er håndtering av det økende antall turnusleger samt den manglende forutsigbarheten i oppretting og tilrettelegging av turnusplasser og fordeling av turnusleger til disse.

Den store økningen i antall turnusleger setter store krav både til sykehusene og kommunene hvis vi skal klare å opprettholde kvaliteten og måloppnåelsen for turnustjenesten. For turnustjenesten i kommunehelsetjenesten er det nå etablert fylkesveiledere i alle landets fylker som samler turnuslegene og de lokale veilederne til møter der både faglige, sosiale og personlige problemer blir diskutert. Denne ordningen er direkte finansiert via Sosial- og helsedirektoratet, og oppleves som meget vellykket både av turnuslegene og veilederne. Det arbeides nå med å inkorporere veiledningen i sykehusene i denne ordningen.

Legeforeningen ser det som svært viktig at turnustjenesten har en kontinuerlig og systematisk faglig oppfølging. I 2003 fikk turnusrådet laget en egen Veileder for turnus i kommunehelsetjenesten. Denne veilederen, som også ligger på turnusrådets hjemmeside, har blitt meget godt mottatt, både av turnuslegene og av veilederne i primærhelsetjenesten. Det arbeides for tiden med å ferdigstille en tilsvarende veileder for turnus i sykehus.

For nærmere informasjon om turnusrådet og hvordan Legeforeningen kan kontaktes, vises til nettsiden www.legeforeningen.no.

3.29 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 bestod i 2004 av Nils Erik Gilhus (leder), Per Hjortdahl (sekretær), Trond Flægstad, Irene Hetlevik, Jana Midelfart Hoff, Merete Kile Holtermann, Anna Midelfart, Ole M. Sejersted og Helge Waldum. Alle medlemmene har et betydelig forskningsengasjement også i øvrige funksjoner. Utvalget er også en viktig kontakflate mot de fire medisinske fakultetene i Norge.

Forskningsutvalget har hatt fire møter og behandlet 45 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 allmenntidmedisin. 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 ble avholdt et Forskningsseminar for helsejournalister våren 2004.

Det legges opp til et relativt høyt aktivitetsnivå også for 2005 med blant annet et seminar i samarbeid med Legemiddelindustriforeningen om finansiering og industrimedvirkning i klinisk medisinsk forskning.

3.30 Kvalitetsforbedringsutvalget

I forbindelse med budsjettbehandlingen og behovet for innstramming i desember 2003, ble ad hoc utvalgenes rolle og sammensetning, herunder størrelse, vurdert. Flere medlemmer av Kvalitetsforbedringsutvalget hadde meddelt at de ønsket å tre ut av utvalget.

En kjerne av erfarne medlemmer var imidlertid innstilt på å fortsette inn i 2004, slik at de viktigste oppgavene ville kunne la seg gjennomføre, herunder kvalitetsdagene, kvalitetskurs, pågående arbeid med implementering av forbedringskunnskap i grunnutdanningen og indikatorprosjektet. Disse var Marit Eskeland, J. Frederik Frøen, Rolf Kirschner og Hans Michael Waaler.

Arbeidene har stort sett gått som planlagt. Resultatet fra Indikatorprosjektet ble oversendt Sosial- og helsedirektoratet (Shdir) våren 2004. Flere av forslagene er inkludert i Shdir's planer, og det er løpende kontakt med direktoratet om dette.

Legeforeningens kvalitetsdager som ble arrangert på Soria Moria 4.-5.2. 2004 samlet ca. 90 deltakere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer med prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaene var pasientsikkerhet og kvalitetsindikatorer, samt helsemyndighetenes nye nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Et utvalg av pågående og avsluttede kvalitetsforbedringsprosjekter finansiert av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II ble presentert i plenum. Utvalgets planlagte kurs i Praktisk kvalitetsforbedring måtte avlyses p.g.a. liten søkning.

3.31 Kvalitetssikringsfond I - Legeforeningens fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus

3.31.1 Fondsutvalgets sammensetning 2004-07

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Helse- og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt fire møter i 2004.

3.31.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes som en del av normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For 2004 ble det avsatt 6,1 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I.

3.31.3 Søknader og bevilgninger i 2004

Det totale antall søknader til fondet var 31, med en samlet søknadssum på kr 8 377 267. Av disse søknadene ble 21 innvilget, med et samlet beløp på kr 4 261 532.

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

3.32 Kvalitetssikringsfond II – Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten

3.32.1 Fondsutvalgets sammensetning 2001-2004

Fondsutvalget består av Stein Tore Nilsen (leder), Solfrid Kjus, Asle W. Medhus, alle Legeforeningen, Heidi Merete Rudi, Helse- og omsorgsdepartementet og Erik Bartnes, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt to møter i 2004.

3.32.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes som en del av normaltarifforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For 2004 ble det avsatt 4,6 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond II.

3.32.3 Søknader og bevilgninger i 2004

Det totale antall søknader til fondet var 32, med samlet søknadssum på kr 8 590 741. Av disse ble 17 innvilget, med et samlet beløp på kr 2 411 608. Fondets største enkeltprosjekt var et gjennombruddsprosjekt i psykiatri med tittel Bedre utredning, diagnostikk og behandling av ADHD. Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening hadde tatt initiativ til prosjektet som fikk rekordhøy og landsdekkende oppslutning. 31 lokale arbeidsgrupper fullførte prosjektet, og mange av dem kunne dokumentere solid forbedring i løpet av prosjektperioden.

Høsten 2004 er det startet et annet gjennombruddsprosjekt i psykiatrien: Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser, som blir initiert etter et møte mellom daværende statsråd i Helsedepartementet, Dagfinn Høybråten og Legeforeningens ledelse. Det er rekruttert 23 poliklinikker fordelt over hele landet. Prosjektet avsluttes i mars 2005.

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

3.33 Kvalitetssikringsfond III – Legeforeningens fond for kvalitetssikring av laborativ virksomhet utenfor sykehus

3.33.1 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 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.

3.33.2 Styringsgruppen

Styringsgruppen bestod i 2004 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.

3.33.3 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 utsending 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. Instrumentleverandører kan få kjøpe anonymiserte rapporter vedrørende deres instrumenter. 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 laborativ virksomheten som drives utenfor sykehus.

I 2004 hadde NOKLUS en oppslutning på ca. 2180 norske laboratorier. 99 % av landets legekontor (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) som har laboratorium, deltar i samarbeidsordningen. 320 deltakere var med til selvkost; sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltok også 86 norske og to islandske sykehuslaboratorier på to eller flere av utsendingene.

I 2004 var det 34 utsendinger av kontrollmateriale fra NOKLUS. For de fleste ble det sendt materiale med konsentrasjon av komponenter i to nivå som ble analysert to ganger av deltakerne. Svarprosenten var på ca. 90 ved alle utsendelsene. Deltakerne fikk svar ca. en måned etter at materialet var analysert. De fikk da en vurdering av sine svar samt informasjon om hvordan de lå an i forhold til de andre deltakerne.

Det drives et utstrakt veilednings- og opplæringsarbeid i regi av laboratoriekonsulentene i NOKLUS. I løpet av 2004 er 57 % av deltakerne blitt besøkt.

Det er arrangert 161 kurs med ca.3100 deltakere.

En "laboratorieprofil" som kan innhente data over legenes rekvirering av laboratorieprøver er utprøvd i 90 praksiser. Samarbeidet mellom representanter fra Diab re, 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.

Det har vært stor aktivitet på utprøvningsfronten i 2004. Skandinavisk utprøving av laboratoriestyr for primærhelsetjenesten (SKUP) gjennomførte ni utprøvinger og en preevaluering i løpet av året. På slutten av året var åtte nye utprøvinger under planlegging, deriblant flere brukerutprøvinger av glukose.

NOKLUS er sammen med et Fagråd utnevnt av Rikstrykdeverket (RTV), forvalter for en ordning med nye kravspesifikasjoner for refusjonsberettigede blodsukkerteststrimler. De nye kravspesifikasjonene ble innført i 2002, med en overgangsordning frem til 2006 for teststrimler innvilget refusjon før 2002. Et viktig del av kravspesifikasjonene er krav til utprøving av strimmel/apparat i bruk av diabetikere. I 2004 ble det behandlet tre refusjonssøknader, foruten at det ble foretatt nødvendige forberedelser for gjennomføring av overgangsordningen.

Det er i gang aktivitet i Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Hedmark, Akershus Sør, Østfold, Telemark, Vest-Agder og Aust-Agder med verving av deltakere til selvkost. Man har prioritert å verve deltakere fra sykehjem. Ved utgangen av 2004 var det inngått avtale med 211 virksomheter til selvkost i disse fylkene.

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 2004 har det vært arbeidet med å inkludere alle Statoils enheter med laboratorievirksomhet som deltakere.

De ansatte i samarbeidsordningen har holdt en rekke foredrag i inn- og utland. Ved utgangen av 2004 var det knyttet tre professor II stillinger, én førsteamanuensisstilling, tre doktorgradskandidater og to mastergradsstudenter til NOKLUS.

Bedret laboratorievirksomhet fører til at man sparer pasienter og leger for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og hindrer feil behandling. Dette gir igjen samfunnsøkonomiske besparelser.

3.33.4 Årsrapport

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

3.34 Publikasjoner

3.34.1 Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling har følgende utgivelser i 2004:

- Kom i gang! Kvalitetsforbedring i praksis
- Retningslinjer for metoder i Klinisk Nevrofysiologi, del 2
- Veileder i akutt pediatri (nytt opplag)
- Veileder ved obduksjon av fostre og barn
- Veileder i generell gynekologi
- Rapport fra Gjennombruddsprosjekt psykiatri "Alvorlige stemningslidelser"

Hensikten med serien er å stimulere til lokale forbedringstiltak og etterutdanning.

Tidligere er det utgitt ca. 55 hefter. Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens nettside der heftene kan bestilles til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

3.35 Spesialforeningenes kvalitetsarbeid

Spesialforeningenes kvalitetsarbeid blir støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Kr 20 000 kan etter søknad stilles til disposisjon for spesialforeningene. I 2004 har sju spesialforeninger fått innvilget slik støtte.

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

Stiftelsen GRUK ble etablert etter initiativ fra Legeforeningen for å ivareta videreutvikling av resultater som var oppnådd i prosjekter finansiert av kvalitetssikringsfondene.

Foruten Legeforeningen er Kommunenes sentralforbund, Norsk sykepleierforbund og Telemark Fylkeskommune representert i stiftelsens styre.

GRUK har i perioden dekket et bredt spekter av moderne kvalitetsutviklingsarbeid i både institusjons- og primærhelsetjenesten. De har arbeidet med læringsnettverk i prosessforbedring, utviklet data for statistisk prosesskontroll, arbeidet med individuelle planer for rusklinter, gjennomført brukerundersøkelser i legevaktsordninger og arbeidet med innføring av prosessforbedring i akuttmedisinske tiltakskjeder med hovedvekt på de interkommunale legevaktsordninger. De har også arbeidet med praksiskonsulentordningen i samhandling med fastleger og sykehusleger i Helseregion Sør. GRUK har også bidratt med veiledningsoppgaver i de to siste gjennombruddsprosjektene til Legeforeningen (AD/HD) og Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser.

På tross av stor aktivitet, har det vært vanskelig å oppnå en tilfredsstillende økonomisk situasjon, som gir trygghet og grunnlag for faglig utvikling. Virksomheten er beskrevet på www.gruk.no.

Hans Asbjørn Holm har representert Legeforeningen i GRUKs styre i perioden med Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant.

3.37 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

Utvalget består 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 være ansvarlig for revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Indeks er et samarbeid mellom Legeforeningen, Åsmund S. Lærdals stiftelse for akuttmedisin, og Laerdal Medical, som har ivarettatt produksjon og distribusjon av Indeks. Sistnevnte har trukket seg fra samarbeidet, og sekretariatet har i samråd med LUPA arbeidet for å finne en ny samarbeidspartner, foreløpig uten resultat. Lærdals stiftelse vil fortsatt ha rettighetene til Indeks.

Utvalget har hatt ett møte og ett telefonmøte i perioden, og har bl.a. avgitt interne høringsuttalelser til utkast til forskrift om krav til akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus og til Justisdepartementets forslag til forenkling og effektivisering av nødmeldetjenesten.

3.38 Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen og firmaet Laerdal Medical har samarbeidet om 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, koblet til et dokumentasjons- og loggingssystem. Arbeidet har av forskjellige grunner tatt betydelig lengre tid enn forutsatt. En elektronisk versjon av Indeks er tilgjengelig som en del av beslutningsstøtteverktøyet "Telefonråd" fra stiftelsen GRUK www.gruk.no

3.39 Sekretariatstjenester for spesialforeningene

I henhold til Landsstyrevedtak i Molde i 2003 har sekretariatet utført flere oppgaver for spesialforeningene. Tjenestene er

- - Prosjektstøtte på områdene utdanning, fagutvikling og kvalitetsutvikling
- - Sekretariatet er behjelpelig med å formidle kontakt mellom spesialforeningene og øvrige organisasjonsledd.
- - Sekretariatet tilbyr å føre medlemsregister for hver forening, innkreving av medlemskontingent på nærmere avtalte betingelser, samt distribusjon av medlemsinformasjon for spesialforeningene per post eller e-post.

Personellkostnadene for disse tjenestene inndeckes i sekretariatets ordinære drift, men den enkelte spesialforening faktureres for direkte utlegg som sekretariatet belastes med - for eksempel porto og andre kostnader (papir, konvolutter) ved distribusjon av brev og annen informasjon.

Seksjon for fag- og kvalitetsutvikling i Medisinsk fagavdeling utfører noen av tjenestene, mens andre, herunder register- og kontingenttjenester, utføres av Økonomi- og administrasjonsavdelingen. Art og omfang av tjenestene avtales på forhånd med Seksjon for fag- og kvalitetsutvikling, og det er etablert skriftlige rutiner for hvorledes samarbeidet mellom den enkelte spesialforening og sekretariatet skal foregå.

Seksjon for fag- og kvalitetsutvikling har utført 51 oppdrag av varierende omfang for 21 spesialforeninger, fra enkeltutsendelser av brev til regelmessig distribusjon av medlemsblad.

4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Legeforeningens formål er å fremme tiltak som er egnet til å bedre befolkningens helse, jfr. Legeforeningens lover §1f.

4.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

”Legeforeningen vil arbeide for å

- bidra til å øke skoleelevers fysiske aktivitet gjennom å arbeide for en times kroppsøving i skolen hver dag
- arbeide for å veilede befolkning og beslutningstakere i helsefremmende livsstil, med spesiell vekt på tiltak rettet mot barn og unge
- forebygge psykiske lidelser blant barn og unge
- få ned andelen røykere i befolkningen”.

4.2 Helsefremmende arbeid

4.2.1 Arbeid for å innføre en times kroppsøving i skolen hver dag

Det er ikke mange av Legeforeningens forslag som har fått slik politisk gjennomslagskraft som forslaget om utvidelse av kroppsundervisningen i skolen. I statusrapporten ”Mot i brystet .. stå i ben og armer?” om helse, helsefremmende arbeid og helsetjeneste for ungdom fra oktober 2002, uttrykte Legeforeningen at Norge må utvikle en strategi for fysisk aktivitet, kosthold og helse. Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver inaktivitet som en global epidemi med store konsekvenser for folks helse. Å forebygge inaktivitet blant barn og unge er følgelig et viktig helsefremmende tiltak. Fra et medisinsk synspunkt fremhevet Legeforeningen at kroppsøvingundervisningen i skolen må utvides betydelig, til en time hver dag på alle klassetrinn.

Utvidelse av kroppsøvingundervisning i skolen var også et av flere temaer Legeforeningen tok opp på møtet med Sosialkomiteen 24. mars 2003. Til tross for at *St. meld nr.16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken* inneholdt minst 196 ulike forslag manglet meldingen konkrete forslag for å øke timetallet for kroppsøving i skolen. Når Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver inaktivitet som en global epidemi med store konsekvenser for folks helse, burde meldingen ha gått nærmere inn på tiltak for å forebygge inaktivitet blant barn og unge. For det første henger inaktivitet og overvekt sammen. Tallenes tale viser at mange norske barn og ungdommer veier for mye, og at dagens niåringer er tre kilo tyngre enn for 25 år siden. For det andre er for lite fysisk aktivitet en helt sentral risikofaktor for helse og sykdom.

Til Stortingets behandling av *St. meld 30 (2003-2004) Kultur for læring* undertegnet 18 organisasjoner, bl.a. Nasjonalforeningen for folkehelsen, Legeforeningen, Psykologforeningen, Nasjonalt Råd for fysisk aktivitet, Kreftforeningen, Norges Idrettsforbund og Olympiske Komité samt Rådet for psykiske helse i mai 2004 en underskriftsliste til Stortinget. Her ber de om at det må innføres en times fysisk aktivitet (60 minutter) daglig i skolen for alle elever.

I forbindelse med behandling av folkehelsemeldingen ba Stortinget regjeringen utarbeide en handlingsplan for fysisk aktivitet. Ved fremleggelsen av handlingsplanen i desember 2004, sa helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen at ”Handlingsplanen for fysisk aktivitet skal bli en nasjonal dugnad der myndighetene, organisasjoner, og ikke minst befolkningen, må gi sine bidrag”. Åtte statsråder undertegnet handlingsplanen, som bl.a. peker på at skolen må se det som sin oppgave å stimulere og legge grunnlaget for en aktiv livsstil og utvikle skolemiljøer som fungerer for alle, også når det gjelder bevegelse og fysisk aktivitet. Dette gjelder både på vei til og fra skolen, i friminuttene, i kroppsøvingsfaget og i andre deler av skolehverdagen.

I handlingsplanen (s. 39-40) heter det: ” For å styrke elevenes fysiske utvikling og stimulere interessen for fysisk aktivitet og lek, er det i ny fag- og timefordeling for grunnskolen foreslått en økning i antall timer til kroppsøving på barnetrinnet fra 494 til 637 timer. Endelig fag- og timeforedeling vil, sammen med nye læreplaner, fastsettes etter en høringsprosess sommeren 2005”.

4.3 Forebyggende arbeid

4.3.1 Tobakksforebyggende arbeid

Tobakks fritt er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og som arbeider for å redusere bruken av tobakk. Tore Sanner, Det norske radiumhospital, er leder med Ellen Juul Andersen, Legeforeningen som nestleder.

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 Hjerte- og Lungesyke og Fagforbundet er medlemmer. Adresse til hjemmeside: www.tobakksfritt.no

Tobakksfritt har hatt seks møter 2004. Det viktigste arbeidet har vært rettet mot innføring av røykfrie serveringssteder, bevilling for salg av tobakksvarer og arbeidet mot snus. Ledelsen har hatt møter med politiske partier, med Stortingets sosialkomité og med finanskomiteen.

4.3.2 Forebygge psykiske lidelser blant barn og unge

Det er et sentralt dilemma for helsevesenet at de viktigste arenaene for helsefremmende og forebyggende arbeid ligger utenfor helsesektoren, samtidig som resultatene av mangelfull forebygging og helseskadelig atferd ofte havner på helsetjenestens bord. Både i statusrapporten om helsetjenester til ungdom fra 2002, og statusrapporten om helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser fra 2003 var forebygging av psykiske lidelser blant barn og unge tema. Ungdomstiden er en viktig og sårbar alder, og forebyggingspotensialene er store. Ved rask og målrettet hjelp kan mange problemer unngås. Dessverre opplever mange unge med psykiske problemer og deres pårørende, at det er tidkrevende og ofte vanskelig å få hjelp. Videre er i mange tilfeller de ulike deler av hjelpeapparatet ikke godt nok koordinert, og viktige signaler om problemer fanges ikke opp. I statusrapporten "Psykiske lidelser - faglighet og verdighet" uttrykker Legeforeningen seg positivt til at regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse har en klar helsefremmende og forebyggende profil, og at det legges vekt på å styrke barn og unges egne ressurser og evner til selv å mestre livets utfordringer. Planen understreker at alle arenaer for barn og unge har et ansvar. Hvordan et lokalmiljø med boliger, skolemiljø, samferdselsmønster, infrastruktur, kultur- og fritidssektor utvikles, har innvirkning på den psykiske helsen til dem som skal vokse opp og leve i miljøet. Samtidig uttrykte Legeforeningen bekymring for at skolehelsetjenesten flere steder bygges ned. I stedet for nedbygging må skolehelsetjenesten bygges ut til å bli den primære arena for forebygging. Skolen er stedet der elevene oppholder seg det meste av dagen. Den er derfor en unik arena for helsefremmende og forebyggende arbeid, både overfor enkeltindivider og i grupper. Skolehelsetjenesten utgjør en viktig arena for tidlig å fange opp ungdom med psykiske problemer, og også medvirke til at skolehverdagen ikke blir en risikofaktor.

4.4 Rusmiddelpolitisk utvalg 2003-04

Utvalget har som mandat å være et rådgivende organ for sentralstyret, med oppmerksomheten rettet mot forhold av betydning når det gjelder rusmidler og helse. Spesielt skal utvalget arbeide for at legers kunnskaper om skadevirkninger av rusmidler i tilstrekkelig grad blir ivaretatt i grunn-, videre- og etterutdanning. I 2003 bestod utvalget av Tone Tveit (leder), Jens Chr. Bull Engelstad, Erik Waale Næss, Svein R. Steinert, Guri Spilhaug og Arne Johannesen. Etter utskiftninger har utvalget i 2004 hatt følgende medlemmer: Arne Johannesen (leder), Guri Spilhaug, Kristin B. Lazaridis, Per Føyn og Svein R. Steinert. Kontaktperson i sekretariatet er Tom Sundar.

Utvalget hadde fire møter i 2003 og like mange i 2004. Agendaen har vært konsentrert om rusreformens betydning for legers arbeid i rusfeltet og kompetansekrav for å ivareta rusmiddelmisbrukeres behov for helsetjenester. Det har vært behov for å fokusere på grunn-, videre- og etterutdanningen innen relevante spesialiteter. I 2003 deltok to utvalgsmedlemmer ved den årlige konferansen til *The Society for the Study of Addiction* for å få impulser til arbeidet med å styrke legers kompetanse i rusmedisin.

I 2004 har utvalget først og fremst arbeidet med spørsmålet om behov for en egen spesialitet i rusmedisin. Dette forslaget er blitt avvist av spesialitetsrådet. Imidlertid har utvalget en løpende dialog med spesialitetskomiteene i allmennmedisin og psykiatri med henblikk på å styrke rusmedisinsk kompetanse innen disse kjernespesialitetene. For øvrig har utvalget bidratt til en rekke høringer som omhandler rusmiddelpolitiske spørsmål.

4.5 Forskningsinstituttet

4.5.1 Personale og finansiering

Instituttet har fem faste, to eksterne medarbeidere og en stipendiat. 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.

4.5.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder. Det kom 21 publikasjoner i 2004. Sentrale tema for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykelighet 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 gjerne 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.

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

Legene Jan Nesland og Kristin Bjørnland er av sentralstyret oppnevnt til å bestemme hvilke søkere som i perioden 2004-07 skal tildeles midler fra fondet. Midler utdeles en gang årlig. Økonomiforvaltning og regnskapsførsel for dette fond ivaretas av sekretariatet.

4.7 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen har samarbeidet med Norges Apotekerforening og Statens legemiddelverk om å utgi Norsk legemiddelhåndbok, som er en terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ ved ulike lidelser. En redaksjonsgruppe er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Revidert utgave av boken ble lansert i 2004, og den finnes også i elektronisk utgave på CD og på internett (www.legemiddelhandboka.no).

Samarbeidet er organisert gjennom Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok, hvor Legeforeningens representant i styret er Audun Fredriksen. Hans Asbjørn Holm er vararepresentant. Til og med 2004 har Legeforeningen og Apotekerforeningen bidratt til finansieringen av boken. Legeforeningen ga tilsagn om bevilgning også for 2005, men med det forbehold at Apotekerforeningen også bidro. Apotekerforeningen ønsket ikke å gi støtte. Begge foreninger deltar fortsatt i styret. Helse- og omsorgsdepartementet har i St. meld. Nr 18 (2004-2005) Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk foreslått at staten skal fullfinansiere driften av Norsk legemiddelhåndbok. I tillegg til Norsk legemiddelhåndbok for helsepersonell er det imidlertid også en publikumsutgave av boken, som Legeforeningen også mener bør videreføres. Det sies ikke noe om videreføring av denne i meldingen.

5 Helsepolitikk

Legeforeningens formål er å arbeide med helsepolitiske spørsmål, jfr. Legeforeningens lover § 1e.

5.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

”Legeforeningen vil arbeide for å

- medvirke til at medisinsk faglige synspunkter blir blant premissene for politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer blant annet gjennom utarbeidelse av policy- og strategi dokumenter.
- bedre legetjenesten for sykehjemsbeboere
- arbeide for at en større fast andel av finansieringen av helsevesenet må gå til forskning og utdanning
- at Leon-prinsippet skal være det bærende element i norsk helsevesen”

5.2 Statusrapport om helsetjenester til mennesker med psykiske lidelser

De årlige statusrapportene har som formål å profilere Legeforeningen som helsepolitisk aktør og sette forsømte områder i landets helsetjeneste på den helsepolitiske dagsorden. Legeforeningens fjerde statusrapport, ”Psykiske lidelser - faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling”, kom i april 2004. Sju år etter Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene og halvveis i Opptappingsplan for psykisk helse 1999-2006, valgte Legeforeningen å sette søkelyset på status og forbedringsmuligheter i helsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser.

I statusrapporten oppsummeres at opptappingsplanen har gitt økte ressurser til psykisk helsevern, bedre kapasitet og mer personell i første- og andrelinjetjenesten. Men økningen i personell og andre ressurser avspeiler kun i begrenset grad kvaliteten på de tjenestene pasientene mottar. Legeforeningens viktigste kritikk er at opptappingsplanen i liten grad konkretiserer krav til faglig kvalitet og effekt av tjenestene. Selv om mye er positivt og tilbudene mange steder er bra, er det faglige nivået i tjenesten for ujevnt og i mange tilfelle for lavt. Legeforeningen mente det er behov for faglig bevisstgjøring og mer systematisk bruk av retningslinjer, prosedyrer og kunnskapsbaserte behandlingsprogram i psykiatrisk utredning og behandling. Det er også nødvendig at fagkunnskap og faglig lederskap får større plass i utforming av psykisk helsevern, og at pasientenes rettigheter blir ivarettatt. Hovedbudskapet i rapporten er m.a.o. at faglig kvalitet, innhold i tjenestene og ivaretaking av pasientens rettigheter må stå sentralt i opptappingsplanens siste fase frem mot 2008.

Fagmiljøene i Legeforeningen var tungt inne ved utarbeidning av denne statusrapporten. Fagmiljøet og styrene i Norsk psykiatrisk forening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening, Allment praktiserende lægers forening og Norsk selskap for allmennmedisin har vist stort engasjement og lagt ned mye arbeid i rapporten.

I statusrapporten ble LEON-prinsippet og at samspillet mellom nivåene i behandlingsnettverket har stor betydning for kapasiteten, spesielt fremhevet. Dersom allmennlegene henviser 1 % flere pasienter til spesialisthelsetjenesten, vil dette medføre 10 % økning i tilstrømming til spesialisthelsetjenesten. Det store flertallet av mennesker med psykiske lidelser blir utredet og behandlet av allmennlegen med eventuell bistand fra den øvrige kommunale helsetjenesten. Det neste nivået er de distriktspsykiatriske sentrene, dernest sykehusavdelinger, med lukkede sikkerhetsavdelinger og spesielle kompetansesentre som høyeste nivå for visse pasientgrupper. Behandling på for høyt tjenestenivå er ekstra ressurskrevende. Det kan også føre til dårligere behandling fordi en instans med spisskompetanse på ett område, samtidig kan ha avgrenset kompetanse i et annet område som er like viktig for behandlingen av pasienten. Det er dessuten et stort problem at pasientflyt mellom de ulike nivåene blir hemmet av ”propper” i systemet. Psykiatriske akuttavdelinger har en betydelig høyere pasientflyt enn distriktspsykiatriske sentre og kommunale tilbud om bolig og omsorg, slik at overføring fra sykehusavdelinger i mange tilfeller blir vanskelig. Resultatet er gjerne rask utskrivning og ny innleggelse etter kort tid. Legeforeningen mente derfor at det var behov for retningslinjer som tydelig definerer hvilken utredning og behandling som

skal gis på de ulike nivåene. Retningslinjene må evalueres. Tjenestenivåene må gjensidig drøfte spørsmål om oppgavefordeling.

Videre uttrykte Legeforeningen i statusrapporten at fastlegens rolle og ansvar i behandling av mennesker med psykiske lidelser må synliggjøres og styrkes. Etter Legeforeningens syn har Opptrappingsplanen i stor grad oversett fastlegens rolle. Dette er bekymringsfullt fordi 90 % av alle med psykiske lidelser som oppsøker helsetjenesten, får utredning, diagnostisk vurdering og behandling hos fastlegen. Fastlegen er også sentral for å sikre et koordinert og helhetlig tilbud til mennesker med psykiske lidelser. Riktig og effektiv ressursbruk handler i denne sammenheng om at pasientene får tilbud på riktig nivå i et nært og godt samarbeid mellom flere aktører.

Legeforeningen har besluttet at tema for den femte statusrapporten skal være faglighet og prioritering i spesialisthelsetjenesten. Etter planen skal den foreligge medio april 2005.

5.3 Rapport om eventuelt fremtidig legeoverskudd i Norge

Under debatten om prinsipp- og arbeidsprogrammets pkt 9.2 Inntekts- og arbeidsforhold på Landsstyremøtet i Molde 20. - 22.5. 2003, ble det fremsatt forslag om å utarbeide en strategi for fremtidig legeoverskudd. Redaksjonskomiteen foreslo at forslaget skulle tas til følge i omarbeidet form: Utarbeide strategi for et eventuelt fremtidig legeoverskudd. Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret, mot to stemmer.

Vedtaket ble tolket dit hen at Landsstyret ønsket en redegjørelse for en situasjon med legeoverskudd. I og med at vedtaket omhandler "eventuelt fremtidig legeoverskudd", drøfter ikke rapporten i detalj hvorvidt og eventuelt når, vi kan forvente et legeoverskudd. Rapporten redegjør kort om utsiktene på legearbeidsmarkedet, og skisserer mulige konsekvenser som et legeoverskudd vil kunne ha for leger og for Legeforeningen. Historien har vist at antagelser om legeoverskudd - eller underskudd - gang på gang har slått feil. Usikkerhetsfaktorene er mange. Store endringer i offentlig økonomi vil kunne medføre et legeoverskudd. Gitt at dette ikke skjer, og man legger et felles nordisk legemarked til grunn, vil man neppe oppleve en dramatisk situasjon med overskudd av leger i Norge.

Rapporten skisserer videre aktuelle mulige tiltak for å forebygge og begrense uønskede konsekvenser for den enkelte lege. Etter Legeforeningens syn er arbeidsledighet et offentlig ansvar, og statlige tiltak for arbeidsledige må også legges til grunn for arbeidsledige leger. Legeforeningens bidrag til sine medlemmer blir å bistå Aetat i forhold til spesifikke problemer som arbeidsledige leger vil kunne møte.

5.4 Bedre legetjeneste for sykehjemsbeboere

Legeforeningen har i løpet av programperioden, bla i møter med Sosialdepartementet, bl.a. Helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Statens helsetilsyn, Stortingets sosialkomité, Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité, i dialogkonferanser arrangert av Sosialdepartementet, gjennom ledere i Tidsskriftet og pressekonferanse for SINTEF-rapporten "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem" fra september 2004, vært en klar pådriver for å bedre legetjenesten til landet sykehjemsbeboere. Med basis i statusrapporten "Når du blir gammel og ingen vil ha deg" fra 2001, og tallrike dokumentasjoner fra Statens helsetilsyn om at landets sykehjemsbeboere får for lite medisinsk faglig hjelp, har Legeforeningen arbeidet for å innføre bemanningsnormer for legedekning, samt for øvrig personale i sykehjem.

I St. meld. nr. 45 (2002-2003) Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene gikk imidlertid regjeringen imot å fastsette normer for bemanning, da de mente at slike normer ikke ville sikre fleksibel og effektiv ressursutnyttelse i kommunene. For å underbygge ønsket om bemanningsnormer, og ha alternativ dokumentasjon klar i forkant av Stortingets behandling av kvalitetsmeldingen våren 2004, ga Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet våren 2003 Sintef Unimed i oppdrag å belyse sammenhengene mellom kvalitet og bemanning ved et utvalg norske sykehjem.

Til Stortingets behandling forelå foreløpige analyser fra undersøkelsen som understøttet argumentet om at økt antall legetimer i sykehjem vil bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Undersøkelsen viste en klar sammenheng mellom legeinnsats målt i antall timer per beboer, kvaliteten på medisinsk undersøkelse og behandling, samt tilbud om opptrening og smertebehandling i sykehjemmene: Jo flere pasienter legen har ansvar for, jo dårligere blir medisinske behov ivaretatt.

Videre bekrefter kartleggingen at det fortsatt er oppsiktvekkende store forskjeller i antall legetimer fra det ene sykehjemmet til det andre. Legedekningen varierer fra 26 beboere til 2,6 beboere per ukentlig legetime.

Ved Stortingets behandling av kvalitetsmeldingen i april 2004 var det faktisk et flertall for bemanningsnormer for legetjenester. Likevel falt Arbeiderpartiets og Sosialistisk Venstreparti forslag om innføring av en minstenorm for legedekning ved sykehjem med 42 mot 66 stemmer. Flertallet ble splittet fordi Fremskrittspartiet ønsker bemanningsnorm for alle personellgrupper, mens Arbeiderpartiet og Sosialistisk Venstreparti i denne omgang bare foreslo bemanningsnorm for leger.

Ønsket om å innføre bemanningsnormer for alle personellgrupper ble imidlertid revurdert av Legeforeningen, Sykepleierforbundet og Fagforbundet på pressekonferansen oktober 2004 da endelig rapport "Bemanning og tjenestetilbud i sykehjem" (STF78 A045006) fra Sintef Helse forelå. Overraskende nok gir SINTEF-undersøkelsen ingen holdepunkter for at økt bemanning for pleiepersonalet i sykehjem fører til bedre kvalitet. Derimot er det andre faktorer som gir utslag på kvaliteten på tjenesten. Ved sykehjem hvor det er et godt arbeidsmiljø, hvor det er klar faglig ledelse og hvor det er kultur for kompetanseutvikling for de ansatte, er tilbudet til pasientene bra. Motsatt er det fare for redusert kvalitet på tjenester som tilbys ved sykehjem hvor det ikke er lagt til rette for veiledning og undervisning. Også den endelige rapporten gir støtte til behovet for å øke legetjenesten i sykehjem.

I november 2004 fremmet Sigbjørn Molvik og Olav Gunnar Ballo på ny et privat forslag (Dokument 8 forslag) om å utarbeide kriterier for minstenorm for legedekning ved norske sykehjem, med basis i rapporten fra Sintef Helse. For Legeforeningen er det svært gledelig at Stortinget 17.2. 2005 gjorde følgende vedtak: "Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for en minstenorm for legedekning ved norske sykehjem og legge kriteriene fram for Stortinget i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen for 2006" (jfr. Inst. S. nr 122 (2004-2005)). Videre er det gledelig at det i innstillingen heter at Den norske lægeforenings forslag til normer for tilstrekkelig legebemanning kan være et utgangspunkt for å vurdere på hvilket nivå minstenormene bør ligge.

5.5 Høringer: Uttalelser til offentlige utredninger m.v.

Å uttale seg om sentrale høringer er viktig for Legeforeningen som helsepolitisk aktør. I løpet av 2004 avga Legeforeningen til sammen 59 høringsuttalelser. Høringsarbeidet har både vært tidkrevende og kostbart, og de ulike organisasjonsleddene i foreningen har ikke hatt innsyn i hvilke høringer Legeforeningen har til behandling. For å bedre høringsarbeidet ble Legeforeningens interne arbeid med høringer senhøstes 2004 endret fra papirbasert til nettbasert kommunikasjon. Målet var bl.a. å gjøre høringsarbeidet mer åpent, samt å gjøre det enklere for organisasjonsleddene å delta i prosessene.

Endringen innebærer at på Legeforeningens nettside www.legeforeningen.no, inngangen til høringsområdet, har høringer fått en mer sentral plass. Høringene er utvidet fra å inneholde avgitte høringer til også å inneholde høringer i arbeid. All sentral informasjon om høringer legges nå på nettet. For hver hørings sak vil det fremgå hvilke organisasjonsledd som har fått saken til høring. Legeforeningens interne svarfrist skal fremkomme tydelig og alle relevante saksdokumenter (Legeforeningens høringsbrev, høringsbrev fra departement, høringsnotater, NOU'er etc) i saken legges som e-lenker. Endringen innebærer videre at all kommunikasjon rundt høringsarbeidet skal skje elektronisk. Styrene i de organisasjonsledd som får saken til høring, blir orientert per e-post om at hørings saken ligger på Internett. Organisasjonsleddene må tilsvarende sende alle helsepolitiske hørings svar elektronisk til sekretariatet. Det er opprettet en ny e-post adresse for dette: horinger@legeforeningen.no.

Målet er at omleggingen vil forbedre arbeidet med høringer, og gjøre høringsarbeidet mer åpent siden all informasjon vil ligge tilgjengelig på våre nettsider. Endringen vil dessuten gjøre arbeidet vesentlig rimeligere enn i dag.

5.6 Omtale av noen sentrale høringer avgitt i 2004

Alle høringsene Legeforeningen avga i 2004 er samlet på www.legeforeningen.no. Her omtales noen av de viktigste høringsuttalelsene avgitt i 2004, der våre uttalelser trolig har hatt betydning for videre prosess.

5.6.1 Forsøksordning med sprøyterom

I høringsnotatet fra Justisdepartementet, Helsedepartementet og Sosialdepartementet i fellesskap, med deltakelse også fra Riksadvokaten og Oslo politidistrikt, ble det foreslått lovendringer som innebærer en toårig forsøksordning der tungt belastede heroinmisbrukere, som har fylt 18 år og ikke er inntatt i legemiddelassistert rehabiliteringstiltak (LAR), straffefritt kan besitte og injisere én brukerdose heroin i sprøyterom. Lovendringen ble foreslått hjemlet i en særlov. Videre skulle tiltaket bemannes med sosialfaglig personell og ikke med helsepersonell da det i følge høringsnotatet, ikke skulle anses som en helsetjeneste.

Legeforeningen mente i høringsuttalelsen at en forsøksordning med sprøyterom, ut fra forutsetningene som var lagt til grunn, kan være et positivt tiltak. Tunge rusmiddelmissbrukere er en helsemessig svært utsatt gruppe, og et toårig forsøksprosjekt vil kunne gi svaret på om etablering av sprøyterom vil være et hensiktsmessig virkemiddel for å forebygge og redusere de helseplagene rusmiddelmissbrukere ofte sliter med. Legeforeningen mente imidlertid at helseaspektet måtte vektlegges sterkere, og at det til enhver tid måtte være minst én ansatt med helsefaglig kompetanse. Helsefaglig personale er nødvendig både fordi selve injiseringen innebærer en akutt situasjon med mulige uventede kroppslige reaksjoner, dessuten er formålet også å forebygge infeksjoner og skader og redusere overdosedødsfall. Dette innebærer veiledning og informasjon i hygiene, hudpleie, informasjon om smittevern og injeksjonsteknikk. Også på dette området mente Legeforeningen at dette fordrer kompetent helsepersonell.

Stortinget vedtok, med knapp margin og etter en het debatt, den midlertidige loven om sprøyteromsordningen, i juni 2004. Til behandlingen forelå også et Dokument 8-forslag fra Olav Gunnar Ballo og Sigbjørn Molvik, begge Sosialistisk Venstreparti, om at sprøyterommene skulle bemannes med sosial- og helsefaglig personell. Dette ble vedtatt med 53 mot 47 stemmer. I en kommentar uttalte Legeforeningen tilfredshet med at helseaspektet blir vektlagt sterkere ved at det til enhver tid er minst én ansatt med helsefaglig kompetanse i sprøyterommene.

5.6.2 Endring i sykemeldingsreglene – oppfølging av IA-erklæringen

Fra Sosialdepartementet mottok Legeforeningen til høring forslag til endringer i folketrygdens regler om sykmelding – oppfølging av IA-erklæringen av 3.12. 2003. Bakgrunnen for høringen var at partene i arbeidslivet og regjeringen var blitt enige om å forlenge IA-avtalen ut over den avtalte prøveperioden, frem til utgangen av 2005.

I høringsuttalelsen støttet Legeforeningen IA-avtalens prinsipp om at stedet for sykefraværsforebyggende arbeid og utprøving av funksjonsevne først og fremst er arbeidsplassen. Foreningen uttrykte også tilfredshet med at legens rolle som medisinsk premissleverandør ved sykmelding igjen erkjennes, og ønsker å videreutvikle denne rollen sammen med myndighetene og arbeidslivet.

Mekanismene rundt arbeidsuførhet, hva som leder til sykmelding og hva som leder til langvarig sykefravær, og eventuelt varig arbeidsuførhet, er svært sammensatte og kompliserte. Og svært sjeldent rent medisinske. Likevel er legens rolle, særlig i starten av enhver sykemelding, viktig. I samarbeid med Rikstrygdeverket har Legeforeningen avholdt landsdekkende kursvirksomhet 'Legen i det inkluderende arbeidsliv' hvor ulike aktører i sykemeldingsarbeidet har deltatt og formålet har vært å øke forståelsen for legenes rolle i sykefraværarbeidet. Lokalt er det Fylkestrygdekontoret ved tryggedirektøren og Aplf's landsrådsrepresentant som har hatt ansvaret for gjennomføringen.

5.6.3 Brukerbetaling for pleie- og omsorgstjenester

I høringsbrevet ba Sosialdepartementet bl.a. om synspunkter på om dagens todelte system for brukerbetaling og finansiering av pleie- og omsorgstjenester i hovedtrekk bør videreføres, eller om det bør innføres mest mulig like betalingsordninger for tilbud som gis i og utenfor institusjon. Dette ville i så fall innebære at langtidsbeboere i sykehjem skal betale huseleie og dekke sine daglige utgifter, samt betale egenandeler for tjenestene.

I høringsuttalelsen uttalte Legeforeningen at dagens todelte system bør videreføres. Legeforeningen anførte videre at høringsnotatet videreførte synet i St. melding nr. 45 (2002-2003) Kvalitetsmeldingen der pleie- og omsorgstjenesten i første rekke oppfattes som en sosial tjeneste, ikke en helsetjeneste. Videre at sykehjem oppfattes som et boligtilbud til eldre, ikke som en helseinstitusjon. Dette synet ligger etter Legeforeningens syn klart bak forslaget om å innføre lik brukerbetaling for tjenestemottakere i og utenfor institusjon. Legeforeningen mente tvert i mot at tjenestetilbudet til sykehjemsbeboere, som er en gruppe med gjennomgående store og vedvarende

helseproblemer, må oppfattes som helsetjenester, og at institusjonen de bor i må oppfattes som en helseinstitusjon. Slik kan man sikre at tilbudet til disse brukerne hjemles i et lovverk som ivaretar deres individuelle behov for helsetjenester.

Det bør ikke være tvil om at denne gruppen brukere skal ha helsetjenester. Svake eldre har ofte behov for medisinsk hjelp, men ikke spesialiserte sykehustjenester. Det dreier seg ofte om tilstander som både kan og bør behandles i en døgninstitusjon som sykehjem, dersom det ytes kvalifisert hjelp, påpekte Legeforeningen i høringsuttalelsen.

5.6.4 Forslaget om å innføre klassepris for enkelte legemidler

I høringsbrev fra Statens Legemiddelverk av 14.9. 2004 vedlagt høringsnotat om Innføring av klassepris ble det orientert om at det foreslåtte klasseprissystemet hadde utgangspunkt i budsjettforliket i Stortinget desember 2003. Her ble det vedtatt at refusjon fra folketrygden for legemidlene Cipralex og Nexium skal settes lik indekspris for henholdsvis citalopram og omeprazol. Høringen fra Legemiddelverket fulgte opp dette ved å foreslå at det forskriftsfestes at refusjonsprisen for legemidler utviklet som enantiomerer, der racematet er underlagt generisk konkurranse, knyttes opp mot prisen for racematet. I høringen advarte Legeforeningen mot innføring av det foreslåtte klasseprissystemet av to hovedgrunner: For det første fordi forslaget om at de pasientene som av medisinske årsaker må benytte enantiomerer skal måtte søke om individuell refusjon etter §10a – dette er tungvint og byråkratisk og vil medføre ulik tilgjengelighet til behandling, da tilgjengelighet til spesialist er ulikt foredelt i landet. For det andre ser Legeforeningen klasseprissystemet som et første skritt mot å innføre et terapeutisk referanseprissystem, noe foreningen advarte mot.

Helse- og omsorgsdepartementet har ifølge brev av 23.2. 2005 konkludert med at klasseprissystemet ikke skal innføres. Departementet vil i stedet prioritere arbeidet med tiltaket "foretrukket produkt" innenfor områder med terapeutisk likeverdige legemidler.

5.6.5 Samordning av sykehusene i hovedstadsområdet

I høringsnotatet om samordning av sykehusene i hovedstadsområdet ba Helse- og omsorgsdepartementet om synspunkter på fem ulike modeller for å løse problemområdet. De fem modellene innebærer enten samme organisering som i dag men med mer langsiktige og omfattende gjensidige avtaler mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, overføring av Rikshospitalet og Radiumhospitalet til Helse Øst RHF, opprettelse av nytt HF for Oslo sykehusene som et sameie mellom Helse Øst RHF og Helse Sør RHF, etablering av en sjettede helseregion for Oslo-sykehusene eller å slå sammen Helse Øst RHF og Helse Sør RHF

I høringsuttalelsen uttalte Legeforeningen at den manglende samordningen av sykehusene i hovedstadsområdet ikke er noe nytt problem. Problemet har eksistert lenge, og har ikke funnet sin løsning gjennom sykehusreformen. Innen Osloregionen oppleves skillet midt i byen ikke bare som en byråkratiserende barriere, men også som et argument for å opprettholde og utvikle dublering av tilbud og u hensiktsmessig for-deling av eget foretak. En sammenslåing av Helse Øst RHF og Helse Sør RHF vil best ivareta de faglige hensyn ved en samordning av spesialisthelsetjenesten på Sørøstlandet heter det videre i høringsuttalelsen da det vil legge grunnlaget for en mer optimal samordning av Rikshospitalets, Radiumhospitalets og Ullevåls ressurser da de ligger i samme RHF. En slik samordning kan også tenkes å frigjøre nøkkelkompetanse fra hovedstadsområdet til andre deler av landet i den grad ressursene utnyttes mer rasjonelt i hovedstadsområdet. Omfanget av gjestepasienter vil være mer begrenset og først og fremst omfatte landsfunksjonene.

En storregion på Sør-Østlandet kan imidlertid få negative konsekvenser for resten av landet. Legeforeningen skrev derfor i høringen at foreningens støtte til en sammenslåing av Helse Sør RHF og Helse Øst RHF til en felles helseregion er betinget av at mulige negative konsekvenser for resten av landets spesialisthelsetjeneste utredes og eventuelt motvirkes. Sentrale stikkord som ble nevnt i høringen er å sikre en rettferdig ressursfordeling til alle helseregionene - uavhengig av størrelse, sikre nødvendig spesialistkompetanse i alle landets regioner og at utdanningen av turnusleger og spesialistutdanningen ivaretas på en hensiktsmessig måte.

Videre uttalte Legeforeningen seg kritisk til tempoet i beslutningsprosessen. Dersom de signaler Legeforeningen hadde mottatt, om at beslutningen i realiteten allerede var tatt, medførte riktighet mente Legeforeningen at dette ville være et beklagelig anslag mot høringsinstituttet. Vi oppfattet budskapet i St. prp nr 1 (2204-2005) Statsbudsjettforelegg fra Helse- og omsorgsdepartementet dit hen at departementet inviterte til "bred medvirkning fra alle berørte parter" før departementet skulle legge frem sin vurdering av disse spørsmålene i forbindelse med revidert nasjonalbudsjett for 2005.

Når denne prosessen nå ser ut til å ikke kunne gjennomføres i forkant av beslutningen er det viktig at det er en prosess i forhold til fagmiljøene og de ansatte i Helse Sør og Helse Øst i etterkant. Gjennomføres ikke slike prosesser svekkes også dette alternativets mulighet til å løse de problemer man i årevis mener derfor at denne modellen er den som best ivaretar de faglige hensyn ved en samordning av spesialisthelsetjenesten i Sør-Østlandet.

I Stortingets spørretime 1.12. 2004 spurte Bjarne Håkon Hanssen (A) Helse- og omsorgsminister Ansgar Gabrielsen (H) om: "Gjennom media hevdes det at det foreligger planer om å slå sammen osloykehusene, og at det i den forbindelse vurderes å endre inndelingen av helseregionene. Vil slike vesentlige endringer bli lagt fram for Stortinget før beslutning tas?" I svaret uttalte helse- og omsorgsminister Gabrielsen: "Min endelige vurdering av hvordan dette best kan ivaretas fremover, og om dette kan innebære endringer i regiongrenser, vil jeg altså komme tilbake til når saken legges frem for Stortinget i revidert til orientering. Dette innebærer at dagens avtalebaserte samarbeidsmodell mellom Helse Sør og Helse Øst vil bli videreført i en eller annen form". Videre heter det i svaret: "Min vurdering er at det er meget klokt å involvere Stortinget. Derfor har også Regjeringen i to dokumenter til Stortinget sagt at til tross for at Stortinget har delegert dette til Kongen i statsråd, vil en finne det høyst formålstjenelig og fornuftig at organiseringen av det største tjenesteleverandøren i Norge finner sin løsning i Stortinget, for nettopp å forankre dette bredt."

5.7 Statsbudsjettet 2005

Etter at statsbudsjettet for 2005 ble fremlagt deltok Legeforeningen 22.10.2004 på et høringsmøte i sosialkomiteen der bl.a. følgende spørsmål ble tatt opp:

5.7.1 Den foreslåtte økningen av egenandeler på legehjelp, psykologhjelp og fysioterapi

Legeforeningen advarte mot den foreslåtte økningen av egenandeler på 8 % fra 1.7. 2005 (kap. 2755). Innføres dette vil det bety at egenbetalingen for kontakt med lege er blitt fordoblet siden utgangen av 1998. Legeforeningen har ikke kunnet registrere noen helsepolitisk begrunnelse for denne formidable økningen; kun et behov for å få statsbudsjettet i rimelig balanse. Med de forutsetninger vi kan overskue for legenes inntektsoppgjør i 2005, er det for Legeforeningen åpenbart at dette forslaget igjen vil føre partene inn i en situasjon hvor valget vil bestå i om det skal innføre egenandeler på nye takster (jfr. telefontakstene), eller om det skal kuttes i honorar på enkelte refusjonstakster for å kunne øke de tradisjonelle egenandelstakstene.

Legeforeningen mente det er betimelig med en politisk debatt om formålet med egenandelene og balansen mellom brukerbetaling og offentlig finansiering. Det er også grunn til å uttrykk bekymring over at økt brukerbetaling først og fremst rammer pasienter i primærhelsetjenesten, som er ment å være inngangsporten til helsevesenet.

5.7.2 Interkommunal legevakt

Betydningen av samhandling i helsetjenesten er understreket flere steder, men Legeforeningen beklaget at budsjettframlegget ikke viser vilje til å fremme etablering av interkommunal legevaktsamarbeid. Både flertallet i sosialkomiteen, ved behandlingen av statsbudsjettet for 2004 høsten 2003, og flertallet i kommunalkomiteen, ved behandlingen av kommuneøkonomiproposisjonen våren 2004, har etterlyst tiltak som stimulerer etablering av interkommunale legevaktordninger. Undersøkelser har vist at den interkommunale legevakten alene har medført store innsparinger for Rikstrygdeverket. Samtidig har kommunene fått om lag det samme kronebeløpet i økte kostnader. Med fortsatt usikkerhet og manglende kostnadskompensasjon for kommunenes merutgifter knyttet til interkommunalt legevaktsamarbeid, vil eksisterende interkommunale legevakter stå i fare for nedlegging, og det vil neppe skje noen videre utbygging av det interkommunale legevaktsamarbeide. Etter vår mening handler interkommunal legevakt om noe langt mer enn god kvalitet på legevaktjenestene. Det handler også om å sette distriktskommuner i stand til å rekruttere leger og sikre stabil allmennlegedekning på dagtid, slik at innbyggerne kan få oppfylt sin rett til fast lege. Gjennomsnittsalderen på fastlege nærmer seg 50 år. Tall fra Rikstrygdeverket viser at andelen fastleger over 55 år er økende. Det betyr at om få år vil legevaktsordningene i mange kommuner bryte sammen, rett og slett fordi legene pga. høy alder går ut av vaktssystemet.

5.7.3 Helseforetakenes økonomi

Legeforeningen uttrykte bekymring for de negative følger kravene til budsjettbalanse i de regionale foretakene i 2005 vil få for helsetjenestetilbudet. Etter det Legeforeningen kjenner til anslår de regionale helseforetakene at kravet til budsjettbalanse i 2005 vil føre til at de påføres et effektiviseringskrav på mellom 1,5 og 2 milliarder kroner totalt sett. Med de effektiviseringskravene som de regionale foretakene står overfor, mener Legeforeningen at oppmerksomheten fortsatt vil være rettet mot å spare penger og å stramme inn driften - ikke mot mer fornuftige (og trolig også billigere) måter å drive sykehusene på. Vi kan ikke se at spesialisthelsetjenesten, uten store negative effekter for tilbudet til pasientene, samlet sett vil være i stand til å oppnå budsjettbalanse i løpet av 2005. Legeforeningen mener at verken kravet om balanse i 2005 eller gjentatte utsettelse av tidspunkt for krav til balanse er særlig hensiktsmessig. Problemet med store underskudd må løses på annen måte. Vi tror det fortsatt er mulig å effektivisere spesialisthelsetjenesten, men at veien dit går gjennom planlagte forbedrings og effektiviseringsprosesser fremfor hardhendte kutt for å sikre kortsiktig budsjettbalanse. Videre fremhevet vi at foretakene må sikkes mer forutsigbare rammer. Det er beklagelig at åpningsbalansen er foreslått satt 5 milliarder kroner lavere enn det som var varslet i St. prp. nr. 1 (2003-2004) - som den gang var politisk satt og ikke basert på realistisk gjenkjøpsverdi og ordinære bedriftsøkonomiske modeller.

5.7.4 Reduksjon av reise og flytteutgifter til turnusleger

Legeforeningen uttrykte sterk motstand mot at bevilgningen til reise- og flytteutgifter til turnusleger ble foreslått redusert med minst 30 %, og at dette vil gi dårligere dekning av flytte- og reiseutgifter for turnusleger. 1 ½ års samlet turnustjeneste i sykehus og i kommunene er en obligatorisk del av legeutdanningen i Norge. Legeforeningen mener det er dypt urimelig at turnuslegene skal påføres ytterligere kostnader knyttet til en tjeneste som har beordringsmessig karakter. Erfaringer har vist at turnustjenesten bidrar til å sikre legetjeneste i alle deler av landet. Statens innsparing på drøye 2,5 mill kr for alle turnusgrupper, vil bety lite i forhold til de negative konsekvenser dette kan få, både for den enkelte turnuslege og ikke minst for legedekningen i distriktene på sikt.

5.7.5 Forskning og utdanning

Legeforeningen har ved flere korsveier arbeidet for at en større og fast andel av finansieringen av helsevesenet må gå til forskning og utdanning.

I høringen i Stortingets sosialkomité i forbindelse med Revidert nasjonalbudsjett 2004 tok foreningen opp det bekymringsfulle i at regjeringen foreslo vesentlige kutt i forskningsmidlene til Norges forskningsråd og i bevilgninger til universiteter og høyskoler for 2004. Legeforeningen mente at disse kuttene ga meget uheldige signaler om regjeringens vilje til å satse på forskning. Forskning, i samspill med blant annet utdanning, innovasjon og næringsutvikling, er anerkjent som en av de aller viktigste innsatsfaktorene for å stimulere økt langsiktig verdiskaping på bærekraftig grunnlag i alle industrialiserte land. Med sine rundt 1,6 % av BNP til forskning ligger Norge langt etter OECD-gjennomsnittet på 2,2 % og andre nordiske land som Sverige med 3,8 % og Finland med 3,2 % (tall fra perioden 1999-2001). I perioden 1999-2001 lå Norge rundt 9 milliarder kroner under OECD-gjennomsnittet. I stedet for å øke forskningsaktiviteten for å komme opp på nivå med OECD og de øvrige nordiske landene, kutter altså regjeringen forskningsmidler på bred front. Kuttene i forskning er svært uheldig, særlig fordi Norge allerede ligger langt under OECD-gjennomsnittet, og fordi forskning er en lovpålagt oppgave i spesialisthelsetjenesten.

I høringen i Stortingets sosialkomité i forbindelse med statsbudsjettet for 2005 omtalte Legeforeningen den manglende omtalen av innsatsstyrt finansiering av utdanning (Kap 0732). I fremlegget henviste Legeforeningen til at NOU 2003:1 Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten, Hagen-utvalget, hadde drøftet finansiering av utdanning og påpekt at dagens modell er uklar og gir få insitamenter til økt fokus på disse aktivitetene. Utvalget mente at en aktivitetsavhengig finansiering vil kunne sikre at forskning og undervisning ivaretas på en bedre måte enn i dag. Ved høringen støttet Legeforeningen Hagen-utvalget og ønsket en aktivitetsbasert finansiering velkommen, selv om vi hadde noen utfyllende kommentarer til hvordan aktivitetsfinansiering av både grunn- og spesialistutdanningen burde utformes. I St. meld. 5 (2003-2004) Inntektssystem for spesialisthelsetjenesten orienterte Helsedepartementet om at de i styringsbrev for 2004 vil gjøre det klart at RHF skal legge til rette for praksisundervisning av et antall helsefagstudenter i grunnutdanning, og at de vil vurdere effekten av dette tiltaket før en eventuell innfører en modell med aktivitetsfinansiering av utdanningen. I statsbudsjettfremlegget for

2005 gir imidlertid Helsedepartementet følgende orientering: ”På grunnlag av foreliggende informasjon kan det synes som at aktivitetsbasert finansiering er mindre egnet for området”. Legeforeningen uttrykte overfor sosialkomiteen at vi er meget opptatt av forskning og utdanning, og at feltet lider under at det har vært salderingsposter i en trang sykehusøkonomi. At Helsedepartementet nå likevel ikke ønsker å innføre en aktivitetsbasert finansiering av utdanningen synes vi er meget beklagelig. Vi stilte oss spørrende til hvilken informasjon som foreligger og som har brakt departementet til denne konklusjon. Videre uttalte Legeforeningen at utdanning av nye generasjoner leger og spesialister prinsipielt først og fremst er en verdistigning i form av kompetanseoppbygging. Både turnusleger og assistentleger bidrar dessuten i klinisk virksomhet, produserer resultater for sykehusene og holder sykehusene døgnåpne. Dette innebærer at midler til utdanning må fremkomme i egne budsjetter, og at det lages egnede insentiver gjennom aktivitetsbasert finansiering.

5.8 Organisasjonskontakter

5.8.1 Stortingskomiteer

Legeforeningen har i løpet av året deltatt i flere høringsmøter i Stortinget både vedrørende statsbudsjettet og i forbindelse med høringer knyttet til stortingsmeldinger, proposisjoner og private Dokument 8-forslag. Dette er i første rekke i sosialkomiteen, men i 2004 også i kontroll- og konstitusjonskomiteen. Av store saker der vi har hatt et engasjement er våre synspunkter på regjeringens kvalitetsmelding for eldreomsorg, på riksrevisjonens undersøkelse av handlingsplan for eldreomsorg, på statsbudsjettets innretning, på oppfølging av Rusreform II, og ikke minst tilrettelegging av fastlegers mulighet til å tilby legemiddelassistert rehabilitering. Flere yrkesforeninger og spesialforeninger har vært involvert i dette arbeidet.

Som tidligere år arrangerte Legeforeningen i februar et helsepolitiskseminar for Stortingets sosialkomité. Temaene var bl.a.: Faglighet i foretaksreformen, sett i lys av debatt om funksjonsfordeling og økonomisk situasjon, turnus, prioriteringer i helsevesenet, tilsynets rolle og egenandeler i allmennlegetjenesten - hva betyr de og hva er effekten av endringer.

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.

5.8.2 Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet

Legeforeningen har deltatt på flere møter og seminarer med Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid. Av større saker hvor foreningens kompetanse har vært etterspurt, er synspunkter på legemidler - herunder dialog rundt den kommende stortingsmelding om legemiddelpolitikken og departementets arbeid med forskrift om helsepersonells forhold til industrien, synspunkter på eldreomsorg - herunder dialog rundt den kommende stortingsmeldingen om pleie- og omsorgstjenesten og på IA-arbeidet og legenes rolle i det sykdomsforebyggende arbeidet. Synspunkter og forslag til tiltak for å bedre effektiviteten og fagligheten i helsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser - herunder evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse og etablering av et gjennombruddsprosjekt for å bedre effektiviteten og kvaliteten ved psykiatriske poliklinikker, synspunkter på tiltak for å bedre samordning av sykehusstrukturen i hovedstadsområdet og våre synspunkter på bedring av kvaliteten i legetjenesten for sykehjemsbeboere - herunder vårt arbeide for å innføre bemanningsnormer for legedekning.

6 Legeforeningens organisasjon

Legeforeningens formål er å fremme medlemmenes psykiske og fysiske helse og å utvise helsefaglig og helsepolitisk engasjement jfr. Legeforeningens lover §1.

6.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005 heter det:

Legeforeningen vil arbeide for å

- fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene
- styrke det lokale helse og omsorgsarbeidet for medlemmene
- sette ut i livet landsstyrets vedtak om endringer i Legeforeningens organisasjonsstruktur og legge til rette for at intensjonen med disse vedtak oppfylles
- bedre samordningen av Legeforeningens internasjonale arbeid både gjennom sin politiske representasjon i internasjonale fora og i sekretariatets organisering

6.2 Medlemstall

31.12. 2004 var antall medlemmer 22 364, hvorav 3 439 studentmedlemmer. Fra 1.1. 2004 - 31.12. 2004 er 93 medlemmer registrert avgått ved døden.

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920-2004:

År	Antall	År	Antall
1920	1 103	1975	6 495
1925	1 317	1980	8 178
1930	1 530	1985	10 134
1935	1 898	1990	11 854
1940	2 264	1995	13 775
1945	2 332	2000	16 092
1950	2 986	2001	16 677
1955	3 525	2002	17 421
1960	3 308	2003	18 086
1965	4 372	2004	18 925
1970	5 126		

6.3 Landsstyret

Det har i perioden vært avholdt ett ordinært landsstyremøte. Møtet ble holdt på Alexandra Hotell i Loen i tidsrommet 25. – 27. mai 2004.

Vedtaksprotokollen fra landsstyremøtet finnes i sin helhet på Legeforeningens nettsider, www.legeforeningen.no

6.4 Sentralstyret

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

Sentralstyret fikk slik sammensetning:

Hans Kristian Bakke (president), Yngve Mikkelsen (visepresident).

Øvrige medlemmer: Lars Kristian Eikvar, Ottar Grimstad, Anne Mathilde Hanstad, Torunn Janbu, Terje Bjørn Keyn, Hasle Wilhelm Medhus, Ragnhild Øydna Støen.

Varamedlemmer: Tone Dorte Sletten, Svein Rønsen, Åge Henning Andersen.

Visepresident Yngve Mikkelsen meddelte 19.9. 2004 at han grunnet overgang til ny stilling hadde funnet å ville trekke seg fra vervet som visepresident og andre styreoppnevnte verv med øyeblikkelig virkning. Sentralstyret valgte i sitt møte 20.9. 2004 Torunn Janbu som ny visepresident frem til

1.9.2005. Landsstyret ble umiddelbart informert om beslutningen. Tone Dorthe Sletten gikk inn som nytt fast medlem fra det tidspunkt Yngve Mikkelsen fratrådte.

6.5 Avdelingene

Legeforeningen har 20 avdelinger: 19 fylkesavdelinger samt Norsk medisinstudentforening.

6.6 Yrkesforeningene

Legeforeningen har sju yrkesforeninger. Disse er:

- Alment praktiserende lægers forening (Aplf)
- Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS)
- Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) *
- Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
- Norsk overlegeforening (Of)
- Praktiserende spesialisters landsforening (PSL)
- Yngre legers forening

* Tidligere Offentlige legers landsforening (OLL)

6.7 Spesialforeningene

Pr. 31.12. 2004 hadde Legeforeningen følgende 60 spesialforeninger:

- 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 geriatrisk forening
- Norsk gynekologisk forening
- Norsk idrettsmedisinsk forening
- Norsk indremedisinsk forening
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk katastrofemedisinsk forening
- Norsk kirurgisk forening
- Norsk militærmedisinsk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk nevrologisk forening
- Norsk nevroradiologisk 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 allmenntmedisin
- Norsk selskap for craniofacial kirurgi
- Norsk selskap for hematologi
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk trygdemedisinsk forening
- Norsk urologisk forening

6.8 Sekretariatet

Per 31.12. 2004 var det 122 faste ansatte i sekretariatet inkludert ansatte som arbeider ved koordinatorkontorene. Omregnet tilsvarer dette 107,8 årsverk. I tillegg til de faste ansatte var det i alt ni tidsbegrensede stillinger tilsvarende 6,6 årsverk.

6.9 Tidsskriftet

6.9.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er sju medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker.

Fra 2004 består redaksjonskomiteen av Steinar Solberg (leder), Per Brodal, Ellen Schlichting, Guri Rørtveit, Ragnhild Øydna Støen, Geirmund Unsgård, Baard-Christian Schem og Terje Vigen.

6.9.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer fra 1.1. 2004 hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 3 324 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 852 sider og andre annonser 328 sider. I tillegg kommer 13 klebete og 48 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2003 publisert 3 688 sider, hvorav ledige stillinger 833 og andre annonser 292. I tillegg kom 37 klebete og 40 (upaginerte) annonsebilag.

Tidsskriftets trykte opplag er nå 22 950 (des. 2004).

Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider

Nettredaksjonen jobber med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets nettsider og nettrelaterte tjenester, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Hvert nummer av Tidsskriftet på Internett har i 2004 hatt omlag 8 000 unike brukere. Legeforeningens nettsider har på hverdager hatt mellom 4 000 og 7 000 unike brukere. Besøktallene for begge nettsider har steget betraktelig fra 2003 til 2004. Kurskatalogen er fortsatt det mest populære tilbudet på nettet.

www.legeforeningen.no

I 2004 ble det jobbet med et forprosjekt og utarbeidelse av kravspesifikasjon for SERUS – system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger (www.legeforeningen.no/serus). Den årlige rapporteringen for å vedlikeholde godkjenningen som utdanningsinstitusjon skal fra 2005 foregå elektronisk gjennom et lukket system på Legeforeningens nettsider. Det samme gjelder evalueringen av rapportene.

I samarbeid med avdelingene i sekretariatet og innspill fra brukere bl.a. gjennom en brukerundersøkelse, ble det utarbeidet skisser til ny struktur på nettsidene. Den nye strukturen ble sammen med ny design implementert i januar 2005.

I samarbeid med prosjektgruppen for LEIF-2004 (Legers Etterutdanning I Fremtiden) - et prøveprosjekt for systematisk, dokumenterbar etterutdanning av legespesialister i regi av Den norske lægeforening, er det utviklet et nettbasert system for kandidater til å registrere sine etterutdanningsplaner og kollegaer til å evaluere dette (www.legeforeningen.no/leif). Tjenesten ble lansert overfor tre pilotbrukergrupper i 2005.

Det har vært gjennomført en undersøkelse blant tillitsvalgte om deres ønsker for nettsidene. Over 70 organisasjonsledd i Legeforeningen hadde per 31.12. 2004 fått tilrettelagt egne nettsider integrert i den databasebaserte publiseringsløsningen Legeforeningen tilbyr.

www.tidsskriftet.no

I forbindelse med stillingsdatabasen på Tidsskriftets nettsider har det blitt utviklet mulighet for hurtigannonsering av vikariater i privat praksis. Den som trenger vikar kan selv legge annonser rett inn i den søkbare stillingsbasen. Det er også utviklet en først på nettløsning, som gjør det mulig å forhåndspubliserer artikler godkjent for publisering i Tidsskriftet på Tidsskriftets nettsider.

Manusnett

I 2004 ble Manusnett - Tidsskriftets Internett-baserte redaksjonelle system tatt i bruk. Manuskripter sendes inn, vurderes og bearbeides via Internett, noe som gjør den redaksjonelle prosessen raskere og mer oversiktlig. Redaksjonen og alle Tidsskriftets bidragsytere har blitt uavhengige av porto og langsom postgang - og av hvor mottaker og sender befinner seg.

6.10 Informasjonsvirksomheten

6.10.1 Intern og ekstern informasjon

Sekretariatet mottar og formidler en rekke henvendelser fra presse, medlemmer og publikum og bistår også fylkesavdelinger, spesialforeninger og andre ledd i organisasjonen ved større møter og arrangementer. Som eksempel kan nevnes Primærmedisinsk uke, Hjerneuken og liknende. Det legges stor vekt på god service og en relasjonsbyggende funksjon mot andre organisasjoner.

Tidsskrift for Den norske lægeforening

Siden januar 2004 har Avdeling for informasjon og helsepolitikk hatt totalansvar for ”Aktuelt i foreningen” i Tidsskriftet. Dette omfatter blant annet produksjon av stoff, presidentens leder, redaksjonelt ansvar og oppfølging med trykkeriet.

Informasjonsveileder

Sekretariatet har i perioden utarbeidet en informasjonsveileder til internt bruk med rutiner og retningslinjer for hvordan informasjonsflyten bør skje i sekretariatet. Foreningen er opptatt av å ha en åpen profil innad og utad, og det er derfor viktig å ha enkle retningslinjer for formidling av informasjon. Dette omfatter blant annet informasjon via Internett, intranett og gjennom Tidsskriftet, foredrag, bruk av elektronisk kommunikasjon og brev m.m.

6.10.2 Mediekontakt

Sekretariatet har i perioden bistått fylkesavdelinger og spesialforeninger der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon 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 også videreformidlet mange pressehenvendelser til ulike tillitsvalgte og fagpersoner.

Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med nr. 7/1997 er det sendt ut kortfattede pressemeldinger basert på 3-5 artikler i Tidsskriftet. Disse sendes ut to dager før Tidsskriftets utgivelse. Pressemeldingene har i 2004 resultert i nærmere 600 større eller mindre presseomtaler. Det har vært oppslag i en rekke aviser og riksdekkende medier.

Leger og media

Sekretariatet avholder kurs med temaet ”Leger og media” for fylkesavdelinger og spesialforeninger. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen. Det holdes også foredrag om leger og media for medisinstudentene i siste semester ved universitetet i Oslo. Heftet ”Legen og pressen. Gode råd om pressekontakt” som benyttes i dette arbeidet, ble revidert i 2004.

Felles presseutspill med andre organisasjoner

Sekretariatet har i perioden bidratt med felles presseutspill med andre organisasjoner, blant annet når det gjelder bemanningsnorm for sykehjem, og da Legeforeningen inviterte til ”Gjestebud” utenfor Legenes hus i forbindelse med NRKs innsamlingsaksjon ”Hjerterom”.

Overvåking av mediebildet

Legeforeningens kjøper ekstern medieovervåking gjennom firmaet Intermedium. Dette gjør det enklere å holde seg daglig orientert om mediebildet.

Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe bestående av Hans Kristian Bakke, Terje Vigen, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen. Gruppen hjelper medlemmene med å håndtere vanskelige mediasaker.

Ekstern representasjon

Legeforeningen deltar i flere referansegrupper i Sosial- og helsedirektoratet, avdeling tobakk, i tilknytning til massemedieutspill og kampanjer vedrørende tobakksarbeidet. Legeforeningen deltar også i Akademikernes informasjonsnettverk sammen med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene. Viktige saker har vært forberedelser til Akademikernes konferanser, forhandlingsinformasjon og presserelasjoner. Informasjon om konferanser og møter i regi av Akademikerne videreformidles til Legeforeningens nettsider, Tidsskriftet og tillitsvalgte.

6.11 Tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene

Legeforeningen har i flere år arbeidet for å få iverksatt og finansiert lederutviklingsprosjekter for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger i spesialisthelsetjenesten. Sentralstyret besluttet 22.8. 2001 å gå inn for å utvikle lederutviklingstilbud til kvinner som ønsker å inneha lederstillinger i sykehus. Sekretariatet ble bedt om å utrede mulighetene for ekstern finansiering av et mentorprogram, som var ett av tre foreslåtte tiltak i en forprosjektrapport som Norsk overlegeforening hadde tatt initiativet til.

Sekretariatet arbeidet på ulike måter for å finne ekstern finansiering, bl.a. gjennom brev til og møter med Eieravdelingen i Helsedepartementet og brev til Det nasjonale lederutviklingsprogrammet. Både Eieravdelingen og Det nasjonale lederutviklingsprogrammet anbefalte imidlertid Legeforeningen å ta kontakt med de regionale helseforetakene. Uformell tilbakemelding på brev til Helse Øst RHF og Helse Sør RHF viste at de i og for seg var positivt innstilt til et mentorprogram, men at de ønsker å kanalisere ressursene gjennom det nasjonale lederutviklingsprogrammet. En fornyet purring/aksjon senhøstes 2003 førte til at Helse Sør RHF og Helse Øst RHF inviterte til drøftingsmøte. Første møte ble avholdt medio januar 2004 og viste at partene i utgangspunktet hadde en felles interesse i å utvikle tiltak for å øke andelen kvinnelige legeledere i sykehus.

En arbeidsgruppe bestående av representanter fra Helse Øst RHF, Helse Sør RHF, Legeforeningens likestillingsutvalg og fra sekretariatet ble nedsatt. Gjennom flere drøftingsmøter i løpet av 2004 er partene blitt enige om å starte et felles pilotprosjekt kalt "Frist meg inn i ledelse". Pilotprosjektet vil ikke være et tradisjonelt mentorprogram. Ideen er å belyse teori gjennom praksis. 20 kvinner, i faste par på to, vil bruke hverandre som veiledere eller coacher gjennom hele prosjektet. Pilotprosjektet skal ha tre samlinger, den første og andre over to dager, den tredje over én dag. Første samling med foredrag; inspirasjon, smakebiter fra ledelsesteori samt innføring i kollegaveiledning som metode, vil finne sted juni 2005.

6.12 Likestillingsutvalget

"Likestilling er et mål for Legeforeningens virksomhet."

Likestillingsutvalget

For perioden 1.1. 2004 - 31.12. 2004 var følgende medlemmer oppnevnt: Torunn Janbu (leder), Camilla Arnesen, Catarina Falck, Tom Guldhav og Tom Sundar. Kari Olin i sekretariatet har vært sekretær for utvalget.

Likestillingsutvalgets arbeid

Det har vært avholdt fem ordinære møter, i tillegg prosjektrelaterete møter om kvinner og ledelse.

Likestillingsutvalget på nett

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

Kvinner og ledelse

Temaet har vært en gjenganger for utvalget. Etter initiativ fra Overlegeforeningen, ble det i 2000 fullført en rapport med flere forslag til tiltak for å øke kvinneandelen blant legeledere, bl.a. et mentoradeppt prosjekt. Iverksetting av et slikt prosjekt har ikke vært lett. I 2004 er det imidlertid kommet i gang et godt samarbeid mellom Legeforeningen og Helse Øst og Helse Sør om arrangering av prosjektet *Frist meg inn i ledelse!* som etter planen skal arrangeres over et halvt år i 2005.

Forøvrig vises til pkt. 6.11 foran.

NAVO-avtalene

Likestillingsutvalget har vært bekymret over at svangerskapspermisjon i henhold til de nye avtalene inngått med NAVO ikke lenger gir lønnsansiennitet. Utvalget rettet en henvendelse til Legeforeningen som sendte saken til vurdering hos Likestillingsombudet. Ombudet har vurdert aktuelle avtaleparagrafer og konkluderer med at det er i strid med likestillingsloven dersom

utnyttelse av permisjonsrettigheter som er forbeholdt det ene kjønn fører til at man stilles dårligere enn man ellers ville ha vært.

Endring av Likestillingsloven.

Likestillingsutvalget har vurdert og kommet med hørings svar til foreslåtte endringer i Likestillingsloven.

Retten til et liv uten vold - NOU 2003:31

Likestillingsutvalget har gjennomgått og kommet med hørings svar til denne NOU-en. Utvalget ser den som en viktig utredning med forslag til oppbygging og organisering av et varig hjelpeapparat både for voldsutsatte kvinner og barn og voldsutøvende menn.

Negative følger i arbeidslivet for kvinner som føder barn.

Utviklingen i arbeidsmarkedet for kvinner som tar svangerskapspermisjon engasjerte Stortinget i 2003. Likestillingsutvalget har kommentert spørsmålet på bakgrunn av en henvendelse fra Akademikerne.

Informasjon/utdanning av tillitsvalgte

Likestillingsutvalgets medlemmer har også i 2004 deltatt som foredragsholdere på Legeforeningens tillitsvalgtkurs.

Kjønnsfordeling i Legeforeningens råd og utvalg

Likestillingsutvalget har sett på kjønnsfordelingen i Legeforeningens råd og utvalg og vil komme med vurderinger og kommentarer rundt dette i begynnelsen av 2005.

6.13 Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg består i perioden 2004-07 av: Inger Størmer Thaulow (leder), Øystein Melbø Christiansen, Erik Falkum og Tone Sparr.

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten, og utvikler kurstilbud overfor medlemmer som av fylkesavdelingen er utpekt til å arbeide med henholdsvis støtte- og helsetjenesteproblematikk innenfor avdelingen. Utvalget har også bidratt i utviklingen av de såkalte seniorseminarer. I perioden er det avholdt tre slike. Kursene har samlet 131 deltakere. Utvalget er endelig engasjert i det tilbud om kurs og personlig rådgivning som ytes via Villa Sana ved Modum Bads nervesanatorium. I 2004 har dette rekreative tilbud samlet 68 deltakere til kurs og 180 deltakere til rådgivning. I 2003 var tallene henholdsvis 51 og 117.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) 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 gjennomføringen av seniorseminarene. Endelig har SOP bevilget midler til det pedagogisk rekreative tilbud ved Modum Bads nervesanatorium, Villa Sana. Dette tilbud er økonomisk sikret frem til 1.7. 2007.

6.14 Håndbok for tillitsvalgte

Håndboken sendes fortløpende fra sekretariatet til alle nye foretakstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og tillitsvalgte på det enkelte arbeidssted.

6.15 Tillitsvalgtkurs

I tidsrommet 1.1.-31.12. 2004 har det vært avholdt følgende tillitsvalgtkurs: Ett kurs for tillitsvalgte innenfor NAVO med 66 deltakere, ett kurs for tillitsvalgte innenfor Staten med 20 deltakere.

6.16 Informasjonsmøter for ansattrepresentanter, foretakstillitsvalgte og medlemmer av regionsutvalgene

Våren 2004 ble det avholdt fem regionale informasjonsmøter for ansattrepresentanter i helseforetakene, foretakstillitsvalgte og medlemmer av regionsutvalgene. Totalt antall deltakere var 120. Ved disse møtene var også representanter fra sentralstyret og sekretariatet til stede.

6.17 Valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte

Valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte ble fastsatt av sentralstyret 27.9. 1993, med endringer senest 3.4. 2001. Det har ikke vært gjort endringer i valgregler og instruks i løpet av 2004. Det har imidlertid blitt gjort forberedelser for at endringer kan bli vedtatt tidlig i 2005, slik at instruksen er oppdatert i forhold til sykehusenes eierstruktur, når det skal avholdes valg av tillitsvalgte i 2005.

6.18 Informasjonsteknologi

6.18.1 IT-utvalget

Hovedpunktene i utvalgets mandat er å arbeide for at Legeforeningen skal kunne påvirke utviklingen og bruken av IT i helsevesenet. Utvalget skal gi råd til Legeforeningens sentralstyre og skal behandle saker etter anmodning, men kan også ta opp relevante saker på eget initiativ. Utvalget har hatt fire telefonmøter og tre møter, av hvilke ett fant sted ved det nye Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) i Trondheim. I samarbeid med Nettredaksjonen i Legenes hus har utvalget utviklet egne nettsider for IT under Legeforeningens nettsted. Utvalget har gitt kommentarer og innspill til sekretariatet, bl.a. i forbindelse med høringssaker. Videre har utvalget formulert et strategidokument for sitt arbeid. Utvalgets medlemmer er Bjørn Straume, LVS, Knut Lande, Of, Kjell Krüger, Ylf, (leder), Ørn Terje Foss, Namf, Dag Nordvåg, Aplf, og Tobias Skylstad Johansen, Nmf

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 for 2004 fått midler fra Shdir, Innovasjon Norge (tidligere Statens nærings- og distriktsutviklingsfond) og Nasjonal IKT (IT-samarbeidsorgan for de regionale helseforetakene). I henhold til prosjektmodellen fra SND 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 dem 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 samarbeid og koordinering med andre relevante prosjekter i sektoren, samt er en aktiv pådriver for at nasjonale standarder (ofte utviklet av KITH¹) skal benyttes, slik at ulike programvare kan kommunisere med hverandre.

6.18.3 Deltakelse i offentlige prosjekter

Legeforeningen er representert i styringsgrupper for flere IT-relaterte prosjekter i regi av Sosial- og helsedirektoratet, bl.a. prosjektet "Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren", for prosjekt "Helsebiblioteket/Praksisnær elektronisk kunnskapsformidling (PEK)", og i samarbeidsrådet for S@mspill 2007, som er myndighetenes handlingsplan for elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten.

Legeforeningen var representert i styringsgruppe og arbeidsgruppe i forprosjekt "eResept", som Rikstrykdeverket gjennomførte på vegne av (daværende) Helsedepartementet og

¹ KITH: Informasjonsteknologi for helse og velferd, Trondheim

Sosialdepartementet. Andre deltagere var Norges apotekerforening, Statens legemiddelverk og Sosial- og helsedirektoratet. Det er utarbeidet en prosjektplan for å etablere et landsdekkende system for elektronisk utferdigelse, overføring, registrering og lagring av resepter, samt for trykdeetatens tilsyn med blåreseptordningen..

Legeforeningen er representert i et prosjekt som KITH gjennomfører for Shdir for å etablere en offentlig test- og godkjenningssystem for programvare som skal brukes i helsesektoren.

6.19 Deltakelse i andre organisasjoner

6.19.1 Nasjonalforeningen for folkehelsen

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

6.19.2 Kommunal kompetanse (KK)

Legeforeningen har vært representert i KKs styre med Hans Asbjørn Holm (nestleder) og Einar Skoglund som vararepresentant. Omorganiseringen med mer vekt på regionale enheter, har fortsatt i perioden. Dette har hatt en gunstig effekt på aktivitet og inntjeningssevne. KKs hjemmesider har adresse www.kommunal-kompetanse.no

6.19.3 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, blant annet med formål å arbeide for idéutveksling om, og utvikling av strategi for legemiddelinformasjon rettet mot helsepersonell. På grunn av de store endringene som har funnet sted i apotekvesenet, har aktiviteten vært liten de siste årene. Etter at den nye organisasjonen nå synes å ha kommet på plass, er interessen for de faglige sidene av legemiddelforsyningen igjen kommet mer i fokus.

Hans Asbjørn Holm har representert Legeforeningen i SAMKOMs styre i perioden.

6.20 Soria Moria

Soria Moria er en separat stiftelse med et eget styre, oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre.

Soria Moria har de senere to-tre årene, i likhet med øvrige konferansesteder, merket en betydelig nedgang i markedet. Driftssituasjonen ved Soria Moria er nå noe bedret, men markedet er fortsatt bare i svak positiv utvikling. Det satses sterkt på markedsføring, spesielt gjelder dette overfor Legeforeningens ulike organisasjonsledd, da Legeforeningens bruk av Soria Moria bare utgjør 15% av totalvolumet, mens det for fem-seks år siden var oppe i 24 %.

Styret i Soria Moria har i 2004 bestått av Einar Hysing (leder), Yngve Mikkelsen, Anne Grethe Olsen, Asle Medhus og Terje Vigen (ex. officio). Etter at Yngve Mikkelsen gikk ut av sentralstyreoppnevnte verv, ble Lars Eikvar oppnevnt som nytt medlem i styret.

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 bestod ved utgangen av 2004 av Terje Vigen, styrets leder, Torunn Janbu, Hans Petter Aarseth og Ina Nicoline Wille. Yngve Mikkelsen var styrets leder inntil han trakk seg fra alle sentralstyreoppnevnte verv i september. Den daglige driften og forretningsførselen har vært utført av Tschudi & Malling eiendom AS. Resultatet for Christiania Torv AS for 2004 viser et overskudd på kr 980 500.

6.22 Internasjonalt arbeid

6.22.1 Generelt

Både Legeforeningen sentralt, yrkesforeninger og spesialforeninger er engasjert på en rekke områder i internasjonalt arbeid, både på nordisk plan, europeisk plan og globalt gjennom World Medical Association (WMA).

Viktige temaer som bakgrunn for Legeforeningens internasjonale arbeid er medisinsk etikk og menneskerettighetsspørsmål. I europeisk og nordisk sammenheng er det spørsmål omkring legers

videre- og etterutdanning og pasientsikkerhet. Ellers er også betydningen for legers lønns- og arbeidsforhold sentral.

I samarbeidet på det europeiske plan innenfor CPME og UEMS har for eksempel spørsmål knyttet til arbeidstidsdirektivet og tjenstedirektivet, som begge er sentrale for legers virksomhet, vært gjenstand for gjentatte drøftinger.

Legerollen er under stadig endring, og kunnskap om sammenhengen mellom rammevilkår for legers yrkesutøvelse, fagets innhold og legerollen er grunnleggende elementer når nye veivalg skal gjøres.

6.22.2 Nordisk legeråd

Hvert annet år holdes felles sentralstyremøter mellom de nordiske legeforeninger. I 2004 ble dette avholdt i Akureyri på Island. Her drøftes ulike problemstillinger av felles interesse, så som legearbeidsmarkedets utvikling i Norden, videre- og etterutdanning og spesialitetsstruktur. Mellom disse nordiske sentralstyremøtene har styret med president og generalsekretær fra alle landene to møter årlig. Her drøftes spesielt felles helsepolitiske problemstillinger og strategier med hensyn på fellesopptreden i ulike internasjonale fora.

6.22.3 Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

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

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

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Island juni 2004.

Rapporten over legemarkedet inneholder en beregning av tilgang på og etterspørsel etter leger frem til år 2020, både for hvert land og for Norden som helhet. Rapporten er en trendfremskrivning basert på nåværende data og antatt utvikling. Det kan se ut til at det før 2010 totalt sett kan bli større tilgang på leger enn det er etterspørsel i tradisjonelle legestillinger.

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

6.22.4 Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

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

Utvalget har hatt fem møter og behandlet 35 saker.

Utdanningsprogram for fengselsleger

Utvalget har i samarbeid med en rekke andre organisasjoner arbeidet med et utdanningsprogram for fengselsleger på Internett: Doctors working in prison: human rights and ethical dilemmas. Kurset er utviklet i samarbeid med Verdens legeforening med støtte fra Utenriksdepartementet, og ble lansert på et pressemøte i den norske delegasjonen i Geneve 9.9. 2004.

Menneskerettighetsdialog med Kina

Utenriksdepartementet har invitert utvalget til å delta i myndighetenes menneskerettighetsdialog med Kina. Som ledd i dialogen arrangerte utvalget en workshop om Patient rights and ethical dilemmas in psychiatry i Dalian 13. og 14.8. 2004 i samarbeid med Den kinesiske psykiatريفorening. Prosjektet er omtalt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 3/2005.

I forbindelse med oppfølgingen av prosjektet besøkte to representanter fra Den kinesiske psykiatريفorening Norge i tiden 30.11. til 3.12. 2004.

Prosjektet ble finansiert av Utenriksdepartementet.

Konferanse om Human rights perspectives of traumatisation, humiliation, shame, loss and grieve

Utvalget arrangerte i samarbeid med Human Rights Foundation of Turkey en konferanse om Human rights perspectives of traumatisation, humiliation, shame, loss and grieve i Istanbul 20. – 21. 3. 2004

På konferansen deltok 43 deltakere fra Tyrkia, sju fra Sverige og fire fra Norge. De svenske deltakerne kom fra The Red Cross Centre for Torture Refugees i Stockholm.

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. Hensikten med prosjektet er å videreutvikle samarbeidet mellom leger i de to byene og styrke allmennlegenes kunnskaper og ferdigheter i psykiatri. Prosjektet ble finansiert av Utenriksdepartementet.

Brosjyre om flyktningepasienten

Utvalget har utarbeidet en brosjyre rettet mot allmennpraktikere om flyktningepasienten. Brosjyren er lagt ut på Legeforeningens hjemmesider og i Norsk Elektronisk Legehåndbok.

Barn i asylmottak – samarbeid med Advokatforeningen

Advokatforeningen har et prosjekt om barn i asylmottak behandles i overensstemmelse med FNs barnekonvensjon som Norge har gjort til norsk lov. Sidsel Rogde har vært utvalgets representant i prosjektet og har redegjort for legenes rolle i forbindelse med barn i asylmottak i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr 20/2004.

Legens rolle i forbindelse med helsehjelp til asylsøkere som har fått avslag, men som fortsatt oppholder seg ulovlig i landet.

Utvalget har påbegynt et arbeid med å se nærmere på hvilke nasjonale og internasjonale regler som gjelder på dette området og hvilke forpliktelser legen har til å yte legehjelp til denne gruppen.

Utvalget vil forsøke å utarbeide råd som kan være til hjelp for leger som kommer i slike situasjoner.

Legens rolle ved uttransportering

I desember 2003 behandlet utvalget en anmodning fra Rådet for legeetikk om å uttale seg om en klage på en lege som etter oppdrag fra myndighetene, bistod ved utsendelsen av en familie der flere av familiemedlemmene hadde kroniske sykdommer. Utvalget konkluderte den gang med at leger ikke må bli ansvarlig for at myndighetene sender kronisk syke ut av landet, og burde derfor ikke etterkomme slike henvendelser. Asylsøkerens eller familiens samtykke er en forutsetning for at legen skal være til stede i slike situasjoner. Med en strammere asylopolitikk vil det sannsynligvis bli flere tvangsutsendelser i tiden fremover. Utvalget har arbeidet videre med problemstillingen, og vil forsøke å utarbeide råd for hvordan leger bør opptre i slike situasjoner.

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 i København. Dette er egentlig ingen organisasjon, men et møte der de ulike legeforeningene drøfter felles problemstillinger. Spesielt har disse møtene vært et interessant møtested for å utveksle erfaringer for leger i de tidligere østsonelandene og de fra Vesten av Europa. Det holdes ett stort Forum-møte årlig. I 2004 ble dette møtet holdt i Dubrovnik. Fra Legeforeningen deltok Hans Kristian Bakke og Terje Vigen.

6.22.5 Comité Permanent des Médecins Européenne (CPME)

Legeforeningen har i perioden vært representert ved Hans Kristian Bakke, Ottar Grimstad og Hans Asbjørn Holm.

Det er i perioden utarbeidet policydokumenter om blant annet arbeidstidsdirektivet, tjenstedirektivet, kommersialisering i helsesektoren og e-helse. En oversikt over policydokumenter er lagt ut på CPMEs hjemmesider (www.cpme.be/policy.php)

CPME har nå 25 medlemmer etter at 7 av de nye EU landene er opptatt som medlemmer.

Dette øker ytterligere betydningen av å få til en god europeisk prosess for å oppnå en enda bedre integrasjon av de europeiske legeorganisasjonene som i dag har et regelmessig samarbeid.

Sentralstyret og representanter fra sekretariatet sammen med yrkesforeningsledere og leder av Norsk medisinstudentforening har i perioden deltatt i et seminar i Brüssel som ga innsikt i EU-systemet og arbeidsprosesser på det europeiske plan.

6.22.6 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 Einar Skoglund fra sekretariatet.

Det er utviklet en stadig bedre relasjon mellom UEMS og CPME med gjensidig respekt og informasjon om arbeidet. Det er fem viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene til Sections og European Boards, kvalitet i pasientomsorgen og spesialistpraksis.

De mer enn 20 norske spesialforeninger som er med i "Specialist Sections" i UEMS, gjør seg sterkt gjeldende. Jan Peder Amlie er fortsatt president for kardiologiseksjonen.

European Accreditation Council for CME (EACCME), som nå har eksistert i tre 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 vises til nettsidene www.uems.be

6.22.7 Den europeiske overlegeforening – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH)

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

Plenumsmøtet har ca. 35 representanter. 23. – 24.4. 2004 ble møtet holdt i Madrid med Consejo General de Colegios Médicos som vertskap.

Sentrale temaer for møtet var CME/CPD, ledelse og budsjettering, samt arbeidstidsdirektivet (93/104) vedrørende arbeidstid under vakttjeneste.

Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

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

6.22.8 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, ett styremedlem og en fra Ylfs kontor til PWGs årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

Vårens plenumsmøte ble avholdt i København. Høstens plenumsmøte ble avholdt på Malta. PWG har den siste tiden både hatt et eksternt og et internt fokus. Et av de viktigste spørsmål den senere tid har vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet. PWG har startet en diskusjon om fremtidig struktur og organisasjonsmodell, herunder spørsmålet om en samlet legeforening på Europeisk nivå.

6.22.9 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Europeenne des Médecins Omnipracticiens (UEMO)

UEMO's 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 aller fleste Vest-Europeiske- og noen Øst-Europeiske land blitt medlemmer.

UEMO har nå 23 medlemsland.

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

I perioden 1.1. 2004 - 31.12. 2004 er det avholdt to medlemsmøter. Møtene ble holdt på Island i juni og i Budapest i oktober. I tillegg til vanlige årsmøtesaker ble det vedtatt et par helsepolitiske manifestere som uttrykker UEMOs standpunkter i forskjellige saker. Disse var forberedt av arbeidsgrupper forut for, og i løpet av møtet. Norge har ledelsen av en av arbeidsgruppene v/Eirik Bø Larsen. Denne gruppen arbeider med "forebyggende helsearbeid" og ferdigstilte til møtet i Budapest

et policy dokument om forebyggende helsearbeid overfor ungdom. Dokumentet fikk unison tilslutning. Etter forslag fra arbeidsgruppen ble det vedtatt at alle arrangementer i UEMOs regi skal være røykfrie.

På Budapestmøtet holdt Eirik Bø Larsen også foredrag om organiseringen av primærhelsetjenesten i Norge. Det er etablert et fast sekretariat i Brussel, i samarbeid med CPME.

6.22.10 Kompetanseprogram om EU og helse

Legeforeningens gjennomførte 21. til 24. september 2004 et kompetanseprogram/seminar om EU og norsk helsevesen i Brussel. Deltakere var sentralstyret, representanter fra yrkesforeningene og sekretariatet, i alt 28 representanter.

7 Økonomi

7.1 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens regnskap består av følgende fond og enheter:

Hovedforeningen

Utdanningsfond I

Utdanningsfond II

Utdanningsfond III

Lånefondet

Kvalitetssikringsfond I

Kvalitetssikringsfond II

Rettshjelpsordningen for leger

Fond for forebyggende medisin

Regnskapet er organisert som et konsernregnskap med en samlet egenkapital per 31.12. 2004 på 1 033,4 millioner kroner. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer, og hele 98,9 % av kapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen som konsern hadde i 2004 et regnskapsmessig overskudd på 44,1 millioner kroner. Det store overskuddet i totalregnskapet kommer etter netto finansinntekter på nesten 49 millioner kroner. Overskuddslikviditeten i konsernet er fra 20.4. 2004 plassert i verdipapirmarkedet i en konsernkontoløsning der ca. 20 % av kapitalen er plassert i henholdsvis norske og globale aksjer mens resterende 80 % er plassert i norske rentebærende papirer.

Resultatet for hovedforeningen viser et overskudd før årsoppgjørdisposisjoner på 2,8 millioner kroner, mens det var budsjettet med et overskudd på 3,1 millioner kroner. Foreningens driftskostnader viser en betydelig økning sammenlignet med både budsjett 2004 og regnskapstallene for 2003. Hovedårsaken til økningen i driftskostnadene er kraftig økning i foreningens pensjonskostnader. Personalkostnadene har steget med ca. 9 % sammenlignet med 2003. Justering av foreningens forholdsmessige fradrag av merverdiavgift påførte foreningen en ekstraordinær kostnad på ca. en million kroner i 2004. Det relativt stramme kostnadsbudsjettet for 2004 har vist seg vanskelig å følge, og mange underliggende driftsposter viser større eller mindre overskridelser. Solid overskudd i den eksterne kapitalforvaltningen bidro til finansinntekter i tråd med budsjett selv om rentenivået har stabilisert seg på et historisk svært lavt nivå. Produksjonskostnadene i Tidsskriftet har blitt redusert med ca. en million kroner sammenlignet med budsjett. På inntektssiden er det overskudd sammenlignet med budsjett for kontingenter, annonsesalg, abonnementsinntekter, salgsinntekter og andre inntekter. Modellen for fordeling av sekretariatets kostnader bidrar til at refunderte administrasjonskostnader fra fondene øker i takt med den relative økningen i driftskostnadene i sekretariatet.

Den frie egenkapitalen i hovedforeningen er styrket etter resultatet for 2004. Hovedforeningens økonomi preges fremdeles av en ubalanse mellom variable inntekter og faste kostnader som gjør foreningen sårbar for inntektssvikt.

Økonomiske nøkkeltall 2004

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- utgifter	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn. 1)	Års- resultat	Pr. 31.12.2004	
						Egen- kapital	Total- kapital
A. Den norske lægeforening	214 793	219 679	48 952	0	44 065	1 033 381	1 067 914
Regnskapet for Den norske lægeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske lægeforening - Hovedforeningen	136 675	135 326	1 482	0	2 831	65 697	86 288
2 Utdanningsfond I	40 484	42 426	10 181	0	8 238	143 447	151 115
3 Utdanningsfond II	28 848	27 093	9 031	0	10 787	124 834	130 408
4 Utdanningsfond III	31 159	32 300	4 082	0	2 941	91 825	96 603
5 Lånefondet	0	2 416	22 044	0	19 628	586 786	586 942
6 Kvalitetssikringsfond I	6 402	6 998	320	0	-276	7 077	7 725
7 Kvalitetssikringsfond II	5 506	6 412	399	0	-506	7 573	7 793
8 Rettshjelpsordningen	3 150	2 941	201	0	410	4 360	4 600
9 Fond for forebyggende medisin	0	32	39	0	7	888	888
10 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	34	40	0	6	893	893
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	3	289	0	286	7 504	7 504
2 Fond til kreftforskning	0	12	5	0	-7	296	296
C. Kvalitetssikringsfond III	23 616	23 347	121	0	391	9 389	9 622
D. Stiftelsen Soria Moria	54 279	53 161	-5 027	1 052	-2 856	66 060	173 585
E. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	1 752	139 834	300 861	-162 779	0	14 950	3 943 185
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS	11 240	2 843	-7 417	-	981	29 481	179 798
2 DNMS Eiendomsselskap AS	1 167	945	-263	-	-41	-48	10 568
3 Høgda Trygghetsgrend AS	1 663	1 700	-4	-	-42	-35	226
1) Det oppførte beløp i kolonnen "Andre inntekter/kostnader" vedrører følgende forhold:							
a) For Stiftelsen Soria Moria netto skattefordel							
b) For SOP omfatter beløpet endring i avsetninger til pensjonsforpliktelser m.v.							

Vedtak/oversendelsesvedtak av landsstyret 2004 som sentralstyret ble forutsatt å arbeide videre med.

Sak 9. Debatt om aktuelle temaer i relasjon til prinsipp- og arbeidsprogram 2004-2005

9.1. Forslag fra Hordaland legeforening v/Jørund Langørgen støttet av Håvard Skeidsvoll

Nytt punkt under Etikkk:

Konkréitiser overfor medlemmene og allmennheten hva helsepersonellovens taushetspliktskrav innebærer for helsepersonell, spesielt i kontakt med media.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Dette søkes ivaretatt gjennom løpende veiledning overfor medlemmer og på nettsidene.

9.2 Forslag fra Of v/ Geir Ketil Røste og Aplf v/ Kjell Maartmann-Moe

Legeforeningen vil arbeide for å sikre både næringsdrivende og ansatte medlemmers pensjonsrettigheter., med særlig vekt på å bevare de offentlige tjenstepensjoner som brutto pensjonsordninger og med en opptjeningstid som er tilpasset langtidsutdannede. Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Saken ivaretas gjennom Akademikerne. Det er et felles mål for organisasjonene å oppnå det som forslaget legger opp til.

9.2 Forslag fra Of og Ylf v/Lars Eikvar og Yngve Mikkelsen

Sett i lys av de erfaringer Dnlf har med dagens legeavtaler i NAVO-sektoren, finner landsstyret det nødvendig å vedta at enkelte viktige elementer relatert til legers lønns- og arbeidsvilkår fortsatt sikres i sentrale avtaler. Landsstyret fastslår derfor at A2-delen i dagens overenskomst må være det grunnleggende prinsipp, og som ikke kan aksepteres forringet. En overenskomst for Dnlfs medlemmer i denne sektoren må fortsatt være tuftet på det gode arbeid med forhandlings spørsmål.

Forslaget ble vedtatt.

Sentralstyrets kommentar:

Sentralstyret behandlet saken bl.a. i sak nr. 2.06 den 10.12. 2004 og hvor det ble fattet følgende vedtak:

Sentralstyret tar til etterretning sekretariatets og forhandlingsutvalgets oppfølging av landsstyrevedtakene.

Vedtaket berører temaer som har vært sentrale i forhold til forhandlingene om revisjon av overenskomsten i NAVO, og som dermed er tatt med i vurderingsgrunnlaget for utformingen av Legeforeningens krav. Sekretariatet bedømte bakgrunnen for vedtaket slik at det fremkommer som et resultat av debatten om Hovedavtalen i NAVO og forholdet til Legeforeningens A2-overenskomst. Vedtaket tar dermed sikte på sikring av systemet og overenskomstnivået heller enn å utgjøre et bundet mandag vedrørende innholdet. Punkt om dette er tatt inn i prinsipp- og arbeidsprogrammet.

9.2 Forslag fra Troms legeforening v/ Anton F. Eide

Legeforeningen vil arbeide for at alle leger skal ha faste arbeidsforhold.

Forslaget ble vedtatt oversendt til sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Saken har bl.a. vært ivaretatt i forbindelse med Arbeidslivslovutvalgets arbeid med forslag til ny arbeidslivslov, og vil fortsatt følges opp i forbindelse med forslag til ny arbeidsmiljølov i tråd med tidligere sentralstyrevedtak.

9.3 Forslag fra Tone Dorthe Sletten og Ellen Tvetter Deilkås

Landsstyret ber Sentralstyret arbeide for å få etablert en finansieringsordning for foretakene som stimulerer spesialisering og kompetanseutvikling for legespesialister.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Det vises til referat fra sentralstyresak 13.05 (januar 2005):

”Forslaget peker på behov som Legeforeningens sentralstyre har drøftet i ulike sammenheng og tatt opp med helsemyndighetene. I sin uttalelse til NOU 2003:1 ”Behovsbasert finansiering av spesialisthelsetjenesten” (Hagen-utvalgets innstilling) har Legeforeningen gitt sin utvetydige støtte til forslaget om aktivitetsavhengig finansiering av utdanningsoppgaver.

Gjennom sin representasjon i Nasjonalt råd har Legeforeningen også støttet forslaget framsatt overfor Departementet om innføring av utdanningsrelatert finansiering i tråd med forslag fra Hagen-utvalget. Forslaget er (foreløpig) avvist av departementet.

Utfordringen med bedre finansiering av utdanning- og kompetanseheving har også vært tatt opp med Stortingets sosialkomité i forbindelse med behandlingen av stortingsmeldingen basert på Hagen-utvalgets innstilling.

Vedtak

Sentralstyret vil benytte alle relevante muligheter for innspill som kan bidra til at finansieringen av spesialistutdanningen og kompetanseutvikling for legespesialister i helseforetakene blir styrket.”

9.5 Resolusjonsforslag fra Jannicke Mellin-Olsen

Legeforeningens landsstyre er bekymret for den store variasjonen i behandlingstilbudet til smertepasienter som kommer frem i Retningslinjer for smertebehandling i Norge, utarbeidet av et titalls organisasjonsledd på oppdrag fra sentralstyret. Retningslinjene dokumenterer at pasienter med smerte er lavt prioritert i norsk helsevesen, og at smerteklinikkene ved universitetssykehusene får minimale ressurser. Landsstyret vil oppfordre regjering, Storting og de regionale helseforetakene til å styrke behandlingstilbudet til smertepasienter og implementere retningslinjene for smertebehandling.

Forslaget ble vedtatt mot 1 stemme.

Sentralstyrets kommentar:

Regjeringen, Stortinget, de regionale helseforetak og de medisinske fakulteter samt Legeforeningens regionsutvalg er tilskrevet med fokusering av problemet.

9.6 Forslag fra spesialforeningene v/Jannicke Mellin-Olsen - resolusjon stilet til World Medical Association og American Medical Association

Landsstyret i Dnlf er kjent med at irakiske leger er under stort press pga organisert kriminalitet rettet mot blant annet leger og annet helsepersonell. Kriminelle kidnapper vitenskapsmenn, leger og andre sivile for å få utbetalt løsepenger. Mange leger planlegger å forlate Irak, noe som vil ruinere fremtidens helsevesen i landet. Disse forholdene er kjent også av organisasjoner som Amnesty

International, Human Rights Watch og Den Internasjonale Røde Kors Komité.

Landsstyret i Dnlf er bekymret for sikkerheten til irakiske sivile generelt og for leger spesielt. I henhold til internasjonal lov er okkupasjonsmakten ansvarlig for å beskytte sivile. Landsstyret oppfordrer World Medical Association og American Medical Association til å utøve sin innflytelse over relevante makthavere for å sikre at de tar nødvendige skritt for å bedre sikkerheten til irakiske leger. Bare da vil våre irakiske kolleger bli i stand til å bidra konstruktivt til å bygge opp fremtidens helsevesen i Irak.

Forslaget ble vedtatt mot én stemme.

Sentralstyrets kommentar:

Resolusjonen ble rett etter landsstyremøtet oversendt til World Medical Association og American Medical Association.

9.6 Forslag fra NSAM v/Gisle Roksund:

Sakspapirer for fremtidige landstyremøter legges ut på Legeforeningens nettsider.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Saken ble presentert for sentralstyret i møte 20.9. 2004. Følgende vedtak ble fattet:

Sakspapirer til landsstyremøtet legges ut på Legeforeningens nettsider. Sentralstyret kan imidlertid etter særskilt vurdering bestemme at enkeltsaker eller deler av enkeltsaker ikke legges ut.

9.6 Forslag fra Finnmark legeforening v/Tor Øystein Seierstad om bruk av e-post som primær kommunikasjonsform internt i foreningen

Landsstyret ber sentralstyret prioritere arbeidet med og iverksette følgende tiltak:

1. E-post innføres som den primære kommunikasjonsform mellom administrasjon, tillitsvalgtapparat og medlemmene i Den norske lægeforening.
2. Utarbeide en logisk mal for personuavhengige funksjonsspesifikke e-postadresser for tillitsvalgte i Den norske lægeforening f.eks. yfl.hammerfest@legeforeningen.no; leder.aplf@legeforeningen.no
3. Medlemsregisteret oppdateres og gjøres tilgjengelig for enkelte avdelinger og yrkesforeninger i elektronisk format slik at e-post til medlemmene lett kan administreres på gruppenivå f.eks. knyttet til avdeling, yrkesforening eller arbeidssted.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Siden høsten 2003 har sekretariatet i stadig større grad benyttet e-post i forbindelse med utsending av informasjon til tillitsvalgte, medlemmer og grupper av medlemmer. Aktiv oppfølging har medført at feilprosenten ved utsending er redusert fra 10-15 % til ca. 2 %. Av foreningens legedlemmer har 61 % e-postadresse, mens studentmedlemmene er kommet opp i 88 %.

Utarbeiding av logisk mal for personuavhengige funksjonsspesifikke e-postadresser for tillitsvalgte er ressurskrevende både ved etablering og ikke minst ved løpende oppdatering. Dette arbeidet er hittil ikke prioritert.

Oppdatering av medlemsregisteret pågår kontinuerlig, også med hensyn til e-postadresser. Utsending av e-post til grupper av medlemmer/tillitsvalgte skjer i dag fra sekretariatet. Spørsmålet om organisasjonens tilgang til de aktuelle medlemmers e-postadresser vil bli vurdert i tiden fremover, og forhåpentligvis vil det kunne finnes en løsning på dette som vil være tilfredsstillende.

Arbeidet med å vurdere de tekniske og økonomiske rammebetingelsene for interaktiv

kommunikasjon mellom det enkelte medlem og medlemsregisteret, spesielt med tanke på oppdatering av registeret, er startet. På grunn av de utfordringer foreningen står overfor med hensyn til eventuelt obligatorisk medlemskap i spesialforeningene, må dette arbeidet prioriteres.

9.6 Forslag fra Ylf v/ Hilde Engjom

Flere statlige og frivillige organisasjoner rekrutterer leger til arbeid i utviklingsland, krigs- og katastrofeområde. De fleste stiller krav til arbeidserfaring etter autorisasjon og gjennomførte forberedende kurs. Tropemedisinkurs finnes ved flere utdanningsinstitusjoner i utlandet. Ved å kontakte Statens lånekasse kan man få oversikt over hvilke kurs som er godkjent for støtte. Dersom Legeforeningen skal arbeide for engasjementstilling i utviklingsland som ledd i norsk bistand, skal mottakerlandenes behov være styrende for bistandens form og innhold.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Det vises til sentralstyresak 305/04 (november 2004) der det ble fattet følgende vedtak: ”Sentralstyret ser det som meget verdifullt at norske leger melder seg til tjeneste i utviklingsland og krigs- og katastrofeområder. Det vil tilligge de rekrutterende organisasjoner å definere den kompetanse leger som søker slik tjeneste må ha i relasjon til oppdragets karakter.”

Sak 10 Forslag om endringer av Legeforeningens lover § 19

Forslag fra Dagfinn Gedde-Dahl tiltrådt av Rolf Schøyen, spesialforeningene

Lovenes § 19, 4. ledd, om kontingent for leger som er gått av med alders- eller uførepensjon gis følgende tillegg:

Dette gjelder ikke leger som er gått av med alderspensjon etter 1.6. 2000. Disse betaler 20 % av vanlig medlemskontingent fra 1.1. 2005.

Forslaget ble vedtatt med 2/3 flertall.

Sentralstyrets kommentar:

Vedtaket er innarbeidet i Legeforeningens lover.

Sak 11. Prinsipper for samhandling mellom Legeforeningens organer og industrien m.v.

Forslag fra Jo Endre Midtbu:

Tellende utdanningstilbud i legers videre- og etterutdanning skal arrangeres uten økonomisk og praktisk medvirkning fra firmaer.

Forslaget ble vedtatt.

Sentralstyrets kommentar:

Vedtaket er innarbeidet i de retningslinjer for vurdering av kurs i legers videre- og etterutdanning som sentralstyret reviderte ved sitt vedtak av 24.8. 2004.

Intensjonen i vedtaket er også fulgt opp i avtalen mellom Legeforeningen og LMI om samhandling mellom leger, Legeforeningens organer og industrien, undertegnet i desember 2004.

Landsstyrets vedtak av overordnede prinsipper for samhandling med industrien er fulgt opp med gjennomgripende revisjon av samarbeidsavtalen med Legemiddelindustriforeningen (LMI), godkjent av sentralstyret i møte 10.12. 2004. Avtalen er omtalt i Tidsskriftet nr 2 2005, s.207 og offentliggjort på foreningens nettsider. Arbeidet med å få til liknende avtale med Leverandørforeningen for

helsesektoren (LFH) pågår.

Følgende forslag ble oversendt;

Forslag fra Bjarte Stubhaug:

Landsstyret ber sentralstyret utarbeide økonomiske ordninger for etterutdanning og spesielt vurdere interne støtteordninger for å sikre pålagt etterutdanning, samt vurdere fordeling av medlemskapsavgifter og satser for kursavgift.

Sentralstyrets kommentar:

Sentralstyret ser det som nødvendig å få styrket økonomien i etterutdanningen og vil benytte enhver anledning til å oppfordre myndigheter og arbeidsgivere til å øke sine bidrag til nødvendig kompetanseutvikling, herunder avsetninger til utdanningsfondene.

Forslag fra Gerd Tranø/redaksjonskomiteen:

Sentralstyret pålegges å ta initiativ til samarbeid med andre helsepersonellgrupper og pasientforeninger for å komme frem til en felles holdning til samhandling med industrien.

Sentralstyrets kommentar:

Relevante fagforeninger og pasientforeninger er gjort kjent med landsstyrets vedtak og ny avtale mellom Legeforeningen og LMI som opptakt til et mulig samarbeid.

Sak 12. Endring av reglene for godkjenning av kurs – (Kursutvalgets innstilling)

Forslag fra Aplf og NSAM v/Trond Egil Hansen:

Kurs, symposier eller andre arrangementer i regi av medisinindustrien i inn eller utland skal ikke telle.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Intensjonen i forslaget er innarbeidet i de endrede kursretningslinjene.

Forslag fra Aplf og NSAM v/Gisle Røksund:

Spesialitetskomiteene skal godkjenne alle kurs.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Forslaget er innarbeidet i de endrede kursretningslinjene.

Sak 13. Status i organisasjonssaken

Det var ikke lagt opp til bindende vedtak i saken, men signalene fra landsstyrets debatt ble referert og trukket inn i utredningen av sentralstyrets forslag av 20.10. 2004 til organisasjonsendringer.

Følgende forslag ble vedtatt oversendt:

Forslag fra Ellen Tvetter Deilkås:

Landsstyret ber sentralstyret

- utrede konsekvensene av å kanalisere ressurser tillokalt tillitsvalgtarbeid gjennom yrkesforeningen
- utrede forslag til nye samhandlingsarenaer mellom yrkesforeningene lokalt

Forslag fra Lars A. Nesje:

Regionsutvalget vedtektsfestes

Regionsutvalgets leder gis plass i landsstyret

Fylkesavdelingene opprettholdes som lokalnivå og danner grunnlag for landsstyreprerentasjon og fordeling av økonomiske resurser som nå

Eventuelle endringer i fylkesavdelingsgrensene må baseres på hensiktsmessighet og lokal konsensus.

Sentralstyrets kommentar:

Begge forslag er omtalt og trukket inn i sentralstyrets vurderinger i utredning av 20.10. 2004 om organisasjonsendringer.

Sak 14 Invitasjoner til landsstyremøter i 2006 og 2007

Landsstyret vedtok å ta imot invitasjon fra sentralstyret til landsstyremøtet i 2006 på Soria Moria, og fra Buskerud legeforening v/Anne Larsen til landsstyremøtet i 2007 i Kongsberg.

I forbindelse med denne sak meddelte presidenten at sentralstyret ville komme tilbake til landsstyret i 2005 med en vurdering av – og et eventuelt forslag om – å legge landsstyremøtene i år som slutter på like tall permanent til Soria Moria, Oslo. Hovedbegrunnelsen vil i tilfellet være hensynet til Legeforeningens økonomi.

Sentralstyrets kommentar:

Saken ble presentert for sentralstyret i møte 11.11. 2004, og det ble truffet slikt vedtak:

Sentralstyret fremmer forslag for førstkommande landsstyremøte om at fremtidige landsstyremøter som holdes i år som slutter på like tall legges til Oslo, fortrinnsvis til Soria Moria.

Saken fremmes direkte for landsstyret som særskilt sak.

Sak 15. Krav til attestasjon av tjeneste som benyttes tellende som ledd i spesialistutdanningen – supplering av generelle spesialistreglers § 3

Etter forslag fra sekretariatet hadde sentralstyret anbefalt overfor landsstyret at spesifisering av attestasjon av tjeneste ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

Sentralstyrets kommentar:

Det vedtatte forslaget i landsstyret om spesifisering av attestasjon av tjeneste ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

NR vedtok 15.10. 2004 at "Bestemmelser for spesialistutdanningen", § 3, suppleres i tråd med landsstyrets anbefaling. Ikrafttreden umiddelbart. Kunngjøring av vedtaket er fulgt opp på Legeforeningens hjemmesider og i Tidsskrift for Den norske lægeforening

Sak 16. Endring av generelle spesialistregler § 7 - utdanning i utlandet

Etter forslag fra sekretariatet hadde sentralstyret anbefalt overfor landsstyret at tidligere vedtatte forslag i landsstyret om endring av Bestemmelser for spesialistutdanning §7 ble endret.

Sentralstyrets kommentar:

Forslaget ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

NR vedtok 15.10. 2004, i tråd med landsstyrets anbefaling, at følgende avsnitt fjernes i "Bestemmelser for spesialistutdanningen" § 7:

"Tjeneste i annet nordisk land godkjennes dog på linje med tjeneste i Norge forutsatt at tjenesten er utført ved godkjent utdanningsinstitusjon, og at tjenesten ellers er i samsvar med norske spesialistregler."

Ikrafttreden umiddelbart.

Kunngjøring av vedtaket er fulgt opp på Legeforeningens hjemmesider og i Tidsskrift for Den norske lægeforening

Sak 17. Forslag om endrede spesialistregler i barne- og ungdomspsykiatri

Etter forslag fra spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri hadde sentralstyret anbefalt overfor landsstyret at det vedtatte forslaget om endrede spesialistregler i barne- og ungdomspsykiatri ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

Sentralstyrets kommentar:

Det vedtatte forslaget om endrede spesialistregler ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR)

NR vedtok 9.11. 2004 å anbefale Helse- og omsorgsdepartementet å endre spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri i tråd med landsstyrets anbefaling. Saken er foreløpig ikke ferdigbehandlet i Departementet.

Sak 18. Forslag om endring av spesialistreglene i psykiatri

Etter forslag fra spesialitetskomiteen i psykiatri hadde sentralstyret anbefalt overfor landsstyret at det vedtatte forslaget om endrede spesialistregler i psykiatri ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR).

Sentralstyrets kommentar:

Det vedtatte forslaget ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR)

NR vedtok 9.11. 2004 å anbefale Helse- og omsorgsdepartementet å endre spesialistreglene i psykiatri i tråd med landsstyrets anbefaling. Saken er foreløpig ikke ferdigbehandlet i Departementet.

Sak 22. Budsjett for Den norske lægeforening 2005

Forslag fra Rolf Schøyen, spesialforeningenes fellesutvalg:

I sammenheng med organisasjonssaken ber landsstyret sentralstyret å vurdere om det skal fremmes et lovendringsforslag til landsstyret i 2005 som føyer spesialforeningene (de medisinsk-faglige foreningene) til de andre organisasjonsleddene som skal vurderes når fordelingen av kontingentinntektene skal foretas, kfr. Legeforeningenes lover § 19.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Forslaget er nært knyttet til organisasjonssaken og behandles i tilknytning til denne.

Forslag fra NSAM v/Gisle Roksdund:

Landsstyret ber sentralstyret å utrede kontingentspørsmålet, herunder det enkelte organs frihetsgrad til å fastsette egen kontingent tilpasset det aktivitetsnivå medlemmene ønsker.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Forslaget er nært knyttet til organisasjonssaken og behandles i tilknytning til denne.

Forslag fra Torkel Steen:

Landsstyret ber sentralstyret gjennomgå foreningens drift og organisasjon med sikte på at utgiftene tilpasses inntektene.

Forslaget ble vedtatt med overveldende flertall.

Sentralstyrets kommentar:

Forslaget er nært knyttet til organisasjonssaken og behandles i tilknytning til denne. I tillegg har sentralstyret gjennom sitt vedtak om detaljert budsjett for 2005 forutsatt et regnskapsmessig overskudd på 4,7 millioner kroner.

Forslag fra Akershus legeforening v/Jan Erik Paulsen:

Kontingent:

Regninger spesifiseres med:

- Fagforeningsdel
- Forsikringsdel
- Tidsskriftdel
- Generell kurskontingent

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Kontingenten dekker per i dag all fagforeningsaktivitet, herunder tas det også hensyn til overskudd/underskudd i Tidsskriftet. Forsikringsdelen, dvs. ansvarsforsikringen, er i dag spesifisert på fakturaen. Generell kurskontingent innkreves ikke, men Legeforeningens kostnader til kursvirksomhet finansieres hovedsakelig gjennom de avtalemessige avsetninger til utdanningsfondene. For øvrig vil også dette forslaget kunne behandles gjennom organisasjonssaken.

Forslag fra Ylf/Oslo legeforening/Sogn og Fjordane legeforening v/ Tone Dorte Sletten / Irene Teslo / Hallvard Wannag Sele:

Landsstyret pålegger sentralstyret å gjennomgå konsekvensene av prosentuell kontingent, f.eks. 1 % av brutto inntekt for alle yrkesaktive medlemmer (og forholdsvis kontingenter for studenter og de pensjonister som skal betale kontingent etter forrige vedtak).

Dette skal fremlegges til alle instansene for høring før neste landsstyremøte slik at landsstyret kan gjøre en grundig vurdering og behandle dette i 2005.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Vedtaket er nært knyttet til organisasjonssaken. I tillegg gis følgende kommentarer:

Ordninger med prosentuell kontingent er gjennomført av andre yrkesorganisasjoner, for eksempel av Norsk Sykepleierforbund (NSF). Slike ordninger gjennomføres ved at yrkesorganisasjonen inngår avtale med de respektive arbeidsgivere om månedlig prosentuelle trekk fra hver arbeidstaker ved lønnsutbetaling. Trekket overføres deretter til organisasjonen. For medlemmer som ikke er arbeidstakere i bedrift med trekkordning, har for eksempel NSF en fast kontingent.

Dersom prosentuell kontingent skulle gjennomføres for tilnærmet alle medlemmer, vil den praktiske oppgaven bli betydelig. Dette gjelder spesielt privatpraktiserende leger, hvor den økonomiske del av legepraksisen formelt er organisert på svært ulike måter, og hvor inntektsbegrepet kan være uklart definert. Slike forhold kan bidra til diskusjoner og tvister mellom enkeltmedlemmer og Legeforeningen sentralt.

Sentralstyret ser den positive vinklingen med intensjonen i forslaget. Imidlertid samsvarer ikke forslaget med den kontingentmodell som sentralstyret har lagt opp til i forbindelse med organisasjonssaken. Sentralstyret mener derfor at utredning om eventuelle nye modeller for kontingentfastsetting og -innkreving avventes til etter landsstyrebehandlingen av organisasjonssaken. Det kan da også være aktuelt å utrede ulike alternativer til prosentuell kontingent.

Forslag fra Nordland legeforening v/ Anne Fagerheim:

Når tilskuddet til regionsutvalgene skal fordeles mellom regionene, ber man sentralstyret vurdere også å ta hensyn til geografiske forhold som har betydning for reisekostnadene.

Forslaget ble vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyrets kommentar:

Tilskudd til regionsutvalgene ble vedtatt i sentralstyrets møte i februar 2005. Fordeling ble foretatt på grunnlag av budsjettforslag fra det enkelte utvalg. Ved fordelingen ble det tatt hensyn til geografiske forhold.