

## Innhold

<b>Presidenten har ordet .....</b>	<b>7</b>
<b>1 Etikk .....</b>	<b>10</b>
1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	10
1.1.1 Styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen .....	10
1.1.2 Øke samarbeidet med pasientorganisasjonene for å verne om pasientrettighetene .....	10
1.1.3 Motvirke uheldige sider ved legers samhandling med legemiddelindustrien .....	10
1.2 Rådet for legeetikk.....	11
1.3 Ethiske regler for leger .....	11
1.4 World Medical Association (WMA).....	11
<b>2 Inntekts- og arbeidsforhold .....</b>	<b>12</b>
2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	12
2.1.1 Stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønnsystemer med formål å belønne kompetanse, ansvar, innsats og ledelse .....	12
2.1.2 Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønn- og arbeidsvilkår .....	12
2.1.3 Gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet.....	12
2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet .....	12
2.1.5 Sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste gjennom oppgavefordeling skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger, herunder bedre rammevilkårene for legevakt.....	13
2.1.6 Tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis .....	13
2.2 Forhandlingsorganisasjonen .....	13
2.3 Generelt om inntekts - og arbeidsvilkår .....	14
2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2005.....	14
2.3.2 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger .....	14
2.3.3 Tariffutvalget for privat praksis.....	15
2.3.4 Representasjon i Akademikernes organer .....	15
2.3.5 Avtalesamling .....	15
2.3.6 Medlemsbrev/ elektronisk informasjon.....	15
2.3.7 Bruk av Tidsskriftet .....	16
2.3.8 Informasjon på Internett .....	16
2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger .....	16
2.4.1 NAVO.....	16
2.4.2 Staten.....	19
2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS).....	19
2.4.4 Oslo kommune.....	20
2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH).....	20
2.5 Revisjon av særavtaler .....	20
2.6 Hovedavtalene.....	20
2.6.1 Forhandlingene om revisjon av hovedavtalene fortsetter i 2006.....	20
2.6.2 Oslo .....	20
2.6.3 NAVO.....	20

2.7	Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene .....	21
2.8	Privat spesialistpraksis med driftstilskudd .....	21
	2.8.1 RHF som avtalepart – oppsigelse av rammeavtale .....	21
	2.8.2 Krav om vesentlige endringer i avtaleordningen .....	21
	2.3. Ny rammeavtale fremforhandlet 9.12. 2005 .....	21
2.9	Fastlegeordningen .....	22
	2.9.1 Endringer i kommuneavtalen .....	22
	2.9.2 Endringer i avtalen med Oslo kommune.....	23
	2.9.3 Sentralt samarbeidsutvalg og Sentralt partssammensatt utvalg (Oslo) .....	23
	2.9.4 Praksiskonsulentordningen.....	23
2.10	Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning.....	23
	2.10.1 Normaltariffen .....	23
2.11	Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis .....	24
	2.11.1 Omsetning av privat praksis .....	24
	2.11.2 Leger og betalingsmislighold .....	25
	2.11.3 Leger og markedsføring .....	25
	2.11.4 Næringsdrivende leger og valg av selskapsform .....	25
	2.11.5 Overføring og sletting av pasientjournaler.....	25
	2.11.6 Merverdiavgift på omsetning i legers driftsselskap .....	25
	2.11.7 Nye skatteregler og omdanning til AS og ny bokføringslov .....	26
	2.11.8 Konkurranserettslige spørsmål .....	26
	2.11.9 Klargjøring mht. hvem tilbakekreivingskrav skal rettes mot .....	26
2.12	Legevakt.....	26
2.13	Helsenett.....	27
2.14	Forholdet til trygden .....	27
2.15	EUs forslag til tjenstedirektiv .....	27
2.16	Juridisk bistand til medlemmene .....	27
2.17	Lånefondet – Legeforeningens lånefond for privat legepraksis .....	28
2.18	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).....	29
<b>3</b>	<b>Utdanning, forskning og fagutvikling.....</b>	<b>30</b>
3.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	30
	3.1.1 Sikre nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger, særlig ved funksjonsfordelinger og omstruktureringer i helseforetaksstrukturen .....	30
	3.1.2 Innføre systematisert etterutdanning i tråd med innstillingen om legers etterutdanning i fremtiden .....	30
	3.1.3 Stimulere leger til å skaffe seg generell lederkompetanse og påta seg lederverv .....	31
	3.1.4 Styrke rammevilkårene for legers forskning, etter og videreutdanning .....	31
	3.1.5 Etablere kombinerte stillinger med kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger.....	31
	3.1.6 Utarbeide en strategi for pasientsikkerhetsarbeid .....	31
	3.1.7 Bedre legetjenesten for sykehjemsbeboere ved bl.a. å arbeide for nye normtall for legedekning i sykehjem .....	31
	3.1.8 Fremme medisinsk forskning generelt og arbeide for at forskning blir en integrert del av all medisinsk virksomhet.....	31

3.1.9 Sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn-, videre og etterutdanning .....	31
3.2 Spesialitetsrådet .....	31
3.3 Spesialitetskomiteene.....	32
3.4 Psykoterapiutvalget.....	32
3.5 Endringer i spesialistreglene.....	33
3.6 Spesialister godkjent i 2005.....	33
3.7 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene.....	35
3.8 Besøk på utdanningsinstitusjoner .....	35
3.9 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri.....	35
3.10 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri .....	35
3.11 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.....	36
3.12 Evaluering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording. Forslag om omlegging av spesialistutdanningen for leger .....	36
3.13 Etterutdanning .....	37
3.14 Krav til godkjente utdanningsinstitusjoner .....	37
3.15 Diverse kurs, konferanser, seminarer .....	39
3.15.1 Gjennombruddsprosjektet KEPP .....	39
3.15.2 Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling.....	39
3.15.3 DRG-seminar 30.-31. mars Soria Moria.....	39
3.16 Veiledning i institusjonshelsetjenesten .....	40
3.17 Samarbeid med andre organisasjoner.....	40
3.17.1 Samarbeid med de medisinske fakulteter.....	40
3.17.2 Lærings- og mestringssentra .....	40
3.17.3 Paramedics (videreutdanning for ambulansepersonell).....	40
3.18 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus .....	41
3.19 Ny utdanningshåndbok i allmenntidisin .....	41
3.20 Veiledning i institusjonshelsetjenesten .....	41
3.21 Simulerte pasienter.....	41
3.22 Etterutdanningsgrupper i allmenntidisin .....	41
3.23 LUPIN (Legeforeningens utdanning på Internett) .....	41
3.24 Turnusrådet .....	42
3.25 Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget).....	43
3.26 Pasientsikkerhetsutvalget.....	43
3.27 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning av leger .....	44
3.28 Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmenntidiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning .....	44
3.29 Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning ....	45
3.30 Kvalitetssikringsfond I - Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus .....	45
3.30.1 Fondsutvalgets sammensetning 2004-2007 .....	45

3.30.2	Avsetninger og bevilgningspolitikk .....	45
3.30.3	Søknader og bevilgninger i 2005 .....	46
3.31	Kvalitetssikringsfond II - Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten .....	46
3.31.1	Fondsutvalgets sammensetning 2005-2008 .....	46
3.31.2	Avsetninger og bevilgningspolitikk .....	46
3.31.3	Søknader og bevilgninger i 2005 .....	46
3.32	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus .....	46
3.32.1	Organisering .....	46
3.32.2	Styringsgruppen.....	46
3.32.3	NOKLUS .....	47
3.32.4	Årsrapport .....	47
3.33	Publikasjoner.....	47
3.33.1	Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling har følgende utgivelser i 2005:.....	47
3.34	Spesialforeningenes kvalitetsarbeid .....	47
3.35	Stiftelsen GRUK – Gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten .....	47
3.36	Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA) .....	48
3.37	Revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.....	48
3.38	Sekretariatstjenester for spesialforeningene .....	48
<b>4</b>	<b>Forebyggende og helsefremmende arbeid .....</b>	<b>49</b>
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	49
4.1.1	Arbeide for å innføre en times kroppsøving i skolen hver dag.....	49
4.1.2	Veilede befolkning og beslutningstakere i helsefremmende livsstil, med spesiell vekt på tiltak rettet mot barn og unge .....	50
4.1.3	Forebygge psykiske lidelser blant barn og unge .....	50
4.1.4	Tobakksforebyggende arbeid .....	50
4.2	Rusmiddelpolitisk utvalg .....	51
4.3	Forskningsinstituttet.....	51
4.3.1	Personale og finansiering .....	51
4.3.2	Aktiviteter .....	51
4.4	Norsk legemiddelhåndbok .....	51
4.5	Elisabeth og Knut Knutsens O.A.S. fond for kreftforskning .....	51
<b>5</b>	<b>Helsepolitikk .....</b>	<b>52</b>
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	52
5.1.1	Legeforeningen mener. Statusrapporter, policynotater og høringer .....	52
5.1.2	Bedre legetjeneste for sykehjemsbeboere .....	55
5.1.3	Forskning og utdanning – finansieringsordninger .....	56
5.1.4	LEON-prinsippet som bærende element i norsk helsevesen .....	56
5.2	Lokalsykehusenes fremtidige rolle.....	57
5.3	Statsbudsjettet 2006 .....	58

5.4	Organisasjonskontakter.....	60
5.4.1	Stortingskomiteer.....	60
5.4.2	Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet .....	60
5.4.3	Prosjekter/rapporter/andre oppdrag.....	60
<b>6</b>	<b>Legeforeningens organisasjon .....</b>	<b>61</b>
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	61
6.1.1	Fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene .....	61
6.1.2	Styrke det lokale helse- og omsorgsarbeidet for medlemmene .....	61
6.1.3	Sette ut i livet landsstyrets vedtak om endringer i Legeforeningens organisasjonsstruktur og legge til rette for at intensjonen med disse vedtak oppfylles .....	62
6.1.4	Bedre samordningen av Legeforeningens internasjonale arbeid både gjennom sin politiske representasjon i internasjonale fora og i sekretariatets organisering .....	62
6.2	Medlemstall.....	62
6.3	Landsstyret .....	62
6.4	Sentralstyret .....	63
6.5	Avdelingene .....	63
6.6	Yrkesforeningene.....	63
6.7	Spesialforeningene.....	63
6.8	Sekretariatet .....	64
6.8.1	Organisasjonskart .....	65
6.9	Tidsskrift for Den norske lægeforening .....	65
6.9.1	Organisering og bemanning .....	65
6.9.2	Tidsskriftets papirutgave .....	65
6.9.3	Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider .....	66
6.10	Informasjonsvirksomheten .....	66
6.10.1	Intern og ekstern informasjon.....	66
6.10.2	Mediekontakt.....	67
6.11	Likestillingsutvalget.....	68
6.12	Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger .....	68
6.13	Håndbok for tillitsvalgte .....	69
6.14	Arkivperm .....	69
6.15	Tillitsvalgtprosjekt .....	69
6.16	Kurs for tillitsvalgte .....	69
6.17	Evaluering av regionsutvalgene .....	69
6.18	Informasjonsteknologi .....	69
6.18.1	IT-utvalget .....	69
6.18.2	ELIN-prosjektet .....	70
6.18.3	Deltakelse i offentlige prosjekter .....	70
6.19	Deltakelse i andre organisasjoner .....	70
6.19.1	Kommunal kompetanse (KK) .....	70
6.19.2	Stiftelsen SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon).....	70
6.20	Soria Moria .....	71

6.21	Legenes hus.....	71
6.22	Internasjonalt arbeid.....	71
	6.22.1 Generelt.....	71
	6.22.2 Nordisk legeråd.....	71
	6.22.3 European Forum of National Medical Association and World Health Organization (EFMA/WHO).....	71
	6.22.4 Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS) .....	71
	6.22.5 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter.....	72
	6.22.6 Comité Permanent des Médecins Européens (CPME).....	73
	6.22.7 Den europeiske forening for legespesialister – Union Europeenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	73
	6.22.8 Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH) .....	73
	6.22.9 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG).....	74
	6.22.10 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Europeenne de Médecins Omnipraticiens (UEMO) .....	74
<b>7</b>	<b>Økonomi.....</b>	<b>75</b>
7.1	Legeforeningens økonomi .....	75
	Økonomiske nøkkeltall.....	76
	Oversendelsesvedtak landsstyret/sentralstyret .....	77
	Policynotater 2005 .....	84

## **Presidenten har ordet**

Årsmeldingen omhandler Legeforeningens aktiviteter i kalenderåret 2005. Den omhandler derfor både aktiviteter for det sentralstyret som avsluttet sin periode 31. august 2005 og det nye sentralstyret som startet sin periode 1. september 2005. Selve årsmeldingen gir et godt bilde av det omfattende og brede engasjement som Legeforeningen har. I forordet vil jeg peke på noen av de områdene som har preget året 2005.

### **Forhandlings situasjonen**

Etter over 1 ½ års forhandlinger med NAVO, en arbeidsrettssak og til slutt over ett døgn megling, var det en seier både for Akademikerne og Legeforeningen å få videreført de sosiale bestemmelser på helseforetakenes overenskomst del A1. Legeforeningens enstemmige landsstyrevedtak i Bergen i 2005, hvor landsstyret mente at sosiale rettigheter skulle opprettholdes på A1, ble dermed oppfylt. Saken var særdeles viktig også for de andre Akademikerorganisasjonene som av NAVO var tilbudt sosiale bestemmelser på B-delsnivå, dvs. innskrevet i det enkelte foretaks avtale, noe som ikke kunne aksepteres. Et annet resultat med sosial profil, var at vi i megling fikk gjennomslag for lønnsutvikling under svangerskapspermisjon. Leger under spesialisering som er fraværende pga. svangerskap, fødsel eller adopsjon, skal få lønnstillegg uten fratrukk for dette fraværet. Lønnsmessig ble det dog et magert oppgjør.

Vi kom ut av arbeidsrettssaken og meglingen med forvissning om at Akademikerne og Legeforeningen kan takle motstand og - om nødvendig - forberede en arbeidskamp på kort varsel. Godt samhold i sentralstyret og et godt samarbeid mellom Overlegeforeningen og Yngre legers forening var sterkt medvirkende til en god løsning. Samarbeidet i Akademikerne Helse har også utviklet seg positivt.

Medlemmene ved foretakene ventet i over 1 ½ år på ny overenskomst og lønnsoppgjør. Det er alt for lenge - og skal forhåpentligvis aldri gjenta seg. Tillitsvalgte ved mange foretak var gjennom opptil flere vanskelige lokale forhandlingsrunder.

Jeg vil gjerne få takke alle som har bidratt til at den arbeidskrevende og vanskelige avsluttende prosessen i avtaleforhandlingene med NAVO etter forholdene ble vellykket gjennomført.

På en annen viktig forhandlingsarena, rammeavtalen for praktiserende spesialister, fikk vi ved reforhandlinger på slutten av 2005 innført en rekke endringer. Avtalespesialistenes posisjon og rolle innen spesialisthelsetjenesten ble styrket og tydeliggjort i den nye rammeavtalen. Regionale helseforetak har fått en del styringsverktøy, hvor hensikten blant annet er å utnytte de samlede ressurser innen spesialisthelsetjenesten bedre. Disse avtalene ble ført i en både konstruktiv og saklig atmosfære med god fremdrift.

### **Organisasjonssaken**

Et annet område som har opptatt Legeforeningen i 2005 er videreføringen av arbeidet med Legeforeningens omorganisering som ble igangsatt i 2001. Landsstyremøtet i Bergen i 2005 viste et klart ønske om å tydeliggjøre faglige premisser for Legeforeningens standpunkter i fag- og helsepolitikk. Av møtets vedtak fremgår at alle spesialforeninger som representerer en spesialitet, skal hete fagmedisinske foreninger. Og alle medlemmer som er spesialister, tilordnes automatisk den riktige fagmedisinske forening.

Intensjonen med Legeforeningens fagmedisinske foreninger har hele tiden vært å gi faget bedre forankring, mer plass og større innflytelse i foreningsarbeidet. Det planlegges nå økt støtte fra Legeforeningens sekretariat som skal være behjelpelig i forhold til praktiske behov. Balansen mellom det ønskelige og det mulige, må søkes gjennom samarbeid; foreløpig har man så vidt startet.

Det har vært flere høringsrunder i foreningen, og sentralstyret har nå bearbeidet lovendringsforslagene som vil bli sluttbehandlet på landsstyremøtet i 2006.

### **Turnustjenesten**

Diskusjoner omkring turnustjenestens berettigelse, innhold og praktisk tilrettelegging har også preget 2005. Spesielt problematisk har det vært at det i enkelte land som Ungarn, Tyskland og Tsjekkia ikke lenger kreves obligatorisk turnustjeneste for å få autorisasjon. Legeforeningen har i denne sammenheng påpekt betydningen av en god turnustjeneste.

Turnusrådet har hatt flere møter både i Legeforeningen og i Sosial- og helsedirektoratet om turnus generelt, ventetid for turnusleger, dekning av reise- og flytteutgifter, nytt rundskriv og arbeidet med ny forskrift om turnustjeneste. Turnusrådet har i 2005 utarbeidet en veileder for turnus i sykehus som er blitt meget godt mottatt både av turnuslegene selv og veilederne i primærhelsetjenesten. Det arbeides nå hardt med å få et opplegg for evaluering av dagens turnustjeneste. Evalueringen vil danne et grunnlag for hvordan Legeforeningen vil forholde seg til en fremtidig turnuslegeordning.

### **Fastlegeordningen**

Fastlegeordningen er blitt gjenstand for en omfattende evaluering som ble fremlagt høsten 2005 av Sosial- og helsedirektoratet. Fastlegeordningen blir i all hovedsak positivt evaluert. Det vil dog alltid være forhold som kan forbedres, for eksempel tilgjengelighet.

Legeforeningen har lenge påpekt utfordringene mht legevakt og jobbet for å få på plass en interkommunal legevaktordning (IKL). Rapporten om IKL ble i 2005 vedtatt av sentralstyret. Legeforeningen følger saken tett.

### **Forskning og utdanning**

Forskning og utdanning er en forutsetning for god faglig virksomhet i helsetjenestene. Legeforeningen har ved flere korsveier arbeidet for at en større og fast andel av finansieringen i helsevesenet må gå til forskning og utdanning. Legeforeningen har også vist sin interesse for forskning ved å oppnevne et eget forskningsutvalg som har utarbeidet en rapport, "Vind i seilene", om forskning og forskerens kår. Denne rapporten ble ferdigstilt i desember 2005 og vil få en videre prosess med høring og bli fremlagt til debatt under landsstyremøtet 2006. Økt satsing på forskning i allmennmedisin med etablering av forskningsenheter er en sak som fortsatt ikke er i havn. Legeforeningen er i dialog og samarbeid med myndighetene.

### **Helsepolitikk**

Legeforeningen jobbet også i 2005 aktivt med helsepolitisk påvirkning for å få gjennomslag for faglige premisser knyttet til myndighetenes beslutninger

Legeforeningen har gjennom flere år fremlagt statusrapporter som har en betydelig påvirkningskraft både i fagmiljøene og hos myndighetene. I 2005 ble rapporten om faglighet, *Rom for faglighet – til pasientens beste*, skrevet. I denne fokuseres det på betydningen av faglig utvikling som en premiss for gode helsetjenester.

Det er i 2005 også utarbeidet en rekke policynotater som på en kortfattet måte informerer om Legeforeningens synspunkter på viktige helsefaglige områder. Disse legges ut på nettsidene og er derfor lett tilgjengelig informasjon for bl.a. medlemmer og media.

### **Tidsskriftet og medlemskontakt**

Det er med glede vi registrerer at Tidsskriftets målsetting som har vært omtrent lik i over 100 år, fortsatt står ved lag og blir ivaretatt på en så utmerket måte. Tidsskriftet og Legeforeningens nettsider har også i 2005 vært den viktigste informasjonskilden om Legeforeningens aktiviteter, ved siden av å formidle medisinsk vitenskap til norske leger.



Det nye sentralstyret har som målsetting å utvikle en bedre kontakt mellom organisasjonsleddene, enkeltmedlemmer og det sentrale nivå i Legeforeningen. Sentralstyret sendte ut brev til fylkesavdelingene med oppfordring om å bli invitert til debattmøter med ulike temaer, eller også til styremøter. Ønsket er at vi gjennom disse kontaktene kan bidra til å lage enklere kontaktveier, utvikle en sterkere felles Legeforeningspolicy og et styrket samhold i foreningen.

Det er i 2005 lagt vekt på å få en bedre informasjonsflyt ut fra sentralt nivå, særlig til tillitsvalgte, for å informere om aktuelle problemstillinger og aktiviteter. Dette gjøres også gjennom aktiv bruk av våre nettsider.

### **Internasjonalt arbeid**

Vi ser i Legeforeningen at globaliseringen som skjer ellers i samfunnet også virker inn på legenes arbeidssituasjon. Særlig gjelder dette de helsepolitiske ringvirkninger av vedtak i EU og EØS-systemet. Det har derfor i det året som har gått blitt lagt vekt på en mer systematisk gjennomgang og forberedelser før møtene i den europeiske legeforening (CPME) ved at det er etablert en intern arbeidsgruppe i sekretariatet og at det holdes et forberedende møte for den delegasjonen som reiser til CPME-møtene.

### **Takk**

De betydelige aktivitetene som er beskrevet i denne årsmeldingen ville vært helt utenkelige uten den formidable innsats som ytes fra de mange medlemmer som deltar enten som tillitsvalgte eller medlemmer i råd og utvalg. Jeg vil også rette en stor takk til den innsats som gjøres i sekretariatet som sterkt medvirker til at Legeforeningen har den posisjon som den har fått.



Torunn Janbu  
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 2004-05 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

### 1.1.1 Styrke etikkundervisningen 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. Det er i 2005 vedtatt lagt inn tre timer etikkundervisning i grunnkurs i administrasjon og ledelse. Noen få spesialiteter har gjort ulike etikktemaer til en del av obligatoriske kurs. Flere av rådets medlemmer har bidratt med undervisning i slike kurs. Videre er publiseringen av saker som er behandlet av rådet, i økende grad publisert i Tidsskriftet og på rådets egne nettsider. Arbeidet med kliniske etikkomiteer er styrket.

### 1.1.2 Øke samarbeidet med pasientorganisasjonene for å verne om pasientrettighetene

Legeforeningen har tradisjon for å samarbeide med pasientorganisasjoner for å styrke og utvikle pasientrettigheter. Dette ble gjort i forbindelse med arbeidet med egen lov for pasientrettigheter, styrkede rettigheter til nødvendig helsehjelp og for å vedta en permanent pasientskadeordning. I 2005 ble det foreslått visse endringer i pasientrettighetsloven for å styrke muligheten for visse pasientgrupper til å få helsehjelp. Legeforeningen støttet forslaget og påpekte visse behov for justeringer. Legeforeningen har også tatt opp behovet for å styrke personvernet i ulike sammenhenger.

### 1.1.3 Motvirke uheldige sider ved legers samhandling med legemiddelindustrien

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, 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 legemiddelindustrien. Som en oppfølging av dette, vedtok Landsstyret 2005, i tråd med sentralstyrets innstilling, prinsippene for oppfølging av retningslinjene i forhold til legemiddelindustrien. Det ble samtidig vedtatt at tellende kurs i legers videre- og etterutdanning skal være fri for alle former for markedsføring. Det ble under landsstyrets behandling fremmet forslag fra Sør-Trøndelag lægeforening at landsstyret skulle pålegge sentralstyret å utrede konsekvenser av vedtaket om samhandling med utstyrsindustrien. Forslaget ble enstemmig vedtatt. Det vil bli gjort en evaluering høsten 2006.

*Landsstyret 2005 vedtok følgende:*

- Prinsippene i landsstyrets vedtak mai 2004 om tellende, godkjent videre- og etterutdanning uten medvirkning fra medisindustrien opprettholdes.
- Det tillates heller ikke markedsføring av andre typer produkter og tjenester i tilknytning til tellende kurs i legers videre- og etterutdanning.
- Retningslinjene for vurdering av kurs, vedtatt av sentralstyret 24.8. 2004 opprettholdes, og prinsippene i disse videreføres.
- Sentralstyret kan fortsatt, etter begrunnet søknad, gi unntak fra bestemmelsene for lån av utstyr fra

- utstyrsfirmaer når det er nødvendig av hensyn til kursets kvalitet.
- Når det for kursgjennomføring er nødvendig å låne utstyr fra firmaer, skal innbydelse sendes alle aktuelle firmaer og minst to bør låne ut utstyr.
  - Leger skal normalt undervise og demonstrere bruk av utstyr. Bare når det er nødvendig for undervisningen, kan firmarepresentanter bistå i demonstrasjon og bruk av utstyr.

## **1.2 Rådet for legeetikk**

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

Rådet for legeetikk arrangerte i februar 2005 kurs om varslerproblematikken.

Nordisk etikkseminar fant sted i Stockholm i september 2005. Seminaret samlet ca. 40 deltakere fra alle de nordiske landene og behandlet ulike etiske temaer, bl.a. forholdet til legemiddelindustrien, transplantasjonsetikk og kosmetisk kirurgi.

I samarbeid med Senter for medisinske studier, Russland ved Det medisinske fakultet, ble det i november 2005 arrangert et symposium for russiske leger i Moskva om profesjonsetikk, kvalitet og forholdet mellom legeforeningene og samfunnet i Russland og Norge.

Rådet har i perioden vedtatt å endre beretningsperioden slik at denne fra 2006 følger kalenderåret. Siste beretning omfatter derfor perioden 1.7. 2004 til 31.12. 2005 og er publisert på

[www.legeforeningen.no/etikk](http://www.legeforeningen.no/etikk). I tillegg er flere prinsipielle enkeltsaker gitt særskilt omtale gjennom året i tidsskriftet.

For perioden 1.1. 2002 - 31.12. 2005 har Rådet for legeetikk hatt slik sammensetning:  
Reidun Førde, leder, Ragnar Hotvedt, nestleder, Kristin Bjørnland, Trond Markestad, Jo Telje.  
Varamedlemmer: Solfrid Kjus, Stein Tore Nilsen

Odvar Brænden avløste fra juni 2005 Åsmund Hodne som sekretær for rådet. Rådet har i 2005 avholdt seks møter og har behandlet 83 saker.

## **1.3 Etiske regler for leger**

Etiske 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.

## **1.4 World Medical Association (WMA)**

WMA avholdt i 2005 et Council-møte i Ferney-Voltaire i Frankrike i første halvdel av mai og et Assembly-møte i Santiago i oktober. På møtet i mai møtte Hans Kristian Bakke, Reidun Førde og Terje Vigen. På møtet i oktober i Santiago møtte Reidun Førde. Ny president, dr. T.K.S. Letlape fra Sør-Afrika ble valgt på Santiago-møtet i oktober 2005. På samme møte ble det vedtatt en resolusjon om genetikk og medisin, resolusjon om legemiddelsubstitusjon og en resolusjon om medisinske ansvarsreformer. Forøvrig arbeides det med å finne et godt økonomisk fundament for organisasjonen for å gjøre den uavhengig av sponsorinntekter.

## 2        **Inntekts- og arbeidsforhold**

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

### 2.1        **Prinsipp- og arbeidsprogrammet**

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-05 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 lønsvilkårene 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

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

Det ble i forbindelse med det krevende forhandlingsforløpet med NAVO avtalt at partene sammen skal utvikle nye lønssystemer som belønner kompetanse, innsats mv. Arbeidet vil bli igangsatt i 2006. Legeforeningen har bistått lokale tillitsvalgte i forhandlinger og gitt konkret veiledning for å utvikle individuelle avtaler som belønner kompetanse, ansvar, innsats og ledelse.

#### 2.1.2        **Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønn- og arbeidsvilkår**

I perioden har man i NAVO og HSH området oppnådd at kvinner som har svangerskapspermisjon får tiden regnet med i opptjeningstiden for plassering i kategori B og C. Det er tatt et initiativ internt med sikte på å igangsette ulike tiltak for å nå større grad av likestilling.

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

Dette gjelder først og fremst medlemmer i det statlige tariffområdet, og som i hovedsak er ansatt ved universitetene, helsetilsynet lokalt og sentralt, samt leger i statsforvaltningen forøvrig, eksempelvis overleger, bedriftsleger m.v. Legeforeningen har ved to anledninger krevd særskilt avsatte midler for de ovennevnte legene, uten å ha fått gjennomslag hos arbeidsgiver. Ved mellomoppgjøret vedtok sentralstyret å satse på avsetning til lokale forhandlinger under oppgjøret for 2005, slik at lønnsfastsettelsen blir individuell og at lønn dermed benyttes aktivt som personalpolitisk virkemiddel. Dette fikk vi ikke gjennomslag for. Det ble brudd i forhandlingene.

Arbeidskraftbehovet varierer geografisk, og det varierer innen de ulike virksomhetene. Sentral fordeling av lønnstillegg ville derfor ikke gi optimal effekt. Den fleksibilitet som partene legger opp til kunne etter Akademikernes mening best ivaretas gjennom lokale forhandlinger med en mindre vektlegging av generelle prosentvise tillegg. På vegne av alle medlemsforeninger krevde Akademikerne i mellomoppgjøret at lønnstillegg i årets tariffoppgjør fastsettes gjennom en fordeling mellom lokale forhandlinger og generelt prosentvis tillegg med andel på henholdsvis 80 – 20. Se for øvrig pkt. 2.3.2 om resultatet av mellomoppgjøret.

#### 2.1.4        **Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet**

Legeforeningen har mottatt enkeltsaker vedr. varsleres posisjon, noe som er fulgt opp konkret.

Legeforeningen har informert/undervist om ordningen med varsling i helsepersonelloven og betydning

av at det skapes trygghet for åpenhet om kritikkverdige forhold i helsetjenesten. Legeforeningen har støttet at det inntas en tilsvarende bestemmelse i ny arbeidsmiljølov.

### **2.1.5 Sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste gjennom oppgavefordeling skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger, herunder bedre rammevilkårene for legevakt**

Legeforeningen arbeider kontinuerlig for å sikre at privat praksis og offentlig drevet helsetjeneste skal utfylle hverandre etter både faglige og økonomiske vurderinger. Den nye fremforhandlede rammeavtalen for avtalespesialistene er et eksempel på dette arbeidet. I formålsbestemmelsen til avtalen er det tydeliggjort at de private avtalespesialistene skal være en viktig del av det total ressursgrunnlaget som gir best realisering i forhold til helsepolitiske mål. Videre er det innarbeidet en ordning (§ 5.3) som sikrer at innrapporterte opplysninger om ventetid gjøres tilgjengelig for befolkningen gjennom kontoret for fritt sykehusvalg. Sykehusene oppfordres til å henvise pasienter til nærliggende privat avtalespesialist for å avhjelpe ventetid. I avtalens § 6.1 er det nedfelt at det skal være en hensiktsmessig samhandling mellom avtalespesialisten og sykehuset i forbindelse med behov for utredning/behandling av pasienter som har ventet lenge. Med hensyn til opplæring, kunnskaps- og kompetanseutvikling er det flere bestemmelser (§ 7) som sikrer kompetanseutvikling mellom det offentlige og private helsevesen.

Det vises til punkt nedenfor om rammeavtalen.

Praksiskonsulentordningen som ble fremforhandlet i 2005, skal bidra til bedre samhandling mellom næringsdrivende fastleger og offentlige helseforetak. Målet blir å etablere gode rutiner og ordninger for samhandling og logistikk. Det vises til punkt nedenfor.

Interkommunal legevaktordning har vært et sentralt tema i ulike møter med staten, og legeforeningen har vært pådriver for å finne gode løsninger. Det ble i 2005 sluttført et prosjekt om ny legevaktorganisering, se pkt. 2.12. Denne rapporten danner grunnlaget for Legeforeningens politiske arbeid med legevakt.

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

Det arbeides kontinuerlig med å utvikle de juridiske tjenestene for de privatpraktiserende legene, herunder også når det gjelder legen som arbeidsgiver. Det mottas et stort antall enkelthenvendelser fra leger som ønsker bistand i forbindelse med oppsigelse av hjelpepersonell, sammenslåing av praksiser, oppløsning av praksiser, tolkning av avtaler med kommune/RHF mv.

I 2005 ble det sluttført et prosjektarbeid: veiledning for etablering av privat praksis og valg av selskapsform, herunder standardavtaler for de ulike selskapsformer. Informasjonen er lagt på Legeforeningens nettside.

I 2005 ble det igangsatt arbeid i forbindelse med den nye loven om obligatorisk tjenstepensjon, som i utgangspunktet gjelder alle ansatte. Loven innebærer at leger som er arbeidsgivere må inngå avtale med leverandør av pensjonstjenester. Arbeidsgiver må senest innen utgangen av 2006 ha etablert en slik pensjonsordning, med økonomisk virkning fra 1.7. 2006. Legeforeningen vil sammen med Akademikerne søke å fremforhandle en kollektiv rammeavtale som skal tilfredsstillere lovens krav, og som de aktuelle legene (arbeidsgiverne) kan benytte i form av en tilslutning til denne avtalen. Hensikten er å fremforhandle så gode vilkår som mulig, og samtidig forenkle legenes arbeid med ordningen.

I 2005 ble det igangsatt et arbeid for å yte juridisk bistand hvor hjelpepersonellet fremsetter ønske om tariffavtale. Det forventes at det i økende utstrekning blir krav om tariffavtaler for hjelpepersonell i privat legepraksis.

Legeforeningen har utarbeidet informasjon om diverse regler som gjelder i forholdet mellom privatpraktiserende leger og trygden. Dette gjelder bl.a. foreldelsesregler for refusjonskrav mot trygden, om legers plikt til utlevering av journalopplysninger til trygden og legers ansvar for tilbakebetalingskrav fra Rikstrykdeverket når hjemmelshaver har arbeidet i samme tidsrom som vikar. Se forøvrig punkter nedenfor om privat praksis.

## **2.2 Forhandlingsorganisasjonen**

Legeforeningens forhandlingsorganisasjon er bygget opp i samsvar med den arbeidsdeling som er etablert gjennom Akademikernes forhandlingsorganer og Legeforeningens organer.

Regelverket er både i Akademikerne og i Legeforeningen, ved eget forhandlingsreglement. I Akademikerne Helse har Legeforeningen flertall, men avgjørelser bygges som hovedregel på konsensusprinsippet. Forhandlings- og helseerettsavdelingen har forankret de mange årlige forhandlingsforløp for fastansatte leger og næringsdrivende leger med offentlig avtale.

## **2.3 Generelt om inntekts - og arbeidsvilkår**

### **2.3.1 Forhandlings situasjonen i 2005**

Det har vært et svært krevende år for Legeforeningen med hensyn til forhandlinger for fastansatte leger og for næringsdrivende med offentlig avtale.

NAVO-forhandlingene tok totalt 19 måneder, og ble først avsluttet i desember. NAVO-forhandlingene tok en uventet vending i september med avsløring av hemmelige protokoller som etter sin ordlyd forpliktet de øvrige akademikerorganisasjonene og Legeforeningen (selv om NAVO ikke fikk medhold i arbeidsretten for at disse var bindende). Dette fikk store konsekvenser for interne forhold og for hvordan forhandlingene ble avsluttet.

De hemmelige protokollene medførte store konsekvenser for tilliten og samarbeidsrelasjonene mellom forhandlingspartene: Akademikerne Helse/Legeforeningen og NAVO – og for samarbeidsrelasjonen innad i Akademikerne. Innad i Akademikerne har det vært ulike tiltak og drøftinger med sikte på å dempe skadevirkningene. Det har ført til krav om betydelig gjennomsiktighet i forhandlingsarbeidet med økt vekt på å formalisere samhandlingen. Legeforeningen har arbeidet aktivt med hensyn til å identifisere utfordringene i forholdet til NAVO og foreslått konkrete tiltak for å dempe konfliktnivået, blant annet et partssammensatt forum for tvisteløsning.

Det langvarige forhandlingsforløpet med NAVO fikk overslag på forhandlingene i HSH området som først ble gjenopptatt etter at meklingen i november var sluttført. Det ble inngått særavtale i desember.

Når rammeavtalen for fastlegeordningen i KS skulle forhandles (Kommuneavtalen), ble det fra KS side brudd etter kort tid. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal forberede en ny forhandlingsrunde med KS.

Normaltariff-forhandlingene ble utfordrende med hensyn til at det i statsbudsjettet for 2005 var vedtatt at egenandeler for undersøkelser og behandling hos lege skulle økes med 8 % fra 1.7. 2005. Økningen var betydelig sett i forhold til at det i praksis ikke kom friske midler inn i oppgjøret, slik at det også dette året ble meget problematisk å få innplassert egenandelsøkningen i takstsystemet. I takstforhandlingene hadde staten gått ut med et krav om kutt i legers takster og tilskudd. Resultatene fra inntekts- og kostnadsundersøkelsen for privatpraktiserende allmennleger og spesialister som ble gjennomført i 2004 på basis av inntekter og kostnader for kalenderåret 2003, ble aktivt benyttet av staten.

I starten av 2005 ble det fremforhandlet en sentral avtale om praksiskonsulentordningen som kan være ett av flere virkemidler for å bedre samhandlingen mellom nivåene i helsetjenesten.

I desember 2005 ble det fremforhandlet en ny rammeavtale for avtalespesialister etter et langt forarbeid med utredning og drøfting av vesentlige temaer for ordningen.

Øvrige forhandlingsforløp og resultatene av forhandlinger er omtalt nedenfor.

### **2.3.2 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger**

Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis NAVO, KS/Oslo kommune, Stat og HSH. 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. For øvrig er det ikke foretatt endringer i andre regler som regulerer foreningens forhandlingsvirksomhet.

Forhandlingsdelegasjon NAVO helse hadde frem til 1.9. 2005 følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder), Lars Eikvar, Of, Hilde Engjom, Ylf og Geir Ketil Røste, Of. Fra 1.9. 2005 ble Hans Kristian Bakke erstattet med Torunn Janbu som ny leder. Hilde Engjom ble erstattet av Per Meinich som er ny leder av YLF. Geir Ketil Røste er erstattet av Hans Petter Næss, Of. Asle Medhus er erstattet av Bård Lilleeng, Ylf.

Forhandlingsutvalg for tariffområdet HSH hadde frem til 31.12. 2005 følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder) (frem til 1.9. 2005), Torunn Janbu (fra 1.9. 2005), Arne Refsum, Of og Ole Jacob Nilsen, Ylf (frem til 1.9. 2005), Per Meinich, Ylf (fra 1.9. 2005).

Forhandlingsutvalg tariffområdet Stat hadde frem til 31.12. 2004 følgende sammensetning: Hans Kristian Bakke (leder) (frem til 1.9. 2005), Torunn Janbu (fra 1.9. 2005), Per Helge Måseide, Legeforeningens representant i Akademikerne Stat (frem til 1.9. 2005), Helge Bjørnstad Pettersen, LVS, (frem til 1.9. 2005), Anna Midelfart, LVS (fra 1.9. 2005) Lars Eikvar, Of, Ketil Kongelstad, LSA.

Forhandlingsutvalg tariffområdet Kommunenes Sentralforbund / Oslo kommune hadde frem til 31.12. 2005 hatt følgende sammensetning. Hans Kristian Bakke (leder) (frem til 1.9. 2005), Torunn Janbu (fra 1.9. 2005), Legeforeningens representant i Akademikerne kommune, Svein Aarseth, Oslo legeforening (fra 1.9. 2005), Synne Torkildsen, Ylf (frem til 1.9. 2005), Christian Siva, Ylf (fra 1.9. 2005), Ole E. Strand, Aplf og Pål Kippenes, LSA.

Forhandlingsutvalg tariffområdet arbeidsmedisin fungerte frem til 31.12. 2005, etter sentralstyrevedtak, slik at sekretariatet innkaller representanter for Namf for å drøfte forhandlinger knyttet til lønns- og arbeidsvilkår for arbeidsmedisinerne.

For Norsk medisinstudentforening har det på samme måte vært søkt å ha kontakt med hensyn til utforming av kravene for bl.a. NAVO-sektoren.

### **2.3.3 Tariffutvalget for privat praksis**

Tariffutvalget besto fra 1.1. 2005 av Hans Kristian Bakke (leder), Ottar Grimstad (nestleder fra februar 2005), Anne Mathilde Hanstad (til februar 2005), 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, Jonas Arve Kristiansen (vara), Synne Torkildsen, Ylf, og Ingvild Brunborg (vara).

Tariffutvalget for privat praksis hadde fra 1.9. 2005 og frem til 31.12. 2005 følgende sammensetning: Torunn Janbu (leder), Ottar Grimstad (nestleder), Jan Emil Kristoffersen, Aplf, Ole Strand (vara), Bente Bjørnhaug Pedersen, Aplf, Eli Øvstedal (vara), Ernst K. Horgen, LSA, Ola Jøsendal (vara), Ove Andreas Mortensen, PSL, Arne Eidvinson (vara), Harald Guldsten PSL, Truls Disen (vara), Jonas Arve Kristiansen Of, Dag Rieve Kristiansen (vara), Christian Siva Ylf, Yngvid Alvik (vara). Det vært avholdt totalt seks møter i tillegg til møter i forhandlingsdelegasjonene. I tariffutvalget har det i tillegg til forberedelse av de ulike forhandlingsforløp, vært fokus på hvordan Normaltariffen kan utvikles.

### **2.3.4 Representasjon i Akademikernes organer**

Hans Kristian Bakke ble fra 22.10. 2002 valgt til nestleder i Akademikerne. Han trakk seg fra dette vervet høsten 2005. Torunn Janbu har vært valgt som ny representant i Akademikerne fra samme tid. For øvrig har Legeforeningen frem til 31.12. 2005 vært representert med følgende i Akademikernes seksjonsorganer: Akademikerne Helse ble ledet av forhandlingsdirektør Øyvind Sæbø inntil 13.9. Ny leder i Akademikerne Helse ble psykolog Rune Frøyland, med Torunn Janbu som nestleder. Legeforeningen er for øvrig representert ved Lars Eikvar og Per Meinich. I tillegg har Legeforeningens sekretariat deltatt i Akademikerne Helse. Legeforeningens sekretariat deltar uten tillitsvalgte i Akademikerne Kommune, Akademikerne Stat, Akademikerne Privat og Akademikerne frie yrker.

### **2.3.5 Avtalesamling**

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

For NAVO-helse er det utarbeidet særskilte 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.

### **2.3.6 Medlemsbrev/ elektronisk informasjon.**

Etter brudd i NAVO-forhandlinger i oktober er det i perioden sendt ut 14 nyhetsbrev for å holde tillitsvalgte fortløpende informert. Informasjonen er sendt hovedtillitsvalgte, tillitsvalgte og

foretakstillitsvalgte med varamedlemmer, styrene i fylkesavdelingene og yrkesforeningene, ledere av spesialforeningene, sentralstyret, Ylfs sekretariat og til utvalgte grupper i Legeforeningens sekretariat. Det er i perioden sendt ut ett medlemsbrev vedr. endringer i Normaltariffen og om resultatene av forhandlingene med staten, KS og RHFene. Medlemsbrevene er også lagt ut på Legeforeningens nettside. Presidenten sendte julebrev til medlemmer, der forhandlingssituasjonen var ett av flere temaer.

### **2.3.7 Bruk av Tidsskriftet**

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

### **2.3.8 Informasjon 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. I tillegg informeres det om Legeforeningens arbeid med andre spørsmål av høy aktualitet for medlemmer og veiledning om hvordan medlemmer bør forholde seg.

## **2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger**

### **2.4.1 NAVO**

Tariffområdet NAVO gjelder Legeforeningens medlemmer i helseforetakene (sykehusene), herunder tidligere rusinstitusjoner. Helseforetakene representerer område 10 i NAVO systemet, som i tillegg har områdene 1-9. Det er vesentlig for Akademikerne Helse og Legeforeningen å understreke at område 10 skiller seg fra øvrige områder ved at det i stor grad er underlagt nasjonale interesser og styring.

### **Forhandlinger om overenskomst per 1.4. 2004**

Forhandlinger om 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 flyttet reguleringsnivået for en rekke sosiale bestemmer ned på et lavere nivå i avtalehierarkiet. Partene hadde avtalt å utsette dette vanskelige forhandlingstemaet til de avsluttende forhandlinger. Forhandlingene om legenes spesifikke lønns- og arbeidsvilkår (overenskomstens del A2) skulle ha startet tidlig i januar 2005.

Forhandlingene ble imidlertid utsatt i påvente av nedsetting av ulike arbeidsgrupper. En arbeidsgruppe skulle se på økonomi og tall for legelønn for foregående år. Deretter ble det nedsatt arbeidsgrupper som skulle se på arbeidstid, tvistesaker (tre hovedspørsmål om ledige vakter, sikringsbestemmelsen og lønnsystem) og generelt på A2-tekstelementer.

Forhandlingene viste seg å bli svært kompliserte og først 12.5. 2005 kunne partene undertegne endelig A2-protokoll. Partene ble enige om å prolongere A2 og protokollen fra foregående tariffperiode. Lønnsoppgjør skulle i sin helhet foretas lokalt for både overleger og underordnede leger. Sosiale bestemmelser var protokollert som utestående spørsmål i A1 protokollen fra desember, noe som ble gjentatt i A2-protokollen. Sosiale bestemmelser skulle sluttforhandles i de avsluttende sentrale forhandlinger. Samme dag ble det inngått fire protokoller, to offisielle og to hemmelige. De hemmelige protokoller tok stilling til hvordan sosiale bestemmelser skulle reguleres og var således i motstrid med de offisielle.

De lokale B-delsforhandlingene startet i mai 2005 med avslutning juni 2005. Ved forhandlingsfristen utløp var det hele 16 foretak med lokale brudd tross bistand fra sentrale parter. Det ble gjennomført avsluttende sentrale forhandlinger for disse 16 bruddene i slutten av august 2005.

Ved Legeforeningens sentralstyrebehandling av forhandlingsresultatet i møte 30.8. 2005, ble det redegjort for at det gjennom en forhandlingsløsning ikke var mulig å beholde sosiale bestemmelser på A1-nivå. Legeforeningens sentralstyre vedtok å kunne godta en skisse til forhandlingsløsning, som bl.a. kunne innebære at de ikke lovbestemte sosiale bestemmelsene ble regulert i Overenskomstens del A2 (sentral avtale mellom NAVO og Legeforeningen) dersom det ble konsensus i Akademikerne Helse.



### **Hemmelige protokoller**

NAVOs leder gjorde det kjent for Legeforeningens ledelse den 9.9. 2005, at det fantes to underskrevne hemmelige protokoller mellom NAVO og Legeforeningen fra 12.5. 2005, underskrevet av tidligere president og forhandlingsdirektør på vegne av henholdsvis Legeforeningen og Akademikerne Helse. Protokollene gjaldt Akademikerne Helse/NAVO og Legeforeningen/NAVO vedrørende reguleringsnivået for de sosiale bestemmelser. I disse protokollene fremgikk det at reguleringsnivået skulle være på A2 for Legeforeningen og det konstateres at de øvrige organisasjonene i Akademikerne Helse ville akseptere en tilknytning til Legeforeningens sosiale bestemmelser i Legeforeningens A2, men slik at de sosiale bestemmelser skulle tas inn i B-dels avtalene. Påfølgende uke avsluttet forhandlingsdirektøren sitt arbeidsforhold til Legeforeningen og ny forhandlingsdirektør ble konstituert.

Det nye sentralstyret (fra 1.9. 2005) forholdt seg til de offisielle protokoller fra 12.5. 2005 og så således se bort fra de hemmelige protokoller, datert samme dag. Det medførte at Akademikerne Helse ble stevnet for Arbeidsretten av NAVO, men NAVO vant ikke frem. Den hemmelige protokollen som regulerer de andre akademikergruppene har gitt Legeforeningen utfordringer i samarbeidet innad i Akademikerne, noe det har vært arbeidet målrettet med hele høsten. I midten av desember var det heldags evaluering av arbeidet i Akademikerne Helse, der ettervirkningene av de hemmelige protokoller hadde en sentral plass.

### **Forhandlingsbrudd**

Forhandlingene med NAVO brøt sammen 11.10. 2005. Akademikernes krav var i hovedsak knyttet til hvor sosiale bestemmelser skal være regulert, dvs hvor bestemmelser om pensjon, yrkesskade, rettigheter til lønn under sykdom, syke barn m.v., svangerskap, fødsel og militærtjeneste skal forhandles. I tillegg var det også gjenstående spørsmål fra de lokale overenskomstforhandlingene (16 uenighetsprotokoller for Legeforeningen og 10 for øvrige Akademikere).

Akademikerne krevde at sosiale bestemmelser skulle forhandles på et nasjonalt nivå og være felles for alle helseforetakene. For Legeforeningens bruddprotokoller ble det krevd en prolongasjon av gjeldende B-del med mindre partene var enige om annet. Økonomien ble akseptert, men med krav om sentral fordeling av de lokale rammene.

### **Konfliktberedskap**

Det ble i forbindelse med bruddet nedsatt et Konfliktberedskapsutvalg i Akademikerne (KBU-helse) og tilsvarende i Legeforeningen. Konfliktberedskapsutvalget i Legeforeningen besto av Lars Eikvar og Per Meinich. Det ble gjennomført forberedende konfliktberedskap i en rekke helseforetak.

### **Mekling og arbeidsrettssak**

Det ble gjennomført mekling i Riksmeklingsmannens lokaler i perioden 20.10. - 9.11. 2005. Meklingen ble avbrutt ved at NAVO stevnet Akademikerne for Arbeidsretten med påstand om brudd på fredsplikten. Det ble begrunnet med at Akademikerne Helse var bundet av de hemmelige protokoller.

Riksmeklingsmannen frist for avslutning av meklingen i påvente av rettssaken ble utsatt til mandag 7.11. 2005 kl 2400. Dette innebar at datoen for mulig streik ble satt til 8.11. 2005 kl 0000.

Arbeidsretten behandlet tvisten 24. - 25.10. 2005. Akademikerne ble frifunnet for NAVOs påstand om at det var inngått bindende tariffavtaler, i dette spørsmålet var dommen enstemmig (sju dommere som mente at de hemmelige protokoller ikke var bindende). Når det gjaldt spørsmålet om brudd på fredsplikten ved å varsle plassoppsigelse for sine medlemmer, ble dommen avsagt med fire mot tre stemmer. Mindretallet la til grunn en fortolkning av sentralstyrets vedtak av 30.8. Meklingen startet igjen torsdag 3.11. 2005 kl 1000, og etter en krevende meklingsprosess på ti timers overtid - ble partene enige om å godta et meklingsresultat. Overenskomstens varighet er fra 1.1. 2005 og til 31.12. 2006.

### **Overenskomstens del A1**

De sosiale bestemmelser ble sikret videreført i overenskomstens del A1. Disse bestemmelsene skal dermed fortsatt forhandles nasjonalt og være felles for samtlige akademikere. Partsforholdet skal være mellom NAVO og Akademikerne Helse. Alle lønnstillegg avtalt i helseforetakene skal gjøres gjeldende fra 1.1. 2005 med mindre partene lokalt hadde avtalt andre tidspunkt i de allerede inngåtte B-delsoverenskomster med enighet.

### **Partssammensatt arbeid om forhandlingsordningen m.v.**

Det er forutsatt at NAVO og Akademikerne innen 28.2. 2006 skal ha gjennomgått hvordan forhandlingsmodellen (med A1, A2 og B-del) har vært brukt i perioden 2002-05, og at denne gjennomgangen skal danne grunnlag for å finne frem til de behov som gjelder for foretakene (overenskomstområde 10 - helse).

### **Behandling av sosiale bestemmelser**

Det er forutsatt i meklingsmannens møtebok at spørsmål knyttet til sosiale bestemmelser skal behandles etter at gjennomgangen av forhandlingsordningen er sluttført. Videre at sosiale bestemmelser skal være felles for alle hovedsammenslutningens medlemsorganisasjoner. Det er lagt opp til en felles prosess med samtlige hovedorganisasjoner (LO-stat, UNIO, YS og SAN).

### **Overenskomstens del A2**

Gjeldende overenskomst del A2 med protokoll ble videreført med enkelte mindre endringer.

Det ble avtalt partssammensatt arbeid knyttet til arbeidstidsbestemmelsene. Det ble avtalt at ledige vakter lokalt skal beregnes på grunnlag av basislønn og at sikringsbestemmelsen utgår.

Leger under spesialisering som er borte - har fravær fra arbeidet som følge av svangerskap, fødsel eller adopsjon - skal gis et lønnstillegg tilsvarende det kategoriopprykk de ville fått dersom de var i jobb. Tillegget gis som et personlig tillegg. Forutsetningen er at ingen skal tape på å ha fravær som nevnt.

### **Overenskomstens del B / B-deler med enighet**

Ved de helseforetakene hvor det forelå enigheter om B-delen, ble disse godkjent uten endringer. Tillegg skulle utbetales fra 1.1. 2005 med mindre det uttrykkelig var avtalt annet.

### **B-deler med uenighet**

Ved helseforetak hvor det forelå uenighet om B-delen (16 helseforetak), ble det fastsatt en lønnsramme for hvert enkelt helseforetak i meklingen. Alle lønnstilleggene skulle utbetales fra 1.1. 2005. På bakgrunn av Riksmeklingsmannens møtebok skulle det gjennomføres lokale drøftinger i samtlige helseforetak hvor det før meklingen var uenigheter om overenskomstens del B. Drøftingene er gjennomført, og det er nå undertegnet avtaler i alle helseforetak.

Det er imidlertid oppstått uklarheter og uenighet knyttet til virkningstidspunktet og hvilke leger som er omfattet av overenskomsten. I desember ble det avholdt et formelt tvistemøte mellom NAVO og Akademikerne Helse om temaet, og hvor partene konstaterte at de ikke er enige om forståelsen. Tvisten om forståelsen av Riksmeklingsmannens møtebok må derfor løses av Arbeidsretten. Legeforeningen er delegert fullmakt fra Akademikerne til å håndtere denne tvisten.

### **Oppsummering av lønnsoppgjøret 2004/2005**

Det var viktig å sikre forhandlingsordningen og at de sosiale bestemmelser fortsatt skulle være hjemlet i overenskomstens A1. Dette ble det viktigste saken i hovedoppgjøret. Lønnsoppgjøret for legene ga for perioden 2004 til 2005 generelt et dårlig resultat, selv om det er enkelte foretak som har fått en akseptabel ramme.

### **Forhandlinger i annet avtaleår**

Det skal i avtaleperioden tas opp forhandlinger om lønnsreguleringer for annet avtaleår. I tillegg skal eventuelle endringer i de sosiale bestemmelser behandles. Lønnsreguleringene i annet avtaleår skal gjøres gjeldende fra 1.1. 2006 med mindre partene lokalt avtaler annet.

### **Tvistesaker med NAVO**

I tillegg til tvisten om virkningstidspunktet, foreligger det fortsatt andre uløste tvistesaker knyttet til forståelsen av overenskomstens del A2 og enkelte B-deler. Disse vil bli fulgt opp og vurdert i 2006. Et generelt problem er at tvister om sentrale avtaler skyves ned lokalt. Legeforeningen igangsetter flere tiltak for å oppnå en bedre håndtering av slike spørsmål.

### **Partsammensatt forum for tvistesaker**

Legeforeningen tok i desember initiativ for at det opprettes et forum mellom sentrale avtaleparter for å løse tolknings spørsmål knyttet til sentrale avtaler. Det ble sendt brev fra Akademikerne Helse/Legeforeningen til NAVO 23.12. 2005.

### **Øvrige yrkesgrupper i helseforetakene**

De andre yrkesgruppene i helseforetakene gjennomførte i 2005 mellomoppgjør. 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.

### **Pensjon**

Det var nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å vurdere fremtidig pensjonsordning, jf. bestemmelser om dette i overenskomstens del A1 for perioden 1.1. 2003-30.4. 2004. Arbeidet ble startet våren 2004, men uten at dette ble avsluttet før forhandlingene om ny overenskomst startet. Etter mekling for øvrige organisasjoner (LO-stat, UNIO og YS) ble det etablert et nytt pensjonsutvalg. Det skal igangsettes et arbeid for å vurdere helseforetakene som eget pensjonsområde innen KLP.

## **2.4.2 Staten**

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, i helsetilsynet lokalt og sentralt samt statsforvaltningen for øvrig. 2005 var et mellomoppgjør og Akademikerne Stat krevde at lønnstilleggene i tariffoppgjøret fastsettes med en fordeling der 80 % går ut lokalt, og 20 % gis som generelt, prosentvist tillegg. Kravet ble overlevert staten da årets mellomoppgjør startet 20.4. 2005. Partene hadde frist til 29.4. 2005 kl 2400 med å bli enige.

Akademikerne mente at forhandlinger mellom tillitsvalgte og arbeidsgiver lokalt var det som best ivaretar hensyn til behovene i den enkelte statlige virksomhet. Lønnsforhandlinger er et personalpolitisk virkemiddel. Det ble vist til at lønnsnivået for akademikerne ligger 30 % under lønnsnivået i privat sektor og at dette måtte få betydning for profilen i årets lønnsoppgjør.

Tilbudet fra staten innebar at alle trinn på A-tabellen fra ltr 1 t.o.m. ltr 34 får kr 4 000 og at det f.o.m. ltr. 35-86 gis 1 ltr til alle. Det ble ikke avsatt noe til lokale forhandlinger. Dette ga en profil på oppgjøret som var umulig å akseptere. Da det skriftlige tilbudet endelig kom, var innholdet helt motsatt av det klare signalet som ble gitt under forhandlingene, og som ga grunnlag for at resultatet kunne bli annerledes.

Partene kom ikke til enighet og Akademikerne Stat besluttet kvelden 29.4. 2005 å bryte tariffforhandlingene med staten.

Rett etter midnatt 26.5. 2005 la Riksmeklingsmannen frem en skisse til løsning i tariffoppgjøret mellom Akademikerne Stat og staten, som begge parter aksepterte.

Riksmeklingsmannens møtebok ga statsansatte medlemmer av Akademikernes medlemsforeninger ett lønnstrinn i tillegg fra 1.5. 2005 og omfatter 30 000 statsansatte, tilsvarende det som ble gitt for øvrige grupper i staten. Staten og Akademikerne Stat satt ned en arbeidsgruppe som skulle fremme forslag til endringer i dagens forhandlingssystem for Akademikernes medlemmer. Det unike med denne arbeidsgruppen var at den bare gjaldt Akademikerne og forutsatte forankring i ledelsen i departementet. Dette ga grunnlag for å håpe på en reell påvirkning med hensyn til å endre det rigide forhandlingssystemet i staten. Gruppen har frist frem til 1.3. 2006 med å utarbeide forslagene som så vil bli fulgt opp i hovedtariffoppgjøret for 2006. Denne løsningen kan gi viktige signaler frem mot hovedtariffoppgjøret.

## **2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)**

Legeforeningens medlemmer i KS er nå hovedsakelig kommuneleger og turnusleger.

I kommunelegeavtalens pkt. 3.1 ble det i 2004 avtalt følgende protokolltilførsel:  
”Det er behov for å drøfte hvordan ansvar og beredskap knyttet til lovpålagte samfunnsmedisinske oppgaver i kommunen ivaretas. Dette gjelder blant annet innen smittevern, psykisk helsevern, katastrofeberedskap og miljørettet helsevern, jf. blant annet St.meld. nr 16 (2002-2003). Partene er enige om å nedsette et partsammensatt utvalg som skal legge frem en vurdering av problemstillingene innen 1.5. 2005. Staten inviteres til å delta. Partene skal møtes innen 1.7. 2005 for å drøfte eventuelle avtalemessige konsekvenser.”

Utvalget avga i mai 2005 sin innstilling, men det har ikke vært avholdt noe møte mellom partene. Utvalgets innstilling tas med som en del av grunnlaget for forhandlingene ved revisjon av avtalen per 1.7. 2006.

Det har også i 2005 vært gjennomført lokale lønnsforhandlinger i kommunene. Tilbakemeldingene til sekretariatet er for få til at man kan ha noe holdbart grunnlag for en fullverdig analyse, men det generelle inntrykk er fortsatt at legene er tjent med lokal lønnsfastsetting.

#### **2.4.4 Oslo kommune**

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

Det ble ikke gjennomført lokale forhandlinger i Oslo i 2005. Alle tillegg ble gitt som tillegg på lønnstrinnene. Det var flere konflikter om avlønningen for legegrupper på Oslo Legevakt som følge av ensidige reduksjoner i tillegg. Legeforeningens var sterkt involvert i disse konfliktene som ble løst gjennom inngåelse av nye avtaler.

#### **2.4.5 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 og innen familierådgivning, mens hovedtyngden av medlemmene er ansatt ved private sykehus.

I HSH forventet man resultatene av NAVO-forhandlingene. Det ble derfor ikke inngått ny særavtale før i desember 2005. Avtalen er i hovedsak en videreføring av de tidligere bestemmelser, men setter tidsfrister om at lokale forhandlinger med virkning fra 1.1. 2005 skal være gjennomført innen utgangen av februar 2006. Lokale forhandlinger med lønnsvirkning fra 1.1. 2006 skal være gjennomført innen 1.5. 2006. "Leger under spesialisering (LUS)" ble endret til "Leger i spesialisering (LIS), og LIS fikk medregnet svangerskapspermisjon som opptjent tid, slik at de vil få kategoriopprykk som om de var på jobb i denne tiden.

### **2.5 Revisjon av særavtaler**

Det er ingen revisjon av særavtalene med KS og Oslo kommune i 2005.

## **2.6 Hovedavtalene**

### **2.6.1 Forhandlingene om revisjon av hovedavtalene fortsetter i 2006**

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

#### **2.6.2 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. Oslo kommune vant arbeidsrettssaken, og det ble ingen avklaring på hovedavtalespørsmålet for Oslo kommune for Akademikerne.

#### **2.6.3 NAVO**

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.

## **2.7 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene**

På Legeforeningens landsstyremøte i 2005 ble det under behandlingen av Prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2006-2007 vedtatt at foreningen skal styrke og forbedre rekrutteringen av lokale tillitsvalgte.

Sentralstyret vedtok i sak 288/05 å opprette en prosjektgruppe med formål å gjennomgå og vurdere organiseringen av Legeforeningens tillitsvalgtapparat på de enkelte arbeidssteder innenfor ulike tariffområder og rapporteringsrutiner ved valg av tillitsvalgte. Prosjektgruppen skal presentere resultatet av sitt arbeid i en prosjektrapport.

Administrative omorganiseringer i foretakene har i perioden medført særskilte utfordringer når det gjelder tillitsvalgtstrukturen i helseforetakene. Mens det tidligere var hovedtillitsvalgte for overordnede og underordnede leger ved det enkelte sykehus, er det etter dagens system slik at når et helseforetak består av flere sykehus, er en av de hovedtillitsvalgte for henholdsvis overordnede og underordnede leger også foretakstillitsvalgt. Det har enkelte steder vist seg vanskelig å få møte arbeidsgiver med flere representanter enn foretakstillitsvalgte. Brede representasjon må i større grad nedfelles i lokale avtaler med arbeidsgiver om organiseringen av tillitsvalgtordningen i foretaket. Det har videre vist seg å være et økt behov for et mer forpliktende internt samarbeid mellom Legeforeningens tillitsvalgte i helseforetakene.

Avdelingsorganisering på tvers av sykehus eller organisering i faggrupper, stiller også krav til Legeforeningens tillitsvalgtstruktur på underliggende nivåer for at medbestemmelse og medinnflytelse på alle nivåer i virksomheten skal kunne realiseres i tråd med hovedavtalens bestemmelser.

## **2.8 Privat spesialistpraksis med driftstilskudd**

### **2.8.1 RHF som avtalepart – oppsigelse av rammeavtale**

Driftsavtaler for privat spesialistpraksis og aksept for de private spesialistenes plass i det offentlige helsetilbudet, har vært viktige temaer for Legeforeningen. Med Rammeavtalen av 2003 falt noen brikker på plass. Rammeavtalen ble ikke sagt opp av Legeforeningen eller de regionale helseforetak (RHFene) innen fristen 30.9. 2004, og gjaldt dermed ut 2005. Partene sa imidlertid opp avtalen september 2005.

### **2.8.2 Krav om vesentlige endringer i avtaleordningen**

Legeforeningen ble allerede i mai presentert for store utfordringer knyttet til avtaleordningen. RHF ønsket tidsbegrensede avtalehjemler som hovedordning. Det ble også varslet ønske om flere styringsmuligheter knyttet til driftstilskuddet. Det var drøftinger mellom partene for å klargjøre vanskelige problemstillinger, for å motvirke at grunnleggende forhold i ordningen ble satt på spissen under forhandlingene. I tillegg til RHFenes varslede krav om betydelig økt bruk av midlertidige hjemler (midlertidighet som hovedregel), betydelige styringsinstrumenter for RHFene mht. den enkelte praksis, ble det krevd en nedgradering av rammeavtalens status som viktig reguleringsinstrument for rammevilkår i privat spesialistpraksis, til fordel for økt spillerom for RHFene ved utforming av de individuelle avtaler. For Legeforeningen var det viktig at RHF tok et større ansvar med hensyn til å benytte avtalespesialister i den samlede spesialisthelsetjeneste, i tillegg til tiltak som skulle øke den næringsdrivendes forutsigbarhet i avtalepraksis.

### **2.8.3 Ny rammeavtale fremforhandlet 9.12. 2005**

Det ble derfor i desember 2005 forhandlet om ny rammeavtale og individuell avtale for private avtalespesialister. Partene kom til enighet om ny avtale den 9.12. 2005. Bl.a. ble hovedregel om tidsbegrensede hjemler beholdt, og også rammeavtalens viktige funksjon mht. regulering av legenes rettigheter på overordnet nivå. RHFene er imidlertid gitt noen flere styringsmuligheter enn tidligere, noe som viste seg å være helt nødvendig for å komme i mål med forhandlingene. Det må likevel bemerkes at styringsinstrumentene synes rimelige og hensiktsmessige ut fra et helhetlig samfunnsperspektiv, og at de ble langt mindre omfattende enn RHFene opprinnelig hadde tenkt seg. Samtidig kan de bidra til å utvikle avtalepraksis i en ønsket retning.

### **Protokoll med viktige føringer**

Det ble videre utarbeidet en protokoll, med flere viktige punkter, hvor det særlig kan bemerkes at pkt 4 i denne kan være et viktig ledd i Legeforeningens arbeid for å gjøre normaltariffen til et helsepolitisk virkemiddel. I tillegg var partene enige om å etablere såkalte omforente normtall innen medio januar 2006. Normtallene skal gi en indikasjon på om aktiviteten i den enkelte praksis er tilfredsstillende. En prinsipiell endring som kan nevnes, relaterer seg til oppsigelse fra RHFets side. Det nye er at alle henvisninger til arbeidsmiljøloven er tatt bort. RHFene argumenterte med at det dreier seg om næringsforhold, og ikke ansettelsesforhold. Dette ble et ganske omfattende tema i forhandlingene, som endte med at henvisningene ble tatt bort. I tillegg ble det laget et eget punkt om betydningen av fjerningen i protokollen. Protokollens ordlyd medfører at oppsigelsesvernet ikke kan sies å ha blitt svekket i nevneverdig grad. Fjerningen av henvisningene antas å ha betydelig større symbolverdi enn juridisk substans. Videre ble det oppnådd enighet om en ny standard individuell avtale som er direkte knyttet til rammeavtalen.

### **Tydeliggjøring av avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjensten**

Rammeavtalen av 2005 innbefatter en lang rekke endringer. RHFene har som nevnt fått en del styringsverktøy, hvor hensiktene bl.a. er å utnytte de samlede ressurser innen spesialisthelsetjenesten bedre. Det har også den side at avtalespesialistenes posisjon innen spesialisthelsetjenesten styrkes med den nye rammeavtalen, idet den innebærer en tydeliggjøring av avtalespesialistenes rolle i den totale spesialisthelsetjenesten.

### **Økt styring for RHF og styrkede rettigheter for avtalespesialisten**

Ser man bort fra RHFenes muligheter til økt styring av avtalespesialistenes virksomhet, er endringene for det alt vesentlige konstruktive med hensyn til å utvikle avtalepraksis. Det kan nevnes forbedringer i seniorordningen, klargjøring av rapporteringsplikter, tiltak som skal gjøre ledig kapasitet hos private avtalespesialister kjent innen ordningen med fritt sykehusvalg og forbedrede rettigheter i forbindelse med RHFene saksbehandling av hjemmelssaker. Tilpliktingsbestemmelsen er forhandlet bort og leger som allerede er tilpliktet har rett til å si opp tilpliktingstillingen. Samarbeidsutvalgenes funksjon er styrket i den forstand at utvalget skal involveres når RHFene planlegger ulike tiltak, rapporteringskapittelet i avtalen er strammet inn, og det er inntatt bestemmelser som skal gi legen tilbakemeldinger fra RHFet mht. innrapporterte data, økt rettssikkerhet ved at legen beholder driftsavtalen ved tap av autorisasjon dersom han klager på vedtaket om tilbakekall av autorisasjon, samt forbedrede rettigheter til fravær. Herunder kan særlig nevnes en form for "overlege-permisjon" som er en nyvinning.

### **Differensierte og økede beløp for innløsning av praksis**

Når det gjelder kompensasjon ved RHFenes disposisjoner over avtalehjemmelen som medfører at praksis ikke kan selges som forutsatt, er det innført differensierte beløp relatert til driftsklasse.

### **Varigheten på Rammeavtalen**

Partene ble enige om at avtalen bør gjelde for to år, dvs. at den tidligst løper ut 31.12. 2007.

## **2.9 Fastlegeordningen**

### **2.9.1 Endringer i kommuneavtalen**

Legeforeningen fremmet krav om klargjøring på en rekke punkter i rammeavtalen i fastlegeordningen (Kommuneavtalen), blant annet for på motvirke at vi fikk nye saker som Trondenes-saken. Endringer av rammeavtalen på de angjeldende punkter hadde vært drøftet i Legeforeningen over flere år, men først i 2005 ble det politisk flertall for å kreve endringer av rammeavtalen. Kravene innebar blant annet endringer av gjenværende legers posisjon ved tildeling av avtalehjemmel, for å motvirke påstander om motstrid med kommunehelsetjenesteloven. Det var også tiltak for å forbedre forutsigbarheten ved kjøp og salg av praksis.

Det ble tidlig brudd i forhandlingene om revidert avtale per 1.7. 2005. KS brøt etter ikke å ha fått

gjennomslag på en rett til å revidere de individuelle avtalene årlig. Legeforeningen kunne ikke akseptere at kontraktsinstituttet og forutsigbarheten i avtalene, ble svekket på denne måten. Det ble i forbindelse med bruddet bestemt at en parts sammensatt arbeidsgruppe skulle arbeide med de krevende problemstillingene høsten 2005 og frem til 28.2. 2006. Målet var å kunne oppnå enighet om lokale og sentrale tvisteløsninger og komme med anbefalinger om slike reguleringer i ny avtaletekst. Arbeidsgruppens arbeid er ikke avsluttet.

### **2.9.2 Endringer i avtalen med Oslo kommune**

Rammeavtalen for fastleger i Oslo ble ikke sagt opp av noen part. Avtalen er derfor ikke revidert i 2005.

### **2.9.3 Sentralt samarbeidsutvalg og Sentralt partssammensatt utvalg (Oslo)**

Det har vært avholdt ett møte i sentralt samarbeidsutvalg i 2005 med Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, RTV, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Aktuelle spørsmål knyttet til fastlegeordningen ble drøftet og elementer fra evalueringsarbeidet ble presentert. Legeforeningen tok opp forhold som bidrar til å undergrave ordningen.

### **2.9.4 Praksiskonsulentordningen**

Legeforeningen fremforhandlet rammeavtale om praksiskonsulentordning (PKO) med virkning fra 1.2. 2005. Formålet med PKO er å bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Nøkkelord for ordningen er: samarbeid, kvalitetsutvikling, helhetstenking, kommunikasjon og utvikling. Ordningen skal bidra til gode rutiner for samhandlingen mellom næringsdrivende fastleger og helseforetak.

De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenesten i sin region, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a, og er blant annet forpliktet til å sørge for helsetjenestetilbud ved helseforetakene og på private sykehus. Utvikling av god samhandling mellom de ulike nivåene i helsetjenesten utgjør en integrert del av denne forpliktelsen. PKO omfatter både funksjonen praksiskoordinator og praksiskonsulent. Praksiskoordinator kan også være praksiskonsulent.

Rammeavtalen danner grunnlag for inngåelse av individuelle avtaler mellom allmennleger og det enkelte helseforetak om oppdrag som praksiskonsulent og/eller praksiskoordinator når oppdraget utføres av allmennlegen som selvstendig næringsvirksomhet. I dette tilfelle regulerer rammeavtalen ansvar, oppgaver og vilkår mellom allmennleger og helseforetak. Individuell avtale om oppdrag som praksiskoordinator og/eller praksiskonsulent skal inngås i samsvar med vedlegg til denne avtale. Praksiskoordinator og/eller praksiskonsulent kan i stedet ansettes i helseforetaket, og det må da inngås individuell ansettelsesavtale mellom allmennlegen og helseforetaket. Rammeavtalen regulerer ikke innholdet av slike ansettelsesavtaler.

## **2.10 Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning**

I statsbudsjettet for 2005 var det vedtatt at egenandeler for undersøkelser og behandling hos lege skulle økes med 8 % fra 1.7. 2005. Økningen var betydelig sett i forhold til at det i praksis ikke kom friske midler inn i oppgjøret, slik at det også dette året ble meget problematisk å få innplassert egenandelsøkningen i takstsystemet. I takstforhandlingene hadde staten gått ut med et krav om kutt i legers takster og tilskudd. Bakgrunnen for kravet var resultatene fra inntekts- og kostnadsundersøkelsen for privatpraktiserende allmennleger og spesialister som ble gjennomført i 2004 på basis av inntekter og kostnader for kalenderåret 2003. Undersøkelsen viste etter staten vurdering, at legenes - særlig i privat spesialistpraksis - over tid hadde økt mer enn forutsatt i inntektsoppgjørene. Den økonomiske rammen partene til slutt greide å enes om, var 0,4 % påslag i takster og basistilskudd for allmennpraksis og redusert takst- og driftstilskuddsnivå i spesialistpraksis på 1,1 %. I allmennpraksis ble egenandelsøkningen gjennomført ved å omgjøre kr 25 av takst 2dd (spesialisttillegget) til egenandel. Dermed har det blitt differensiert egenandel i allmennpraksis. Spesialistene betalte reduksjonen av rammen og egenandelsøkningen ved å kutte i en rekke refusjonstakster.

### **2.10.1 Normaltariffen**

Konsekvensene av kombinasjonen stadig store økninger i egenandeler og minimale økonomiske oppgjør, har ført til at takstsystemet i stor grad ikke lenger ivaretar viktige hensyn i forhold til insentiv, idet leger

som skal forholde seg til en økonomisk virkelighet i stadig større grad tvinges til dårlige faglige valg på grunn av at takster ofte er under kostnad for prosedyren. Dette er gjentatte ganger tatt opp med myndighetene.

I tiden 1.1. 2005 til 31.12. 2005 er godkjent 113 leger for takst 707b og én lege for takst 129 d og e. Ingen leger er godkjent for takst 254/255 eller for takst 720a og b (702b og c).

### **Forhandlinger om takster og honorar**

Etter forhandlingene i 2004 var partene enige om å nedsette en arbeidsgruppe for å se på årsaksfaktorer til legers takstbruk og inntektsutvikling (IKU) for å vurdere om det er grunnlag for å se nærmere på Normaltariffens innretning og de ulike takstnivå. Gruppen avsluttet sitt arbeid i løpet av 2005, men den endelige rapporten fra gruppen foreligger ikke per 31.12. 2005.

Det ble gjennomført takstforhandlinger med virkning fra 1.7. 2005 med en økonomisk ramme på i prinsipp 0,4 %. Rammen innebærer en kostnadskompensasjon på 2 % og en inntektsøkning på 2,2 % fra 2004 til 2005 for leger i privat praksis. Staten viste imidlertid til SSBs kostnads- og inntektsundersøkelse og anførte at privatpraktiserende leger, særlig spesialistpraksis, allerede hadde tatt ut inntekstveksten gjennom endret takstbruk. Resultatet ble at spesialitetspraksis måtte tåle en reduksjon i takster og driftstilskudd på 1,1 %, mens allmennlegene fikk en økning på 0,4 %.

I sluttprotokollen for forhandlingene i 2005 uttrykker partene enighet om at det gjennom forhandlingene er tatt hensyn til innteks- og kostnadsundersøkelsen i 2003. Det innebærer at staten ikke kan komme med nye utspill basert på den. Staten forplikter seg dessuten til å samarbeide med Legeforeningen om det videre arbeidet med utvikling av interkommunale legevaktordninger. Staten har bedt SSB gjennomføre en forundersøkelse om økonomien i forbindelse med legevakt. Resultatene av undersøkelsen er ikke kjent per 1.1. 2006

### **Arbeid med å utvikle Normaltariffen**

I protokollen mellom de regionale helseforetakene og Legeforeningen ble det avtalt at begge parter skal arbeide for å utvikle Normaltariffen til et hensiktsmessig styringsverktøy for privat praksis. Det ble planlagt et prosjektarbeid i sekretariatet for å vurdere slike tiltak. Arbeidet igangsettes i 2006.

## **2.11 Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis**

### **2.11.1 Omsetning av privat praksis**

Omsetning av fastlegepraksis reguleres av rammeavtalen mellom KS og Legeforeningen og mellom Oslo kommune og Legeforeningen. Det har vært noe usikkerhet knyttet til omsetning av praksis etter at kriteriene for beregning av verdien ble fjernet fra 1.6. 2001. Legeforeningen gjennomførte i 2002 og 2003 et prosjekt for å identifisere utfordringer knyttet til salg av praksis. Konkrete problemstillinger ble drøftet internt, og det ble utarbeidet en veileder som ligger på nettsidene.

Omsetning av spesialistpraksis reguleres av rammeavtalen mellom RHFene og Legeforeningen, der kriteriene ble fjernet med ny avtale i 2003. I rammeavtale for avtalespesialister som ble fremforhandlet i 2005 er det inntatt en ny ordning med obligatorisk Nasjonal nemnd.

### **”Trondenes-saken”**

Legeforeningen ble høsten 2004 involvert i den såkalte Trondenes-saken. Saken gjaldt omsetning av fastlegepraksis, hvor fratredende lege ikke eide materielle verdier i sin praksis. Saken dreide 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 (ved formuleringen av gjenværende legers posisjon ved tildeling av avtalehjemmel) stred mot kommunehelsetjenestelovens intensjoner. Retten satte



rammeavtalens bestemmelser til side. Legeforeningen mente dette var feil og 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 rammeavtalen rettslige posisjon som en av fastlegenes viktigste avtaler.

Sentralstyret i Legeforeningen besluttet i 2004 at Legeforeningen skulle erklære hjelpeintervensjon til fordel for fratredende lege/selger for å ivareta Legeforeningens interesser i saken. Dommen ble påanket av selgende lege, og saken skulle behandles av Hålogaland lagmannsrett i løpet av 2005. Legeforeningen erklærte såkalt hjelpeintervensjon tidlig i 2005, hvor Legeforeningen bl.a. ville redegjøre for prinsipielle spørsmål mht. rammeavtalens rettslige forankring og hvorledes denne avtalen skal tolkes.

Saken ble forlikt, og saken hevet fra retten. Saken viser at ordningen med salg av praksis må følges opp nøye i årene som kommer, for å sikre at ordningen utvikles på en hensiktsmessig måte.

### **2.11.2 Leger og betalingsmislighold**

Legeforeningen har utarbeidet informasjon til medlemmene på Legeforeningens nettside om ulike problemstillinger knyttet til hvordan privatpraktiserende leger skal forholde seg til pasienters betalingsmislighold. Informasjonen er lagt ut på nettsidene.

### **2.11.3 Leger og markedsføring**

Legeforeningen har utarbeidet informasjon til medlemmene på Legeforeningens nettside om innholdet i forskrift om markedsføring av kosmetiske inngrep som trådte i kraft 1.7. 2005. Legeforeningen har også tilskrevet departementet, og anmodet om avklaring av noen fortolkningsspørsmål knyttet til enkelte bestemmelser i forskriften. Informasjonen er lagt ut nettsidene.

### **2.11.4 Næringsdrivende leger og valg av selskapsform**

Legeforeningen har gjennomført et prosjekt med vurdering av ulike selskapsformer for næringsdrivende leger og hvilke forhold som må vurderes før selskapsform velges. Det er utarbeidet generell informasjon til medlemmene på Legeforeningens nettside om valg av selskapsform i relasjon til de selskapsformene som er mest relevante i forhold til privat legepraksis. Det er videre utarbeidet eksempler på selskapsavtaler og internavtaler for selskapsformene ANS og DA. Eksemplene på avtaler inneholder kommentarer, blant annet for å synliggjøre en del av de overveielser de involverte selskapsdeltakerne bør gjøre i forbindelse med etablering i selskapsform. Eksemplene er knyttet opp mot rammeavtalene for henholdsvis fastlegeordningen og privatpraktiserende spesialister.

### **2.11.5 Overføring og sletting av pasientjournaler**

Legeforeningen har i 2005 mottatt flere henvendelser med spørsmål knyttet til overføring eller sletting av pasientjournaler i situasjonen hvor en pasient skifter fastlege eller en fastlege flytter fra gruppepraksis. Legeforeningen ser at det er store tekniske og praktiske utfordringer knyttet til de nye lov- og forskriftskrav som gjelder etter innføringen av fastlegeordningen. Legeforeningen har på denne bakgrunn kontaktet Helse- og omsorgsdepartementet med sikte på å få til en avklaring av de problemstillinger som foreligger på dette området. Ved utløpet av 2005 avventer Legeforeningen tilbakemelding fra departementet.

### **2.11.6 Merverdiavgift på omsetning i legers driftsselskap**

Legeforeningen har sammen med Tannlegeforeningen arbeidet med sikte på å oppnå endringer i unntaksreglene slik at så vel legers driftsselskaper, som utleie av kontorfasiliteter til kolleger i samme kontor som utleiende lege selv er aktiv deltaker, kommer inn under unntaksreglene. Stortinget har nå vedtatt at merverdiavgiftsloven § 5 b) 1. ledd, som gjør unntak fra merverdiavgift på omsetning av helsetjenester og helserelaterte tjenester, med virkning fra 1.3. 2006 skal utvides til også å gjelde der selvstendig næringsdrivende helsepersonell som driver sin virksomhet i kontorfellesskap, oppretter et felles driftsselskap. Unntaket skal etter utvidelsen også omfatte utleie av praksis mellom næringsdrivende der begge yter helsetjenester på vilkår som er nærmere angitt i forarbeidene. Endringene medfører at det ved utleie fra driftsselskap og utleie mellom næringsdrivende som oppfyller vilkårene for avgiftsfritak, ikke lenger vil være nødvendig å skille mellom avgiftspliktig virksomhet og virksomhet som er fritatt for avgiftsplikt.

### **2.11.7 Nye skatteregler og omdanning til AS og ny bokføringslov**

Leger som hadde planlagt omdanning fra vanlig enkelmannsforetak til AS burde ha gjennomført det i løpet av 2005, fordi skattereglene blir endret fra 1.1. 2006 slik at goodwill-verdien beskattes fullt ut som personinntekt. Den nye bokføringsloven som trer i kraft fra 1.1. 2006, tilsier at alle som driver legepraksis innen denne dato må anskaffe kassaapparat eller tilsvarende registreringsystem. De mest alminnelige dataprogrammene for legepraksis oppfyller imidlertid de kravene bokføringsloven stiller fra 1.1. 2006.

### **2.11.8 Konkurranserettslige spørsmål**

I 2005 har de regionale helseforetakene hatt flere utspill knyttet til legers adgang til bierverv med det uttrykte formål å begrense denne adgangen. Eksempelvis har Helse Øst RHF utarbeidet nye retningslinjer for praktiseringen av regelverket om bierverv. I retningslinjene er adgangen til å ta bierverv begrenset, slik at arbeidstakeren ikke skal ta arbeid/oppdrag for konkurrerende virksomhet, ikke ha eierandeler i konkurrerende virksomhet og ikke ha styreverv i konkurrerende virksomhet. I tillegg har RHF tatt inn retningslinjer for vurdering av anbud, der det reises spørsmål om private helsetjenester har ansatt leger som samtidig er ansatt i offentlige helseforetak.

Leger med bierverv har ofte bierverv i private sykehus eller i private institusjoner som tilbyr spesialisthelsetjenester, og Legeforeningen har tatt opp spørsmål om helseforetakenes adgang til å begrense legers adgang til bierverv med Konkurransetilsynet. Legeforeningen har bl.a. reist spørsmål om private leverandører av spesialisthelsetjenester faller inn under begrepet "konkurrerende virksomhet" i forhold til helseforetakene. Dersom Konkurransetilsynet anser slik virksomhet for konkurrerende, er det reist spørsmål om de regionale helseforetakene misbruker sin dominerende stilling ved som arbeidsgiver, å begrense de private aktørenes tilgang til spesialisert arbeidskraft, jfr. konkurranseloven § 11.

Per utløpet av 2005 er Legeforeningens henvendelser til Konkurransetilsynet ikke besvart, og Legeforeningen vil i 2006 følge opp arbeidet med å få avklart de ovennevnte spørsmål.

### **2.11.9 Klargjøring mht. hvem tilbakekrevingskrav skal rettes mot**

Legeforeningen arbeider jevnlig med tilbakekrevings saker for privatpraktiserende leger. Det er svært viktig at legene etterlever regelverket, men også at trygdens praktisering av regelverket er hensiktsmessig. Legeforeningen engasjerte seg i en tilbakekrevings sak hvor en øyelege hadde to vikarer i sin praksis. Vikarene arbeidet – iht. trygdens vurderinger - på en måte som var i strid med regelverket (refusjonsforkiften), men vikarene var uvitende om dette. Trygden fattet vedtak om tilbakebetaling. Normalt er det slik at de som fremsetter et krav om refusjon overfor trygden også hefter for at kravet er korrekt. I dette tilfellet krevde trygden tilbake over tre millioner kroner av de to vikarene. Vikarene søkte juridisk bistand. De fikk dette først av Legeforeningens sekretariatet, deretter gjennom Rettshjelpsordningen. I tillegg engasjerte Legeforeningen seg direkte overfor Rikstrygdeverkets ledelse på prinsipielt grunnlag. Hensikten var å få trygden til å endre sin noe rigide tilbakrevings praksis. Legeforeningen ønsket at trygden skulle vurdere hvem som hadde det reelle ansvaret for feilaktig fremsatte krav i forbindelse med tilbakekrevings saker, og ikke blindt forholde seg til den som fremsatte kravet. Dette arbeidet resulterte i at kravene mot vikarene ble frafalt i sin helhet. I tillegg ble utbetalinger som hadde blitt foretatt fra Rettshjelpsordningen til eksterne advokater krevd tilbake fra trygden iht. forvaltningslovens saksomkostningsregler, noe Legeforeningen senere fikk medhold i.

## **2.12 Legevakt**

Fra høsten 2004 organiserte sekretariatet legevaktsarbeidet som et prosjekt. Etter mandat fra Tariffutvalget ble det nedsatt en arbeidsgruppe, med Aplf, LSA og ansatte i sekretariatet, for å lage et grunnlag som kunne intensivere innsatsen overfor helsemyndighetene. Rapporten fra gruppen - *rapport om interkommunal legevakt, IKL* - er forelagt tariffutvalget, utdelt under Aplfs generalforsamling 26.8. 2005 og vedtatt av Sentralstyret 3.10. 2005 som grunnlag for Legeforeningens videre arbeid med legevakt. Sekretariatet skal følge opp dette arbeidet, bl.a. ved å beramme et møte med departementet når SSBs kostnadsundersøkelse for IKL foreligger (undersøkelse om økonomien i interkommunale legevaktsentraler). Tall fra denne rapporten er forventet å foreligge i slutten av mars 2006, og endelig rapport foreligger i løpet av juni 2006.

## **2.13 Helsenett**

Legeforeningen arbeider kontinuerlig med spørsmål vedrørende helsenett, herunder arbeid for å klargjøre de økonomiske forhold i tilknytning til bruk av helsenettet. Det tilbudet som er gitt til avtalespesialistene innebærer bl.a. at prisen for oppkobling er mer enn doblet fra i fjor. Blant fastlegene har det vært stor misnøye med helsenettet, dels pga. store driftsproblemer og dels pga. mangel på utvikling av tjenester. I oktober 2005 varslet Norsk Helsenett prisøkning. Legeforeningen tilskrev da Norsk Helsenett og informerte om at det ble vurdert å anbefale medlemmene å si opp avtaleforholdet med Norsk Helsenett dersom ikke prisnivået stod i forhold til de tjenester som ytes. Legeforeningen har også hatt møte med Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) for å kartlegge de utfordringer man står ovenfor mht. et velfungerende helsenett. På dette møtet deltok både representanter fra Norsk Helsenett, helseforetakene og Departementet. Det var enighet om at problemet med hensyn til et fungerende helsenett var bredt sammensatt. Departementet uttalte at det ville bli lagt et sterkere press på helseforetakene for å få dem til å tilrettelegge bedre for helsenettet.

På nyåret 2006 er det berammet møter både med Norsk Helsenett og SHdir blant annet for å diskutere finansieringsløsninger for helsenettet.

## **2.14 Forholdet til trygden**

Trygdens kontroll av legers forskrivning på blå resept har vært gjenstand for diskusjoner og møte mellom RTV og Legeforeningen. Legeforeningen har vært kritisk til omfang av kontrollene og at trygdens krav til dokumentasjon har kommet i konflikt med legens taushetsplikt.

Legeforeningen har ved flere anledninger kritisert trygdeetatens praksis hva gjelder honorering av legeerklæringer, og at endringer i takster, regler og blanketter gjennomføres uten at dette verken drøftes med Legeforeningen eller i det hele tatt informeres om.

Legeforeningen har hatt møte med RTV om innføring av elektronisk oppgjør og oppgjørskontroll. Legeforeningen har meddelt at dette ikke bør etableres før kollektivavtalen er revidert og at elektroniske kontrollers rettsvirkning er avklart.

Trygdeetatens etablering av regionale og sentral oppgjørsenhet har blitt oppfattet problematisk i forhold til takstenes forståelse, da det ved flere tilfeller har forekommet helt nye takstfortolkninger fra disse nye enhetene. Legeforeningen har ved flere anledninger måttet ta konkrete saker opp med RTV og dessuten i takstforhandlingene.

## **2.15 EUs forslag til tjenstedirektiv**

I det opprinnelige forslaget fra EU til nytt tjensteytelsesdirektiv var tjensteytelser innen alle bransjer med unntak av fire - finans, elektronisk kommunikasjon, transport og skatt/avgifter- omfattet. På CPMEs styremøte i november 2004 ble det besluttet at CPME overordnet skulle arbeide for at helsesektoren som sådan skulle unntas fra direktivet. Legeforeningen deltar med fast delegasjon i CPMEs møter.

På bakgrunn av en rapport utarbeidet av parlamentsmedlem Geberhardt, vedtok EU i 2005 å holde helsetjenester ute av tjenstedirektivet. Grunnlaget var at tjenstedirektivet i henhold til rapporten ellers ville være i strid med EU-traktaten (artikkel 152-5). CPME er enig i resultatet ved at helsetjenester nå er ute av tjenstedirektivet, men uenig i begrunnelsen. CPME mener helsetjenester må unntas grunnet sitt særpreg, jfr øvrige unntak. Det er ventet et nytt særskilt direktiv som regulerer helsetjenester. CPME har ikke bundet seg til hvorvidt de vil akseptere et slikt direktiv eller ikke.

## **2.16 Juridisk bistand til medlemmene**

Sekretariatets har ti jurister, hvorav fem advokater, som håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, rettsaker om Legeforeningens avtaler, andre forhold av prinsipiell betydning for Legeforeningen eller for enkeltmedlemmer. De samme juristene håndterer de mange årlige forhandlingsforløp, påvirkningsarbeid i forbindelse med ny lovgivning og utvikling av standardavtaler og veiledningsmateriale. Det arrangeres også en rekke kurs årlig, i hovedsak for tillitsvalgte, men også kurs i jus.

### **Bistand fra sekretariatets jurister/advokater**

Sekretariatets jurister yter bistand på de samme rettsområder som omfattes av Rettshjelpordningen, og

vurderer konkret om leger kan få bistand fra sekretariatet, eller om det skal søkes om økonomisk bistand for å få ekstern advokat. Sekretariatets jurister kan også etter en konkret vurdering yte bistand på enkelte andre rettsområder. Sekretariatet har i 2005 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. Det har vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere, og for å løse tvister mellom leger for å unngå rettsaker. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger og vurderer å utvikle meglingsordningen videre.

Sekretariatets jurister med advokatbevilling prosederer saker for domstolene etter en særskilt vurdering. Det gjelder saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen. I 2005 mottok forhandlings- og helserettsavdelingen ca. 1 400 saker til behandling (registrerte), i tillegg til henvendelser på e-post og telefon.

### **Rettshjelpsordningen**

Rettshjelpsordningen kjennetegnes ved at det gis økonomisk 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. Mange tvister løses av sekretariatets jurister innen legen kontakter advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. I tillegg har Legeforeningen som avtalepart i sentrale avtaler, muligheter for løsning av tvister som enkeltstående advokater ikke har. Etterspørselen etter juridiske tjenester er fortsatt økende.

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 2005 behandlet utvalget totalt 72 saker (ordinære saker, hastesaker og administrative vedtak), mot 44 saker i 2004. 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. Sekretariatet følger mer aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det. For 2005 har dette lyktes i to forvaltningssaker, hvor ordningen har fått refundert sine bevilgninger.

## **2.17 Lånefondet – Legeforeningens lånefond for privat legepraksis**

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret er Lånefondets fondsstyre. Legeforeningens sekretariat ved generalsekretæren er fondets forretningsfører, og fatter vedtak om tildeling av lån i tråd med vedtektene og lånebetingelser som til enhver tid er fastsatt av sentralstyret.

Lånefondets formål er å yte lån til leger som skal etablere privat legepraksis og til leger som skal utvide, flytte eller foreta påkostninger i en etablert praksis.

Legeforeningens landsstyret vedtok i 2005 å endre Lånefondets vedtekter. Vedtektsendringen innebærer blant annet at det ikke lenger skilles mellom lån til etablering og reetablering, at retningslinjene skulle bortfalle og at sentralstyret fatter vedtak om variable lånebetingelser fortløpende. Videre ble vedtak om tildeling av lån flyttet fra det tidligere lånefondsutvalget til sekretariatet, hvilket medførte raskere behandlingstid.

Fra 1.1. 2005 ble det mulig å låne inntil én million kroner fra lånefondet. Det skulle i løpet av året vise seg at utlånsvolumet økte sterkt. For å sikre tilgangen til lån for fremtiden, måtte lånefondet treffe tiltak for å begrense utlånsveksten. Lån til reetablering ble derfor begrenset til kr 400 000 med virkning fra 1.10. 2005.

Lånerenten for lån til leger følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. I 2005 utgjorde renten 2,5% gjennom hele året.

I 2005 ble det behandlet 278 lånesøknader. Det ble innvilget lån til 268 leger med i alt 149,8 millioner kroner. Per 31.12. 2005 var det i alt 1 883 løpende lån i lånefondet. Utlån til leger utgjorde per 31.12. 2005 363,4 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde per 31.12. 2005 606,6 millioner kroner.

## **2.18 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)**

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er en stiftelse som yter økonomiske bidrag i forbindelse med arbeidsuførhet, alderdom og død. Ordningen står under tilsyn av Arbeids- og inkluderingsdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2005 gis følgende informasjon. Driftsresultatet ble 167,5 millioner kroner. Dette ble i sin helhet avsatt til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde per 31.12. 2005 4 105 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser fra SOP med 132,3 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 63,5 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, svangerskapsstønad og omsorgsstønad ved adopsjon, utgjorde 52,3 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 8,4 millioner kroner. SOP støttet i tillegg diverse prosjekter med i alt 8 millioner kroner. Prosjektstøtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, støttegruppene i fylkesavdelingene og pensjonistforberedende kurs til leger ved 65 års alder.

Forslag til nye vedtekter ble i 2005 godkjent av det tidligere Sosial- og arbeidsdepartementet. Vedtektsendringen trådte i kraft fra 1.1. 2006, og innehar primært endringer i ordningens avbruddsyttelser der det kommer klarere til uttrykk hvem som har rett til ordningens avbruddsyttelser. Det er innført pleiepenge/opplæringspenge, og videre karenstid som innebærer at leger som vikarierer må ha tilbakelagt en viss tid i praksis før retten til ordningens ordinære avbruddsyttelser inntreffer. På pensjonsområdet er barnepensjon og barnetillegg til uførepensjon styrket. Videre er det innført barnetillegg til alderspensjon, og det blir mulig å ta med seg uførepensjon ved flytting til utlandet. Styret ble gjennom vedtektsendringen økt fra fire til fem medlemmer.

Styret i SOP hadde i 2005 fire medlemmer. Styrets leder og to medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2005 var styret sammensatt av Hans Petter Aarseth (leder), Truls Disen (nestleder), Ina Nikoline Wille og Tomas Berg (Arbeids- og inkluderingsdepartementets representant). Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

## 3 Utdanning, forskning og fagutvikling

Legeforeningens formål er å fremme legeutdanningen og medisinsk vitenskapelig virksomhet, jfr. Legeforeningens lover § 1 d.

### 3.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-05 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

#### 3.1.1 Sikre nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger, særlig ved funksjonsfordelinger og omstruktureringer i helseforetaksstrukturen

Turnusrådet arbeider med spørsmål knyttet til kvaliteten på turnustjenesten. Turnusrådet gjennomfører besøk til allmennpraksiser og sykehus som har turnusleger. I forkant av disse besøkene kartlegges vaktordninger, veiledning, ferdighetslister, postarbeid osv. (se pkt. 3.26).

Legeforeningen arrangerer veilederkurs for leger som veileder leger i spesialisering. Boken *Veiledning med leger under utdanning* av Kirsten Hofgaard Lycke, Gunnar Handal og Per Lauvås har kommet i ny utgave og utgjør sammen med en DVD som illustrere veiledningssituasjoner, et selvstudiemateriale i veiledning (se pkt. 3.22).

Legeforeningen har utviklet to store grunnkurs, Klinisk kardiologi og Kirurgisk og medisinsk gastroenterologi, på Internett. Kursene er obligatoriske og alle leger i disse spesialitetene får dermed tilgang til den samme kunnskapen. De andre enkeltstående nettkursene bidrar også til nasjonal standard og kvalitet (se pkt. 3.25).

En ny utdanningshåndbok i allmennmedisin bidrar til en felles nasjonal utdanning i allmennmedisin (se pkt. 3.21).

I spesialiseringen arbeider spesialitetskomiteene med sikring av innholdet i utdanningen gjennom vurdering og tilbakemelding på de årlige skriftlige rapportene og ved besøkene som avlegges på sykehusavdelingene (se pkt. 3.8 og 3.9). Også gjennom Legeforeningens deltakelse i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, arbeides det med å sikre innholdet i spesialiseringen og en enhetlig nasjonal utdanning (se pkt. 3.12).

#### 3.1.2 Innføre systematisert etterutdanning i tråd med innstillingen om legers etterutdanning i fremtiden

Gjennom pilotprosjektene i LEIF har systemet med systematisert etterutdanning vært testet ut. Det arbeides nå med å etablere et nettbasert elektronisk system hvor spesialistene kan registrere sine etterutdanningsaktiviteter (se pkt. 3.14).

### **3.1.3 Stimulere leger til å skaffe seg generell lederkompetanse og påta seg lederverv**

Utdanningsfond III utlyser åtte stipend á 25 000 kroner til leger som ønsker å ta lederutdanning som gir studiepoeng se pkt. 3.29).

Legeforeningen har i flere år arbeidet for å få iverksatt og finansiert lederutviklingsprosjekter for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger i spesialisthelsetjenesten. I et samarbeid mellom Helse Sør, Helse Øst og Den norske lægeforening ble det i 2005 gjennomført et pilotprosjekt kalt "Frist meg inn i ledelse" som hadde til hensikt å motivere og rekruttere kvinnelige leger til lederstillinger, jfr. pkt. 6.1.2.

### **3.1.4 Styrke rammevilkårene for legers forskning, etter og videreutdanning**

Flere forhold vedrørende forskningens rammevilkår er drøftet i utredningen *Vind i seilene for medisinsk forskning. Den norske lægeforenings engasjement i medisinsk forskning*, som er utarbeidet av Legeforeningens forskningsutvalg. Utredningen ble overlevert sentralstyret ved årsskiftet 2005-06 (se pkt. 3.27).

### **3.1.5 Etablere kombinerte stillinger med kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger**

Gjennom arbeidet i Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling har det vært arbeidet for at det opprettes flere fordypningsstillinger.

### **3.1.6 Utarbeide en strategi for pasientsikkerhetsarbeid**

Pasientsikkerhetsutvalget har utarbeidet utkast til strategidokument for Legeforeningens arbeid med pasientsikkerhet, og har fått i oppdrag av sentralstyret å bearbeide dokumentet ytterligere med tanke på ferdigstillelse i løpet av 2006 (se pkt. 3.28).

### **3.1.7 Bedre legetjenesten for sykehjemsbeboere ved bl.a. å arbeide for nye normtall for legedekning i sykehjem**

Legeforeningen har i mange år arbeidet for å bedre helsetjenesten til sykehjemsbeboere, og har siden statusrapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha deg* fra oktober 2001 ment at bemanningsnormer for legedekning er et sentralt virkemiddel for å oppnå dette, jfr. pkt. 5.1.2.

### **3.1.8 Fremme medisinsk forskning generelt og arbeide for at forskning blir en integrert del av all medisinsk virksomhet**

Legeforeningens forskningsutvalg har i utredningen *Vind i seilene for medisinsk forskning. Den norske lægeforenings engasjement i medisinsk forskning* redegjort for sentrale spørsmål vedrørende forskningens situasjon. Utredningen ble overlevert sentralstyret ved årsskiftet 2005-2006 (se pkt. 3.27).

### **3.1.9 Sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn-, videre og etterutdanning**

Legeforeningen utdanner veiledere og organiserer de lokale veiledningsgruppene i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin. De lokale utdanningsgruppene i spesialistutdanningen og etterutdanningsgruppene i allmennmedisin, bidrar til å stabilisere legedekningen i distrikt (se pkt. 3.20 og pkt. 3.24).

## **3.2 Spesialitetsrådet**

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 til å gjennomføre et utvidet forsøk med formalisert, dokumenterbar etterutdanning i spesialitetene fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi (Leif-2004). Arbeidet med registreringssystemet på data er påbegynt, og registreringen er integrert mot Legeforeningens register og elektronisk rapportering fra sykehusavdelingene (SERUS). Prosjektgruppen la frem en sluttrapport desember 2005.

Det har bl.a. vært arbeidet med å revurdere krav til godkjente utdanningsinstitusjoner og herunder

krav til gruppe I-institusjoner. Rådets utvalg til å vurdere forskningstjenesten i spesialistutdanningen ble oppnevnt i 2001, og har fortsatt sitt arbeid med å vurdere ulike problemstillinger knyttet til forskningstjeneste som ledd i spesialistutdanningen. Spesialitetsrådet har oppnevnt et utvalg for å gjennomgå kursutdanningen i legers videre- og etterutdanning.

Det er utarbeidet en *årsrapport* for 2005 som fås ved henvendelse til sekretariatet. Årsrapporten er også lagt ut på Legeforeningens nettsider.

*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). Hilde Engjom (frem til 14.9. 2005), Per Meinich (ble oppnevnt av sentralstyret 14.9. 2005). Harald Bergan (vara). 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. Olav Lund (observatør), Bjørn Bergholtz (vara) – Sosial- og helsedirektoratet. Ingeborg Traaholt, Unni Veirød (vara) - Norsk pasientforening. Aud Nordal (observatør), Heidi Merete Rudi (vara) - Statens helsetilsyn.

I henhold til bestemmelsene har Statens helsetilsyn to representanter med personlige vararepresentanter. Disse representantene er fra oktober 2002 fordelt mellom Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. De møter som observatører. KS har ikke oppnevnt ny representant til rådet som påbegynte sin funksjonsperiode 1.1.2002.

Rådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 90 saker.

### **3.3 Spesialitetskomiteene**

Medlemmene i spesialitetskomiteene fremgår på Legeforeningens nettsider [www.legeforeningen.no/index\\_db2?id=1058](http://www.legeforeningen.no/index_db2?id=1058).

I tråd med spesialistreglens generelle bestemmelser har sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i alle de 43 spesialitetene. Hver komité består av fem medlemmer og tre varamedlemmer. Komiteene er oppnevnt etter forslag fra vedkommende spesialforening samt fra Ylf (unntatt allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin hvor spesialforeningen oppnevner samtlige representanter). Spesialitetskomiteen i den enkelte spesialitet er det viktigste og mest innflytelsesrike organ i videreutviklingen av regelverket og innholdet i spesialistutdanningen.

### **3.4 Psykoterapiutvalget**

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst to års godkjent veiledning i psykoterapi (fra 1.1.2008 tre år). 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.

*Psykoterapiutvalget 2002-2005:*

Elisabeth Tjora (leder), Bente Øvensen, Petter Knutsen, Johannes B. Dysthe, Lasse Djerv, Leif Ragnar Hjorth og Kjell-Petter Bøgwald.



### 3.5 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2005 behandlet tre forslag om endringer av spesialistreglene.

Se landsstyrets protokoll fra landsstyrets møte mai 2005 [www.legeforeningen.no/index.gan?id=75290](http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=75290) Sentralstyret hadde med noen få justeringer i forhold til forslag fra spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin, fremmet forslag overfor landsstyret 2005 om endring av spesialistreglene i samfunnsmedisin. Det var reist forslag i forhold til samfunnsmedisinsk klinisk tjeneste og akademisk trening, veiledet utdanningsprogram og teoretisk utdanning. Forslaget var tilpasset de holdninger som fremkom i de to utredningene om samfunnsmedisinen fra hhv Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (2003) og fra Sosial- og helsedirektoratet (2004). De to rapportene var i stor grad sammenfallende i det syn at folkehelsearbeidet generelt og helsetjenesten i særdeleshet, har stor nytte av leger med interesse for og innsikt i samfunnsforhold. De to rapportene har også gitt et faktagrunnlag som viser behovet for å fornye samfunnsmedisinen som medisinsk spesialitet.

Det foreliggende forslag til endrede spesialistregler ga en større grad av fleksibilitet og individuell tilpasning til å oppnå spesialiteten, og den rettes i større grad mot ledelse og administrasjon. De minimum fire års tjeneste i stilling med samfunnsmedisinske oppgaver kan opparbeides på mange nivåer, men med definert minimum på samfunnsmedisinsk arbeid i 40 % av full tjeneste. Det var foreslått fortsatt krav til klinisk tjeneste på ett år, men med valgfrihet innenfor kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Forslaget er ikke behandlet av Helse- og omsorgsdepartementet.

Det var fremmet forslag fra Norsk gynekologisk forening om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer. Sentralstyret hadde anbefalt overfor landsstyret å avvise forslaget. Landsstyret vedtok, mot 45 stemmer, at forslaget fra Norsk gynekologisk forening om opprettelse av grenspesialitet i gynekologisk onkologi under fødselshjelp og kvinnesykdommer skulle fremmes overfor Nasjonalt råd. Saken befinner seg i Sosial- og helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet.

### 3.6 Spesialister godkjent i 2005

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land
Allmennmedisin	138	51	87	42	0
Anestesiologi	83	29	54	29	20
Arbeidsmedisin	7	5	2	0	0
Barnekirurgi	0	0	0	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	13	8	5	0	0
Barnesykdommer	33	12	21	5	2
Blodsykdommer	8	2	6	1	0
Endokrinologi	2	0	2	1	0
Fordøyelsesykdommer	11	3	8	4	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	9	4	5	0	2
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	46	31	15	9	11
Gastroenterologisk kirurgi	8	3	5	0	0
Generell kirurgi	49	13	36	14	10
Geriatri	5	2	3	2	0
Hjertesykdommer	19	4	15	5	1
Hud- og veneriske sykdommer	7	6	1	2	1
Immunologi og transfusjonsmedisin	1	1	0	0	0
Indremedisin	77	25	52	17	7
Infeksjonssykdommer	5	3	2	2	0
Karkirurgi	4	2	2	0	1
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	3	0	3	0	1

Klinisk farmakologi	3	1	2	0	0
Klinisk nevrofysiologi	1	0	1	0	0
Lungesykdommer	15	6	9	3	0
Medisinsk biokjemi	4	1	3	1	0
Medisinsk genetik	2	1	1	0	0
Medisinsk mikrobiologi	6	5	1	0	0
Nevrokirurgi	4	2	2	0	0
Nevrologi	25	15	10	2	3
Nukleærmedisin	5	2	3	0	0
Nyresykdommer	7	4	3	1	0
Onkologi	16	11	5	0	1
Ortopedisk kirurgi	40	9	31	13	5
Patologi	12	7	5	2	0
Plastikkirurgi	15	4	11	7	0
Psykatri	68	30	38	9	1
Radiologi	62	27	35	19	10
Revmatologi	7	7	0	1	0
Samfunnsmedisin	3	1	2	0	0
Thoraxkirurgi	3	0	3	0	0
Urologi	7	1	6	1	1
Øre-nese-halssykdommer	20	8	12	7	2
Øyesykdommer	21	14	7	6	2
<b>TOTALT</b>	<b>874</b>	<b>360</b>	<b>514</b>	<b>205</b>	<b>83</b>

De seks største spesialitetene (antall yrkesaktive under 70 år i Norge) er nå allmenntmedisin (2 467), indremedisin (1 322), psykiatri (1 062), generell kirurgi (888), anestesilogi (632) og fødselshjelp og kvinnesykdommer (504).

Det var i 2005, som i 2004, en økning i antall godkjente spesialister etter norske regler. I 2005 ble det godkjent 586 spesialister etter norske regler, mens tallet for 2004 var 565.

Allmenntmedisin fikk i 2005 96 nye spesialister (115 i 2004) godkjent etter norske regler. Antall resertifiseringer i allmenntmedisin er i 2005 522, det høyeste antallet noensinne.

Blant sykehusspesialitetene er det psykiatrien som utdanner flest spesialister etter norske regler (58 i 2005).

I samfunnsmedisin godkjennes fortsatt få nye spesialister. Fra 1998-2004 ble det i denne spesialiteten godkjent i gjennomsnitt fem per år. I 2005 var antallet godkjenninger tre. Dette er det laveste antall spesialistgodkjenninger i denne spesialiteten noen gang.

Barnekirurgi er den eneste spesialiteten som ikke har fått noen godkjent spesialist i 2005.

Antall spesialistgodkjenninger ved konvertering fra annet land øker. I 2004 ble 238 spesialister godkjent etter utenlandske regler. I 2005 er antall godkjenninger 288. De fleste av overføringene 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.

Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler er 8,2 år.

Andelen kvinner blant spesialister godkjent etter norske regler er 45,2 %. Aldri før har kvinneandelen vært så høy.

Av alle leger i Norge under 67 år, er i dag 37,5 % kvinner. Av alle som for tiden studerer medisin i Norge, er over 60 % kvinner.

Det vises til mer utførlig omtale i artikkelen "Godkjente spesialister i 2005" av Einar Skoglund, Tidsskr Nor Lægeforen 2006, nr. 4, side 496-97.

Informasjon og statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens Internett-sider: [www.legeforeningen.no/index.db2?id=1437](http://www.legeforeningen.no/index.db2?id=1437).

### **3.7 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene**

Spesialistreglene avkrever at godkjente utdanningsinstitusjoner hvert år skal rapportere 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.

Spesialistreglene avkrever godkjente utdanningsinstitusjoner en årlig rapportering om utdanningsvirksomheten. Legeforeningen har nå innført elektronisk rapportering gjennom SERUS (system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomheten). Dette er en Internett-løsning som forutsetter at brukerne logger seg på en nettside og laster ned og opp dokumenter. Systemet er tidsbesparende, og har mange fordeler når det fungerer. Det har imidlertid vært vanskelig for noen av utdanningsinstitusjonene å benytte seg av elektronisk rapportering pga. ulike sikkerhetstiltak ved sykehusene. Dette er et problem som flere sykehus er i ferd med å løse.

832 utdanningsinstitusjoner fra 41 spesialiteter (allmennmedisin og samfunnsmedisin er unntatt) har innlevert rapport for 2004. Rapporteringen for 2005 vil bli avkrevd i første kvartal 2006. Resultatene synes stabile i forhold til de siste årene. Utdanningsutvalgene gjennomfører i gjennomsnitt tre møter i året. Dette kan synes i minste laget, da utdanningsutvalget på vegne av avdelingsledelsen, skal utarbeide avdelingens utdanningsplan, ha kontakt med veilederen og vurdere individuelle utdanningsplaner, mv. Den teoretiske internundervisningen er i gjennomsnitt på 108 minutter per uke som er godt over kravet på 90 minutter per uke. I internundervisningen legges det mest vekt på den tradisjonelle forelesningsmåten, deretter følger pasientkasuistikker og tidsskriftsgjennomgørelser. Ca. 20 % av institusjonene oppgir at noe av internundervisningen gis som nettundervisning, og da med en andel på ca. 25 %.

Andelen av leger som møter på internundervisningen innenfor tjenesteplanen, er i gjennomsnitt ca. 90 %. Her er det et forbedringspotensiale ved å legge til rette for deltakelse. Undervisningen går over ca. 36 uker, og ca. 34 % av undervisningen gis av lege under spesialisering. Ca. 90 % av avdelingene oppgir at det gis permisjon til nødvendig kursutdanning. Veiledningen kommer i gang i løpet av en måned etter tilsetning ved ca. 83 % av institusjonene. Ca. 75 % av institusjonene oppgir veiledningsmøter mellom veileder og lege under spesialisering minst en gang hver annen måned. Det er utarbeidet individuell utdanningsplan for ca. 95 % av legene under spesialisering. Det gjenstår imidlertid at legene bruker planen som det styringsverktøy det er ment å være i spesialistutdanningen.

Det er et gledelig resultat når det gjelder økningen i tid avsatt til fordypning. Noe annet er om tiden virkelig brukes til fordypning. Ut fra de signaler vi får ved besøk på utdanningsinstitusjonene, viser det seg ofte vanskelig å få bruke den tiden som er avsatt, på grunn av andre gjøremål. Dette må utdanningsutvalgene i samarbeid med avdelingsledelsen søke å finne en løsning på.

### **3.8 Besøk på utdanningsinstitusjoner**

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9, Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke institusjonene. 112 utdanningsinstitusjoner fordelt på 29 spesialiteter ble besøkt i 2005. Institusjonene ble valgt ut fra geografisk beliggenhet, gruppetilhørighet eller problemer i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteene ser på besøkene som et meget viktig supplement til den årlige rapporteringen for å skaffe seg tilstrekkelig innsikt i institusjonenes utdanningsvirksomhet.

### **3.9 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri**

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, ble det godkjent tre veiledere i psykoterapi - psykiatri i 2005. I henhold til retningslinjene for godkjenning av psykoterapiveiledning på valgfri terapiform (det tredje året i psykoterapiveiledningen) ble det godkjent ni veiledere i psykodynamisk psykoterapi, 26 veiledere i gruppepsykoterapi og 13 veiledere i kognitiv terapi.

### **3.10 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri**

Det var ingen godkjenninger i 2005.

### **3.11 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording**

Av rådets 19 medlemmer har Legeforeningen i 2005 vært representert med følgende fire: Jørgen J. Jørgensen (vara Kristin Aase), Hilde Engjom (vara Harald Bergan). Fra 14.9. 2005 overtok Per Meinich vervet etter Hilde Engjom. Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Hans Asbjørn Holm).

Rådet har i flere møter behandlet sak om habiliteringsfeltet, og kartlagt mangel på rekruttering av leger til dette området. Rådet har bl.a. bedt Legeforeningen vurdere justering av spesialistreglene i nevrologi og psykiatri, slik at tjeneste i habilitering blir tellende i spesialistutdanningen. Nasjonalt råd har anbefalt at spesialistreglene i fysikalsk medisin og rehabilitering endres slik at tjenesten innen habilitering godkjennes som inntil ett år av hovedutdanningen i fysikalsk medisin og rehabilitering. Legeforeningen er bedt om å utarbeide forslag til endrede spesialistregler. Rådet har bedt Legeforeningen vurdere om tjeneste innen barne- og voksenhabilitering kan godkjennes som tellende tjeneste også i andre spesialiteter.

Etter Helse- og omsorgsdepartementets behandling av Nasjonalt råds Delutredning IV har Nasjonalt råd bedt Legeforeningen foreslå nødvendige endringer i spesialistreglene for indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter, slik at utdanningstiden for spesialistutdanning i indremedisin og kirurgi med grenspesialiteter reduseres fra 7 til 6 ½ år.

Med samme bakgrunn har rådet pålagt Legeforeningen å vurdere endringer i spesialistreglene, slik at seks måneders tjeneste i sykehjem kan gi tellende tjeneste til den fagspesifikke delen i spesialiteten indremedisin og geriatri, samt som valgfri utdanning i alle øvrige spesialiteter.

Med bakgrunn i Departementets behandling av Delutredning IV har Nasjonalt råd anbefalt overfor Departementet at det opprettes en ny grenspesialitet under generell kirurgi i mamma- og endokrinkirurgi. Legeforeningen er bedt om å utarbeide forslag til spesialistregler.

Rådets flertall har vedtatt at en sykehusavdeling normalt skal ha egen vaktjeneste, men at det kan gjøres unntak fra denne hovedregel dersom det foreligger særskilte grunner for å etablere en fellesvakt med annen sykehusavdeling, og dersom det kan dokumenteres at en slik organisering ikke svekker spesialistutdanningen på en vesentlig måte.

Til tross for at rådets flertall tidligere hadde anbefalt overfor Departementet at det etableres en prøveordning hvor ansvaret for tildeling av kvoter for legestillinger og omgjøring av legestillinger, delegeres til de regionale helseforetakene med iverksettelse 1.1. 2006, anmodet Departementet om at rådet også ga anbefalinger om stillingskvoter for 2006. På denne bakgrunn har rådet vedtatt å tilrå overfor Departementet at det opprettes en stillingskvote for 2006 i sykehusene på i alt 160 nye legestillinger, 60 nye spesialiststillinger inklusive hjemler til privat praksis og 80 nye utdanningsstillinger. I tillegg er det anbefalt en kvote på 20 nye legestillinger, med fire til hver region, øremerket til rus og rehabilitering/habilitering.

Departementet har i bestillerdokument 2006 tildelt totalt 180 stillinger, 60 for overleger/avtalespesialist, 80 utdanningsstillinger, 40 til rus, rehabilitering, psykiatri og geriatri.

Rådets sekretariat arbeider med å skaffe seg oversikt over legestillingene i sykehus, da det kan tyde på at det enkelte sykehus har opprettet stillinger ut over de kvoter Departementet har tildelt. Det arbeides også med å innhente mer nøyaktig tallmateriale på ubesatte stillinger.

### **3.12 Evaluering av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording. Forslag om omlegging av spesialistutdanningen for leger**

Helse- og omsorgsdepartementet hadde nedsatt en intern arbeidsgruppe for å vurdere mandatet for og sammensetningen av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording. Arbeidsgruppen hadde vurdert rådets virksomhet, samt behov for endringer i dagens regulering av legemarkedet, og dagens organisering av spesialistutdanningen.

Arbeidsgruppen hadde foreslått at Nasjonalt råd fortsetter sitt arbeid, men gjøres til et fagråd for Sosial- og helsedirektoratet og om mulig med et mindre antall medlemmer. Ansvaret for spesialistutdanningen av leger var foreslått lagt til Sosial- og helsedirektoratet. Arbeidsgruppen anbefalte at det ikke lenger var nødvendig med statlig regulering av allmennlegemarkedet. Det ble hevdet forsatt behov for regulering av utdanningsstillingene i spesialisthelsetjenesten, men at det ikke lenger var nødvendig å regulere overlegestillingene.

Arbeidsgruppen hadde vært på besøk i Sverige og Danmark og tok til orde for en omlegging av

spesialistutdanningen i Norge, slik at den blir mer mål- og resultatbasert. Det var uttrykt at ”erfaringene fra nabolandene viser at slike utdanningsmodeller gir større fleksibilitet for eierne i spesialisthelsetjenesten ved organisering og gjennomføring av nødvendige funksjonsendringer”. Det var anbefalt at Sosial- og helsedirektoratet ble delegert myndigheten til å fastsette rammer, mål og innhold i spesialistutdanningen, samt fastsette hvilke spesialiteter som kan godkjennes, og hvilke krav som må stilles for at den enkelte lege kan få spesialistgodkjenning.

Arbeidsgruppen konkluderte med at Direktoratet burde godkjenne utdanningsinstitusjoner etter forslag fra de regionale helseforetakene basert på kravspesifikasjoner utarbeidet av Direktoratet. Det var samtidig antydning at satsingen på målstyring kanskje tilsier at det ikke lenger var nødvendig å opprettholde en sentral godkjenningsordning for utdanningsinstitusjoner.

Det var anbefalt at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell blir gitt myndighet til å godkjenne legespesialister, idet delegering av godkjenningsmyndighet til en yrkesorganisasjon er å anse som en form for egenregulering, og at nåværende praksis med delegert myndighet til Legeforeningen, reiser spørsmål knyttet til tredje parters oppfatninger om faren for rollekonflikt.

I sin uttalelse til Departementet støttet Legeforeningen forslaget om å legge ansvaret for spesialistutdanning av leger til Direktoratet, og at Nasjonalt råd gjøres til et fagråd for Direktoratet. Legeforeningen uttrykte at det fortsatt er behov for å regulere hele legemarkedet, og gikk imot forslaget om å deregulere allmennlegehjelmene og overlegestillingene. Det ble samtidig uttrykt at Legeforeningen gjerne deltar i utviklingen av en ytterligere målstyrt spesialistutdanning. Foreningen støttet forslaget om at godkjenning av utdanningsinstitusjoner gjøres av Direktoratet, men i et system med en faglig vurdering av et uavhengig kompetent organ. Legeforeningen støttet således ikke arbeidsgruppens forslag. Legeforeningen tok ikke stilling til hvilken instans som i fremtiden skal ta den endelige formelle beslutning om spesialistgodkjenning, men forutsatte at det fortsatt gjennomføres en seriøs faglig basert saksbehandling av et kompetent organ som har innsikt i den enkelte spesialitet. Legeforeningen uttrykt vilje til fortsatt å stille sitt faglige apparat til disposisjon for vurdering og oppfølging av utdanningsinstitusjoner og for behandling av søknader om spesialistgodkjenning. Bruk av Legeforeningens faglige apparat vil sikre god kvalitet i vurdering og oppfølging av alle 43 spesialiteter, og det ble påpekt at systemet er særdeles kostnadseffektivt.

### **3.13 Etterutdanning**

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

Det var utarbeidet en prosjektbeskrivelse som inkluderte målsetting, organisasjonsstruktur, metode, prosjektplan og tidsplan innenfor rammene av de kr 300 000 som sentralstyret hadde bevilget fra Utdanningsfond I.

Evalueringen av prosjektet ble gjort i løpet av 2005. Pilotprosjektet viste at det var uvant for spesialistene å planlegge etterutdanning for ett år fremover. Også den kollegabaserte evalueringen i ettertid var noe fremmed. Av de ca. 500 spesialistene som prosjektet omfattet, var det kun 25 % av patologene og 21 % av gynekologene som hadde deltatt i prosjektet. Mange av legene som hadde deltatt i prosjektet påpekte at det største hinderet for en effektiv etterutdanning er mangel på ressurser, både når det gjelder tid og penger.

Det arbeides videre i sekretariatet med etablering av elektronisk system for alle spesialister hvor etterutdanningsplan kan legges inn og etterutdanningsaktivitetene kan registreres (Leif-IT). Planen er at systemet skal være fullt operativt og tilgjengelig for alle norske legespesialister fra 1.1. 2007. Det vil etter hvert også bli vurdert å inkludere et system hvor leger kan legge inn all sin faglige aktivitet etter autorisasjon som lege.

### **3.14 Krav til godkjente utdanningsinstitusjoner**

Et arbeidsutvalg under spesialitetsrådet hadde fremmet et forslag til endring av kravene til godkjente utdanningsinstitusjoner. Forslaget er vedtatt av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling i november 2005.

Endrede forutsetninger og endret situasjon i sykehusene har gjort at det har vært nødvendig å

gjennomgå de krav som stilles til sykehusavdelinger/ seksjoner/laboratorier som tilbyr spesialisering til leger. De reviderte kravene betyr spesielt en skjerping av krav til gruppe I-institusjoner med hensyn til forskningskompetanse og vitenskapelig aktivitet. Spesialistutdanningen må fortsatt både være regelstyrt og målstyrt og basert på aktuelle krav til tjeneste, gode målbeskrivelser, prosedyrekrav og ferdighetskrav.

Prosedyrekravene må oppfylles i henhold til målbeskrivelsen. Erfaring med forskningsmetodikk må bli en obligatorisk del av spesialistutdanningen. Målsetting må være at legen etter avsluttet spesialistutdanning skal ha kompetanse i:

- kritisk å kunne vurdere å ta i bruk resultater fra vitenskapelige artikler i sitt eget kliniske arbeid
- med vitenskapelig metodikk å kunne evaluere arbeidsstedets eller egne resultater i diagnostikk og behandling (kvalitetssikring)
- kunne kritisk vurdere og utarbeide systematiske oversikter over vitenskapelige arbeider som omhandler diagnostikk, behandling og prognostisk vurdering av de sentrale sykdommer innen spesialiteten
- formidle forskningsresultater til pasienter/pårørende og til annet helsepersonell, slik at dette gir tilfredsstillende grunnlag for reelle valg i diagnostikk og behandling

Hensikten med ”forskningskomponenten” i spesialistutdanningen er ikke å skape forskere av alle leger, men å sikre at legene har den nødvendige innsikt i medisinsk forskning og evne til å vurdere forskningsresultater generelt og i egen spesialitet spesielt, slik at dette kommer til nytte i deres kliniske arbeid.

Alle utdanningsinstitusjoner må oppfylle minstekravene for å bli godkjent som spesialistutdanning når det gjelder faglig nivå, samarbeidende avdelinger/seksjoner, stabsstruktur og supervisjon. Det må kunne tilbys opplæring i adekvat diagnostikk og behandling innenfor det området av spesialistutdanningen som vedkommende avdeling forutsettes å dekke. Utdanningsinstitusjonen må ha regelmessig nært samarbeid med spesialavdelinger/seksjoner for å opprettholde et nødvendig faglig nivå. Det må minimum være én fast ansatt overlege med spesialistgodkjenning i vedkommende fag i fulltidsstilling ved utdanningsinstitusjonen. Det skal maksimalt være to leger under spesialisering per overlege med spesialistgodkjenning i aktuelle fag. Lege i spesialisering skal ha fortløpende supervisjon av overlege som er spesialist i faget. Overlegen skal både gi faglig supervisjon på pasientbehandling og fungere som rollemodell for etiske holdninger, kommunikasjon, informasjon og samhandling med andre yrkesgrupper rundt pasienten. Ved utdanningsinstitusjoner som bare har tilsatt en overlege, har institusjonen ansvar for å legge tilrette for en tilfredsstillende spesialistutdanning også ved fravær av overlegen. Pasientgrunnlaget må videre være av en slik størrelse og sammensetning at lege under spesialisering sikres tilfredsstillende erfaring innenfor normert tid på det området av spesialistutdanningen som vedkommende avdeling forutsettes å dekke. Størrelsen på pasientgrunnlaget må vurderes opp mot prosedyrekravene. I tillegg kommer kravene til oppdatert utdanningsplan, fungerende utdanningsutvalg, veilederordning, system for evaluering av legene under spesialisering, teoretisk undervisningsprogram på minimum to undervisningstimer per uke, individuelle utdanningsplaner for legene i spesialisering og vakttjeneste, poliklinikkjeneste og visittgang i de fag slik tjeneste inngår.

For gruppe I-institusjonene og tilsvarende institusjoner i spesialiteter uten gruppeføring, må legestaben i regelen inkludere minst tre overordnede leger med spesialistgodkjenning i vedkommende spesialitet. Det kan gis unntak for enkelte mindre spesialiteter og grenspesialiteter. Utdanningsinstitusjonen må som hovedregel ha minst to overleger med doktorgrad eller tilsvarende vitenskapelig kompetanse. Ved enkelte utdanningsinstitusjoner kan det også trekkes inn i vurderingen at annen person uten medisinsk grunnutdanning, men med doktorgrad/tilsvarende vitenskapelig kompetanse, deltar i utvikling av forskningsdelen av spesialistutdanningen. Sykehusets totale akademiske miljø må også trekkes inn i vurderingen. Det bør etableres fordypningsstilling(er) som benyttes til faglig fordypning i spesialiteten. Kravet til forskning ved gruppe I-institusjoner er spisset i forhold til tidligere krav til gruppe I-institusjoner. Forskningen skal være en integrert del av virksomheten ved utdanningsinstitusjoner i gruppe I eller tilsvarende utdanningsinstitusjoner. Pågående forskningsaktivitet skal dokumenteres. Det forutsettes beskrevet hvordan legene i spesialisering får skoleing i vitenskapsteori, forskningsmetodikk og etikk. Det skal også legges tilrette for at leger i spesialisering deltar i forskningsprosjekter og aktivt simuleres til vitenskapelig virksomhet. I bedømmelsen av en mulig gruppe I-institusjon eller tilsvarende utdanningsinstitusjon, må kravene til forskning være tyngre enn kravene til bredde i pasientsammensetning og i erfaringsområder.

### **3.15 Diverse kurs, konferanser, seminarer**

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

Det årlige seminar for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 19. og 20. januar 2005. 12 av landets 19 fylker var representert med til sammen 18 deltakere.

Legeforeningen arrangerte 25.- 26. april 2005 sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for leger med 99 deltakere til stede. Seminarets hovedtemaer var:

- Etterutdanning for spesialister
- Sykehusreformen, konsekvenser for legers videre- og etterutdanning
- Prioritering, avvik og etikk i helsevesenet.

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2005 rapportert inn 463 kurs, til sammen 10 260 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Det har vært ca. 22 180 deltakere totalt. Årlig mottar og formidler Akademisk Studieforbund tilskudd fra departementet til ordinær studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene fra foregående år, og dette fordeles til medlemsforeningene i forhold til den studieaktiviteten de har hatt.

Kurskatalogen blir utarbeidet som før, men kun som netttutgave på Legeforeningens Internett side. 472 kurs ble annonsert på nettsidene i 2005. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

#### **3.15.1 Gjennombruddsprosjektet KEPP**

Legeforeningens gjennombruddsprosjekt Kvalitet og effektivitet i polikliniske tjenester for mennesker med psykiske lidelser (KEPP) ble innledet i januar 2004 og avsluttet våren 2005. 24 arbeidsgrupper fra 29 poliklinikker i alle helseregioner deltok i prosjektet, som er iverksatt etter oppfordring fra Helse- og omsorgsdepartementet og delfinansiert av Sosial- og helsedirektoratet. Hovedmålet var å forbedre det polikliniske tjenestetilbudet, i samsvar med anbefalinger i bl.a. *Opptrappingsplan for psykisk helse* og Legeforeningens statusrapport *Psykiske lidelser – faglighet og verdighet. Rett til utredning, diagnostisk vurdering og målrettet behandling*. Gjennombruddsmetoden er et konsept for kvalitetsforbedring. Ideen er å skape kultur for læring og kvalitetsutvikling gjennom system- og prosessendringer som fører til dokumenterbare forbedringer.

Det avsluttende fellesseminar (FS 3) ble gjennomført 2.-3. mars på Soria Moria, med ca. 115 deltakere, og med statssekretær i Helse- og omsorgsdepartementet til stede. Timeinnkalling via SMS, bruk av standardisert utredningsmal og utarbeiding av henvisningsveiledere for fastleger var noen av områdene som gruppene hadde satt seg som mål å utvikle. To prosjektgrupper oppnådde reduksjon på 46 % i ventetid fra henvisning til vurdering, men en tredje gruppe oppnådde 35 % reduksjon. Se mer på Legeforeningens nettsider: <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=79985>

#### **3.15.2 Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling**

Legeforeningen har i samråd med relevante fagmiljøer tatt initiativ til et landsdekkende gjennombruddsprosjekt med rus som tema. Prosjektet er i samsvar med intensjonen bak rusreformen: Å sikre at behandlingstilbudet til rusmiddelbrukere skal bli bedre og mer helhetlig. Målgruppen er ruspoliklinikker, distriktpsikiatriske sentre med rusteam samt et utvalg kommunale helse- og sosialtjenester. 20 institusjoner deltar i prosjektet som hadde første samling i november.

#### **3.15.3 DRG-seminar 30.-31. mars Soria Moria**

For tredje år på rad arrangerte Legeforeningen i samarbeid med SINTEF Helse seminar om Diagnose-relaterte grupper (DRG), finansiering og koding. Det var ca. 60 deltakere, hovedsakelig fra kliniske spesialforeninger, men også fra helsemyndigheter og regionale helseforetak. Formålet med seminarerne er dels å gi legene bedre kjennskap til prinsippene bak og organiseringen av kodeverk og finansierings-systemer, dels å bidra til økt kontakt og forståelse mellom klinikerne og forvalterne av systemene, slik at disse kan videreutvikles og oppdateres raskere. Hovedtema var hvorvidt diagnosekodene bør settes av lege eller av helsesekretærer, eller andre som har fått spesiell opplæring til dette.

Seminarene har ført til bedre rutiner for kontakt mellom klinikere og forvalterne av kodeverk og pasientregistre, bl.a. gjennom etablering av nettsted, samt direkte kontakt mellom SINTEF Helse og flere av Legeforeningens spesialforeninger vedrørende kodepraksis.

### **3.16 Veiledning i institusjonshelsetjenesten**

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering får oppnevnt en personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse. Sekretariatet har for tiden under arbeid en håndbok/metodebok til bruk i veiledningen i sykehustjenesten.

### **3.17 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 til å bistå med opplegg av kurs og innspill til ulike temadager.

Legeforeningen avgir ressurser til "National Educator" for Norsk kirurgisk og Norsk anesthesiologisk forenings kursopplegg ATLS (Advanced Trauma Life Support). Legeforeningen deltar aktivt for å bedre metodikken i kursene. Det har blitt etablert en arbeidsgruppe under European ATLS som har til hensikt å lage et kursopplegg som er mer forankret i europeisk tenkning og tradisjon uten at man derved fjerner "det gamle" kurskonseptet helt.

Legeforeningen har fortsatt et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund. Hovedfokus er på metodeutvikling med brukere eller pasienter i fokus. En sentral oppgave i dette arbeidet er å kunne nyttiggjøre seg pasientens og pårørendes kompetanse i konsultasjonssammenheng. Videre har dette samarbeidet bidratt til at fokus i større grad retter seg mot hele behandlingsteamet.

Legeforeningen har siden 1996 bidratt i utviklingen av simuleringprogrammet BEST (Bedre og Systematisk Traumebehandling). Opplæringsprogrammet er unikt i sitt slag og har vunnet anerkjennelse internasjonalt. De pedagogiske elementene som ligger i programmet er i tråd med det siste innenfor internasjonal medisinsk pedagogikk, og det foregår en stadig utvikling av programmet. Ved inngangen til 2006 er 47 sykehus med i BEST-nettverket, og de resterende sykehusene antas å ha vært gjennom første simulering i løpet av kort tid. Mange sykehus har hatt annengangs simulering i løpet av året, og styringsgruppen med instruktører har utviklet et kurs som er en videreføring av BEST – BEST II. BEST for barn er utviklet i samarbeid med Legeforeningen og støttes av Kvalitetssikringsfond II. Prosjektet under BEST som går på eventuelle forskjeller i bruk av dukke eller levende markør avsluttes ved overgangen 2005/2006. Prosjektet er støttet av Kvalitetssikringsfond II.

#### **3.17.1 Samarbeid med de medisinske fakulteter**

Årets dekanmøte ble arrangert i Tromsø 30.- 31.5. 2005. Legeforeningen var representert ved Helge Bjørnstad Pettersen, leder i LVS, Torstein Schrøder Hansen, leder i Nmf, Hans Asbjørn Holm fra sekretariatet og dessuten Tidsskriftets redaktør, Charlotte Haug.

Temaer ved årets møte var blant annet utfordringer for utdanningsinstitusjonene ved strukturendringer i helsetjenesten, kombinert spesialistutdanning og forskning, lovverkets regulering av klinisk forskning (Nylenna-utvalgets innstilling), likestilling ved universitetene og universitetssykehusene, der dekanmøtet i løpet av høsten 2005 vedtok å utarbeide en opptrappingsplan for å øke andelen kvinner i professorater.

#### **3.17.2 Lærings- og mestringssentra**

Parallelt med arbeidet med pasientorganisasjonene har Legeforeningen avgitt ressurser til en nasjonal styringsgruppe rundt nasjonalt Norsk Kompetansesenter for læring og mestring for kronisk og langvarig syke. Arbeidet med å etablere lokale lærings- og mestringssentra ved alle HFER er i godt gjenge. I løpet av 2005 har man på landsbasis over 30 slike sentra.

#### **3.17.3 Paramedics (videreutdanning for ambulanspersonell)**

Legeforeningen har også deltatt aktivt i utdanning av ambulanspersonell med rett til å kalle seg paramedics. Disse får sin utdanning ved Høgskolen på Lillehammer, og styringsgruppen har vært partssammensatt med blant annet NAVO, Norsk Kommuneforbund og Legeforeningen som deltakere. Evalueringen etter kull ett var svært god, og Legeforeningen deltar nå aktivt for å få et felles videreutdanningstilbud for alt ambulanspersonell. Det stiller blant annet krav til Legeforeningens medlemmer som arbeider med akuttmedisin om å gi opplæring lokalt. Legeforeningen bidrar med metodeutvikling og kursing av lærerne.



### **3.18 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus**

I april 2005 ble det arrangert veiledersamling på Sola for veiledere i alle tre spesialiteter utenfor sykehus med tema medisinsk veiledningspedagogikk. Det er gjennomført to lokale samlinger for veiledere, en i Tromsø og en i Oslo.

I allmenntmedisin er det per 31.12. 2005 i gang 39 veiledningsgrupper med totalt 325 deltakere. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker. Mange nye grupper er planlagt etter veiledningskurs som holdes i januar 2006. Ventetiden på grupper er lengst i de store byene, hvor rekruttering av nye kandidater er størst.

I arbeidsmedisin er det per 31.12. 2005 i gang tre grupper i Skien, Trondheim og Bergen. Det er nok veiledere, men rekrutteringen av kandidater er svak.

I samfunnsmedisin er fem grupper i gang per 31.12. 2005 i Finnmark, Trondheim, Bergen, Skien og Oslo. Rekrutteringen er fortsatt svak.

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

Aktivitetene refererer til punkt 3.1.9 i Prinsipp og arbeidsprogrammet: Sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn, videre og etterutdanning

### **3.19 Ny utdanningshåndbok i allmenntmedisin**

Del I som skrives av de fire veilederkoordinatorene, er i løpet av 2005 blitt ferdig både i papirversjon og nettversjon. Den handler om oppstart og drift, læring og samhandling i veiledningsgrupper. Den distribueres nå til alle deltakere og veiledere som starter grupper.

Arbeidet med del II som skal beskrive opplegg for temamøter og klinikk møter ble påbegynt høsten 2005. Her vil veilederkoordinatorene fungere som skrivende redaksjon, i tillegg vil bidrag også bli hentet fra aktive veiledere rundt i landet. Denne delen vil bli en ren nettutgave.

### **3.20 Veiledning i institusjonshelsetjenesten**

Det har i perioden vært avholdt ett grunnkurs, ett oppfølgingskurs og to dagskurs, med til sammen 44 deltakere. Boken *Veiledning med leger under utdanning* av Kirsten Hofgaard Lycke, Gunnar Handal og Per Lauvås har kommet i ny utgave og utgjør sammen med en DVD som illustrerer veiledningssituasjoner et selvstudiemateriale i veiledning.

### **3.21 Simulerte pasienter**

Sekretariatet har tidligere utdannet ti medisin- og psykologistudenter til å være simulerte pasienter. I 2005 ble disse brukt til å lage videoillustrasjoner til bruk i kurs i kognitiv terapi for allmennleger. De spilte da pasienter med angst og depresjon. De ble også brukt på en regional veiledersamling der de spilte pasienter som følte seg feilbehandlet eller krenket av sin lege. Gjennom konsultasjoner ble dette temaet utforsket nærmere. Både veilederne og de simulerte pasientene selv har lært mye om lege-pasient-kommunikasjon.

Selv om parolen ”don’t tell them, show them” kanskje burde settes ut i livet av flere foredragsholdere og kursholdere, er bruken av simulerte pasienter til undervisning og læring fortsatt på begynnerstadiet.

### **3.22 Etterutdanningsgrupper i allmenntmedisin**

Det er per 31.12. 2005 registrert ca. 650 smågrupper i allmenntmedisin. Seksjon for medisinsk pedagogikk registrerer, godkjenner innholdet og står for utsending av bevis.

Aktivitetene refererer til punkt 3.1.9 i Prinsipp og arbeidsprogrammet: Sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn, videre og etterutdanning

### **3.23 LUPIN (Legeforeningens utdanning på Internett)**

Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisin ble delvis oppdatert våren 2005 før 34 nye deltakere gjennomførte de 29 kapitlene på Internett og avsluttet med regionale samlinger i Oslo, Bergen og

Tromsø i oktober. Nok en gang var tilbakemeldingene svært positive. Kurset gir 40 tellende timer.

Det ble opprettet et forkurs i arbeidsfysiologi og rehabilitering som 24 deltakere gjennomførte før de deltok på et todagers kurs arrangert av Cecilie Røe.

I oktober lanserte Legeforeningen sammen med Verdens legeforening og Den internasjonale komiteen av Røde Kors en spansk versjon av det internasjonale internettkurset: *Doctors working in prison: Human rights and ethical dilemmas*. Kurset ble lansert under The 56th WMA General Assembly i Santiago Chile 12.-15. oktober. 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.

Arbeidet med å utvikle et nytt stort kurs i kirurgisk og medisinsk gastroenterologi er videreført og kurset er planlagt lansert i februar 2006. Dette kurset vil bestå av 50 kapitler. Kurset vil blant annet bestå av en rekke videoillustrasjoner som viser ulike prosedyrer og operasjoner.

Det er opprettet en redaksjonsgruppe og rekruttert forfattere til å lage et kurs i sirkulasjonsfysiologi for karkirurger. Forfatterne vil levere sine første utkast til manus i slutten av januar 2006.

Det er foretatt store oppgraderinger av kursverktøyet som brukes for å lage lupinkursene. Dette ble i hovedsak finansiert av Utenriksdepartementet i forbindelse med at kursplattformen ble lagt tilrette for flere språk.

Leger som er under spesialisering i allmennmedisin, må delta i veiledningsgrupper i to år. En del av disse gruppene har medlemmer med stor geografisk spredning noe som er et hinder for samarbeid mellom samlingene. Vi har derfor sett på mulighetene for elektroniske samarbeidsrom for disse gruppene på Internett. Et prøveprosjekt med et slikt verktøy er under utvikling.

### **3.24 Turnusrådet**

Turnusrådet har i perioden hatt åtte møter og behandlet 80 saker. Møtene i Turnusrådet har i det vesentligste blitt avholdt i tilknytning til besøk ved sykehus og allmennlegepraksiser med turnuslege. Det har blitt gjennomført besøk ved 14 allmennlegepraksiser.

I forkant av besøkene får turnuslegene utsendt et skjema til registrering av turnustjenesten; om vaktordning, veiledning, ferdighetslister, supervisjon, postarbeid osv. Disse skjemaene medbringes på møtene, og danner sammen med samtalen med turnuslegene og deres veiledere, grunnlaget for den rapporten Turnusrådet lager om stedet. Disse rapportene har til nå vært formulert som møtereferater, og som sådan ikke dannet grunnlag for videre statistikk eller skjematisk evaluering. Rapportene har heller ikke blitt publisert eller gjort offentlig tilgjengelige, men har fungert som konstruktive tilbakemeldinger til turnusstedene. Listen over besøkte sykehus og allmennlegekontor finnes på Turnusrådets hjemmeside.

Under turnusbesøkene har rådet fått inntrykk av at de aller fleste turnuslegene setter stor pris på turnustjenesten, selv om det mange steder kan gjøres mye for å gjøre den enda bedre. Det som er viktig for turnuslegene er foruten en systematisk oppfølging med god veiledning og supervisjon, et godt sosialt miljø turnuslegene imellom.

Turnusrådets leder og representanter for Legeforeningens sekretariat har deltatt i møter i Legeforeningen og i Sosial- og helsedirektoratet vedrørende turnus, ventetid for turnusleger, dekning av reise- og flytteutgifter, nytt rundskriv og i arbeidet med ny forskrift for turnustjenesten.

Høsten 2005 ble det klart at forsøket med tredelt turnus (seks måneder indremedisin og tre måneder hver i kirurgi og psykiatri) som skulle evalueres ikke kunne gjennomføres pga. manglende interesse fra sykehusene som ble forespurt om å delta.

I juni 2005 innkalte Turnusrådet til et møte i Florø for å diskutere situasjonen for de turnuslegene som skulle gjennomføre deler av kirurgisk termin her. Der møtte foruten representanter for nærsykehuset i Florø, også fylkeslegen i Hordaland og representanter fra Sosial- og helsedirektoratet. I referatet fra møtet konkluderer Legeforeningen med at turnustiden ved nærsykehuset ikke kan anses som i samsvar med kravene til turnus i kirurgisk termin. Dette ble fulgt opp med en tilråding fra Turnusrådet til sentralstyret om at turnustjenesten i ved Nærjukehuset i Florø ikke kunne anbefales i henhold til vilkårene i forskrift og målbeskrivelsen for turnustjenesten. Sentralstyret vedtok i samsvar med rådets anbefaling at tjenesten foreslås avvirket inntil vilkårene i forskrift er ivaretatt. I desember 2005 fikk Legeforeningen brev fra Sosial- og helsedirektoratet hvor vi ble orientert om at Legeforeningens innvendinger mot turnustjenesten i Florø ikke ville bli tatt til følge, og at turnustjenesten der ville fortsette som før inntil videre.

Turnuskonferansen i 2005 ble arrangert den 27.4. på Soria Moria. Konferansen hadde fokus på kvalitet og kapasitet i turnustjenesten, kravet til å beherske forskjellige praktiske ferdigheter, antall

vakter, selvstendig arbeid og de nye EU-reglene og konsekvenser for norsk turnustjeneste.

Turnusrådet ser det som svært viktig at turnustjenesten har en kontinuerlig og systematisk faglig oppfølging. I 2005 fikk turnusrådet utarbeidet *Veileder for turnus i sykehus*. Denne veilederen, som også ligger på turnusrådets hjemmeside, har blitt meget godt mottatt, både av turnuslegene og av veilederne i primærhelsetjenesten.

I 2005 startet Turnusrådet arbeidet med å få på plass et opplegg for evaluering av dagens turnus. I løpet av høsten ble utkast til spørreskjema og opplegg for innhenting av data diskutert med Legeforeningens forskningsinstitutt. Ved utgangen av året ble det ansatt en prosjektleder, som har begynt detaljarbeidet. Innsamlingen av data vil starte i løpet av 2006.

Det har i perioder vært usikkerhet omkring turnustjenestens fremtid i Norge, spesielt etter at Tyskland opphevet kravet om praktisk tjeneste (AIP) i 2005. Krav til turnustjeneste etter avsluttende medisinsk eksamen varierer fra land til land. Mange land i Europa har ikke lenger krav om turnustjeneste før man får autorisasjon som lege. Fra 2006 må norske leger som ønsker å arbeide for trygdens regning, ha tre års veiledet praksis, hvorav studiet og turnus regnes som totalt to år. Det er grunn til å anta at turnustjenesten fortsatt vil ha sin berettigelse, og at en ytterligere kvalitetssikring og kvalitetsutvikling er viktig. Dette må bygge på en grundig evaluering av turnustjenesten.

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Olav Thorsen (leder), Unni Aanes, Åse Brinchmann-Hansen, Torstein Schrøder Hansen, Inger Kristin Aase, Svein Zander Bratland, Ole Jacob Nilsen, Bjørn Ove Kvavik, Torstein Vik. Varamedlemmer: Kari Sollien Øfstaas, Øydis Rinde Jarandsen, Tobias Skylstad Johansen, Tor Steinar Raugstad, Vegard Vige, Synne Torkildsen, Liv Marit Fagerli.

### **3.25 Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)**

Legeforeningens forskningsutvalg er sammensatt av representanter for de fire medisinske fakultetene og ulike yrkesforeninger. Utvalget utgjør således en viktig kontakflate mellom Legeforeningen og universitetene. Det er et rådgivende utvalg for sentralstyret.

Utvalget har avholdt dem ordinære møter og behandlet 46 saker i 2005. Det har vært avholdt et halvdagsseminar om *Finansiering og industrimedvirkning i klinisk medisinsk forskning*, dette i samarbeid med Legemiddelindustriforeningen. Det har vært avholdt tre møter i samarbeid med representanter for Oslo legeforening, hvor utredningen *Vind i seilene for medisinsk forskning. Den norske lægeforenings engasjement i medisinsk forskning* ble ferdigstilt. Utredningen ble overlevert sentralstyret ved årsskiftet 2005-2006. Denne utredningen belyser de viktigste sakene utvalget har drøftet i året som gikk.

Utvalget har i perioden hatt slik sammensetning: 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.

### **3.26 Pasientsikkerhetsutvalget**

Til erstatning for Kvalitetsforbedringsutvalget nedsatte sentralstyret et rådgivende utvalg for å arbeide med pasientsikkerhetsspørsmål med følgende mandat:

”Utvalget skal rådggi sentralstyret i arbeidet med pasientsikkerhet, herunder foreslå strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen.”

Utvalget har bestått av Espen Huldt-Nystrøm (leder), Hans Michael Waaler, Tor Carlsen, Ellen Tvetter Deilkås og Inger Lise Fjellanger.

I løpet av året hadde utvalget fem møter, og utarbeidet utkast til strateginotat, som ble forelagt sentralstyret.

Utvalget skulle fungere ut 2005, og en forlengelse av mandatperioden ble i henhold til opprettelsesvedtaket vurdert i siste kvartal 2005. Sentralstyret vedtok å videreføre utvalget, supplert med et medlem som skal oppnevnes av Ylf. Utvalget skal forestå videre bearbeiding av Legeforeningens strateginotat om pasientsikkerhet.

Legeforeningens kvalitetsdager ble arrangert på Soria Moria 14.-15. mars og samlet ca. 60 deltakere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer med prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaene var pasientsikkerhet, samt helsemyndighetenes utredningsarbeid vedrørende et fremtidig rapporteringssystem for uønskede hendelser i helsetjenesten. Sikkerhetsarbeidet i et oljeselskap ble presentert. Et utvalg av pågående og avsluttede

kvalitetsforbedringsprosjekter finansiert av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II ble presentert i plenum.. Kurs i Praktisk kvalitetsforbedring ble gjennomført 20.-21. april på Soria Moria.

### **3.27 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning av leger**

Utdanningsfond I ble etablert i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre - og etterutdanning av leger. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Fondet bør spesielt tilgodese tiltak som kan bedre videre - og etterutdanning av leger i perifere strøk av landet.

I de senere år har fondsutvalget konsolidert økonomien i fondet. I arbeidet med å konsolidere fondsøkonomien har det vært viktig å skjerme de kollektive ordningene slik at de ikke har blitt skadelidende. I 2005 ble det foretatt en styrking av støtten til fylkesavdelinger og spesialforeninger, da det var grunn til å forvente flere søknader om støtte til dekning av underskudd i forbindelse med at alle tellende utdanningstilbud skal skje uten medvirkning verken økonomisk eller praktisk fra industriens side. Utdanningsfond I arrangerte også i 2005 et seminar om legers videre- og etterutdanning der temaet var læring, nye retninger og nye metoder, og betydningen av at industrien er ute av tellende undervisningstilbud i legers videre- og etterutdanning. Fondet har også i 2005 stimulert til utvikling av nye læringsformer i spesialistutdanningen.

Utdanningsfond I hadde per 31. desember 2005 en egenkapital på 157 937 612 millioner kroner, mens regnskapet viste et overskudd på kroner 10 471 050.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2005 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 gastroenteriologi
- individuelle stipend til leger som ønsker å viderequalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning, og som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta vekttallsgivende utdanning
- støtte til prosjekter som er rettet mot planlegging og utprøving av alternative læringsformer i spesialistutdanningen
- støtte til medisintutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning
- støtte til Turnuskonferansen 2005 der tema var rettet mot dagens utfordringer i turnustjenesten, spesielt kvalitet versus kvantitet
- seminar om læring og ulike læringsmetoder og betydningen av at industrien er ute av tellende undervisningstilbud i legers videre- og etterutdanning

Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Bent Folkvord, Turi Bondeson, Geir Jacobsen, Per Omvik, Ingvild Brunborg Morton 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 sekretariatet er sekretær for utvalget.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

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

Utdanningsfond II ble etablert i 1984, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to

representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Kommunenes Sentralforbund (KS) har ett medlem hver.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet har fått delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2005 registrerte sekretariatet 4825 innkomne søknader mot 4971 i 2004.

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2005-30.6. 2006 var tilskuddet 29,4 millioner kroner, noe som er det samme som året før.

Fondets egenkapital har økt de siste årene. Ved utgangen av 2005 var det bokført en egenkapital på 138,3 millioner kroner mot 124,8 millioner kroner i 2004. De refunderte kursutgifter var på 18,9 millioner kroner, hvilket er ca. 3,8 millioner lavere enn foregående år.

I perioden 1.1. 2005-31.12. 2008 består utvalget av Eirik Bø Larsen (leder), Sigrid Næss, Ivar Halvorsen, Svein Lie (HOD) og Arne Norum (KS). Personlige varamedlemmer er henholdsvis Gunnar Ramstad, Arne Eivindson, Hill Øien, Guri Spilhaug (HOD) og Kari Rolstad (KS). Marte Baumann har avløst Anne Torill Nordli som utvalgets sekretær.

### **3.29 Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning**

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning av sykehusleger. Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og NAVO har ett medlem hver.

I tilknytning til fondets vedtekter er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet har fått delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2005 registrerte sekretariatet 7753 mottatte søknader mot 7222 året før.

Ytelsene finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I siste avtaleperiode 1.7 2005-30.6 2006 var tilskuddet 23,5 millioner kroner mot 25,1 millioner kroner året før. I tillegg videreføres vedtatt overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis NAVO og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale kr 1 000 per legeårsverk for 2005 til Utdanningsfond III. Det ble i 2005 innbetalt 8,3 millioner kroner mot 6,1 millioner kroner året før. Ved årsskiftet var det utestående ca. 1 millioner kroner.

Fondets egenkapital ved utgangen av 2005 er 93,7 millioner kroner mot 91,8 millioner kroner året før. De refunderte utleggene var på 31,2 millioner kroner, noe som er en økning på 2,5 millioner fra 2004.

I 2005 har utvalget bestått av Rita Kolvik (leder), Fredrik Anton Sten Remers Hanssen, Kaare Morten Gautvik, Svein Lie (HOD) og Hilde Christiansen (NAVO). Personlige varamedlemmer er henholdsvis Inger Kristin Aase, Ole Jacob Nilsen, Helge Bjørnstad Pettersen, Guri Spillhaug (HOD) og Svein Tore Walsø (NAVO). Marte Baumann har avløst Anne Torill Nordli som utvalgets sekretær.

### **3.30 Kvalitetssikringsfond I - Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus**

#### **3.30.1 Fondsutvalgets sammensetning 2004-2007**

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 tre regulære møter og ett telefonmøte i 2004.

#### **3.30.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk**

Avsetningen til fondet skjer i henhold til avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, KS og NAVO/de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til kvalitetsforbedring i legetjenesten utenfor sykehus slik at

helsevesenet gir pålitelige og sikre tjenester. For 2005 ble det avsatt 5,55 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

### **3.30.3 Søknader og bevilgninger i 2005**

Det totale antall søknader til fondet var 18, med en samlet søknadssum på kr 4 680 950. Av disse søknadene ble 14 innvilget, med et samlet beløp på kr 3 182 075.

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

## **3.31 Kvalitetssikringsfond II - Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten**

### **3.31.1 Fondsutvalgets sammensetning 2005-2008**

Fondsutvalget består av Stein Tore Nilsen (leder), Berit K. Norling, Jana Midelfart Hoff, alle Legeforeningen og Heidi Merete Rudi og Trine Magnus fra Helse- og omsorgsdepartementet. Utvalget har hatt to møter i 2005.

### **3.31.2 Avsetninger og bevilgningspolitikk**

Avsetningen til fondet skjer i henhold til avtale mellom staten ved Arbeids- og administrasjonsdepartementet, KS og NAVO/de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med fylkeskommunal avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet i spesialisthelsetjenesten, særlig den institusjonsbaserte helsetjenesten. For 2005 ble det avsatt 3,8 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond II. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

### **3.31.3 Søknader og bevilgninger i 2005**

Det totale antall søknader til fondet var 19, med samlet søknadssum på kr 4 540 980. Av disse søknadene ble 11 innvilget, med et samlet beløp på kr 2 027 980. Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fåes fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens Internett-side.

## **3.32 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus**

### **3.32.1 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 Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) og møter i styringsgruppen. Legeforeningens sekretariat v/Siri Fauli er sekretariat for samarbeidsordningen. NOKLUS er det utøvende organet.

I 2005 ble Kvalitetsforbedringsfond III formelt godkjent som stiftelse. Vedtektene ble revidert etter ny stiftelseslov og fra 1.1. 2005 endret fondet navn fra "Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus" (Kvalitetssikringsfond III) til "Den norske lægeforenings fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus" (Kvalitetsforbedringsfond III).

### **3.32.2 Styringsgruppen**

Styringsgruppen bestod i 2005 av Terje Vigen (leder), Hans Kristian Bakke (til 31/8), Torunn Janbu (fra 1/9) og Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Inge Romslo, staten v/Helse Midt-Norge RHF, Liv Bagstevold, staten v/Helse og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim (observatør), KS. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

### **3.32.3 NOKLUS**

NOKLUS arbeider for at laboratorieanalyser utenfor sykehus blir rekvirert, utført og tolket riktig i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging.

NOKLUS er landsomfattende, og har 60 medarbeidere som er knyttet til 24 sykehuslaboratorier (NOKLUS i regionene) og dels knyttet til Seksjon for allmenntidisin ved Universitet i Bergen (NOKLUS Senter). Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside, eller NOKLUS hjemmeside, [www.noklus.no](http://www.noklus.no). Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne og 3 000 – 4 000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2005 var det 34 utsendelser av kontrollmateriale til deltakerne.

NOKLUS arbeider for sertifisering iht. ISO 9001:2000.

NOKLUS ønsker at all laboratorievirksomhet utenfor sykehus skal være kvalitetssikret. Over 99 % av alle legekontor som har laboratorium deltar i samarbeidsordningen. Det er med over 350 deltakere til selvkost. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltar også 86 norske og to islandske sykehuslaboratorier på to eller flere av utsendelsene. Det deltar bare ca. 200 sykehjem av 870 sykehjem. I 2005 ble det bestemt av arbeidsgruppen for KOSTRA (Kommune – Stat – Rapportering) at man skulle ha med spørsmål på KOSTRA-skjema om institusjonen deltar i NOKLUS. Høsten 2005 ble det signert avtale med Statoil om å kvalitetssikre all medisinsk laboratorievirksomhet i selskapet (11 bedriftshelsetjenester og 19 enheter offshore).

Hvert regionale helseforetak skal påta seg driftsansvar for et nasjonalt register. I Helse Vest valgte man å satse på å etablere et "Nasjonalt diabetesregister for voksne" ved NOKLUS Senter. Leder av NOKLUS, Sverre Sandberg, fikk i 2005 som den første nordmann, tildelt prisen "The Westgard Quality Award".

Ved utgangen av 2005 var det knyttet tre professor II-stillinger, en 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.

### **3.32.4 Årsrapport**

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

## **3.33 Publikasjoner**

### **3.33.1 Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling har følgende utgivelser i 2005:**

- Warfarinbehandling i praksis
- Praktisk veileder i allergivaksinasjon (nytt opplag)

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

Tidligere er det utgitt ca. 60 hefter. Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens Internett-side der heftene kan bestilles til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

## **3.34 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 2005 har åtte spesialforeninger fått innvilget slik støtte.

## **3.35 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 KS, Norsk sykepleierforbund og Telemark Fylkeskommune representert i stiftelsens styre.

På tross av en vanskelig økonomisk situasjon, har GRUK fortsatt bidratt i mange prosjekter knyttet til kvalitetsutvikling, og deres tjenester er etterspurt. Styret fant imidlertid ikke å kunne ta ansvar for fortsatt

drift dersom ikke det kunne etableres et tryggere økonomisk fundament. Etter møter med politiske myndigheter ble det signalisert politisk vilje til å gi GRUK rammevilkår som kunne sikre stabil drift. I regi av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) ble det etablert en arbeidsgruppe for å utarbeide forslag til organisering av GRUK basert på (delvis) statlig finansiering. Inntil endelig organisering er avklart, er finansiering sikret gjennom tilskudd over SHdirs budsjett. En beslutning om GRUKs organisering innenfor en statlig forvaltning vil trolig bli fattet tidlig på nyåret 2006.

Hans Asbjørn Holm har representert Legeforeningen i stiftelsens styre med Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant. Opplysninger om GRUK ligger på nettsiden [www.gruk.no](http://www.gruk.no).

### **3.36 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)**

Utvalget har hatt ett telefonmøte, deltatt i to eksterne møter og hatt betydelig e-postkommunikasjon i forbindelse med revisjon av Norsk indeks (se eget punkt).

Utvalget besto i 2005 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. Norsk indeks er et samarbeid mellom Legeforeningen, Åsmund S. Lærdals fond for akuttmedisin, og Laerdal Medical. Legeforeningen er ansvarlig for det faglige innholdet. Fondet har rettighetene til konseptet ("non profit"-basis), og firmaet Laerdal Medical har ivaretatt produksjon og distribusjon av Norsk indeks. Ny avtale som regulerer samarbeidet, er inngått høsten 2005.

### **3.37 Revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp**

Norsk indeks for medisinsk nødhjelp er beslutningsstøttehjelpemiddel for personell ved Akuttmedisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) og legevaktsentraler (LV-sentraler). I henhold til avtale med rettighetshaver (se forrige punkt) er Legeforeningen ansvarlig for det faglige innholdet.

Norsk indeks forelå i revidert utgave i 1999, og det er et utbredt ønske blant brukerne om en ny revisjon, samt at indeks også gjøres tilgjengelig i elektronisk format. Saken ble drøftet på et møte i regi av AMK-sentraler med region-oppgaver (RAMK). Legeforeningen og Lærdal ble enige om å gjennomføre en rask og svært begrenset revisjon av utvalgte emner i Indeks, samt å gjennomføre et forprosjekt som skulle lage en plan for en fullstendig revisjon av det faglige innholdet i Indeks samt en vurdering av konvertering til elektronisk format. Begge tiltak er gjennomført.

### **3.38 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.

For 12 av spesialforeningene har Fagavdelingen utført tjenester av varierende omfang, fra enkeltutsendelser av brev til regelmessig distribusjon av medlemsblad, ca. 35 oppdrag. En rekke foreninger får utført tjenester av andre avdelinger i sekretariatet (bl.a. medlemsregister og kontingentinnkreving).



## 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 2004-05 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

#### 4.1.1 Arbeide for å innføre en times kroppsøving i skolen hver dag

Legeforeningen har siden 2002, jfr statusrapporten *Mot i brystet .. stå i ben og armer?* om helse, helsefremmende arbeid og helsetjeneste for ungdom arbeidet for at kroppsøvingsundervisningen i skolen må utvides betydelig, til en time hver dag på alle klassetrinn. Fysisk inaktivitet er i dag en av de viktigste risikofaktorene for å utvikle helseproblemer og sykdom, og Verdens helseorganisasjon (WHO) beskriver inaktivitet som en global epidemi med store konsekvenser for folks helse. I Legeforeningens policynotat *Pulsene opp for bedre helse* fra november 2005 beskrives at fysisk inaktivitet er en hovedårsak til en lang rekke sykdommer, som hjerte- og karsykdom, type 2-diabetes, høyt blodtrykk og enkelte kreftformer. En passiv livsstil øker også faren for å utvikle overvekt og fedme som igjen fører til sykdom og helseplager. For å forebygge sykdom og helseplager, bør barn og unge få pulsen opp minst én time hver dag. Samtidig tar policynotatet til orde for at vi må vokte oss for å påføre barn og unge usunne holdninger til mat, trening og et slankt kroppsideal. Målet må være god helse og glede over fysisk kroppsutfoldelse. Selv om overvekt og fedme er et økende helseproblem, er vekt underordnet inaktivitet. Vi vet at overvektige personer som er i god fysisk form har langt mindre sykdomsrisiko enn inaktive overvektige. Helsegevinsten og risikoen ligger med andre ord i en fysisk aktiv eller en inaktiv livsstil.

Desember 2004 la åtte departementer frem en handlingsplan for fysisk aktivitet som hadde som visjon en bedre folkehelse gjennom økt fysisk aktivitet i befolkningen. Målet skulle være å medvirke til at barn og unge er fysisk aktive én time hver dag, og minst en halvtime daglig fysisk aktivitet for voksne og eldre. Handlingsplanen pekte på at skolen må se det som sin oppgave å stimulere og legge grunnlaget for en aktiv livsstil. 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.

Kunnskapsdepartementet fastsatte sommeren 2005 ny fag- og timefordeling. De nye planene innebærer at timetallet på barnetrinnet økes med 152 timer i året, som fordeles på 38 timer hver av fagene engelsk, matematikk, naturfag og samfunnsfag – til sammen 152 timer. Kunnskapsdepartementet skriver videre at også kroppsøving styrkes betydelig: ”Timetallet i kroppsøving økes med 143 timer ved at tidligere timer til frie aktiviteter overføres”. Det kan i utgangspunktet synes positivt, men det er grunn til å spørre seg om dette gir reell økning av fysisk aktivitet i skoledagen. Timer til såkalte frie aktiviteter var tid som skolene disponerte fritt. Blant annet ble timene brukt til uteskole, organisering av lekeaktiviteter, skogdager og aktivitetsdager hvor fysisk aktivitet var naturlig innslag. På mellomtrinnet og ungdomsskoletrinnet er ”Elevenes valg” og ”Skolens valg” fjernet og erstattet med teoretiske fag. Mange skoler har disponert denne tiden på samme måte som ”frie aktiviteter”. Legeforeningen er bekymret for at vinningen kan gå opp i spinningen, og vil følge utviklingen.

#### **4.1.2 Veilede befolkning og beslutningstakere i helsefremmende livsstil, med spesiell vekt på tiltak rettet mot 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. For å fremme folkehelsen er det derfor viktig at forebyggende og helsefremmende arbeid foregår på en rekke arenaer og overfor barn og unge er skolen spesielt viktig. Ved inngangen til ungdomsårene er de unges livsstil som regel upåklagelig. Ved utgangen av ungdomsårene er situasjonen imidlertid en helt annen: Mange er blitt røykere. Mange drikker for mye alkohol og/eller bruker andre rusmidler. Matvanene er blitt betydelig forverret. Mange har sluttet helt med idrett og fysisk aktivitet. En studie foretatt blant 11-15 åringer i ni europeiske land konkluderer med at tilfredshet med livet reduseres sterkt når alderen stiger fra 11 til 15 år. I barne- og ungdomsårene legges grunnlaget for livsstil og helsevaner i voksen alder. For Legeforeningen har det derfor vært fem områder vi særskilt har pekt på som viktige i det helsefremmende og forebyggende arbeidet overfor barn- og unge; fysisk aktivitet (jfr. pkt. 4.2), en skolehverdag fri for helseskadelig mobbing, vold og trakassering (jfr. bl.a. Legeforeningens statusrapport *Mot i brystet .. stå i ben og armer?*), røykeforebygging og røykfrie skolegårder (jfr. 4.5), alkohol- og rusforebygging og sunne matvaner gjennom gratis skolemåltid.

#### **4.1.3 Forebygge psykiske lidelser blant barn og unge**

Barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelmissbrukere er utsatte og sårbare grupper. Det er i barne- og ungdomsårene personligheten formes, og grunnlaget for psykisk helse i voksen alder legges. Derfor er det så viktig at barn og unge får god og rask hjelp når de trenger det. Tidlig intervensjon og rask oppfølging kan være avgjørende for å begrense og forkorte sykdomsutviklingen hos barn- og unge som utvikler psykiske lidelser. Legeforeningen mener tidlig intervensjon er et nøkkelord for å forebygge psykiske lidelser blant barn og unge. I Legeforeningens statusrapport *Mot i brystet .. stå i ben og armer* argumenteres det for at skolehelsetjenesten må bygges ut til å bli den primære arena for forebygging, skolehelsetjenesten må være en arena for tidlig å fange opp ungdom med psykiske problemer, og også medvirke til at skolehverdagen ikke blir en risikofaktor. Tidlig intervensjon er også et nøkkelord i forhold til behandlingsapparatet. Dessverre opplever mange unge med psykiske problemer og deres pårørende, at det er tidkrevende og ofte vanskelig å få hjelp. Manglende behandlingstilbud og for lange ventetider for å få hjelp har store menneskelige og samfunnsmessige konsekvenser. I Legeforeningens statusrapport *Mot i brystet .. stå i ben og armer* argumenteres det derfor med at kapasiteten i barne- og ungdomspsykiatrien må få et vesentlig løft, slik at ventetidene til behandling kan gå ned.

Det er derfor positivt at helse- og omsorgsminister Sylvia Brustad høsten 2005 satte ned en arbeidsgruppe som blant annet skal vurdere hva som er akseptabel ventetid for barn og unge med psykiske lidelser og unge rusmiddelmissbrukere, både for vurdering og behandling. Arbeidsgruppen har også fått i mandat å foreslå hvordan en særskilt ventetidsgaranti kan utformes og etableres, og å foreslå gode mål for produktivitet. Arbeidsgruppen har frist til 1.6. 2006.

#### **4.1.4 Tobakksforebyggende arbeid**

Tobakksfritt er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og som arbeider for å redusere bruken av tobakk. Professor Tore Sanner, Rikshospitalet-Radiumhospitalet HF, er leder med Ellen Juul Andersen, Legeforeningen som nestleder.

Medlemmer av Tobakksfritt er Legeforeningen, Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Landslaget Mot Tobakk, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke, Fagforbundet, Den norske tannlegeforening og Norges Idrettsforbund. Adressen til hjemmesiden er [www.tobakksfritt.no](http://www.tobakksfritt.no).

Tobakksfritt hadde fem møter i 2005. Avdeling Tobakk i Sosial- og helsedirektoratet deltar på møtene som observatør. Det viktigste arbeidet i 2005 har vært røykeloven og røykfrie serveringssteder, arbeidet mot snus og petroleumsfondet og tobakksindustrien. Tobakksfritt har hatt møter med politiske partier, med Stortingets sosialkomité og med finanskomiteen.

## 4.2 Rusmiddelpolitisk utvalg

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. Utvalget har følgende medlemmer: Arne Johannesen (leder), Guri Spilhaug, Kristin B. Lazaridis, Per Føyn og Svein R. Steinert.

Utvalget hadde fem møter i perioden. Agendaen har vært konsentrert om Legeforeningens statusrapport om rus og gjennombruddsprosjekt *bedre rusbehandling*. Utvalget har også tatt initiativ for å drøfte rusmedisinsk kompetanseheving i spesialistutdanningen, og hadde bl.a. et møte med spesialitetsrådet hvor utvalget la frem forslag. Spesialitetsrådet har oppfordret aktuelle spesialitetskomiteer til å fortsette arbeidet med å styrke den rusfaglige kompetansen innen spesialistutdanningen, og gi tilbakemeldinger etter hvert som ideer blir konkretisert. For øvrig har utvalget bidratt til en rekke høringer som omhandler rusmiddelpolitiske spørsmål. Sentralstyret vedtok høsten 2005 å videreføre utvalget for en ny periode med uendret sammensetning og mandat.

## 4.3 Forskningsinstituttet

### 4.3.1 Personale og finansiering

Instituttet har fem faste, to eksterne medarbeidere og én 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.

### 4.3.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder. Det kom 22 publikasjoner i 2005. Sentrale tema for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykелighet og dødelighet, læring og profesjonalisering, lege/pasientforholdet, og ellers alt som har med legers atferd å gjøre. Forskningsinstituttets medarbeidere er ofte forelesere på møter i fylkesavdelinger og yrkesforeninger, og deltar gjerne i offentlig debatt med kronikker og andre innlegg.

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

## 4.4 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen deltar sammen med Norges Apotekerforening og Statens legemiddelverk i Foreningen for utgivelse av *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. Den finnes også i elektronisk utgave på CD og på Internett ([www.legemiddelhandboka.no](http://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, og dermed bidro heller ikke Legeforeningen.

Begge foreninger deltar fortsatt i styret. Fremtidig finansiering av Legemiddelhåndboken ble omtalt i Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) stortingsmelding om legemiddelpolitikken (Legemiddelmeldingen, St.meld. nr. 18 2004-2005). HOD foreslo statlig fullfinansiering av boken, og foreslo senhøstes 2005 en ny organisering, med statlig styring av driften. Legeforeningen, Norges apotekerforening m.fl. er tilbudt plass i et redaksjonsråd, som skal forestå den faglige driften. Saken er til vurdering i Legeforeningen og i det nåværende styret for utgivelse av *Norsk legemiddelhåndbok*.

## 4.5 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 fondet ivaretas av sekretariatet.

## 5 Helsepolitikk

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

### 5.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2004-05 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

#### 5.1.1 Legeforeningen mener. Statusrapporter, policynotater og høringer

Legeforeningens helsepolitiske arbeid kan beskrives som en kontinuerlig prosess på mange arenaer. Gjennom møter, dialog, foredrag og høringer i departement, direktorat, tilsyn og storting er målet å medvirke til at medisinsk faglige synspunkter blir blant premissene for helsepolitiske beslutninger. Gjennom å utarbeide egne statusrapporter settes de saker vi vil fremheve på den helsepolitiske dagsorden. Gjennom artikler og dialog på Legeforeningens nettsider og i Tidsskriftet utdypes foreningens helsepolitiske engasjement ytterligere. Frem til nå har Legeforeningens helsepolitiske standpunkter ikke vært samlet, ordnet og fremstilt på en systematisk måte. For å lette tilgangen til og oversikten over Legeforeningens helsepolitiske syn på ulike områder, er disse nå samlet på Legeforeningens hjemmesider under overskriften «Legeforeningen mener». Per 31.12. 2005 er policynotater, statusrapporter og høringsuttalelser samlet under denne overskriften.

#### *Statusrapport om faglighet i spesialisthelsetjenesten*

De årlige statusrapportene har som formål å profilere Legeforeningen som helsepolitisk aktør og sette forsømte områder i landets helsetjeneste på den helsepolitiske dagsorden. Legeforeningens femte statusrapport *Rom for faglighet – til pasientens beste* ble publisert i mai 2005. Rapporten setter søkelys på ivaretagelse av det faglige innholdet i helseforetakene, med særlig vekt på det medisinsk faglige aspektet. I rapporten peker Legeforeningen på tre sentrale punkter for å øke faglighet i spesialisthelsetjenesten:

1. Sykehusene må legge forholdene til rette for møtet mellom lege og pasient. Riktig og tilstrekkelig bruk av helsepersonellens tid og egnede rom er sentralt for god dialog, sikker diagnostikk og riktig valg av behandling. Den enkelte pasient må sikres behandling på rett nivå til rett tid - praksiskonsulentordning må innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den er relevant for å bedre samhandling mellom nivåene. Legeforeningen vil ta initiativ til at medisinsk etikk blir en del av spesialiseringen.

2. For å holde tritt med medisinsk faglig utvikling og for å møte befolkningens etterspørsel etter moderne tjenester, foreslår Legeforeningen at 5-10 % av helsetjenestefinansieringen må gå til forskning og utdanning, og at midlene må være aktivitetsbasert/resultatbasert og fremkomme i egne budsjetter. Foreningen foreslår at hensynet til utdanning av leger og spesialister vektlegges ved omorganiseringer i helsetjenesten, og at det etableres systemer som ivaretar pasientenes sikkerhet.

3. Rapporten retter oppmerksomheten mot systematisk forbedringsarbeid og kvalitetssikring av innholdet i helsetjenesten. Legeforeningen utfordrer alle aktuelle aktører til å bli med i et nasjonalt løft for kontinuerlig forbedringsarbeid, og legger særlig vekt på metoden som er brukt ved gjennombruddsprosjekter. Foreningen understreker at forbedringsarbeidet må forankres i ledelsen og drives frem nedenfra. Målet er å bli flinkere til å gjøre det man faktisk vet man bør gjøre.

Fagmiljøene i Legeforeningen deltok aktivt ved utarbeidning av rapporten, både gjennom foredrag og debatt på idémøte 12.8. 2004. Arbeidsgruppen tilknyttet rapportskrivningen bestod av: Håvard Skeidsvoll, Trond Egil Hansen, Ole Jacob Nilsen, Oscar Løvdahl, Elisabeth Siebke samt Audun Fredriksen og Jorunn Fryjordet fra sekretariatet. Ingrid Høie og Terje Sletnes var redaktører for rapporten.

Tema for statusrapporten for 2006 er helsetjenester for ruspasienter. Helsepolitisk seksjon har prosjektansvar, og arbeidet er faglig forankret i Legeforeningens rusmiddelpolitiske utvalg. Arbeidet med ny statusrapport har foregått gjennom store deler av 2005, og vil bli ferdigstilt medio februar 2006.

### ***Policynotater***

Utarbeiding av policynotater på aktuelle områder har som formål å samle og tydeliggjøre Legeforeningens helsepolitiske standpunkter, og effektivt formidle disse overfor relevante helsepolitiske aktører, egne medlemmer og tillitsvalgte, helsetjenestene og befolkningen, og slik medvirke til at medisinsk faglige synspunkter blir blant premissene for politiske beslutninger. Utvikling av policynotater på aktuelle områder vil kunne bidra til en mer enhetlig, oversiktlig og tydeligere helsepolitisk profil i Legeforeningen. Høsten 2005 ble det utarbeidet sju policynotater som ble vedtatt av sentralstyret. Notatene er kortfattede og lett tilgjengelige dokumenter som omfatter aktuelle helsepolitiske temaer. Det ble vedtatt policynotater på følgende temaer i 2005:

- Interkommunal legevakt
- Egenandeler
- Heldøgns pleie og omsorg
- Fysisk aktivitet
- Videreutdanning av leger i sykehus
- Bemanningsnormer i sykehjem
- Legemiddelassistert rehabilitering

Samtlige policynotater er vedlagt prinsipp- og arbeidsprogrammet.

### ***Høringer: Uttalelser til offentlige utredninger m.v.***

Å uttale seg om sentrale høringer er et viktig arbeid for Legeforeningen som helsepolitisk aktør, men dette arbeidet er både tidkrevende, og var dessuten ganske kostbart. Omleggingen til nettbasert kommunikasjon i høringsarbeidet fra 1.1. 2005 har i stor grad effektivisert arbeidet. Dessuten har omleggingen ført til større åpenhet om hvilke saker Legeforeningen til enhver tid har til høring og hvilke frister som gjelder. Alle høringer, både der vi er bedt fra eksterne om å avgi uttalelse og egne interne høringer, er samlet på Legeforeningens nettside under "Legeforeningen mener, Høringer". Med denne løsningen har alle organisasjonsleddene til enhver tid oversikt over, og mulighet for å gi innspill til, alle høringer som er til behandling. Sentralstyret har tilgang til innspillene som ligger til grunn for sekretariatets innstillinger.

Legeforeningen ble i 2005 bedt om uttalelse i 132 offentlige høringer. Det ble avgitt uttalelse til 54 høringer. 78 høringer ble vurdert som uaktuelle.

### ***Omtale av enkelte sentrale offentlige høringer***

Alle horingene Legeforeningen avga i 2005 er samlet på nettsiden under "Legeforeningen mener, avgitte høringer". Her omtales noen av de viktigste høringsuttalelsene avgitt i 2005 på områder vi må følge opp videre i tiden fremover.

### ***Evaluerings av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.***

Departementet hadde satt ned en intern arbeidsgruppe i Helse- og omsorgsdepartementet for å vurdere mandatet for og sammensetningen av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR). Arbeidsgruppen hadde vurdert NRs virksomhet, samt behov for endringer i dagens regulering av legemarkedet og dagens organisering av spesialistutdanningen.

Legeforeningen mente arbeidsgruppens rapport ikke la frem tydelige og realistiske alternativer til dagens løsninger, og heller ikke pekte på de sidene ved spesialistutdanningen som har et forbedringspotensial. Konklusjonene til arbeidsgruppen bygger på et svært tynt dokumentasjonsgrunnlag, og ikke på de syn som er fremkommet i evalueringen av Nasjonalt råd.

Legeforeningen mente at forslaget i rapporten åpner for økt sammenblanding av utfører- og kontrollrollen, som kan utgjøre en trussel mot kvaliteten i utdanningen. Videre bør en så omfattende og viktig sak drøftes mellom alle aktører som er del av apparatet for spesialistutdanningen av leger, slik at man får et hensiktsmessig grunnlag for riktige beslutninger. Departementet kan vurdere å nedsette et bredt sammensatt utvalg til å utrede disse forholdene. Målsettingen om å sikre befolkningen spesialisthelsetjenester av høy kvalitet bør ligge til grunn for et slikt arbeid

### ***NOU 2005:1 God forskning – bedre helse***

I innstillingen vurderes reguleringen av medisinsk og helsefaglig forskning, og det argumenteres til fordel for en tydeligere forskningsregulering samt enklere myndighetsstruktur. Dette skal gjøres ved å innføre en egen lov om medisinsk og helsefaglig forskning, samt å samordne de instanser og organer som forskere må forholde seg til.

Legeforeningen støttet de foreslåtte tiltakene. Forslagene om at det skal være én lov for regulering av medisinsk og helsefaglig forskning og "én postkasse" for forvaltningen av regelverket ble betraktet som forbedringer og forenklinger av dagens praksis på området. Legeforeningen pekte videre på viktigheten av å rette oppmerksomheten mot forhold som legger til rette for god og etisk forsvarlig forskning. Når det stilles kvalitetskrav og etableres ordninger for å ivareta kvalitetsaspektet i medisinsk forskning, må imidlertid dette ikke virke mot sin hensikt. I denne sammenhengen hadde foreningen noen innsigelser til hvordan prinsippene om én lov og én postkasse er fulgt opp og gjennomført i lovforslaget.

Legeforeningen støttet også at det skal stilles kvalitative krav til forskning og at det etableres nye ordninger for å ivareta kvalitetsaspektet, men ikke på en måte som gjør at forskning i mindre enheter hindres, eksempelvis innenfor privat allmennlegepraksis.

### ***NOU 2005:3 Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste***

Innstillingen gir en omfattende oversikt over utfordringene og aktuelle tiltak knyttet til samhandling i og mellom tjenestenivåene. Imidlertid er flere av de sentrale tiltakene som anbefales i utredningen tidligere forsøkt eller foreslått implementert, uten at disse har hatt nødvendig gjennomslag i forhold til å bedre pasientforløpet mellom enheter eller nivåer. Dette gjelder blant andre individuell plan og pasientansvarlig lege. Legeforeningen ga i sitt høringssvar uttrykk for at det er uakseptabelt at pasientrettighetene ikke er tilstrekkelig implementert og etterlevd, noe som innebærer at de tilsiktede virkninger av disse tiltakene ikke er oppnådd.

Legeforeningen pekte videre på at det er summen av flere faktorer som har ført til at disse tiltakene ikke har hatt ønsket effekt. For bedre å kunne vurdere hvilken virkning tiltakene har, burde innstillingen inneholdt en grundigere analyse av hvordan disse tiltakene på best mulig måte kan implementeres. Dette gjelder både i hvilken grad rammevilkårene enten legger til rette eller hindrer god samhandling og hvordan praktiske forhold må legges til rette for å sikre etterlevelse av ordningene. Samtidig er samhandlingsproblemer ofte spesifikke, konkrete og avhengig av lokale forhold. Det er derfor også behov for å sette de foreslåtte tiltakene i sammenheng med egnede tiltak som fører til forbedringer i samhandlingsmønsteret mellom de aktuelle aktørene på lokalt nivå. Legeforeningen mener resultater fra flere av foreningens gjennombruddsprosjekter har vist at denne metodikken er et egnet verktøy for å bedre samhandling lokalt. Gjennombruddsmetodikken har sin styrke ved at den kan legge både faglige målsettinger, organisasjonsendringer, oppfyllelse av lovkrav, etc., til grunn som målsettinger for forbedringsarbeidet.

### ***NOU 2004:18 Helhet og plan***

Utvalget har fått i mandat å utrede og foreslå harmonisering av den kommunale helse- og sosiallovgivningen, og foreslo en felles lovgivning sammen med et felles system for faglig tilsyn og kontroll. Legeforeningen ser behovet for en harmonisering av lovverket som omfatter den kommunale helse- og sosialvirksomhetene, men støttet ikke utvalgets anbefaling om å erstatte dagens to lover med en felles kommunal sosial- og helsetjenestelov. Videre er flere sentrale områder innen helsetjenesten svært mangelfullt omtalt i det foreliggende lovforslaget. Dette gjelder fortrinnsvis fastlegeordningen og kommunelegefunksjonen, men også andre viktige områder som eksempelvis koordinering av arbeidet med samhandling mellom sektorer og tjenestenivå. Legeforeningen mener at det foreslåtte lovforslaget ikke vil bidra til at faglige og politiske ansvarsforhold blir tydeligere og mer oversiktlig, og at det kommunale helsetjenestetilbudet er bedre tjent med dagens delte lovverk.

Innen noen områder legger utvalget frem positive forslag. Legeforeningen slutter seg til utvalgets vektlegging av viktigheten ved et samordnet regelverk for saksbehandling og overprøving, samt å gi kommunen plikt til å utpeke en ansvarlig person for å utarbeide individuell plan når det er behov for dette. I denne sammenhengen må det også fremheves at fastlegene - som pasientens medisinske koordinator - og medisinsk kompetanse må trekkes inn i arbeidet med individuell plan. Legeforeningen støttet utvalgets alternative forslag om å videreføre dagens system med to lover, men med en harmonisering av reglene for taushetsplikt, klage og tilsyn.

### ***NOU 2004:17 Statlig tilsyn med kommunesektoren***

Bakgrunnen for Tilsynsutvalget er at det statlige tilsynet med kommunesektoren ikke har vært gjennomgått verken i forbindelse med ny kommunelov tidlig på 90-tallet, eller i forbindelse med St.meld. nr. 17 (2002-2003) Om statlige tilsyn. Utvalget gir 16 konkrete tilrådninger for å regulere det statlige tilsynet med kommunesektoren. Blant annet foreslås det at det statlige tilsyn med kommunesektoren må reduseres, at oppgavene til helsetilsynet i fylkene skal overføres til fylkesmannen og at tilsynet må, ved bruk av sanksjoner, vurdere de virkningene sanksjonen kan ha for kommunens øvrige virksomhet.

Legeforeningen støtter i utgangspunktet tiltak for å bedre samordningen av statlig tilsyn med kommunesektoren, og deler vurderingen om at den enkeltes rettsikkerhet og samfunnssikkerhet bør legges til grunn for å skille ut områder for statlig tilsyn av denne sektoren. Legeforeningen er i mot forslaget om en lovfestet samordning av reaksjoner mellom de ulike sektorene og støtter ikke forslaget om å legge helsetilsynet i fylkene under Fylkesmannen i faglige tilsynssaker. Formålet med tilsynet er å sikre at befolkningen får de nødvendige og grunnleggende helsetjenestene de lovmessig skal ha, og at disse tjenestene har forsvarlig kvalitet. En samordning av ulike sektortilsyn må ivareta denne målsetningen. Etter Legeforeningens syn bør samordning sikres gjennom samarbeid mellom statlig sektortilsyn for å harmonisere tilsynet av kommunal virksomhet og å legge til rette for samarbeid på tvers mellom Fylkesmannen og helsetilsynet i fylkene.

### ***Forsøksordningen for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi - forslag til regulering av en landsomfattende og permanent ordning***

Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av St.prp. nr. 65 (2004-2005) at forsøksordningen for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning skal bli permanent og landsomfattende. Forslaget til reguleringen av ordningen innebærer at pasienter kan få trygderefusjon ved muskel- og skjelettsykdommer når de blir behandlet av kiropraktor og fysioterapeut med videreutdanning uten at det foreligger henvisning fra lege. Videre ble det lagt opp til at disse personellgruppene skal kunne henvise til spesialist, dokumentere arbeidsuførhet inntil åtte uker og henvise til fysikalsk behandling som utløser rett til trygderefusjon.

Legeforeningen mener at henvisning må bygge på en bred medisinsk vurdering, både av det aktuelle problemet og av pasientenes øvrige helsetilstand. Direkte henvisning fra kiropraktor og fysioterapeut begrenser den faglige bredden spesialisthelsetjenesten skal vurdere videre utredning og behandling på bakgrunn av, siden henvisningen bygger på et spesifikt og smalere faglig perspektiv. Viktig informasjon om pasienten som ikke direkte er knyttet til kiropraktikk eller manuellterapi, vil ikke fanges opp i henvisning til spesialist. Dette har for pasientenes del både et kvalitetsmessig, et sikkerhetsmessig og et rettighetsmessig aspekt. Videre svekkes fastlegens mulighet for å innta rollen som koordinator for pasienten ved å fjerne henvisningskravet og ved at informasjon om annen behandling og henvisning ikke nødvendigvis tilflyter pasientens faste lege. Legeforeningen mener det er til pasientens beste at all informasjon samles på ett sted. Dette er en viktig forutsetning for et helhetlig og sammenhengende tilbud av helsetjenester til pasienten. Omfattende sykemeldinger bør ivaretas av én person av samme grunn. Etter Legeforeningens syn bør det ligge tungtveiende argumenter til grunn for å innføre nye ordninger som kan virke mot de fornuftige intensjonene bak fastlegeordningen. Resultatene fra forsøksordningen - og evalueringen av denne - gir ikke et slikt grunnlag.

I den praktiske utformingen av ordningen bør det derfor sikres at fastlegen gis tilstrekkelig informasjon om behandling og henvisning gitt av fysioterapeut og kiropraktorer. Erklæring for rett til sykepenger fra kiropraktor og fysioterapeut bør sendes medlemmets fastlege samme dag som erklæringen sendes trygdekontoret. Sykefravær som gjør det nødvendig å innhente uførhetserklæring må overføres fastlegen, og bygge på en bred medisinsk faglig vurdering.

#### **5.1.2 Bedre legetjeneste for sykehjemsbeboere**

Legeforeningen har i mange år arbeidet for å bedre helsetjenesten til sykehjemsbeboere, og har siden statusrapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha de* fra oktober 2001 ment at bemanningsnormer for legedekning er et sentralt virkemiddel for å oppnå dette. Stortinget har ved flere anledninger drøftet bemanningsnormer, og 17. februar 2005 fattet Stortinget meget gledelig følgende vedtak: "Stortinget ber Regjeringen utarbeide kriterier for legedekning ved norske sykehjem og legge kriteriene frem for Stortinget i forbindelse med kommuneøkonomiproposisjonen 2006." (jfr. Innst. S. nr 122 (2004-2005)). I

Innstillingen het det videre at Legeforeningens forslag til normer for tilstrekkelig legebemannning kan være et godt utgangspunkt for å vurdere på hvilket nivå minstenormene bør ligge. Også Regjeringen Stoltenberg har varslet innføring av en nasjonal standard for legetjenesten i sykehjem. I Soria Moria-erklæringen fra oktober 2005 heter det: ”Regjeringen vil ha en nasjonal standard for legetjeneste i sykehjem”(s. 42).

Imidlertid er det nå usikkert om Stortingets vedtak blir ivaretatt. I Sosial- og helsedirektoratets utredning *Normering av legetjenester i sykehjem* som kom rett før jul, advares det mot å tallfeste en nasjonal bemanningsnorm for legetjenester i sykehjem, da det både vil være dyrt og lite hensiktsmessig. Sosial- og helsedirektoratet anbefaler i stedet at det i forskriftsform nedfelles kriterier for utvikling og fastsetting av lokale bemanningsnormer, altså en nasjonal prosessnorm istedenfor en rent kvantitativ norm. Dette er i tråd med statsbudsjettforelegget fra regjeringen Bondevik, og det er usikkert om regjeringen Stoltenberg nå arbeider for nasjonale bemanningsnormer, eller om de vurderer at nasjonale standarder for legedekning kan innebære at dette overlates til kommunene, gjennom fastsetting av lokale normer.

Legeforeningen har liten tro på at lokale normer i kommunene vil ha gjennomslagskraft for å bedre legetjenesten i sykehjem, og synes ikke rapporten fra Sosial- og helsedirektoratet er overbevisende i forhold til dette. Kommunene har i en årrekke hatt muligheten til å bedre legetjenesten, og dette spørsmålet har vært på den helsepolitiske dagsorden lenge. Nettopp fordi kommunene ikke har prioritert/ikke har hatt muligheten til å prioritere dette i tilstrekkelig grad må de nasjonale myndighetene stille krav som, på en bedre måte enn i dag, bidrar til å sikre at syke og svake eldre får de legetjenester de har behov for. Lokale normer sikrer heller ikke lik tilgang på legetjenester i sykehjem uavhengig av kommunens økonomi.

Legeforeningen har utarbeidet to policynotater som omhandler helsetjenesten for eldre (jfr. også omtale under pkt 5.2.2.) I Policynotat nr 2/2005 *Legeforeningens policy om bemanningsnormer ved sykehjem: Økt legebemannning gir bedre sykehjemstjenester* gis argumentene og legeforeningens forslag til bemanningsnormer for legedekning i sykehjem. I Policynotat nr. 5/2005 *Legeforeningens policy om Heldøgns pleie og omsorg – Faglige krav til omsorgsboliger* argumenteres det for at omsorgsboliger og sykehjem ikke er likeverdige alternativer. Det trenges en begrepsmessig differensiering av omsorgsboligene og klare kvalitetskrav til de omsorgsboligene som skal gi tilbud om heldøgns pleie og omsorg.

I tillegg har Legeforeningen arbeidet for at alle sykehjem skal bli tilknyttet NOKLUS for å heve den faglige kvaliteten i laboratorievirksomheten, jfr. pkt. 5.3 og pkt. 3.32.

### **5.1.3      Forskning og utdanning – finansieringsordninger**

Forskning og utdanning er en forutsetning for god faglig virksomhet i helsetjenestene, og Legeforeningen har ved flere korsveier arbeidet for at en større og fast andel av finansieringen av helsevesenet må gå til forskning og utdanning. Legeforeningen mener at en fast andel (mellom 5 og 10 %) av finansieringen av helsetjenesten må gå til dette formålet. Midler til utdanning og forskning må fremkomme i egne budsjetter, og det må lages egnede incentiver gjennom aktivitetsbasert finansiering. Legeforeningen mener at sykehusenes ressurser til utvikling av kompetanse er utilstrekkelige og ofte blir salderingspost i en trang sykehusøkonomi. Dersom sykehusene skal ha kompetanse til å møte fremtidens utfordringer, må det gis rammebetingelser til fornying av egen kompetanse og til å prioritere utdanning og forskning. I høringen i Stortingets sosialkomité i forbindelse med Statsbudsjettforelegget for 2006 var behovet økt forskningsinnsats ett av temaene Legeforeningen tok opp, jfr. pkt. 5.7. Forskning er anerkjent som en av de aller viktigste innsatsfaktorene for å stimulere økt langsiktig verdiskaping på bærekraftig grunnlag i alle industrialiserte land. Dersom Norge skal stå rustet til å møte fremtidens utfordringer, må vi satse på kompetanse og forskning på en helt annen måte enn i dag. Manglende satsing på forskning kan føre til at tilgangen til ny kunnskap reduseres. Dette kan redusere den faglige kvaliteten på utredning og behandling av pasienter. Kortsiktige driftsgevinster ved ikke å bruke ressurser på forskning, rekruttering og utvikling av forskningskompetanse, kan vise seg svært kostbart i et langsiktig perspektiv.

### **5.1.4      LEON-prinsippet som bærende element i norsk helsevesen**

Legeforeningen har i mange år fremhevet at LEON-prinsippet må være det bærende element i norsk helsevesen, jfr. statusrapporten *En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt, til fullt og helt*



fra 2000, våre innspill til evaluering og oppfølging av Fastlegeordningen og våre innspill og kommentarer til Wisløf-utvalget; NOU 2005:3 *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. At pasientene får behandling på rett nivå er et gode for den enkelte, gir bedre faglig kvalitet, og er dessuten en samfunnsøkonomisk fornuftig bruk av ressurser. Dersom allmennlegene henviser 1 % flere pasienter til spesialisthelsetjenesten, vil dette medføre 10 % økning i tilstrømming til spesialisthelsetjenesten. Mangelfulle ressurser tidlig i behandlingsskjeden kan ikke kompenseres fullt ut ved godt utbygde tjenester senere i kjeden. God samhandling både innad og mellom nivåer i helsetjenesten er en forutsetning for at pasienten skal få helhetlig og sammenhengende behandling. Likevel er det en kjent sak at samhandlingen svikter, ikke minst i overgangen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten. Organiseringen av sykehus i foretak gir bedre rammebetingelser på flere områder, men potensialet for å bedre samhandlingen er fremdeles stort. Legeforeningen har derfor i flere år vært en pådriver for innføring av ordningen med praksiskonsulenter som vi mener vil være ett av flere sentrale bidrag for å øke samhandlingen mellom helsetjenestenivåene, jfr. bla statusrapporten *Rom for faglighet – til pasientens beste!*.

Legeforeningen er svært fornøyd med at de regionale helseforetakene og Legeforeningen i januar 2005 kom frem til en rammeavtale for en nasjonal ordning for praksiskonsulenter. Legeforeningen vil imidlertid advare mot å la rammeavtalen bli en sovepute. For at de lokale PKO-ordningene skal bli mer formelt bundet sammen, er det behov for et sekretariat som kan koordinere og fordele oppgaver, ha oversikt over navnelister, betjene en nasjonal hjemmeside og svare på henvendelser om hvordan praksiskonsulenten skal arbeide. Sekretariatet kan lokaliseres i Legeforeningen, hos en av de lokale PKO-ordningene i et av helseforetakene eller i Sosial- og helsedirektoratet.

## 5.2 Lokalsykehusenes fremtidige rolle

Lokalsykehusenes plass i spesialisthelsetjenesten har vært et konflikttema i mange år, og har ofte vært en utfordring for legestanden, både regionalt og lokalt. Etter år med fakkeltog og mobilisering lokalt for å bevare lokalsykehusene, har myndighetene endret fokus. Funksjonsfordeling og samling av høyspesialiserte tjenester til færre sykehus står fortsatt på dagsorden, men betydningen av nærhet til tjenestetilbudet for de vanligste sykdomstilstandene blir stadig tyngre vektlagt. Lokalsykehusenes rolle som trygghetsbase for befolkningen og en målrettet klargjøring av lokalsykehusenes plass i den helhetlige behandlingsskjeden fremheves. Samtidig åpnes det også opp for at det ikke nødvendigvis skal være 24 timers kirurgisk akuttberedskap ved alle lokalsykehus. I felleserklæringen for regjeringen Stoltenberg av 13.10. 2005 heter det at regjeringen vil opprettholde et desentralisert sykehusstilbud som bl.a. sikrer nærhet til akuttfunksjoner og fødetilbud. Videre understrekes det at ingen lokalsykehus skal legges ned, men det klargjøres ikke hvilke funksjoner og oppgaver lokalsykehusene skal fylle.

Sentralstyret nedsatte i juni 2005, etter dialog med lederne i de berørte yrkesforeninger, en arbeidsgruppe for å utrede lokalsykehusenes fremtidige rolle. Arbeidsgruppen besto av: Per Kristian Skorpen, Trond Engjom, Alise Beathe Andersgaard, Andres Wallø, Odd JarleKvamme, Anette Fosse, Tor Øystein Seierstad og Ragnar Dahle. Jorunn Fryjordet og Audun Fredriksen fra Legeforeningens sekretariat har bistått arbeidsgruppen. Gruppen konstituerte seg med Tor Øystein Seierstad som leder, og la frem sin rapport: *Lokalsykehusenes fremtidige rolle* i november 2005. Arbeidsgruppen mente at Legeforeningen må ha et særskilt ansvar i å få debatten om lokalsykehusene dreid fra hvilke funksjoner som må ligge i hvilke hus, til hvilke behandlingsskjeder som må være etablert for å sikre befolkningen lik tilgang til helsehjelp. Lokalsykehus er noe mer og noe annet enn sykehusbygninger – fokuset på arbeidet må være lokalsykehusfunksjonens plass i den samlede spesialisthelsetjenesten. I rapporten oppsummerer arbeidsgruppen sitt syn i åtte punkter. Arbeidsgruppen mener det er viktig å skille mellom to kvaliteter ved spesialisthelsetjenesten; bredde og spisskvalitet. Med bredde mener arbeidsgruppen evnen til å møte den uavklarte eller sammensatte pasient med et bredt faglig perspektiv – enkelt sagt evnen til å vurdere helhet. Med spisskvalitet menes evnen til å møte en nærmere avklart pasient med et avgrenset problem med den optimale kompetanse og behandling. Arbeidsgruppen mener at det mellom bredde- og spisskvalitet er et innbyrdes avhengighetsforhold. Det er ikke mulig å bygge spisskvalitet uten å ha bredde, og motsatt - det er ikke mulig å ha tilstrekkelig bredde uten å kjenne til de muligheter som ligger i spisskvalitet. Skal morgendagens pasienter sikres en spesialisthelsetjeneste av tilstrekkelig kvalitet, mener arbeidsgruppen man i langt større grad må skille mellom hvilke pasientgrupper som profiterer på bredde og spisskvalitet eller et fornuftig samspill mellom disse. Arbeidsgruppen har også drøftet myndighetenes forslag om at lokalsykehusene skal kunne

tilby begrensede akutfunksjoner, f.eks. bare akutfunksjon i indremedisin. For å kunne være en slik trygghetsbase som myndighetene ønsker, må lokalsykehusene både kunne ta hånd om og stabilisere akutte sykdommer og skadetilfeller, kunne utrede og diagnostisere pasienter med uavklarte tilstander og velge de "riktige" behandlingsforløp. Den store gruppen av eldre pasienter som trenger lokalsykehusfunksjoner ligger i dag på indremedisinske avdelinger, og arbeidsgruppen har forståelse for at man politisk derfor kan tenke at lokalsykehusene derfor bare trenger akuttbredskap i indremedisin. Imidlertid kan en akutt funksjonssvikt hos en eldre pasient bety en meget komplisert diagnostisk utfordring, ofte i samspill mellom akuttkirurgi og akuttindremedisin. Utredning, diagnostikk og valg av behandling (ofte kalt sykehusenes sorteringsfunksjon) er avgjørende for utfallet av en sykdom eller skadetilstand – og spiller minst like stor rolle for det endelige resultatet som kvaliteten på det rent tekniske behandlingsopplegget. Indremedisinske pasienter har oftest sammensatte lidelser og trenger ofte et samspill mellom den indremedisinske og kirurgiske fagkompetanse. Arbeidsgruppen mener derfor at akutfunksjon på lokalsykehusene som et minimum innebærer tilstedeværelse av indremedisinsk, anestesilogisk og generellkirurgisk vaktkompetanse, tilgang på adekvat teknologi og nødvendig støtte av laboratorie- og radiologiske tjenester.

Arbeidsgruppens rapport har vært på bred høring til aktuelle organisasjonsledd i Legeforeningen. Videre er temaet drøftet på Legeforeningens lederseminar i mars 2006 og er også det helsepolitiske tema for landsstyremøtet 2006.

### **5.3 Statsbudsjettet 2006**

Legeforeningen la frem sitt syn på statsbudsjettet for 2006 for Helse- og omsorgskomiteen i åpent høringsmøte i Stortinget 2.11 2005. Her ble følgende tema tatt opp:

#### ***Utsatte grupper må skjermes mot egenbetaling***

Det er et grunnleggende helsepolitisk mål at alle som trenger det får medisinsk hjelp uavhengig av personlig økonomi. Legeforeningen mener at terskelen inn til helsetjenesten må være lavest mulig. Imidlertid har det siden årsskiftet 1996/1997 vært en økning i pasientenes egenbetaling for å søke legehjelp på 98 %. Legeforeningen er i første rekke bekymret for at utsatte grupper med behov for helsehjelp lar være å oppsøke legehjelp på grunn av egenandelene. Sykdom rammer ofte skjevt, og de med dårligst økonomi har i alminnelighet mest helseplager. For ungdom, minstepensjonister, rusmiddelmissbrukere og andre kronisk syke kan egenandelene føre til at barrierene for å søke legehjelp blir for stor.

I statsbudsjettforemlegget foreslås det at aldersgrensen for fritak for egenbetaling skal heves fra 7 til 12 år fra 1.1. 2006. Legeforeningen mener at en heving av aldersgrensen for fritak for egenbetaling er et skritt i riktig retning, men vil bemerke at det i første rekke er ungdomsgruppen som trenger lav terskel for å søke helsehjelp. Ungdom har flere helsemessige utfordringer, og har også behov for å ta opp problemer med lege uten å nødvendigvis å involvere foreldre. For å forebygge sykdom, uønskede graviditeter og eventuelle rusproblemer, er det svært viktig at ungdom kommer i kontakt med helsetjenestene. Legeforeningen vil derfor anbefale at aldersgrensen for fritak for egenandeler heves til 19 år.

#### ***Helsetjenesten til eldre må bedres***

Sykehjemspasienter er blant de sykeste og svakeste i landet, og har omfattende behov for medisinsk hjelp. Flere rapporter har vist at legedekningen ved norske sykehjem er underdimensjonert. Dagens lovverk og krav til legetjenesten overfor kommunene har ført til store forskjeller i antall legetimer fra det ene sykehjemmet til det andre. En kartlegging utført av SINTEF Helse i 2003/2004 viste at legedekningen varierer så mye som fra 26 beboere til 2,6 beboere per ukentlig legetime.

På bakgrunn av dette har Legeforeningen arbeidet for å innføre bemanningsnormer for å bedre kvaliteten på sykehjemstjenestene. Stortinget gikk i mars 2005 også inn for dette. I budsjettforslaget argumenteres det imidlertid i mot nasjonale normer. Det foreslås i stedet at det skal utformes nasjonale kriterier for fastsetting av lokale normer for legedekning i sykehjem. Legeforeningen argumenterte i mot departementets forslag, siden dette tiltaket etter foreningens syn ikke vil ha nødvendig gjennomslagskraft for å bedre legetjenesten i sykehjem. Lokale normer sikrer heller ikke lik tilgang på legetjenester i sykehjem uavhengig av kommunens økonomi.

I budsjettforslaget legges det også opp til at den enkelte kommune fortsatt på frivillig basis skal

vurdere å knytte sine sykehjem til NOKLUS. Legeforeningen påpekte at det bør være en nasjonal oppgave å knytte alle sykehjem til NOKLUS. Høyere kvalitet på laboratorievirksomheten vil i stor grad bidra til å bedre sykehjemstjenestene. Erfaring viser imidlertid at slik deltakelse sjelden vinner frem i kommunale prioriteringer. Legeforeningen anbefaler derfor at det innføres en finansieringsordning – eksempelvis trekk over budsjetttrammen - som sikrer at alle sykehjem deltar i kvalitetssikringsarbeidet gjennom NOKLUS.

### ***Faglig styrking av rusfeltet er nødvendig***

En rekke rapporter har avdekket at rusmiddelavhengige mangler nødvendige og tilgjengelige helsetjenester, og at kvaliteten i rusbehandlingen er for dårlig. Rusreform 2004 har imidlertid etablert et bedre rammeverk for å skape et bedre helsetjenestetilbud til rusmiddelavhengige. I budsjettforslaget er tiltak for rusmiddelmissbrukere totalt styrket med 113 millioner kroner.

Legeforeningen støtter fullt ut styrkingen av behandlingstilbudet til rusmiddelmissbrukere. Kapasiteten må generelt økes, men fremfor alt må innholdet og kvaliteten i tilbudet bedres for å oppnå bedre behandlingsresultater, reduksjon i antall overdosedødsfall, reduksjon av sosiale problemer og bedret livskvalitet og helse for den enkelte rusmiddelmissbruker.

Legeforeningen understreket at rusbehandling også er et medisinsk ansvar, og at foreningen bidrar til økt faglighet på rusfeltet blant annet gjennom etableringen av om lag 20 kvalitetsforbedringsprosjekter og utarbeiding av ny statusrapport på feltet.

### ***Interkommunal legevakt***

Legeforeningen har i flere år arbeidet for å sikre det interkommunale legevaktsamarbeidet. Gode legevaktordninger er sentralt for befolkningens opplevelse av trygghet. I tillegg kan rekrutteringen til og stabiliteten i fastlegeordningen flere steder bedres vesentlig ved snarlig å legge bedre til rette for interkommunale legevaktsentraler. Imidlertid er dagens finansieringsordninger ikke tilstrekkelige. Undersøkelser har vist at interkommunale legevakter medfører innsparinger for Rikstrygdeverket, samtidig som kommunene får om lag det samme kronebeløpet i økte kostnader.

I budsjettforslaget blir imidlertid redegjørelsen for interkommunalt legevaktsamarbeid varslet først i kommuneøkonomiproposisjonen for 2007. Legeforeningen mener det er beklagelig at årets statsbudsjettforelegg ikke sikrer en finansieringsordning for det interkommunale legevaktsamarbeidet. Usikkerhet rundt finansieringsordningene vil føre til at det neppe vil skje noen videre utbygging av dette samarbeidet. Dersom avklaringen skytes ytterligere ut i tid kan også de eksisterende interkommunale legevaktene stå i fare for nedleggelse

### ***Sykehusøkonomi***

Reformen medførte en lite heldig økonomisk start for sykehusene, ved at samtlige regionale helseforetak ble etablert med store underskudd. Det ble heller ikke bevilget omstillingsmidler, og det tok lang tid før åpningsbalansen ble fastsatt. Åpningsbalansen ble i tillegg satt for lavt. Videre har stykkpriselementet i Innsatsstyrt finansiering (ISF) vært endret fra 60 % til 40 % og tilbake til 60 %. I budsjettforslaget foreslås det på ny å redusere andelen ISF til 40 % i 2006.

Legeforeningen understreker at helseforetakene må sikres en større grad av økonomisk forutsigbare rammevilkår. Stadige og uventede omlegginger av finansieringssystemet gjør det vanskelig å drive langsiktig planlegging av driften.

### ***Forskning***

I budsjettforelegget foreslås en økt satsing på forskning innen helseområdet. Blant annet foreslås det å styrke forskning innen psykisk helse, epidemiologi, legemiddelindustriavhengig forskning, tjenestetilbudet til eldre, kvinners helse, rusmisbrukere og pasienter med psykiske lidelser. Legeforeningen ser denne satsingen som svært nødvendig for å kunne tilby pasientene en faglig god helsetjeneste.

Foreningen har tidligere arbeidet for at en fast andel (mellom 5 og 10 %) av finansieringen av helsetjenesten må gå til forskning og utdanning. Midlene til forskning og utdanning må fremkomme i egne budsjetter, og den aktivitetsbaserte finansieringen må understøtte satsing på forskning. Sykehusenes ressurser til utvikling av kompetanse er utilstrekkelige og blir ofte en salderingspost i en trang sykehusøkonomi. Dersom sykehusene skal ha kompetanse til å møte fremtidens utfordringer må det gis

rammebetingelser til fornying av egen kompetanse og til å prioritere utdanning og forskning. Legeforeningen antok også en omtale av forskning innen allmennmedisin i budsjettforslaget, men dette varsles utsatt til Revidert nasjonalbudsjett i 2006. Forskning innen allmennmedisinen bør styrkes.

## **5.4 Organisasjonskontakter**

### **5.4.1 Stortingskomiteer**

Legeforeningen har i løpet av året deltatt i flere høringsmøter i Stortinget både vedrørende statsbudsjettet og i forbindelse med høringer knyttet til stortingsmeldinger, proposisjoner og private Dokument 8-forslag. Det er i første rekke i sosialkomiteen (fra september: Helse- og omsorgskomiteen), vi har deltatt. Av store saker hvor vi har hatt et engasjement, er våre synspunkter på St.prp. nr. 46 (2004-2005) *Ny arbeids- og velferdsforvaltning*, på Dokument nr 8:54 (2004-2005) *Forslag om å sikre at fødende kvinner som ønsker det kan få blod fra navlestreng tappet, nedfrosset og lagret*, på St. meld. nr. 18 (2004-2005) *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk og på statsbudsjettets innretning*. Flere av våre yrkesforeninger og spesialforeninger har vært involvert i dette arbeidet.

Som tidligere år arrangerte Legeforeningen i februar et helsepolitisk seminar for Stortingets sosialkomité der temaene denne gangen bl.a. var: Smertebehandling – Hva er problemet? Hvilke tiltak bør iverksettes? Akuttpsykiatri – Hva er situasjonen? Hvilke tiltak bør iverksettes? Og Rusmiddelmissbrukernes situasjon etter rusreform 1 og 2 – Har rusmiddelmissbrukerne fått et helhetlig behandlingstilbud?

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

### **5.4.2 Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet**

Legeforeningen har deltatt på flere møter og seminarer med Helsedepartementet, Sosialdepartementet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid. Av større saker hvor vår kompetanse har vært etterspurt, er våre synspunkter på kvalitet i eldreomsorgen og hvordan spesialisthelsetjenesten bør endres for bedre å ivareta de eldres behov, begge temaer i forbindelse med arbeidet med stortingsmelding om *Omsorg for fremtiden*. Videre har våre synspunkter på egenandeler og spørsmål om fritak for utsatte grupper, våre synspunkter på kvalitetsforbedring i psykiatrien, kvalitetsforbedringsarbeid mer generelt og forbedringsarbeid gjennom Gjennombruddsprosjektene mer spesielt, blitt fremmet overfor helseforvaltningen. Legeforeningen stilte også i flere møter med Helse- og omsorgsdepartementet knyttet til oppfølgingen av høring om landsdekkende og permanent ordning for kiropraktorer og fysioterapeuter med videreutdanning i manuellterapi.

### **5.4.3 Prosjekter/rapporter/andre oppdrag**

#### ***Prosjektet Rett prioritering***

Endringene i pasientrettighetsloven fra 1.9. 2004 pålegger helseforetakene å gi pasienter med rett til nødvendig helsehjelp en individuell frist for behandling. De regionale helseforetakene skal sørge for at det finnes et system for gjennomføring av dette i helseregionen.

Våren 2005 ble et prosjekt mellom Helse Øst, Sosial- og helsedirektoratet og Legeforeningen igangsatt for å kartlegge og harmonisere individuelle frister for behandling i spesialisthelsetjenesten. Arbeidet ble ledet av en styringsgruppe sammensatt av representanter fra Helse Øst og Sosial- og helsedirektoratet. Som et ledd i arbeidet ble om lag 100 deltakere fra helseforetak i Norge, Nasjonalt råd for prioritering i helsetjenesten og Legeforeningen samlet til konferanse i april 2005. Formålet var å lage tydeligere veiledere for å sikre mer likhet ved fastsettelse av frist og rett prioritering i helsesektoren, blant annet med bakgrunn i spesialforeningenes arbeid. Rapport fra konferansen og arbeidet knyttet til denne er under arbeid, men ikke publisert i 2005.

## 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 2004-05 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

#### 6.1.1 Fremme 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. I et samarbeid mellom Helse Sør, Helse Øst og Legeforeningen ble det i 2005 gjennomført et pilotprosjekt kalt *Frist meg inn i ledelse* som hadde til hensikt å motivere og rekruttere kvinnelige leger til lederstillinger.

Bakgrunnen for prosjektet var et felles ønske om å øke andelen kvinnelige legeledere i sykehus. Selv om kvinneandelen blant medisinstudenter er over 50 %, viser nasjonale og internasjonale studier at andelen kvinnelige leger i lederstillinger er vesentlig lavere enn lederandelen blant mannlige leger. En jevnere kjønnsfordeling blant ledere vil kunne utnytte det lederpotensialet som totalt finnes i sykehusene. Målet var at pilotprosjektet skulle være et motivasjonsfremmende tiltak spesielt rettet mot kvinnelige leger med interesse for ledelse i klinisk virksomhet. Hensikten var å gi kvinnelige leger lyst til å påta seg lederansvar og forståelse for hva slikt ansvar innebærer. Samtidig ønsket arrangørene å skaffe seg mer kunnskap om hva det er som hemmer, og hva det er som fremmer, kvinnelige legers lyst og muligheter til å påta seg lederansvar. De fleste sykehus i de to regionene var representert, totalt 25 leger. Deltakerne hadde variert faglig bakgrunn, både fra somatikk og psykiatri. Noen hadde ingen ledererfaring og var relativt nyutdannet, mens andre hadde flere års ledererfaring, bl.a. som avdelingsledere. Representanter fra helseregionene, Legeforeningen og Legeforeningens likestillingsutvalg var til stede på samlingene.

Det var et mål for pilotprosjektet at det verken skulle være et tradisjonelt lederprogram basert på forelesninger eller et tradisjonelt mentorprogram. Målet var å belyse teori gjennom praksis. Det ble gjennomført tre samlinger, på totalt fem dager. Alle samlingene hadde en variasjon av foredrag og arbeid i kollegapar. Kollegabasert veiledning, eller coaching, var et sentralt element i lederopplæringen, og deltakerne ble på første samling delt inn i faste par på to, som brukte hverandre som veiledere eller coacher gjennom hele prosjektet.

Evalueringen viste en meget positiv tilbakemelding fra deltakerne, både ifht. innhold, arbeidsform og ønske om å gå inn i ledelse. Arrangørene drøfter nå om, og eventuelt i hvilken form, *Frist meg inn i ledelse* kan videreføres.

Styringsgruppen for prosjektet har vært Marit Hamkoll, Helse Sør, Einar Lie, Helse Øst, Torunn Janbu, Legeforeningen, Catarina Falck, Likestillingsutvalget, Jorunn Fryjordet, sekretariatet. Øyvind Drangsrud har vært prosjektleder.

#### 6.1.2 Styrke det lokale helse- og omsorgsarbeidet for medlemmene

For å oppfylle formålet om å styrke det lokale helse- og omsorgsarbeidet for medlemmene, har Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg etablert en lege-for-lege ordning i de fleste fylker. Utvalget har videre bidratt til å utvikle såkalte seniorseminarer som er pensjonsforberedende kurs

tilbudt leger det året de fyller 65. Høsten 2005 vedtok utvalget å øke antall kurs i 2006 og 2007 fra tre til seks per år for å kunne utvide tilbudet til leger i alderen 63-64 år.

Sentralstyret har bedt utvalget om rapport om sin virksomhet samt at de skal legge frem en plan for utvikling av nye tiltak.

### **6.1.3 Sette ut i livet landsstyrets vedtak om endringer i Legeforeningens organisasjonsstruktur og legge til rette for at intensjonen med disse vedtak oppfylles**

Sentralstyrets forslag til ny hovedstruktur i Legeforeningens organisasjon var høsten 2004 sendt ut med høringsfrist 3.1. 2005. Det forelå høringssvar fra 20 avdelinger, sju yrkesforeninger og 23 spesialforeninger. Saken ble behandlet i sentralstyret våren 2005 med innstilling til landsstyret om å fatte prinsippvedtak om Legeforeningens fremtidige organisasjon basert på obligatorisk medlemskap og felles kontingent for Legeforeningens medlemmer, både i lokalforeninger, yrkesforeninger og i fagmedisinske foreninger - én for hver spesialitet. I vedtaket - som i landsstyret var enstemmig - ble det videre vedtatt en mindre utvidelse av antall landsstyreprerentanter, styrkning av yrkesforeningenes geografiske representasjon, økning av antall representanter fra fagmedisinske foreninger og fast opprettelse av regionsutvalg. Sentralstyret har høsten 2005, som forutsatt av landsstyret, forberedt en alminnelig lovrevisjon. Forslag til nye lover ble utsendt på høring 14.12. 2005 med høringsfrist 28.2. 2006. Det er forutsatt at lovforslaget skal behandles av landsstyret 10. - 12.5. 2006.

### **6.1.4 Bedre samordningen av Legeforeningens internasjonale arbeid både gjennom sin politiske representasjon i internasjonale fora og i sekretariatets organisering**

Fra høsten 2004 har det vært forsøkt å koordinere en mer hensiktsmessig arbeidsform overfor CPME (Den europeiske legeforening) slik at Legeforeningens representanter som møter i CPME har mer innsikt i de debattene og forslagene som er fremmet. En intern arbeidsgruppe består av representanter både fra fagavdelingen, avdeling for forhandling og helserett samt andre aktuelle avdelinger avhengig av problemstillinger. For øvrig foretar sentralstyret en gjennomgang av Legeforeningens representasjon i ulike internasjonale fora. I hovedsak vedtar sentralstyret oppnevning til CPME, European Forum of Medical Association og World Medical Association (WMA).

## **6.2 Medlemstall**

31.12. 2005 var antall medlemmer 23 133, hvorav 3 479 studentmedlemmer. Fra 1.1.- 31.12. 2005 er 95 medlemmer avgått ved døden (registrert per. 16.1.2006).

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920-2005:

<i>År</i>	<i>Antall</i>	<i>År</i>	<i>Antall</i>
1920	1 103	1980	8 178
1925	1 317	1985	10 134
1930	1 530	1990	11 854
1935	1 898	1995	13 775
1940	2 264	2000	16 092
1945	2 332	2001	16 677
1950	2 986	2002	17 421
1955	3 525	2003	18 086
1960	3 308	2004	18 925
1965	4 372	2005	19 654
1970	5 126		
1975	6 495		

## **6.3 Landsstyret**

Det har i perioden vært holdt ett ordinært landsstyremøte. Dette fant sted 25.- 27.5. 2005 i Bergen. Vedtaksprotokollen fra det ordinære landsstyremøtet 2005 er offentliggjort på Legeforeningens nettsider, [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

## **6.4 Sentralstyret**

Landsstyret i Bergen 2005 valgte nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2005 - 31.8 2007.

Sentralstyret fikk slik sammensetning: Torunn Janbu (president), Per Meinich (visepresident).  
Øvrige medlemmer: Lars Kristian Eikvar, Hilde Engjom, Ottar Grimstad, Ernst Horgen, Bård Lilleeng, Siri Tau Ursin og Marte Walstad. Varamedlemmer: Gunnar Skipenes, Harald Guldsten og Anne Kristine Fagerheim. Siri Tau Ursin har vært innvilget permisjon i tiden 1.9 - 31.12.2005, og Gunnar Skipenes har i denne perioden fungert som fast medlem av sentralstyret.

## **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 (Ylf)

## **6.7 Spesialforeningene**

Pr. 31.12. 2005 hadde Legeforeningen følgende 62 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 leger i legemiddelindustrien  
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 samfunnsmedisin  
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 nevreradiologisk forening  
Norsk nyremedisinsk forening  
Norsk oftalmologisk forening  
Norsk onkologisk forening  
Norsk ortopedisk forening  
Norsk plastikkirurgisk forening  
Norsk psykiatrisk forening  
Norsk radiologisk forening  
Norsk revmatologisk forening  
Norsk selskap for allmennmedisin  
Norsk selskap for craniofacial kirurgi  
Norsk selskap for hematologi  
Norsk thoraxkirurgisk forening  
Norsk trygdemedisinsk forening  
Norsk urologisk forening

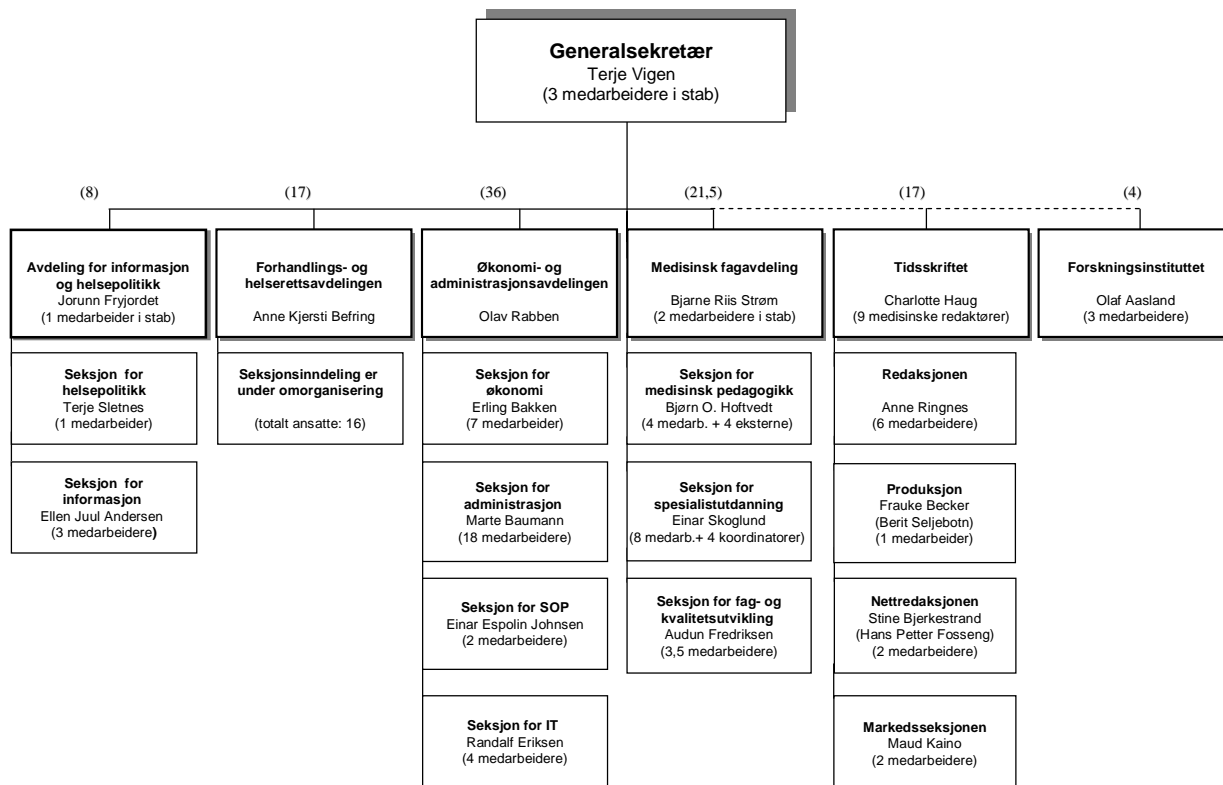
## **6.8 Sekretariatet**

Per 31.12. 2005 var det 124 fast 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 14 tidsbegrensede stillinger tilsvarende 12,4 årsverk.



## 6.8.1 Organisasjonskart

### Organisasjonskart Legeforeningens sekretariat pr. 01.01.2006



## 6.9 Tidsskrift for Den norske lægeforening

### 6.9.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er ti medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker. Redaksjonssjef Anne Ringnes har ansvar for drift og det redaksjonelle arbeidet i Tidsskriftet. I hennes seksjon inngår tre manuskriptredaktører, en bilderedaktør og tre redaksjonssekretærer. Produksjonssjef Frauke Becher har ansvar for produksjon og distribusjon. Nettredaksjonen ledes av Stine Bjerkestrand. Seksjonen hadde fire medarbeidere fra april til august, tre medarbeidere resten av året. Markedsavdelingen ledes av markedsjef Maud P. Kaino og har foruten henne to medarbeidere.

Fra 2005 består redaksjonskomiteen av Steinar Solberg (leder), Per Brodal, Ellen Schlichting, Guri Rørtveit, Geirmund Unsgård, Baard-Christian Schem, Marte Walstad og Terje Vigen.

235 faglige medarbeidere er tilknyttet redaksjonen. Mange av disse var samlet til møte i april, der blant annet Tidsskriftets form og innhold ble diskutert.

Redaksjonen mottok i 2005 i overkant av 2 000 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til eksternt fagvurdering (peer review). Totalt bidrog over 300 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserer i tillegg om lag 350 egne artikler.

### 6.9.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkom fra 1.1. 2005 hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 3 596 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 941 sider og andre annonser 345 sider. I tillegg kommer seks klebede og 51 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2004

publisert 3 324 sider, hvorav 852 ledige stillinger og 328 andre annonser. I tillegg kom 13 og 24 klebede (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er nå 23 500 (des 2005).

### **6.9.3 Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider**

Nettredaksjonen arbeider med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets Internett-tjenester, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Seksjonen har tre medarbeidere og ledes av seksjonssjef og nettredaktør Stine Bjerkestrand. Hans Petter Fosseng har vikariert for Stine Bjerkestrand siden juli grunnet svangerskapspermisjon. Hvert nummer og Tidsskriftet på Internett har hatt om lag 20 000 unike brukere og 40 000 sidevisninger i 2005. Legeforeningens nettsider har hatt omtrent 10 000 unike brukere og 30 000 sidevisninger per døgn i gjennomsnitt. Besøktallene for begge nettstedene har økt sammenliknet med 2004 og foregående år. Kurskatalogen er det mest brukte tilbudet på nettet.

#### ***www.legeforeningen.no***

Legeforeningens nettsider fikk ny design og oppbygging i januar 2005. Nettsidens nye struktur ble utarbeidet på grunnlag av en brukerundersøkelse og i samarbeid med alle avdelinger i sekretariatet. Nettsidene er delt i tre hovedområder: Legeforeningen, Jus, avtaler og arbeidsforhold samt Utdanning og fagutvikling. I tillegg gir menyen Spesialiteter inngang til informasjon tilknyttet hver enkelt spesialitet. Nettsidene holdes kontinuerlig oppdatert og nyheter fra foreningen publiseres daglig på hverdager. Brukerne kan også holde seg oppdatert på nyheter fra Legeforeningens nettsider ved hjelp av en såkalt RSS-feed.

I 2005 ble SERUS – system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger ([www.serus.no](http://www.serus.no)) tatt i bruk. SERUS er et lukket ekstranett for den årlige Rapport om spesialistutdanning, som utdanningsinstitusjoner fyller ut og leverer elektronisk. Systemet tar seg av både utdanningsinstitusjonenes innlevering av rapporter med vedlegg, oppfølging av Legeforeningens sekretariat og spesialitetskomiteenes evaluering av rapportene. SERUS erstatter tidligere års papirbaserte rapportering.

Internett-tjenesten LEIF ([www.legeforeningen.no/leif](http://www.legeforeningen.no/leif)) ble lansert som en fortsettelse av pilotprosjektet LEIF-2004 (Legers etterutdanning i fremtiden), et prøveprosjekt for systematisk, dokumenterbar etterutdanning av legespesialister i regi av Legeforeningen. LEIF fortsatte som et pilotprosjekt i 2005, hvor spesialister i fødselshjelp og kvinnesykdommer og patologi kunne registrere sine etterutdanningsplaner og få kolleger til å evaluere dette. Løsningen var også åpen for andre spesialister.

Over 80 organisasjonsledd i Legeforeningen hadde per 31.12. 2005 fått tilrettelagt egne nettsider i Legeforeningens publiseringsløsning for Internett, Gloria.

#### ***www.tidsskriftet.no***

Hver utgave av Tidsskriftet er tilgjengelig i fulltekst på Internett på utgivelsesdagen. Nettnyheter publiseres daglig på hverdager. Antall sidevisninger per nettnyhet er i overkant av 1 000 i gjennomsnitt. Fra 2005 kunne brukerne holde seg oppdatert på nettnyhetene ved hjelp av en såkalt RSS-feed.

Søkemotoren på Tidsskriftets nettsider ble oppgradert i 2005 for å gi raskere og mer presise treff.

## **6.10 Informasjonsvirksomheten**

### **6.10.1 Intern og ekstern informasjon**

Sekretariatet mottar og formidler en rekke henvendelser fra presse, medlemmer og publikum, og bistår dessuten Legeforeningens ulike organisasjonsledd ved større møter og arrangementer, bl.a. med presseutspill. Det legges vekt på å yte god service og å ha en relasjonsbyggende funksjon mot andre organisasjoner.

#### ***Aktuelt i foreningen***

Siden januar 2004 har sekretariatet hatt totalansvar for "Aktuelt i foreningen" i Tidsskriftet. Dette innebærer produksjon av stoff, redaksjonelt ansvar, oppfølging med trykkeriet og med produksjonsansvarlig i Tidsskriftet.

### ***Informasjonsveileder***

Sekretariatet har i perioden utarbeidet en informasjonsveileder til internt bruk.

### ***Overordnede kommunikasjonsprinsipper for Legeforeningen***

Sentralstyret har vedtatt overordnede kommunikasjonsprinsipper for Legeforeningen. Legeforeningens informasjonspolitikk bygger på fem prinsipper. Disse prinsippene er grunnleggende for å oppnå en god intern og ekstern informasjon:

- Kommunikasjonsprinsippet
- Prinsippet om aktiv informasjon
- Helhetsprinsippet
- Linjepsippet
- Prinsippet om informasjon som lederansvar

### ***Grafisk design***

Sekretariatet produserer grafisk materiale, og bistår interne og eksterne samarbeidspartnere med utforming og design av foldere, brosjyrer og profileringsmateriale. Sekretariatet har også en viktig rolle i utformingen av profileringsmaterieell til landsstyremøtet og til de årlige statusrapportene.

### **6.10.2 Mediekontakt**

Sekretariatet har i perioden bistått organisasjonsledd som har avholdt større konferanser av allmenn interesse, der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon om konferansene til befolkningen. Det holdes kontinuerlig kontakt med helsejournalister og det gis tips og bistand om saker som angår Legeforeningen. Det er videreformidlet en rekke pressehenvendelser til ulike tillitsvalgte og fagpersoner.

### ***Presseinformasjon for Tidsskriftet***

Fra og med nr. 7/1997 sender sekretariatet ut kortfattede pressemeldinger basert på 3-5 artikler i Tidsskriftet. Enkelte artikler sendes eksklusivt til utvalgte medier. Pressemeldingene har i 2005 resultert i nærmere 500 større eller mindre presseomtaler. Det har vært oppslag i en rekke aviser og riksdekkende medier.

### ***Leger og media***

Det avholdes kurs med temaet "Leger og media" for fylkesavdelinger og spesialforeninger. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgtopplæringen. Sekretariatet holder 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 arbeid oppdateres kontinuerlig. Brosjyren fikk ny layout og nytt omslag i 2005.

### ***Medieberedskapsgruppen***

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe. Frem til sommeren 2005 bestod den av Legeforeningens president Hans Kristian Bakke, Terje Vigen, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen. Fra 1. september overtok Torunn Janbu presidentvervet og gikk inn i gruppen. Odvar Brænden overtok for Åsmund Hodne som har gått av med alderspensjon. Gruppen hjelper medlemmene med å håndtere vanskelige mediesaker.

### ***Overvåking av mediebildet***

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

### ***Ekstern representasjon***

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

Legeforeningens nettsider, Tidsskriftet og tillitsvalgte.

## **6.11 Likestillingsutvalget**

For perioden 1.1. - 31.12. 2005 var følgende medlemmer oppnevnt: Torunn Janbu (leder til 1.9.2005), Inger Kristin Aase (erstattet Camilla Arnesen), Catarina Falck, Tom Guldhav og Tom Sundar. Ragni Skille Berger erstattet Kari Olin som sekretariatets kontaktperson i utvalget.

Det har vært avholdt fem ordinære møter i perioden. Utvalget har vært høringsinstans i saker om likestillingsspørsmål, og har arbeidet konkret med følgende prosjekter:

### ***Frist meg inn i ledelse***

Utvalget tok initiativ til lederrekrutteringsprosjektet Frist meg inn i ledelse, et samarbeid mellom Legeforeningen, Helse Sør og Helse Øst. Hensikten var å motivere kvinnelige leger til å påta seg lederoppgaver, og å gi deltakerne en forståelse for hva ledelse innebærer, samt å gi helseforetakene tilbakemelding på hva som fremmer og hemmer lederrekruttering. 25 kvinnelige leger deltok ved til sammen tre samlinger i perioden juni til november. Evalueringen har vært svært positiv og prosjektets videre utvikling vurderes for tiden av Legeforeningen, Helse Øst og Helse Sør.

### ***Legeyrket - fra mannsbastion til kvinnefront?***

Likestillingsutvalget har fått økonomisk støtte fra sentralstyret til å arrangere konferansen "Legeyrket – fra mannsbastion til kvinnefront?" i Oslo 27.4. 2006. Bakgrunnen er at andelen kvinnelige leger stiger jevnt, både i Norge og internasjonalt. Målet er å belyse ulike aspekter og problemstillinger ved utviklingen, samt å gi innspill til Legeforeningens likestillingsarbeid.

### ***Informasjon på Legeforeningens Internett-sider***

Utvalget har oppgradert sine nettsider med informasjon om Legeforeningen likestillingsarbeid med lenker til aktuelle artikler og prosjekter.

### ***Kjønnsfordeling i Legeforeningens råd og utvalg***

Likestillingsutvalget har drøftet kjønnsfordelingen i Legeforeningens råd og utvalg og vil komme med vurderinger og kommentarer rundt dette i 2006.

## **6.12 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. Jørn Nissen-Meyer er vararepresentant.

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten. De holder seg orientert om arbeidets utvikling og samordner rapportering fra fylkesavdelingene. Utvalget arrangerer årlig en samling på Soria Moria for fylkenes avdelingsrådgivere og støttekolleger som ledd i dette arbeidet. Det er per i dag avdelingsrådgivere i alle fylker bortsett fra i to, samt i gjennomsnitt fire støttekolleger i hvert fylke. Det rapporteres at det er lett å rekruttere støttekolleger. Det er etablert lege-for-lege ordning i de fleste fylker.

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg har også bidratt til utviklingen av de såkalte seniorseminarer. Dette er et pensjonsforberedende kurs som har vært tilbudt leger det året de fyller 65 år. Pågangen har vært stor og tilbakemeldingene gode. Verner Bakke fra Senter for seniorpolitikk og Harry Martin Svabø, med bistand fra sekretariatet, står som arrangør. Da det er ønskelig at tilbudet om seniorseminar skal kunne tilbys leger som er 63-64 år, vedtok utvalget høsten 2005 at antall kurs skal økes fra tre kurs årlig til seks kurs årlig i 2006 og 2007. Fra 2008 skal det igjen være tilstrekkelig å avholde tre årlige kurs.

Utvalget er endelig engasjert i det tilbud om kurs og personlig rådgivning som ytes via Villa Sana ved Modum Bads nervesanatorium. I 2005 har dette rekreative tilbudet samlet 47 leger til kurs og 105 leger til rådgivning. I 2004 var tallene henholdsvis 68 og 180. Den reduserte behandlingsskapasiteten kan tilskrives at bemanningssituasjonen i 2005 har vært preget av ustabilitet på grunn av permisjon/langvarig sykdom. Det har imidlertid blitt tatt inn vikarer.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har bevilget midler til drift av Legeforeningens

støttegrupper i fylkene og til gjennomføring av årssamlingen. SOP har videre bevilget midler til gjennomføringen av seniorseminarene, og til det pedagogisk rekreative tilbudet ved Modum Bads nervesanatorium, Villa Sana. Dette tilbudet er økonomisk sikret frem til 1.7. 2007.

### **6.13 Håndbok for tillitsvalgte**

Oppdatering og ajourføring av Tillitsvalgthåndboken har pågått høsten 2005.

### **6.14 Arkivperm**

Det har blitt utarbeidet en arkivperm med indeksregister til bruk for hovedtillitsvalgte i helseforetak og HSH-sykehus. Arkivpermen skal være et hjelpemiddel for de tillitsvalgte ved arkivering av dokumenter i forbindelse med de lokale B-dels forhandlinger. Den er sendt til hovedtillitsvalgte i aktuelle foretak/sykehus.

### **6.15 Tillitsvalgtprosjekt**

Sentralstyret vedtok i desember 2005 vedtatt å etablere et "tillitsvalgtprosjekt". Hensikten med prosjektet er å gjennomgå oppbyggingen av tillitsvalgtstrukturen innenfor de ulike tariffområder, gjennomgå rapporteringsrutiner ved melding til sekretariatet om valg av tillitsvalgte samt å komme med forslag til fremtidige løsninger. Yrkesforeningene har blitt tilskrevet med anmodning om å utpeke medlemmer til prosjektgruppen.

### **6.16 Kurs for tillitsvalgte**

På bakgrunn av den spesielle situasjonen som oppsto med NAVO ble det bare avholdt fire kurs i NAVO-området i 2005.

### **6.17 Evaluering av regionsutvalgene**

Legeforeningens landsstyre vedtok i mai 2005 at det skal lovfestes et regionsutvalg i hver av landets helseregioner. Videre påla landsstyret sentralstyret å evaluere regionsutvalgene. Sentralstyret fulgte dette opp gjennom vedtak i august og november 2005. Sekretariatet fikk i oppgave å organisere evalueringen.

I tilknytning til evalueringen er det i løpet av høsten og vinteren 2005 etablert en referansegruppe og en styringsgruppe. Referansegruppen er satt sammen etter forslag fra yrkesforeningene, i alt seks representanter. Styringsgruppen består av tidligere leder av organisasjonsutvalget, en representant fra Legeforeningens forskningsinstitutt og en representant fra sekretariatet. I tillegg er Norsk institutt for by- og regionsforskning (NIBR) i samarbeid med Nordlandsforskning engasjert for å gjennomføre spørreundersøkelser og intervjuer knyttet til evalueringen. Resultatet av evalueringen skal behandles i sentralstyret og Landsstyret i 2006.

### **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. I samarbeid med Nettredaksjonen i Legenes hus har utvalget utviklet egne nettsider for IT under Legeforeningens nettsider, se: [www.legeforeningen.no/?id=18100](http://www.legeforeningen.no/?id=18100).

Utvalget har hatt tre møter, og arrangerte våren 2005 et seminar for sentralstyret og andre ledere i tilsutning til Legeforeningens ledersamling. Et forslag til strategidokument for IT-utvalget ble presentert på seminaret. Dokumentet fremholder betydningen av at brukerne (leger og annet helsepersonell) er med og legger premissene for utvikling av IT-løsninger og implementering av disse. Spesielt i spesialisthelsetjenesten må det gjøres mye for å oppnå effektiv og sikker behandling av journalopplysninger, slik at pasienten kan være trygg på at behandlende helsepersonell har fått vite det de trenger for å kunne iverksette riktige behandlingstiltak. Utvalget har gitt kommentarer og innspill til sekretariatet, bl.a. i forbindelse med høringssaker. Utvalgets medlemmer i 2005 var 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 legekantor for effektiv informasjonsutvikling med andre aktører. Hovedfokus er sikker og effektiv utveksling av standardiserte, elektroniske meldinger (henvisning, epikrise, sykmelding, m.m.) Etter forprosjekt i 2002 har Legeforeningen videreført prosjektet gjennom et hovedprosjekt som startet i 2003. På grunnlag av funksjonelle kravspesifikasjoner utviklet i forprosjektet og videreutviklet i hovedprosjektet, har prosjektet inngått bindende avtale med ti leverandører av programvare om utvikling av nye og forbedrede løsninger. Prosjektet har fått midler fra SHdir og Innovasjon Norge (tidligere Statens nærings- og distriktsutviklingsfond, SND), og fra 2004 også fra Nasjonal IKT, som er de regionale helseforetakenes samarbeidsorgan for IKT. I henhold til prosjektmodellen fra SND brukes prosjektmidlene til prosjektledelse og til delvis refusjon av kostnadene for leverandører og utprøvende legekantorer, 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 leger og Legeforeningen på den ene siden og helseforetak, trykdeetat, apotek og øvrig kommunehelsetjeneste og pasienter på den andre siden. Prosjektet har bidratt til samarbeid og koordinering med andre relevante prosjekter i sektoren. I 2006 går prosjektet inn i Fase III, som er siste fase i henhold til opprinnelig prosjektplan.

### **6.18.3 Deltakelse i offentlige prosjekter**

Legeforeningen er representert i styringsgrupper for flere IT-relaterte prosjekter i Sosial- og helsedirektoratet, bl.a. prosjektet Norm for informasjonssikkerhet, for prosjekt Test- og godkjenningsordning (vedrørende nyutviklet programvare), i samarbeidsrådet for Helsebiblioteket, og i samarbeidsrådet for S@mspill 2007, som er myndighetenes handlingsplan for elektronisk kommunikasjon i helsetjenesten. Norsk sykepleierforbund gjennomfører på vegne av direktoratet et prosjekt (ELIN-kommune) for kommunikasjon i pleie- og omsorgssektoren, og Legeforeningen deltar i prosjektets styringsgruppe. Legeforeningen er også representert i referansegruppen for myndighetenes såkalte Kommuneprogram under handlingsplanen S@mspill 2007.

Legeforeningen er representert i styringsgruppe og arbeidsgruppe (delprosjekt rekvirent) i prosjekt eResept, som Sosial- og helsedirektoratet gjennomfører på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Det er utarbeidet en prosjektplan for å etablere et landsdekkende system for elektronisk overføring, registrering, og midlertidig lagring av "aktive" resepter, samt for tilsyn og kontroll med blåreseptordningen.

## **6.19 Deltakelse i andre organisasjoner**

### **6.19.1 Kommunal kompetanse (KK)**

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

### **6.19.2 Stiftelsen SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon)**

SAMKOM (Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon) 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 legemiddelinforasjon rettet mot helsepersonell. På grunn av de store endringene som har funnet sted i apotekvesenet, har aktiviteten vært liten de siste årene. På grunnlag av de diskusjoner som er ført i styret i 2005, vil det i 2006 bli fremmet et forslag overfor stifterne om hvordan aktiviteten eventuelt bør innrettes for at SAMKOM skal kunne forbli et hensiktsmessig samarbeidsorgan for stifterne. Hans Asbjørn Holm har representert Legeforeningen i stiftelsens styre.

## **6.20 Soria Moria**

Soria Moria er en egen stiftelse med et eget styre oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Soria Morias driftsituasjon har vært noe vanskelig, men er i positiv utvikling. Det satses videre på at Legeforeningens ulike organisasjonsledd skal øke sin bruk av Soria Moria ved ulike arrangementer. Man har nå i lengre periode forøkt å få solgt unna de tjenesteboligene som man ikke lenger har bruk for til egne ansatte, men dette har støtt på vanskeligheter i Oslo kommunes Plan- og utbyggingsetat.

Styret i Soria Moria har i 2005 bestått av Einar Hysing (leder), Asle Medhus, Anne Grete Olsen, Lars Eikvar og Terje Vigen (eks.officio).

## **6.21 Legenes hus**

Legenes hus i Akersgaten 2 eies av selskapet Christiania Torv A/S. Aksjene i selskapet eies av Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) der hver av eierne har 50 % av aksjene. Styret besto i 2005 av Hans Petter Aarseth (leder), Ina Nicoline Wille, Torunn Janbu og Terje Vigen. Den daglige driften og forretningsførselen er utført av Tschudi & Malling eiendom A/S. Resultatet for Christiania Torv viser et overskudd på kr 962 855.

## **6.22 Internasjonalt arbeid**

### **6.22.1 Generelt**

Legeforeningen er både sentralt og gjennom yrkesforeninger og spesialforeninger engasjert på en rekke områder i internasjonalt arbeid. Det gjelder både på nordisk plan, europeisk plan og ikke minst globalt gjennom World Medical Association (WMA). Se også pkt. 6.1.4.

### **6.22.2 Nordisk legeråd**

Nordisk legeråd avholdes som felles sentralstyremøter mellom de nordiske legeforeninger hver annet år. I mellomliggende år er det bare møter i nordisk legeråds styrelse som er sammensatt av president og generalsekretær fra de ulike landene. Det har i 2005 vært to styremøter hvor man har drøftet felles helsepolitiske problemstillinger og ikke minst strategier for å samordne sine meninger og stemmegivning i ulike internasjonale fora. Torunn Janbu og Terje Vigen møtte fra Legeforeningen.

### **6.22.3 European Forum of National Medical Association and World Health Organization (EFMA/WHO)**

EFMA/WHO er et samarbeidsforum mellom de nasjonale europeiske legeforeninger og verdens helseorganisasjons Europakontor i København. Disse forum-møtene har vært arrangert siden 1984 på ulike steder i Europa. Det har spesielt vært et møtested for å utveksle erfaringer mellom de tidligere østsonelandene og de vestlige landene i Europa. Det holdes ett forum-møte årlig der representanter fra de fleste landene møtes. I mars 2005 ble forum-møtet holdt i Oslo med Legeforeningen som arrangør. Legeforeningen har siden 1990 årlig gitt ut en bok med oppdatert oversikt over nøkkelpersoner med navn, adresse, telefonnr. etc til de ulike organisasjonene i Europaregionen. Legeforeningen har dessuten vært fast observatør i Liaison Committee som utarbeider programmet for disse møtene.

### **6.22.4 Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)**

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

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.

### **6.22.5 Legeforeningens 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 fire møter og behandlet 22 saker.

#### ***Menneskerettighetsdialog med Kina***

Utenriksdepartementet har invitert utvalget til å delta i myndighetenes menneskerettighetsdialog med Kina. Som ledd i dialogen arrangerte utvalget et seminar om Patient rights and ethical dilemmas in psychiatry i Beijing 27. og 28.8. 2005 i samarbeid med Den kinesiske psykiatريفorening. Seminaret som var konsentrert om pasientrettigheter, etikk og menneskerettigheter og lov om psykiatri, samlet 60 deltakere fra alle regionene i Kina. Kina arbeider med en egen lov om psykiatri som er til høring i blant annet helsedepartementet, og to representanter fra departementet deltok. Den norske ambassaden i Beijing deltok på åpningen av seminaret.

Seminaret var en oppfølging av et tilsvarende seminar som ble holdt i Dalian i 2004 og ble finansiert av Utenriksdepartementet. Det planlegges oppfølgingsseminar i 2006.

#### ***Konferanse om Man made psychological traumas and forced migration***

Utvalget ved lederen og sekretæren bidrog med innlegg på en konferanse om traumatiske tilstander hos flyktninger og internt fordrevne i Istanbul 1. – 4. desember 2005. Konferansen ble arrangert i et samarbeid mellom Den tyrkiske legeforening, Human Rights Foundation of Turkey (HRFT), Den tyrkiske psykiatريفorening og Den norske lægeforening. 300 leger og annet helsepersonell fra 28 land deltok. De fleste deltakerne kom fra land i regionen. Land i Midt-Østen står for over halvparten av de internt fordrevne i Asia. Landene med flest internt fordrevne er Irak, Tyrkia og Israel. Hensikten med konferansen var å dele erfaringer og kunnskap innen psykososial rehabilitering av traumatiserte pasienter. Foruten Midt-Østen var Sudan, Sør-Afrika, Indonesia, Kina, Balkan og flere andre land i Europa representert.

Konferansen ble støttet økonomisk av Utenriksdepartementet.

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

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

#### ***Legens rolle i forbindelse med helsehjelp til asylsøkere***

Legeforeningen får ofte henvendelser fra leger som ber om råd om hvordan de skal forholde seg dersom de blir tilkalt ved utsending av asylsøkere, og om de kan gi helsehjelp til personer som oppholder ulovlig i landet. Både Rådet for legetikk og Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter har uttalt seg i slike saker. Utvalget har med støtte i norske lover og internasjonale deklarasjoner og konvensjoner, utarbeidet forslag med anbefalinger om hvordan leger bør forholde seg ved uttransportering og når de skal yte helsetjeneste til personer som oppholder seg ulovlig i landet. Forslaget har vært til behandling i Rådet for legetikk. Utvalget og rådet skal vurdere hvordan denne saken skal behandles videre.

#### ***Fengsling av professor Yury Bandazhevsky***

Professor Yury Bandazhevsky sitter fengslet i Hvite-Russland for å ha vært kritisk mot regjeringens håndtering av senvirkningene av Tjernobylulykken. Legeforeningen skrev et brev om saken til president Lukashenko i 2000. Andre organisasjoner som PEN og Amnesty har også vært engasjert i saken. PEN skrev et brev så sent som i januar 2005. Etter anmodning fra medlem Knut Hortedahl har utvalget tatt opp saken på nytt og igjen skrevet brev der en ber om at han blir løslatt av humanitære grunner



### ***Forfølgelser, utpressing og kidnapping av leger i Irak***

Utvalget ble i juni gjennom medlem Jannicke Mellin-Olsen og via NRK.no, New York Times og Sunday Times gjort kjent med at leger i Irak blir forfulgt og kidnappet. Sunday Times meldte at 1 000 leger har forlatt Irak siden USA invaderte landet, mens mellom 160 og 350 leger var bortført og 25 drept.

Opplysningene stammet fra Den irakiske legeförening og helsedepartementet i Bagdad. Den irakiske legeförening var bekymret både for legene, deres familier og for de problemene legemangel kan få for Iraks helsevesen.

Gjennom utvalget fulgte Legeföreningen opp med igjen å anmode Utenriksdepartementet og Verdens legeförening om å ta dette problemet opp i rette internasjonale fora.

### ***Helseerklæringer for asylsøkere***

Utlendingsnemda (UNE) ønsker å opprette et rådgivningsorgan som kan vurdere helseerklæringer og gi tilbakemelding til leger, psykologer og annet helsepersonell som utarbeider slike i forbindelse med asylsaker. Etter innspill fra utvalget reviderte Sosial- og helsedirektoratet retningslinjer for helseerklæringer i asylsaker i 2003. Disse ble omtalt og presentert i Tidsskriftet nr. 8/2003. Erfaringene viser at i mange saker blir ikke retningslinjene fulgt, og erklæringer holder til dels lav kvalitet.

På møte i UNE i desember 2005 der Legeföreningen var representert med Sverre Varvin (leder av Menneskerettighetsutvalget), Jan Emil Kristoffersen (Alment praktiserende lægers förening), Sidsel Rogde (Menneskerettighetsutvalget) og Bente Kvamme og Bjørn Oscar Hoftvedt fra sekretariatet ble ideen om et prøveprosjekt over ett år med en rådgivningsgruppe med representanter fra Legeföreningen og Psykologföreningen drøftet. De fleste erklæringer skrives av allmennpraktikere og psykiatere, men problemstillingene er de samme uansett fagbakgrunn.

En sak om Legeföreningens skal delta i en rådgivningsgruppe, vil bli fremmet for sentralstyret.

### **6.22.6 Comité Permanent des Médecins Européens (CPME)**

CPME (Comité permanent des médecins européens) kan sees på som den europeiske legeföreningen. Presidenten og sentralstyremedlem Ottar Grimstad har vært Legeföreningens delegater med støtte fra sekretariatet. Viktige saker organisasjonen har arbeidet med dette året har bl.a. vært tjenstedirektivet, arbeidstidsdirektivet og direktivet om gjensidig godkjenning av kvalifikasjoner. Mer informasjon om organisasjonen og andre saker det vært gjort vedtak om, kan en finne på [www.cpme.be](http://www.cpme.be).

Det har vært en egen konferanse om samordning av arbeidet til de forskjellige europeiske legeorganisasjonene og styrking av CPME sin rolle som de europeiske legenes samlende røst. Sentralstyret vedtok høsten 2005 å tilby YLF, Overlegeföreningen og Aplf å delta i den norske delegasjonen.

### **6.22.7 Den europeiske förening for legespesialister – Union Europeenne des Médecins Spécialistes (UEMS)**

Legeföreningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Jørgen J. Jørgensen, leder av spesialitetsrådet og Einar Skoglund fra sekretariatet.

Det er fem viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene til Sections og European Boards, kvalitet i pasientomsorgen og spesialistpraksis. Møtene i Management Council har i stor grad vært preget av diskusjoner om forholdet mellom UEMS og de underliggende Sections, samt forholdet til European Boards.

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

Einar Skoglund fra sekretariatet er Legeföreningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon vises til nettsidene [www.uems.be](http://www.uems.be).

### **6.22.8 Den europeiske overlegeföreningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).**

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeförening (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. 13. - 14.5. 2005 ble møtet holdt i Athen med The

Panhellenic Medical Association som vertskap.

Sentrale temaer for møtet var CME/CPD, ledelse og budsjettering, samt arbeidstidsdirektivet (93/104) og pasientsikkerhet. Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene. Presidentvervet innehas av Dr. Raymond Lies, Luxembourg. AEMH har sekretariat i Brussel.

#### **6.22.9 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG)**

PWG er et samarbeidsforum for yrkesforeningene for leger under utdanning i Europa. Organisasjonens hovedmålsetning er å fremme yngre legers interesser ved å utveksle informasjon og utvikle en felles plattform for hvordan yngre legers arbeidsbetingelser og spesialistutdanning skal styrkes, samt arbeide for forbedring i de europeiske lands helsetjenester. Den norske representasjonen i PWG ivaretas av Ylf ved at styret sender leder, 1-2 styremedlemmer og en fra Ylfs kontor til PWGs to årlige plenums møter. I forkant av plenums møtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

Vårens plenums møte ble avholdt i Helsinki, og var siste møte i president Nina Tiainens lederperiode. Ny president er Rui Guimarães fra Portugal. Sekretariatet for PWG følger presidenten, og er derfor flyttet til Lisboa. Høstens plenums møte ble avholdt på Sicilia, men her deltok ikke Ylf grunnet møtekollisjon. PWG har den siste tiden både hatt et eksternt og et internt fokus. Ylf har fått gjennomslag for et prinsipp i PWG om at all utdanning bør være fri for industrisponsing. For øvrig har et av de viktigste spørsmål i PWG den senere tid vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet. PWG har videre startet en diskusjon om fremtidig struktur og organisasjonsmodell, herunder spørsmålet om en samlet legeforening på Europeisk nivå.

#### **6.22.10 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Europeenne de Médecins Omnipracticiens (UEMO)**

UEMOs oppgave er blant annet å bidra til at allmennlegetjenesten i Europa holder en høy standard, og å ivareta allmennmedisinske interesser i det europeiske helsevesen. UEMO var opprinnelig en sammenslutning av allmennpraktikernes yrkesorganisasjoner i EU. Etter hvert er de aller fleste Vest-Europeiske og noen Øst-Europeiske land blitt medlemmer.

UEMO har nå 24 medlemsland etter at Tsjekkia ble innvilget medlemskap høsten 2005.

Norge bindes av vedtakene i UEMO og EU gjennom EØS-avtalen, og det er derfor viktig å være med på å legge premissene for vedtakene gjennom medlemskap og deltakelse i UEMO. Legeforeningen velger en representant etter forslag fra Aplf, i innværende periode er dette Eirik Bø Larsen. Aplf velger selv sin representant, i 2005 har dette vært Aage Henning Andersen.

I perioden 1.1. 2005-31.12. 2005 er det avholdt to medlemsmøter i UEMO. Møtene ble holdt i London i juni og i Istanbul i oktober. I tillegg til vanlige årsmøtesaker som regnskap, budsjett etc., ble det vedtatt et par helsepolitiske manifeste som uttrykker UEMOs standpunkter i forskjellige saker, og som var forberedt av arbeidsgrupper forut for, og i løpet av møtet. Norge har ledelsen av en av arbeidsgruppene. Denne gruppen arbeider med "forebyggende helsearbeid" og ledes av Eirik Bø Larsen. Den norske delegasjonen har i 2005 også vært særlig engasjert i arbeidsgruppen "The future GP workforce".

UEMO har et fast sekretariat i Brussel i samarbeid med CPME.

Som følge av en tidligere redegjørelse i UEMO om norsk allmennmedisin, besøkte en delegasjon allmennleger fra Litauen Norges høsten 2005 for å lære om organiseringen av allmennmedisin i Norge. De siste årene har det lyktes å bedre UEMOs økonomiske situasjon som nå er rimelig god, ikke minst takket være innsatsen fra det svenske presidentskapet. Foreningens president, Christina Fabian, er nå inne i siste år av sin fireårsperiode. På generalforsamlingen i Istanbul ble Isabel Caixeiro fra Portugal valgt til foreningens president fra og med 2006. UEMO har en egen hjemmeside ([www.uemo.org](http://www.uemo.org)).

## 7 Økonomi

### 7.1 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter hvor det før 2002 ble avlagt separate regnskap:

- Hovedforeningen
- Utdanningsfond I
- Utdanningsfond II
- Utdanningsfond III
- Lånefondet
- Kvalitetssikringsfond I
- Kvalitetssikringsfond II
- Rettshjelpsordningen for leger
- Fond for forebyggende medisin
- Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats

Regnskapet er organisert som et konsernregnskap med en samlet egenkapital per 31.12. 2005 på kr 1 089 725 613. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 98,1% av egenkapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen som konsern, hadde i 2005 et regnskapsmessig overskudd på kr 55 845 035. Det store overskuddet i totalregnskapet består av et driftsresultat på kr 7 868 178 og netto finansinntekter på kr 47 976 858. Overskuddslikviditeten i foreningen er plassert i verdipapirmarkedene gjennom en såkalt konsernkontoløsning. Ca. 20 % av kapitalen er plassert i henholdsvis norske og globale aksjer mens resterende 80 % er plassert i norske rentebærende papirer. Foreningens kjerneaktivitet gjenspeiles i hovedforeningens regnskap. Dette viser i 2005 et overskudd før årsoppgjørdisposisjoner på kr 9 220 917.

Resultatet i hovedforeningen viser med andre ord et betydelig positivt avvik fra det budsjetterte overskuddet på kr 4 700 000. Tidsskriftets annonseinntekter utgjorde i 2005 ca. 31,4 millioner kroner og viste med dette en økning på ca. 4,9 millioner kroner sammenliknet med budsjett. Finansinntektene i hovedforeningen utgjorde ca. 3,0 millioner kroner. Dette var igjen ca. 1,8 millioner kroner mer enn budsjettert. Posten andre inntekter overstiger videre budsjettet med ca. 5,1 millioner kroner. I dette tallet ligger ikke-budsjettert refusjon av OU-midler knyttet til tillitsvalgtkurs og informasjonsmøter relatert til forhandlinger, på ca. 1,1 millioner kroner. Forøvrig omfatter posten inntekter av eksternt finansierte prosjekter fra eksempelvis SOP, Rikstrygdeverket og UD samt eksternt finansiering knyttet til gjennombruddsprosjektet i psykiatri. Dette er inntekter uten resultat effekt ved at prosjektinntektene motsvares av en kostnadside som er like stor. Omsetningen innen disse områdene var ikke gjenspeilet i budsjettet.

Driftskostnadene i foreningen viser også en markert økning sammenliknet med både budsjett for 2005 og regnskapstallene for 2004. Avviket fra budsjett kan i stor grad forklares med effekten av de ikke-budsjetterte eksternt finansierte prosjekter beskrevet over. Foreningen har likevel en økning i ordinære driftskostnader på ca. 1,1 millioner kroner sammenliknet med budsjett. Overskridelsene knytter seg hovedsaklig til reisevirksomhet, bruk av fremmedtjenester samt annonsering i forbindelse med nyansettelse. Sekretariatets personalkostnader øker med ca. 3,0 millioner kroner sammenliknet med budsjett for 2005. En vesentlig årsak er merkostnader relatert til forhandlingsdirektørens avgang høsten 2005.

Den frie egenkapitalen i hovedforeningen er etter det gode resultatet for 2005, vesentlig styrket. Hovedforeningens økonomi preges imidlertid fortsatt av en ubalanse mellom variable inntekter og faste kostnader noe som gjør foreningen sårbar ved svikt i inntektene. For å bedre foreningens handlefrihet vil sentralstyret i budsjettoppfølgingen 2006 og i budsjettet for 2007 fortsatt prioritere resultatmessige overskudd slik at foreningens frie egenkapital kan styrkes. Fokus på kostnadseffektivisering vil fortsatt prege sekretariatets arbeid.

## Økonomiske nøkkeltall 2005

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn. 1)	Års- resultat	Pr. 31.12.2005	
						Egen- kapital	Total- kapital
<b>A. Godkjennes av landsstyret:</b>							
Den norske lægeforening	229 607	221 739	47 977	0	55 845	1 089 226	1 129 064
<b>Regnskapet for Den norske lægeforening inneholder følgende delregnskaper:</b>							
1 Den norske lægeforening - Hovedforeningen	149 083	142 880	3 018	0	9 221	74 918	101 030
2 Utdanningsfond I	45 193	43 595	8 873	0	10 471	153 918	158 453
3 Utdanningsfond II	29 400	23 734	7 771	0	13 436	138 270	141 936
4 Utdanningsfond III	31 793	35 115	5 233	0	1 911	93 737	99 020
5 Lånefondet	0	2 225	22 042	0	19 818	606 604	606 924
6 Kvalitetssikringsfond I	7 250	6 972	453	0	731	7 808	9 652
7 Kvalitetssikringsfond II	3 929	4 119	451	0	262	7 835	8 469
8 Rettshjelpsordningen	2 500	2 812	269	0	-44	4 316	4 496
9 Fond for forebyggende medisin	0	33	52	0	19	907	910
10 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	33	53	0	20	913	916
<b>B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:</b>							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	234	357	0	123	7 627	7 742
2 Fond til kreftforskning	0	8	5	0	-3	292	292
<b>C. Kvalitetssikringsfond III 2)</b>	25 529	25 480	96	0	145	9 534	10 048
<b>D. Stiftelsen Soria Moria</b>	55 163	54 442	-4 145	969	-2 456	63 604	169 563
<b>E. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)</b>							
	1 800	142 838	308 352	-167 314	0	14 950	4 105 028
<b>F. Eiendomsselskaper</b>							
1 Christiania Torv AS	11 030	2 821	-7 246	0	963	30 444	179 300
2 Høgda Trygghetsgrend AS	1 857	1 835	4	0	26	-9	724

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.

2) Regnskapet for Kvalitetssikringsfond III behandles formelt av styringsgruppen for fondet i mai 2006

## **Vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra landsstyrets møte 25. - 27. mai 2005 i Bergen som sentralstyret skal følge opp**

### **Sak 10 Forslag til prinsipp- og arbeidsprogram 2006-2007**

*Forslag fra LSA v/Per Helge Måseide/Ola Jøsendal:*

1. Det nedsettes et utvalg bestående av tillitsvalgte med erfaringer fra forhandlingsarbeidet i NAVO, KS og Stat, samt 1-2 medlemmer fra sekretariatet.
2. Utvalget skal, innen den frist som sentralstyret bestemmer, levere forslag til hvordan forbedre de interne prosesser knyttet til Legeforeningens forhandlingsarbeid.
3. På landsstyremøtet 2006 skal sentralstyret redegjøre for forslagene, sitt syn på dem og den videre organisatoriske behandling av forslagene.

#### **Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Sentralstyret behandlet saken i møte 14. og 15.9. 2005 hvor det ble fattet følgende vedtak:  
"Arbeidet med evaluering av forhandlingsprosessene legges opp i samsvar med den foreliggende skisse og etter nærmere drøfting under sentralstyrets arbeidsmøte i oktober."

Saken må sees i sammenheng med arbeidet om forhandlingsstruktur som pågår som følge av vedtakelse av meklingsforslaget i tvisten med NAVO og evalueringsarbeidet i Akademikerne.

*Forslag fra spesialforeningene/Norsk trygdemedisinsk forening v/Dag Brekke til pkt 2:*

6. strekpunkt endres "legevakt " til "leger i vakt" slik:

... "sikre bedre rammevilkår for leger i vakt.

#### **Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Sentralstyret behandlet saken i møte den 3.10. 2005 med følgende vedtak:  
"Legeforeningen vil i kommende forhandlinger arbeide for å sikre bedre rammevilkår for leger i vakt."

I tillegg ble det behandlet sak om rapport om Interkommunal legevakt – IKL hvor det ble fattet følgende vedtak:

"Rapporten om Interkommunal legevakt - IKL danner grunnlaget for Legeforeningens videre arbeid med legevakt."

*Forslag fra Jan Erik Paulsen:*

Forslag til tekst på visittkort:

**TILLITSVALGT**

- Jeg er tillitsvalgt innenfor DNLF
- Jeg er demokratisk valgt av andre leger eller utvalgt av DNLF sentralt
- Jeg har visse ukrenkelige rettigheter
- Bl.a. retten til å slippe trakassering og rett til å ta fri fra arbeid for å skjøte mitt verv
- Når dette innebærer noe mer arbeid for kolleger ber jeg om forståelse for at jeg faktisk arbeider for å fremme alle norske legers lønns og arbeidsvilkår, inklusive dine

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Saken ble lagt frem til sentralstyret i møte 4.4. 2006. Det foreslås at saken oversendes til prosjektgruppe om tillitsvalgtordningen som ble nedsatt i sentralstyrets møte 9.12. 2005:

”Det opprettes en prosjektgruppe med formål å gjennomgå og vurdere organiseringen av Legeforeningens tillitsvalgtapparat på de enkelte arbeidssteder innenfor ulike tariffområder og rapporteringsrutiner ved valg av tillitsvalgte. Prosjektgruppen bes komme med forslag til fremtidige løsninger. Prosjektgruppen skal presentere resultatet av sitt arbeid i en prosjektrapport.”

*Forslag fra LVS v/ Helge Bjørnstad Pettersen:*

Legeforeningen vil arbeide for å

- dokumentere all forskning som bedrives av Legeforeningens medlemmer
- oppgradere forskningens plass i Legeforeningen ved å utarbeide et strategidokument om forskningens plass i grunn-, videre- og etterutdanningen.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Forskningsutvalget har lagt frem første del av en strategi for Legeforeningens engasjement i medisinsk forskning med vekt på satsning på å få frem flere forskere og satsning på forskerutdanning. Innstillingen legges frem for landsstyret. Høsten 2006 vil Forskningsutvalget utrede andre del som vil omhandle satsning på forskning og mer forskningspolitiske spørsmål.

*Forslag fra Oslo legeforening v/Lise Heiberg og Arne Laudal Refsum:*

Landsstyret pålegger sentralstyret å få etablert ny avtale om legestillinger i spesialisthelsetjenesten, både for utdanningsstillingene og for stillingene for legespesialister.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Forhandlingssituasjonen har ikke gitt grunnlag for å fremsette krav eller forhandle om spørsmål som regulerer stillingsstruktur og spesialisering i tariffavtalene med NAVO.

*Forslag fra Norsk arbeidsmedisinsk forening v/ Ørn Terje Foss:*

Legeforeningen vil arbeide for å

- fremme inkludering i arbeidslivet, bl.a. ved å innføre takster i normaltariffen som kan styrke samarbeidet mellom fastlege og bedriftslege.

Redaksjonskomiteen anbefalte oversendelse med tanke på normaltariff-forhandlingene.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Sentralstyret vedtok i møte 9.12. 2005:

”Sentralstyret ser på samarbeidet mellom allmennlegen og bedriftslegen som meget viktig for å lykkes med måloppnåelsen innenfor IA-arbeidet. Det konstateres at krav om å honorere tidsbruk for denne type arbeid ble avvist i normaltariffforhandlingene i 2003 og 2004.

Sentralstyret mener imidlertid at man fortsatt må arbeide for å få til en ordning som gjør at tidsbruk til denne type samarbeid blir honorert.

Legeforeningen vil fortsatt gjennom dialog og forhandlinger, arbeide for innføringer av takster for legers sykefraværarbeid med særlig vekt på samarbeidet mellom fastlegen og arbeidsgiver/bedriftslege for å styrke IA-arbeidet.”

*Forslag fra Nordland legeforening v/ Anne Kristine Fagerheim:*

Tilleggspunkt.

Landsstyret ber sentralstyret utvikle virkemidler som stimulerer til at flere kvinner tar på seg tillitsverv i Den norske lægeforening. Målsetningen må være at begge kjønn er representert med minst 40 % i Legeforeningens organer.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Saken ble behandlet i sentralstyrets møte 23.1. 2006 hvor det ble fattet følgende vedtak:

”Saken tilbakesendes sekretariatet med anmodning om bl.a. ny oversendelse til likestillingsutvalget for en bredere vurdering av tiltak for å stimulere flere kvinner til å bli tillitsvalgte i lys av ordlyden i oversendelsesforlaget.”

Saken er behandlet en gang til av Likestillingsutvalget. Utvalget har ved nærmere vurdering endret oppfatning og slutter seg ikke lenger til forslaget. Utvalget påpeker at det kan medføre u håndterbare vanskeligheter for små spesialiteter. Utvalget påpeker videre at det er rimelig balanse i forholdet mellom antallet kvinnelige leger og det antall kvinner som er tillitsvalgte. Utvalget mente at man heller på rent generelt grunnlag burde oppmuntre leger generelt til å ta på seg tillitsverv.

## Sak 13 Organisasjonssaken. Innstillingen som helhet

- 1) .....
- 4) .....

Landsstyret pålegger sentralstyret å evaluere regionsutvalgene.

Se under pkt 9.

- 7) De realitetsendringer i Legeforeningens organisasjon som landsstyret ønsker, skal skje ved lovendringer som iverksettes senest per 1.1. 2007. Landsstyret forutsetter at den endelige behandling av disse lovendringene foretas på det ordinære landsstyremøte 2006. Sentralstyret pålegges å forberede lovrevisjonen.

Landsstyret viser til vedlagte utkast fra sentralstyret til tentativ bestemmelse i Legeforeningens lover for å regulere de fagmedisinske foreningenes stilling. Det forutsettes at det samtidig skjer nødvendige endringer og tilpasninger i de lovene som de fagmedisinske foreningene har i dag i egenskap av å være godkjente spesialforeninger.

Ettersom de lovendringer som ønskes, sammen med de redaksjonelle endringer som blir nødvendige, til sammen utgjør en betydelig del av lovene, antar landsstyret at sentralstyret bør legge opp til en alminnelig lovrevisjon, der det også tilstrebes forenklinger og oppdatering i tekst og redaksjon og større klarhet i foreningsrettslige relasjoner mellom foreningens organer. I forhold til de formalkrav som stilles til foreninger fra myndighetenes side på det økonomiske området, kan det også være ønskelig å supplere lovene på en del punkter, bl.a. spørsmål om hva som skjer ved en teoretisk oppløsning av foreningen og betydningen dette kan ha for foreningens stilling i forhold til skattelovgivningen.

Utkast til nye lover ble fremlagt for vedtak om utsendelse på høring som landsstyresak i møte 9.12. 2005. Sentralstyrets utkast ble sendt på høring 14.12. 2006 med høringsfrist 28.2. 2006. Behandling av høringsuttalelser og revidert forslag i sentralstyret 15.3. 2006. Landsstyresak med innstilling til nye lover behandles i sentralstyret 4.4. 2006 for behandling i landsstyret 10.-12.5. 2006.

- 8) Landsstyret har merket seg at det er behov for en lovregel for det tilfelle at visepresidenten får varig forfall i løpet av valgperioden. Landsstyret er enig i at sentralstyret da får adgang til å velge ny visepresident blant sentralstyrets medlemmer.

Forslaget er innarbeidet i lovforslaget som behandles i sentralstyret 4.4. 2006.



- 9) Ved landsstyrets vedtak i sak nr 12/2003 ble regionsutvalgenes sammensetning endret, mandatforståelsen ble bekreftet og funksjonstiden forlenget til 31.8. 2005. Ut fra det tidsskjema som er lagt til grunn i foranstående punkter, forlenges regionsutvalgenes funksjonstid til utgangen av år 2006. Landsstyret pålegger imidlertid sentralstyret å evaluere regionsutvalgene.

Plan for evalueringsarbeidet ble vedtatt av sentralstyret 19.8. 2005. Saken ble behandlet på nytt i sentralstyrets møte 10.11. 2005 hvor det ble vedtatt endringer i forslaget til gjennomføring av evalueringen. Det ble vedtatt at prosessen skal organiseres og ledes av sekretariatet. Det ble nedsatt en styringsgruppe for prosjektet og vedtatt at det skal nedsettes en representativ referansegruppe. Resultatet skal fremlegges for sentralstyret i møte den 4.4. 2006.

- 10) Landsstyret forutsetter at sentralstyret på bakgrunn av disse prinsippvedtakene om foreningens organisasjon, og i samråd med yrkesforeningene, igangsetter et arbeid med oppdatering av instruks og valgeregler for Legeforeningens tillitsvalgte.

Arbeidet vil naturlig kunne følges opp etter slutført arbeid i prosjektgruppe om tillitsvalgtordningen som ble opprettet i sentralstyrets møte 9.12. 2005:  
”Det opprettes en prosjektgruppe med formål å gjennomgå og vurdere organiseringen av Legeforeningens tillitsvalgtapparat på de enkelte arbeidssteder innenfor ulike tariffområder og rapporteringsrutiner ved valg av tillitsvalgte. Prosjektgruppen bes komme med forslag til fremtidige løsninger. Prosjektgruppen skal presentere resultatet av sitt arbeid i en prosjektrapport.”

- 11) Sentralstyret vurderer behovet for og fremlegger evt. forslag til hvordan foreningens organisasjonsledd skal markere dette på brevpapir, mail, materiell osv. i form av logo m.v. og regler for bruk av slike kjennetegn.

Sentralstyret vedtok 14.2. 2006 følgende:  
”Sentralstyret mener det er viktig at Legeforeningen har et visuelt felles uttrykk utad og innad, slik at Legeforeningen samlet fremstår som en tydelig adressat for omverdenen. Sentralstyret ønsker derfor å utvikle en helhetlig kommunikasjonsprofil for Legeforeningen, med underforeninger, til bruk i hele organisasjonen, og bevilger inntil kr. 900.000.- til formålet over posten ”Til utredningsformål”. Sentralstyret vil overfor landsstyret, som en del av Organisasjonssaken, legge frem de overordnede prinsippene for arbeidet, og be om tilslutning til disse.”

### **Innstillingen som helhet**

Sentralstyrets innstilling vedr Legeforeningens organisasjon ble som helhet tatt opp til avstemning og enstemmig **vedtatt**.

Orienteringsbrev vedtatt av sentralstyret 22.6.5 og utsendt 23.6.05.. Orienteringsbrevet er lagt ut på nettsidene. Arbeidet med utforming av nye lover er i ferd med å slutføres og behandles på landstyremøtet 2006. Økonomiske forhold vil bli behandlet som en del av budsjettet for 2007.

*Fra Aplfs styre v/Kjell Maartmann-Moe (forslag 16):*

Sentralstyret legger frem forslag til hvordan kontingentmidler fra medlemmer som ikke plasseres i fagmedisinske foreninger skal disponeres.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Sak til sentralstyret ble fremlagt i møte 14.9. 2005 hvor det ble vedtatt:

”Forslaget forutsettes behandlet i tilknytning til oppfølgingen av organisasjonssaken.” Også dette vil inngå i budsjettbehandlingen ved landsstyremøtet i 2006.

*Fra LVS v/Helge Bjørnstad Pettersen (forslag 19):*

Gjennom Forskerforbundets utmeldelse av Akademikerne vil rollen som LVS-hovedtillitsvalgt ved de fire lærestedene bli endret og mer krevende. For å sikre at erfarne universitetslærere rekrutteres til disse vervene, ber LVS om at det avsettes tilstrekkelig med midler sentralt til frikjøp, sekretærhjelp og honorar til disse tillitsvalgte.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Saken sees i sammenheng med konkret bevilgning til de hovedtillitsvalgte ved universitetene i Oslo og Bergen, vedtatt i sentralstyrets møte 19.8. 2005. I sentralstyrets møte 14.9. 2005 ble det vedtatt:

” Med bakgrunn i sentralstyrets vedtak 19.8. 2005 følges ikke denne saken ytterligere opp før LVS har foretatt en evaluering av de tiltak som er planlagt iverksatt.”

## **Sak 23 Kurs i legers videre- og etterutdanning, oppfølging av landsstyrets vedtak i Loen, mai 2005**

*Forslag fra Sør-Trøndelag legeforening v/Anna Midelfart:*

Landsstyret pålegger sentralstyret å utrede konsekvenser av vedtaket om samhandling med utstysindustrien.

**Vedtatt oversendt sentralstyret.**

I sentralstyrets møte 18.9. 2005 ble følgende vedtatt:

”Konsekvensene av landsstyrets vedtak om forholdet til farmasøytisk industri og utstysindustrien ved tellende kurs evalueres våren 2007 etter at man har fulgt utviklingen bl.a. gjennom Utdanningsfond I og ved at det gjøres en enquête til spesialforeningene høsten 2006.”

## Sak 27 Budsjett for Den norske lægeforening 2006

*Forslag fra Sogn og Fjordane legeforening v/Halvard Wannag Sele:*

Finansiering av driften i Tidsskrift for Den norske lægeforening.

Tidsskrift for Den norske lægeforening skal til enhver tid sikres økonomiske forutsetninger for en seriøs drift uavhengig av annonseinntekter.

Med økonomiske forutsetninger menes tilstrekkelige ressurser til å opprettholde og videreutvikle Tidsskriftet som et tilbud til medlemmene i henhold til Tidsskriftets målsetting.

### **Vedtatt oversendt sentralstyret.**

Tidsskriftet er en integrert del av Legeforeningen - og ikke en egen formell virksomhet. Annonse- og abonnementsinntekter utgjør hoveddelen av Tidsskriftets øremerkede inntekter. De direkte kostnadene for Tidsskriftet omfatter hovedsakelig produksjon og distribusjon. Kostnadene i forbindelse med redaksjonen, nettredaksjonen og markedsarbeid inngår i sekretariatets ordinære drift - sammen med øvrig infrastruktur i sekretariatet, slik som post, økonomiforvaltning, resepsjon, IKT, lokaler etc.

De beregnede økonomiske resultatene for Tidsskriftet har de senere år vært i tilnærmet balanse, selv med et redusert volum for produktannonser. Uten dramatisk inntektssvikt vil Tidsskriftet fortsatt kunne opprettholde og videreutvikle sin status som legenes faglige og fagforeningspolitiske organ. Eventuell større inntektssvikt vil imidlertid kunne medføre justeringer av ambisjonsnivå i forhold til medlemmenes betalingsvillighet med hensyn til kontingent.

*Forslag fra Sogn og Fjordane legeforening v/ Halvard Wannag Sele:*

Alternativ 1:

Kontingenten for medlemskap i Den norske lægeforening settes for år 2006 til kr 10 000.

Alternativ 2:

Kontingenten for medlemskap i Den norske lægeforening settes for år 2006 til 1,2 % av brutto skattbar inntekt som lege.

Forslagene ble **vedtatt oversendt** sentralstyret for vurdering av prinsippene for kontingentfastsettelse i fremtiden.

Sak ble behandlet i møte 14.9. 2005 hvor følgende ble vedtatt:

”Vurdering av prinsippene for kontingentfastsettelse forutsettes gjort i tilknytning til oppfølgingen av organisasjonssaken.” Saksforholdet vil inngå ved behandlingen av budsjettet for 2007.

