

Innhold

Presidenten har ordet.....	7
1 Etikk	8
1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet	8
1.1.1 Styrke etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanning	8
1.1.2 Øke legers bevissthet om de etiske sidene ved ulike legeroller.....	8
1.1.3 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og ryddig måte	8
1.1.4 Få verdispørsmålene knyttet til helsepolitiske beslutninger belyst	8
1.2 Etiske regler for leger	8
2 Inntekts- og arbeidsforhold	9
2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet	9
2.1.1 Stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer med formål å belønne kompetanse, ansvar, innsats og ledelse	9
2.1.2 Sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår.....	9
2.1.3 Gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet	9
2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet	10
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	10
2.1.6 Tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis	10
2.2 Forhandlingsorganisasjonen	10
2.3 Generelt om inntekts- og arbeidsvilkår	11
2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2006.....	11
2.3.2 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger.....	11
2.3.3 Tariffutvalget for privat praksis.....	11
2.3.4 Tariffkonferanser for privat praksis.....	12
2.3.5 Representasjon i Akademikernes organer.....	12
2.3.6 Avtalesamling	12
2.3.7 Medlemsbrev/ bruk av Tidsskriftet og Internett.....	13
2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger	13
2.4.1 NAVO	13
2.4.2 Staten.....	14
2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS).....	15
2.4.4 Oslo kommune	15
2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH).....	16
2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene	17
2.5.1 Styrke rekruttering av tillitsvalgte	17

2.5.2	Intensjonsavtale med NAVO og staten om samarbeid i omstillingsprosesser	17
2.5.3	Klimaet mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden i sykehusforetakene	17
2.5.4	Håndbok for tillitsvalgte	17
2.5.5	Kursvirksomhet i 2006	17
2.6	Privat spesialistpraksis med driftstilskudd	18
2.6.1	Normtall for antall konsultasjoner	18
2.6.2	Oversikt over ventetid	18
2.6.3	Utdanning i avtalepraksis	18
2.6.4	Nasjonal helseplan – varsel om mulige endringer i rammebetingelsene	18
2.7	Fastlegeordningen	19
2.7.1	Endringer i rammeavtalen med KS	19
2.7.2	Endringer i rammeavtalen med Oslo kommune	19
2.7.3	Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen	19
2.8	Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning	20
2.8.1	Om forhandlingene	20
2.8.2	Forhandlinger om takster og honorar	20
2.8.3	Arbeid med å utvikle Normaltariffen	20
2.9	Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis	20
2.9.1	Overdragelse av praksis	20
2.9.2	Konkurranserettslige spørsmål	21
2.10	Journal og taushetsplikt	21
2.11	Overføring og sletting av pasientjournaler	21
2.12	Inkluderende arbeidsliv - lovendringer	22
2.13	Legevakt	23
2.14	Helsenett	23
2.15	Forholdet til NAV	24
2.15.1	Kollektivavtalen (avtale om direkteoppgjør av trygderefusjon)	24
2.15.2	Frikortkontroll i NAV	24
2.16	EU/EØS-rettslige forhold	24
2.17	Prosjekter	24
2.17.1	Prosjekt om helseattester	24
2.17.2	Prosjekt om det skal stilles krav til spesialitet i allmenntilleggsmedisin for å arbeide for trygdens regning	25
2.17.3	Autorisasjonsutvalget	25
2.17.4	Prosjekt sykehuslegers arbeidstid	25
2.17.5	Pensjon	26
2.17.6	Normaltariffprosjektet – herunder IPSU	26
2.18	Juridisk bistand til medlemmene	26
2.18.1	Bistand fra sekretariatets jurister/advokater	26
2.18.2	Rettskjøpsordningen	27

2.19	Ledelse i helsetjenesten	27
2.20	Lånefondet – Den norske lægeforenings lånefond for privat legepraksis	27
3	Utdanning, forskning og fagutvikling.....	28
3.1	Prinsipp og arbeidsprogram.....	28
3.1.1	Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger	28
3.1.2	Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning	28
3.1.3	Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning	28
3.1.4	Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet.....	29
3.1.5	Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon	29
3.1.6	Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger.....	29
3.1.7	Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin	29
3.1.8	Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger	29
3.1.9	Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning.....	29
3.2	Utdanning.....	30
3.2.1	Turnustjenesten	30
3.2.2	Endringer i spesialistreglene.....	30
3.2.3	Spesialister godkjent i 2006.....	31
3.2.4	Rapportering fra utdanningsinstitusjoner	32
3.2.5	Besøk på utdanningsinstitusjoner	33
3.2.6	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri.....	33
3.2.7	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	33
3.2.8	Veiledning i institusjonshelsetjenesten	33
3.2.9	Samarbeid med andre organisasjoner.....	34
3.2.10	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	34
3.2.11	Ny utdanningshåndbok i allmenntidmedisin	34
3.2.12	Simulerte pasienter.....	34
3.2.13	Etterutdanningsgrupper i allmenntidmedisin	34
3.2.14	Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)	34
3.2.15	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.....	35
3.2.16	Etterutdanning	35
3.3	Forskning, kvalitetsarbeid og fagutvikling.....	35
3.3.1	Diverse kurs, konferanser, seminarer	35
3.3.2	Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling	35
3.3.3	DRG-konferanse 30. - 31.3. 2006 Soria Moria	36
3.3.4	Publikasjoner.....	36
3.3.5	Norsk legemiddelhåndbok.....	36

3.3.6	Spesialforeningenes kvalitetsarbeid	36
3.4	Fond.....	37
3.4.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	37
3.4.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	37
3.4.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning.....	38
3.4.4	Kvalitetssikringsfond I – Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus	38
3.4.5	Kvalitetssikringsfond II – Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten	39
3.4.6	Kvalitetsforbedringsfond III – Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.	39
3.5	Sekretariatstjenester for spesialforeningene	40
4	Forebyggende og helsefremmende arbeid	41
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	41
4.1.1	Om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk	41
4.1.2	Øke den fysiske aktivitet i befolkningen, spesielt blant barn og unge	41
4.1.3	Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt.....	41
4.1.4	Øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lav-inntektsland	42
4.1.5	Bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten	42
5	Helsepolitikk	43
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	43
5.1.1	Sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter for alle innbyggere ut fra medisinske behov.....	43
5.1.2	Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, blant annet gjennom utarbeidelse av policydokumenter og statusrapporter.....	44
5.1.3	Sikre en kvalitativ og kvantitativ opprustning av helse- og omsorgstjenesten til de sykeste og svakeste eldre, de med behov for heldøgns pleie- og omsorg	44
5.1.4	Bedre samhandlingen mellom helsetjenestens nivåer blant annet ved å arbeide for innføring av praksiskonsulentordning	45
5.1.5	Utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelbrukere	45
5.1.6	Løfte frem prioriteringsdebatten og stimulere leger til aktiv deltakelse i debatten.....	45
5.1.7	Utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer	45
5.1.8	Bedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, spesielt barn og unge.....	46
5.2	Lokalsykehusenes fremtidige rolle.....	46
5.3	Statsbudsjettet	47
5.3.1	Utsatte grupper må skjermes mot egenbetaling	47
5.3.2	Helsetjenesten til eldre må bedres	47

5.3.3	Faglig styrking av rusfeltet er nødvendig	47
5.3.4	Interkommunal legevakt	47
5.3.5	Sykehusøkonomi	48
5.3.6	Psykisk helse	48
5.3.7	Forskning	48
5.4	Organisasjonskontakter	49
5.4.1	Stortingskomiteer	49
5.4.2	Departementer, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet	49
5.4.3	Prosjekter/rapporter/andre oppdrag	49
6	Legeforeningens organisasjon	50
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet	50
6.1.1	Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger	50
6.1.2	Fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene	50
6.1.3	Bedre prioritering og organisering av Legeforeningens internasjonale arbeid	51
6.1.4	Styrke og forbedre rekruttering av lokale tillitsvalgte	51
6.1.5	Styrke hovedforeningens egenkapital	51
6.2	Hovedforeningen	52
6.2.1	Nye lover	52
6.2.2	Organisasjonsplan	52
6.2.3	Medlemstall	53
6.2.4	Landsstyret	53
6.2.5	Sentralstyret	53
6.2.6	Yrkesforeningene	53
6.2.7	Avdelingene	53
6.2.8	Spesialforeningene	53
6.2.9	Regionsutvalgene	54
6.2.10	Råd og utvalg	54
6.2.11	Prosjekter/Annet	58
6.2.12	Legeforeningens faste representasjon i eksterne råd og utvalg	59
6.3	Sekretariatet	59
6.3.1	Organisasjonskart	59
6.3.2	Organisering og bemanning	59
6.3.3	Informasjonsvirksomhet	60
6.3.4	Prosjekt: Økt satsing på integrering av fagmedisinske foreninger	61
6.4	Legenes hus	62
6.5	Forskningsinstituttet	62
6.5.1	Personale og finansiering	62
6.5.2	Aktiviteter	62
6.6	Tidsskrift for Den norske lægeforening	62

6.6.1	Organisering og bemanning.....	62
6.6.2	Tidsskriftets papirutgave.....	63
6.6.3	Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider	63
6.7	Soria Moria	63
6.8	Deltakelse i andre organisasjoner	64
6.8.1	Kommunal kompteanse (KK)	64
6.8.2	Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon.....	64
7	Internasjonalt arbeid.....	65
7.1	Generelt	65
7.2	World Medical Association (WMA).....	65
7.3	Nordisk legeråd.....	65
7.4	European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO)	65
7.5	Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor.....	65
7.6	Comité Permanent des Médecins Européens (CPME).....	66
7.7	Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	66
7.8	Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH).	66
7.9	Permanent Working Group of European Junior doctors (PWG).....	66
7.10	Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne de Medecins Omnipraticiens (UEMO)	67
8	Legeforeningens økonomi.....	68
8.1	Legeforeningens økonomi	68
8.2	Økonomiske nøkkeltall 2006.....	69
8.3	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).....	70
	Oversendelsesvedtak landsstyret/sentralstyret.....	71

Presidenten har ordet

Legeforeningens årsmelding beskriver i hovedsak de aktiviteter som Legeforeningen har gjennomført i 2006. Det er også noen kommentarer om videreføring av oppgaver i 2007. Innholdet i årsmeldingen er organisert med utgangspunkt i Legeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram, som igjen viser aktivitetene i forhold til Legeforeningens formålsparagraf.

Ved gjennomlesning av årsmeldingen blir jeg stolt og imponert av Legeforeningens omfattende aktivitet også i 2006, gjennom et stort engasjement blant medlemmer, sekretariat og tidsskrift på svært mange områder. Arbeidet som helsepolitisk aktør på mange ulike arenaer underbygger den samfunnsposisjon vi har, og som vi med utgangspunkt i vår nære tilknytning til pasientene også er forpliktet til å ha. Vi viser på denne måten at vi tar ansvar for å bevare og å utvikle en helsetjeneste til beste for befolkningen. En helsetjeneste som også må gi gode vilkår og arbeidsforhold for medisinsk fagutøvelse og for utdanning og forskning. Vår rolle som profesjonell og troverdig forhandlingspart bidrar til at vi involveres bredt på mange arenaer og i flere utviklingsprosesser. Samhandling og samarbeid blir et viktig og forpliktende grunnlag også for fagutviklingen og i kompliserte utfordringer som prioritering, etikk, kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet.

Medlemsandelen av yrkesaktive leger har økt litt de senere år, i motsetning til mange andre land som har en nedadgående medlemsandel. Medlemsandelen er nå nesten 97 % av alle yrkesaktive leger. Legeforeningens brede engasjement kan være noe av bakgrunnen for at så mange leger er medlemmer av foreningen og ser det formålstjenlig å være med.

Mange viktige interne og utadrettede prosjekter beskrives i årsmeldingen. Jeg vil gjerne fremheve det store arbeidet som er lagt ned for å utforme Legeforeningens fremtidige organisasjonsstruktur - særlig etableringen av de fagmedisinske foreningene og de organisatoriske og økonomiske tilpasninger dette krever. De berørte foreninger fortjener også en særskilt takk for den velvilje og positive samarbeidsholdning de har vist. Jeg vil sammen med resten av foreningen arbeide for at intensjonen med omleggingen blir ivaretatt, også i den videre prosessen. Omleggingen vil styrke Legeforeningens faglige akse, slik at faglige premisser blir enda tydeligere i Legeforeningens arbeid.

Årsmeldingen beskriver på en god måte ikke bare hva Legeforeningen sentralt arbeider med, men også flere av de aktiviteter som enkeltmedlemmer har engasjert seg i. Sammen har vi fått frem resultater og igangsatt prosesser som bidrar til en god forebyggende helsetjeneste, god diagnostikk, behandling, utdanning og forskning og bedre samhandling.

Det er med glede jeg herved takker enkeltmedlemmer, tillitsvalgte, sekretariatet, Tidsskriftet og nettredaksjonen i Legeforeningen og også våre samarbeidspartnere for det arbeid som er nedlagt i 2006.

Jeg ønsker alle lykke til med lesningen.



Torunn Janbu

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 arbeidsprogrammet 2006 – 2007 fremgår:

Legeforeningen vil arbeide for å

- styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen
- øke legers bevissthet om de etiske sidene ved ulike legeroller
- arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og ryddig måte
- få verdispørsmålene knyttet til helsepolitiske beslutninger belyst

1.1.1 Styrke etikkundervisning i grunn-, videre- og etterutdanning

Det er innført en tretimers bolk med etikkundervisning i det obligatoriske kurset i administrasjon og ledelse. En gruppe med to representanter fra de fagmedisinske foreningene i tillegg til Reidun Førde og Reidar Pedersen fra Senter for medisinsk etikk, UiO, er i gang med å utvikle læringsressurser i etikk (3.2.14).

1.1.2 Øke legers bevissthet om de etiske sidene ved ulike legeroller

Opprettelsen av etikk-komiteer på de aller fleste sykehus har økt legenes bevissthet på etiske spørsmål. Det arbeides med opprettelse av etikk-komiteer i primærhelsetjenesten.

1.1.3 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyrsindustrien foregår på en åpen og ryddig måte

Legeforeningen har i 2006 inngått avtale med Leverandørforeningen for helsesektoren etter samme mønster som avtalen med Legemiddelindustriforeningen, om Retningslinjer for samarbeid og samhandling mellom leger, Legeforeningen og legemiddelindustrien.

Rådet for legemiddelinformasjon er opprettet i henhold til Samarbeidsavtalen mellom Den norske lægeforening (Dnlf) og Legemiddelindustriforeningen (LMI). Partene har i 2006 revidert vedtektene, herunder justert sammensetningen av rådet.

1.1.4 Få verdispørsmålene knyttet til helsepolitiske beslutninger belyst

Temaene er belyst bl.a. gjennom faglighetsrapporten, statusrapporten om prioritering og ved uttalelser om endringer i bioteknologiloven.

1.2 Etiske regler for leger

Etiske regler for leger ble senest revidert i 2002. Reglene har vist seg hensiktsmessig slik at det ikke har oppstått behov for revisjon i 2006. Reglene er lagt ut på Legeforeningens nettsider under temaside om Etikk. Her finnes også beretninger for Rådet for legeetikk. Fra 2006 følger beretningsperioden kalenderåret. Beretning for 2006 er lagt ut. På temasiden er det også tatt inn artikler om legeetikk, WMA-deklarasjoner og annet etikkstoff.

2 **Inntekts- og arbeidsforhold**

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

2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

I Prinsipp- og arbeidsprogram 2006-07 heter det:

Legeforeningen vil arbeide for å:

- stimulere og styrke tillitsvalgte i arbeidet for å videreutvikle avtale- og lønssystemer som belønner kompetanse, ansvar, innsats og ledelse
- sikre reell likestilling gjennom medlemmenes lønns- og arbeidsvilkår
- gjøre lønsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet
- motvirke mobbing av kolleger og tillitsvalgte i arbeidslivet
- tilrettelegge inntekts- og arbeidsforhold for leger i privat praksis og i ansettelsesforhold også slik at det stimulerer til best mulig ivaretagelse av prioriterte pasientgrupper og riktig oppgavefordeling og samhandling i helsetjenesten
- sikre bedre rammevilkår for legevakt
- sikre riktig balanse mellom sentral og lokal regulering av legers lønns- og arbeidsvilkår
- få lagt forholdene bedre til rette for eldre legers fortsatte deltakelse i yrkeslivet
- sikre arbeidstidsordninger i sykehus som ivaretar krav til forsvarlighet og pasientsikkerhet

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

Legeforeningen har fremsatt krav om lønnskriterier for utvikling av avtale- og lønssystemer. Akademikerne og NAVO avtalte at partene sammen skal utvikle nye lønssystemer som belønner kompetanse, innsats og at arbeidet skulle igangsettes i 2006. Arbeidet ble fulgt opp fra Akademikernes side ved at det ble krevd sentrale kriterier for lokal lønnsdannelse ved overenskomstrevisjonen per 1.1. 2007. Legeforeningen har dessuten 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 lønns- og arbeidsvilkår

I NAVO og HSH området har Legeforeningen oppnådd at kvinner som har svangerskapspermisjon får tiden regnet med i opptjeningstiden for plassering i lønnskategori B og C for underordnede sykehusleger. Uenighet mellom NAVO og Legeforeningen om rett til fortsatt vikariat under spesialistutdanning, etter svangerskapspermisjon, følges opp av sekretariatet. I 2006 ble det tatt initiativ overfor likestillingsutvalget for å igangsette kartlegging av situasjonen vedrørende 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. I hovedtariffoppgjøret i 2006 valgte Akademikerne Stat å bryte meklingen og ta ut medlemmer i streik. Målet var å understreke betydningen av at intensjonene om omlegging av tariffsystemet må følges opp for å kunne rekruttere og beholde høy kompetanse i staten. Bakgrunnen for streiken var følgelig at lønnstilbudet fra staten var for dårlig, og at innretningen av oppgjøret ikke bidro til å redusere de relativt store lønnsforskjellene som foreligger mellom statsansatte akademikere og akademikere i andre sektorer. Akademikerne og Legeforeningen arbeider på alle arenaer for å oppnå reelle og frie lokale forhandlinger, noe som er nødvendig for å oppnå hensiktsmessig og god utvikling av arbeidsvilkårene for de som arbeider innenfor offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning.

2.1.4 Motvirke mobbing av kolleger i arbeidslivet

Legeforeningens sekretariat følger opp enkeltsaker vedrørende mobbing i arbeidslivet. 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, noe som ble gjennomført i 2006.

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. I forbindelse med forslaget til statsbudsjett for 2007 (St. prp. nr. 1 2006-2007) ble det varslet at Regjeringen skal vurdere rammevilkår for privat spesialistpraksis. I den forbindelse har Legeforeningen gitt innspill til vurderingene som skal foretas. Legeforeningen har synliggjort hvordan gjeldende rammeavtale legger til rette for at avtalespesialistene bidrar til de regionale helseforetakenes utføring av det såkalte "sørge for" ansvaret.

Interkommunal legevaktordning har også i 2006 vært et sentralt tema i ulike møter med staten. Legeforeningen har vært pådriver for å finne gode løsninger med utgangspunkt prosjektrapporten fra 2005. Høsten 2006 ble det i departementet nedsatt en gruppe for å utrede legevaktorganisering. Legeforeningen er representert ved Ernst Horgen, Jan Emil Kristoffersen og Lars Duvaland.

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 2006 var det en økning i antallet henvendelser til sekretariatet som gjaldt krav om tariffavtaler for ansatte på private legekontor. I en konkret sak ble det ytt betydelig bistand til lokal fremforhandling av tariffavtale med Fagforbundet. Legeforeningen mottok også en henvendelse fra Helsesekretærforbundet med anmodning om utarbeidelse av omforente minimumsrettigheter for ansatte på private legekontorer. I 2007 vil det bli gjennomført en dialog med sikte på å vurdere muligheten for slike mønstervilkår.

I 2006 ble det utarbeidet informasjon og gitt rådgivning knyttet til den lovfestede ordningen med obligatorisk tjenstepensjon (OTP). Arbeidsgiver skulle senest innen utgangen av 2006 ha etablert en slik pensjonsordning, med økonomisk virkning fra 1.7. 2006. Legeforeningen fremforhandlet en kollektiv avtale med Vital som en rekke av medlemmene har benyttet seg av.

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 Rikstrygdeverket 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.

Sekretariatet ved Forhandlings- og helseerettsavdelingen har ansvaret for de mange årlige forhandlingsforløp for fast ansatte leger og næringsdrivende leger med offentlig avtale. Alt forhandlingsarbeid koordineres og forankres i de respektive forhandlingsutvalg. I 2006 har det vært gjennomført en rekke møter i forhandlingsutvalget innen NAVO-området, i tillegg til møter i forhandlingsutvalget for staten, HSH, KS/Oslo kommune og i Tariffutvalget for privat praksis. Det har vært sendt ut en rekke nyhetsbrev til tillitsvalgte innenfor de forskjellige områder, med oppgitte kontaktpersoner for områdene i Forhandlings- og helseerettsavdelingen.

2.3 Generelt om inntekts - og arbeidsvilkår

2.3.1 Forhandlingssituasjonen i 2006

I 2006 har det vært høy aktivitet innenfor de ulike forhandlingsarenaer. Legeforeningens forhandlingsposisjon har vært god, preget av konstruktiv samhandling og godt samhold internt. I arbeidsprosessene er det nært samarbeid mellom sekretariat, yrkesforeninger og sentrale tillitsvalgte, både under forberedelser, gjennomføring og i etterarbeidet av forhandlingene. Alle prosesser har vært forankret i forhandlingsutvalgene. Samarbeidet innad i Akademikerne har også fungert godt til tross for visse interessemotsetninger. Koordinering og samarbeid fører til økt ressursbruk i sekretariatet, men bidrar til involvering av berørte interesser og gode prosesser.

Forhandlinger og samhandling med våre ulike forhandlingsmotparter har skjedd på en konstruktiv og respektfull måte og med god progresjon. Også i vår samhandling med NAVO har vi søkt å være konstruktive, men forhandlinger med NAVO er utfordrende.

I NAVO ble det gjennomført et mellomoppgjør og et hovedtariffoppgjør. Arbeidet i partssammensatt gruppe om forhandlingssystemet resulterte i en egen rapport for Legeforeningens del. Særskilte forhandlinger om sosiale bestemmelser ble gjennomført våren 2006.

I stat og kommune ble det gjennomført forhandlinger om Hovedavtale og hovedtariffoppgjør. Hovedtariffoppgjøret i staten endte med brudd og streik. Oppgjøret i kommunesektoren ble løst etter mekling.

I KS ble det i tillegg gjennomført forhandlinger om særavtale.

I HSH ble det gjennomført et mellomoppgjør. I tillegg ble Landsoverenskomsten reforhandlet og arbeidet med ny Hovedavtale sluttført.

For privatpraktiserende leger har det vært gjennomført forhandlinger om Normaltariffen og Rammeavtalen for fastleger i KS. Rammeavtalen i Oslo ble ikke reforhandlet i 2006. Ny rammeavtale for avtalespesialister hadde sitt første av to virkeår i 2006. Det er blitt fremforhandlet ordninger for obligatorisk pensjon for ansatte i privat praksis og en ny avtale vedrørende Helsenet. Det er gitt bistand til legesentre vedrørende krav fra ansatte om tariffavtale.

2.3.2 Forhandlingsutvalg for fastlønte leger

Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis NAVO, KS/Oslo kommune, Stat og HSH. Forhandlingsutvalget for NAVO besto i 2006 av: President Torunn Janbu Lars Eikvar, Of, Hans-Petter Næss, Of, Per Meinich, Ylf og Bård Lilleeng, Ylf. Lars Eikvar ble i perioden erstattet av Siri Ursin (leder for Of), Bård Lilleeng ble i perioden erstattet av Asle Medhus (Ylf). Forhandlingsutvalget for HSH besto i 2006 av: President Torunn Janbu, Arne Refsum (Of), Per Meinich (Ylf). Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune besto i 2006 av: President Torunn Janbu Svein Aarseth (Oslo legeforening), Christian Siva (Ylf), Pål Kippenes (LSA), Ole Strand (Aplf) (Representant fra Of innkalles ved behov). Forhandlingsutvalget for stat besto i 2006 av: President Torunn Janbu, Ketil Kongelstad (LSA), Anna Midelfart (LVS), Per Meinich (Ylf), Lars Eikvar (Of). Jan Fuglesang ble høsten 2006 representant for Legeforeningen i Akademikerne stat og inngikk deretter i utvalget. Sekretariatet stiller i alle utvalg med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring og forhandlingskoordinator Knut Aarbakke. Øvrige representanter fra sekretariatet deltar ved behov.

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.

De ulike forhandlingsutvalgene har jevnlig møter knyttet til gangen i forhandlingsforløpene.

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 for privat praksis hadde i 2006 følgende sammensetning: Torunn Janbu (leder), Ottar Grimstad (nestleder), Jan Emil Kristoffersen, Af, Ole Strand (vara), Bente Bjørnhaug Pedersen, Af, 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, Yngvild Alvik (vara). Fra sekretariatet deltar forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Lars Duvaland, forhandlingskoordinator Knut Aarbakke og spesialrådgiver Arvid Mikelsen, i tillegg til øvrige som arbeider med spørsmål innen privat praksis.

I 2006 er det avholdt en rekke møter i tariffutvalget, fra første møte i januar til siste møte i november. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis. Sekretariatets arbeid med KS for å løse de utfordringer som oppsto rundt bruddet i forhandlingene om rammeavtalen 2005, ble lagt frem for tariffutvalget. Bruddet i forhandlingene om rammeavtalen i 2005 var særlig begrunnet i mulighetene for reforhandling av økonomiske avtaler med kommunen. Nye utfordringer i forhold til ordningen med kjøp og salg av praksis ble også behandlet i tariffutvalget. Tariffutvalget nedsatte en gruppe som skulle vurdere inntektsforholdene mellom privat avtalepraksis og fastlegepraksis (IPSU).

2.3.4 Tariffkonferanser for privat praksis

I 2006 ble det for første gang arrangert tariffkonferanser for privat praksis. Det ble totalt avholdt to konferanser, i februar og i september. Formålet med tariffkonferansene er å legge til rette for en bredere prosess knyttet til drøfting av strategi, satsingsområder, krav og evaluering av forhandlingsresultat når det gjelder privat praksis. I tillegg var det et mål, særlig for høstens konferanse, å bidra til utvikling av helsepolitiske standpunkter. Eksempler på dette er organisering av legevakt og egenandeler i et helsepolitisk perspektiv som ble drøftet på grunnlag av innlegg fra eksterne foredragsholdere på konferansen i september. Det har vært et uttalt ønske både fra tariffkonferansenes deltakere og fra tariffutvalget å styrke denne siden av høstens konferanse.

2.3.5 Representasjon i Akademikernes organer

Legeforeningens president Torunn Janbu er medlem av Akademikernes styre, med visepresident Per Meinich som personlig vara.

I Akademikerne stat møtte Bente Kvamme i kraft av vararepresentant frem til 1. oktober. Fra 1.10. 2006 møtte Jan Fuglesang fra Sosial- og helsedirektoratet som ny representant for Legeforeningen. Bente Kvamme fortsatte som vara.

I Akademikerne kommune møtte Anne Gry Rønning Moe frem til hun sluttet i Legeforeningen 1.9. 2006. Fra 1.9. 2006 møtte Per Medalen i kraft av vara. Det har vært arbeidet med å rekruttere en tillistvalgt i denne funksjonen.

I Akademikerne frie yrker er Legeforeningen representert i utvalget ved Arvid Mikelsen som også er nestleder og Eli Øvstedal.

I Akademikerne privat er Legeforeningen representert ved Per Medalen.

I Akademikerne helse er Legeforeningen representert ved president Torunn Janbu, som også er nestleder, visepresident Per Meinich og Siri Tau Ursin (Lars Eikvar deltok frem til oktober). Som sekretariat i utvalget møter forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring og forhandlingskoordinator Knut Aarbakke. Øvrige deltar i utvalget etter behov, det gjelder fagsjef Signe-Gerd Blindheim, forhandlingsøkonom Trond Teisberg, advokat Hanne Gillebo-Blom og sekretariatsleder i Ylf, Bjørn Ove Kvavik.

Det har vært et mål å verve tillitsvalgte til utvalgene med konkret støtte og oppfølging fra sekretariatet.

2.3.6 Avtalesamling

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

For NAVO-helse har situasjonen vært utfordrende i det å skaffe seg oversikt over den totale avtalestrukturen i fravær av en samlet overenskomst. Det er 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 tidligere 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.

2.3.7 Medlemsbrev/ bruk av Tidsskriftet og Internett

Legeforeningen bruker utsending av nyhetsbrev til tillitsvalgte som en vesentlig kommunikasjonskanal mot medlemsmassen. Antallet nyhetsbrev har økt betydelig.

Enkelte nyhetsbrev er blitt sendt videre til medlemmer på arbeidstedet etter anmodning fra sekretariatet.

Medlemsbrev brukes også i en viss utstrekning. Det er et mål at all medlemsinformasjon skal kommuniseres elektronisk.

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.

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 omfatter Legeforeningens medlemmer i helseforetakene (sykehusene), herunder tidligere rusinstitusjoner. De fem RHFene er medlemmer av arbeidsgiverforeningen NAVO. NAVO har ansvaret for forhandlinger i områdene 1-10. Helseforetakene utgjør område 10 i NAVO-systemet. 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.

Hovedavtalen

Hovedavtalen i NAVO-området gjelder til 31.12. 2007. I 2006 startet enkelte forberedelser av hovedavtalerevisjonen.

Gjennomgang av forhandlingsmodellen

I løpet av våren ble det foretatt en bred gjennomgang og analyse av forhandlingsystemet i NAVO-sektoren. I gruppen satt representanter for Akademikerne og Legeforeningen – og NAVO. Det var forutsatt at det skulle avgis en rapport om systemet. NAVO valgte å ikke gi innspill til arbeidet. Akademikerne og Legeforeningen skrev likevel en rapport som en bred og inngående presentasjon av hvilke utfordringer som ligger i forhandlingsmodellen og praktiseringen av denne. Rapporten ligger tilgjengelig på Legeforeningens nettsider.

Sosiale bestemmelser

Legeforeningen og Akademikerne tok i januar 2006 initiativ til tett samarbeid med øvrige hovedsammenslutninger og forbund i NAVO-området, om forhandlinger av sosiale bestemmelser. Det ble gjennomført forhandlinger om sosiale bestemmelser for helseforetakene samlet mellom NAVO og de ulike hovedsammenslutningene i april, og enighet om nye, ensartede bestemmelser forelå 1.5. 2006.

Det ble imidlertid ikke oppnådd enighet om hvordan bestemmelsene skulle forankres, idet Akademikerne krevde at protokoll fra forhandlingene skulle underskrives av NAVO og Akademikerne Helse. Dette for å sikre at bestemmelsene ble gjort gjeldende for alle Akademikernes medlemmer, samt for å sikre at det er Akademikerne som også skal reforhandle bestemmelsene når den tid kommer. NAVO krevde imidlertid at det skulle inngås bilaterale protokoller med den enkelte forening i Akademikerne. Spørsmålet ble behandlet i overenskomstrevisjonen som startet med kravoverleveringen til hovedoppgjøret 7.9. 2006 og var grunnlaget for brudd i forhandlingene 20.12. 2006. Etter meklingsresultatet er de sosiale bestemmelser forankret på sammenslutningsnivå.

Mellomoppgjøret

Mellomoppgjøret, som skulle vært forhandlet og gjennomført per 1.1. 2006, ble utsatt fra NAVOs side da de hevdet at de måtte ha lønnsstatistikk, og således måtte innhente tallmateriale. NAVO hevdet at det

ikke var grunnlag for å forhandle pga. at det angivelig ikke fantes gode nok tall for legers lønnsvekst. Mens vi arbeidet med tallmaterialet, avholdt NAVO pressekonferanse med tall på lønnsutvikling for leger. Forhandlinger førte ikke frem og Akademikerne brøt forhandlingene. På Riksmeklingsmannens oppfordring utarbeidet partene tallgrunnlag for lønnsutviklingen med bistand fra Statistisk sentralbyrå. Meklingsresultatet innebar at alle turnusleger og leger i spesialisering fikk 19 000 kroner i økt årslønn med virkning fra 1.5. 2006 mens overleger fikk 18 000 kroner fra samme dato. For hovedtariffoppgjøret høsten 2006 tok Riksmeklingsmannen inn i møteboken en forpliktelse for partene om fremdrift med sluttdato 31.1. 2006.

Hovedtariffoppgjøret

Forberedelsene til hovedoppgjøret per 1.1. 2007 startet allerede i juni, med møter mellom partene for å forberede en best mulig forhandlingsprosess. Forberedelsene var konstruktive. Første krav fra Akademikerne ble overlevert 7.9. 2006. Første tilbud fra NAVO kom i slutten av september, og det viste seg at NAVO ikke ville akseptere de grep Akademikerne hadde foreslått for å sikre en forutsigbar og ryddig forhandlingsprosess. I løpet av høsten stanset NAVO forhandlingene (10. oktober). Da forhandlingene kom i gang igjen i november/desember valgte NAVO å stille vilkår som ikke hører hjemme i et hovedtariffoppgjør. NAVO valgte en posisjon svært langt fra det som var innenfor drøftet mulighetsområde. Det ble hele høsten stilt krav fra NAVO som ville innebære splittelse av Akademikerne Helse. Gjentatte forsøk på å få forhandlingene på et mer konstruktivt spor ble tatt fra Akademikerne helse og Legeforeningen, men 20.12. 2006 valgte Akademikerne helse å bryte forhandlingene på grunn av at det ikke fantes rom for å komme til enighet med NAVO. Oppgjøret gikk følgelig nok en gang til meklings hos Riksmeklingsmannen. Det ble avholdt en rekke møter i Legeforeningens forhandlingsutvalg høsten 2006. Sentralstyret ble holdt løpende orientert om prosessen. Etter streik og fortsatt meklings ble tariffoppgjøret per 1.1. 2007 avsluttet 28.1. 2007.

Sak mot NAVO i Arbeidsretten

Arbeidsretten avsa den 11.9. 2006 dom i sak mellom Akademikerne og NAVO vedrørende forståelsen av Riksmeklingsmannens møtebok av 8.11. 2005 som utgjør Overenskomsten for helseforetakene for perioden 1.1. 2005 - 31.12. 2006. Legeforeningen ved forhandlings- og helseerettsavdelingen prosederte saken. Saken gjaldt virkningstidspunkt for lønnstilleggene i 2005, og forståelsen av en bestemmelse i Riksmeklingsmannens møtebok. NAVO hevdet at alle variable tillegg m.v. først skulle gjelde fra vedtakelsen av overenskomsten, dvs fra 8.11. 2005, mens Akademikerne hevdet at alle tillegg skulle gis med virkning fra 1.1. 2005.

Arbeidsretten gav Akademikerne medhold ut fra ordlyden i møteboken. Retten viste til at dersom NAVO på meklingsstidspunktet ønsket en annen løsning hadde den en klar oppfordring til å klargjøre sitt syn, idet dette sto i direkte motstrid til tidligere protokoller.

2.4.2 Staten

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, i helsetilsynet lokalt og sentralt samt statsforvaltningen for øvrig.

Hovedavtalen

Det ble med virkning fra 1.2. 2006 enighet om ny hovedavtale for statsansatte. Avtalen gjelder til 31.12. 2008, og er i det vesentligste en videreføring av den tidligere hovedavtalen. I det statlige området er det Akademikerne som er part i, og forhandler, sentrale tariffavtaler.

Hovedtariffavtalen

Hovedtariffavtalen ble reforhandlet i tiden 31.3. - 29.4. 2006. Samtlige hovedsammenslutninger brøt forhandlingene og oppgjøret gikk til meklings. Ved meklings avslutning valgte Akademikerne å si nei til Riksmeklingsmannens forslag, og 135 medlemmer av Akademikerne stat gikk ut i streik fra morgenen 24.5. 2006. Streiken ble trappet opp to ganger slik at totalt om lag 600 medlemmer var i streik i akademikerforeningene da regjeringen varslet bruk av tvungen lønnsnemnd om kvelden 7.6. 2006. På bakgrunn av at Folkehelseinstituttet var blant virksomhetene hvor det var iverksatt konflikt, var det et tjuetalls leger i streik i totalt 8 dager. Rikslønnsnemnda avsa kjennelse 16.9. 2006. Kjennelsen innebærer at statsansatte medlemmer av Akademikerne fikk samme oppgjør som øvrige statsansatte. Man fikk

imidlertid gjennomslag for at lønnsreguleringen skulle skje fra samme dato som for øvrige grupper, til tross for at man hadde vært i streik. Oppgjøret har en økonomisk årslønnsramme på om lag 3,9 %, fordelt på generelle tillegg, pott til sentrale justeringsforhandlinger og pott til lokale forhandlinger. De sentrale justeringsforhandlingene ble gjennomført ultimo juni 2006, mens lokale forhandlinger ble gjennomført i de enkelte statlige virksomhetene innen 31.10. 2006.

2.4.3 Kommunenes Sentralforbund (KS)

Legeforeningens medlemmer i KS-området er nå hovedsakelig kommuneleger og turnusleger i distriktsturnus.

Hovedavtalen

Det ble inngått ny hovedavtale med virkning fra 1.1. 2006. Avtalen løper til 31.12. 2009, og er i det vesentligste en videreføring av tidligere hovedavtaletekst.

Hovedtariffavtalen

Hovedtariffavtalen ble reforhandlet i tiden 31.3. til 29.4. 2006. Samtlige forhandlings sammenslutninger brøt forhandlingene og oppgjøret gikk til mekling. Ved meklings avslutning valgte alle organisasjoner å akseptere meklingsmannens forslag til løsning. For akademikere skjer all lønnsdannelse i medhold av hovedtariffavtalen lokalt i den enkelte kommune. For øvrige grupper hadde oppgjøret en årslønnsramme på om lag 3,9 %.

Særavtalen SFS 2305

Legeforeningen og Kommunenes Sentralforbund forhandlet om revisjon av "Sentral forbundsvis særavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening for leger og turnusleger i kommunehelsetjenesten med arbeidsavtale, herunder leger i fastlegeordningen" i juni 2006. Da partene ikke kom til enighet ble forhandlingene brutt, og revisjonen av avtalen ble henvist til nemndsbehandling. Partene oppnevnte i fellesskap en nemnd med lagdommer Dag Nafstad som leder og med Arne Norum (KS) og Torunn Janbu (Dnlf) som nemndsmedlemmer. Nemndsbehandlingen fant sted i oktober 2006, og resultatet forelå i november.

Særavtalen regulerer arbeidsforhold for alle leger i kommunehelsetjenesten. Legeforeningens krav i forhandlingene gjenspeilte dette. Hovedkravene var en endring fra tredelt til femdelt legevakt, et løft for samfunnsmedisinerne og en bedring av forholdene for turnuslegene.

Nemndsavgjørelsen ga tilfredsstillende resultater når det gjelder økonomiske forhold. Den nye avtalen gjelder for perioden 1.7. 2006 – 30.6. 2008. Avtalen innebærer at årslønnen for turnusleger og medisinstudenter med lisens økes fra 310 000 kroner til 340 000 kroner (en prosentvis økning på 9,68 %). Legeforeningen fikk også medhold i andre viktige endringer når det gjelder økonomi, ved at satsene for praksiskompensasjon, beredskaps godtgjøring og timelønn er økt med 7,15 %.

Når det gjelder krav som kan betegnes som systemendringer ga, nemndsbehandlingen derimot ikke like god uttelling. Legeforeningen fikk ikke nemnden med seg på å gi et løft for samfunnsmedisinerne, og heller ikke på endring til femdelt vakt. Slike systemendringer er det erfaringsmessig vanskelig å få gjennomslag for i forbindelse med nemndsbehandling.

Det ble imidlertid foretatt enkelte andre tekstlige endringer av betydning. Den gamle særavtalens pkt 7.6 gav rett til fri inntil to timer dag etter legevakt. Det er nå endret til hel dag.

I tillegg fikk Legeforeningen gjennomslag for en oppmykning av boplikten for turnusleger, som nå innvilges fritak fra bo- og betalingsplikten for turnusbolig, jfr. særavtalens pkt. 11.7, dersom særlige grunner tilsier det.

2.4.4 Oslo kommune

Legeforeningens medlemmer ansatt i Oslo, er nå i hovedsak sykehjemsleger, bydelsleger, ansatte ved rusmiddeletaten, i Kommunal Konkurrans og ved Oslo legevakt.

Hovedavtalen (dokument 24)

Forhandlingene om ny hovedavtale i Oslo kommune ble forsøkt tatt som del av forhandlingene om overenskomstene (dokument 25), da man ikke kom til enighet om ny avtale ved avtalens utløp i 2005. Det kom imidlertid ikke til noen avklaring gjennom verken forhandlingene eller etterfølgende mekling, og partene lever således fremdeles på ettervirkningene av den gamle avtalen.

Overenskomstene (dokument 25)

Overenskomsten ble reforhandlet i tiden 31.3. til 29.4. 2006. Samtlige forhandlingssammenslutninger brøt forhandlingene og oppgjøret gikk til mekling. Ved meklings avslutning valgte alle organisasjoner å akseptere meklingsmannens forslag til løsning. Oppgjøret har en årslønnsramme på om lag 3,9 % fordelt på generelt tillegg, sentrale justeringer og lokal pott. Akademikerne fikk gjennomslag for større avsetning til lokal pott enn det som noensinne har vært gitt i Oslo kommune.

Særbestemmelsene

Legeforeningen fremmet krav om endringer av Særbestemmelsene i Oslo kommune den 31.3. 2006. Forhandlingene ble ikke avsluttet før det ble oppnådd meklingsløsning knyttet til overenskomsten (dok. 25). I løpet av høsten ble det fra Legeforeningens side tatt gjentatte initiativ til å få avsluttet forhandlingene, men situasjonen var ved årsskiftet fortsatt uavklart.

2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon (HSH)

Mellomoppgjøret

Det ble gjennomført et mellomoppgjør i HSH våren 2006. All lønnsdannelse skjedde lokalt. Tilbakemeldinger fra lokale tillitsvalgte på hvordan forhandlingene skjedde, var i all hovedsak positive. De tillitsvalgte opplevde forhandlinger i godt klima og uten sentral styring.

Hovedavtalen

Arbeidet med ny Hovedavtale ble slutført i starten av 2006.

Landsoverenskomsten

HSH organiserer i HUK-området bl.a. private sykehus, sykehjem, behandlingssentre, opptreningssentre, 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. Legeforeningen har også enkeltmedlemmer på sykehjem, høyskoler og innen familierådgivning.

Det ble gjennomført hovedoppgjør i HUK-området (Helse, undervisning, kultur) om overenskomster for perioden 1.5. 2006 til 30.4. 2008. Legeforeningen er part i de sentrale forhandlingene, men samarbeider tett med andre akademikerforeninger og NITO i gjennomføringen. Andre sammenslutninger som deltar i forhandlingene er LO-forbundene, Unio og YS.

Det er til sammen skilt ut syv overenskomster. Sykehusene hører inn under overenskomst for spesialisthelsetjenesten. Legenes lønn reguleres gjennom særavtalen og i lokale forhandlinger. I de sentrale overenskomstene er det hovedsakelig fellesbestemmelsene som berører Legeforeningens medlemmer.

Legeforeningen oversendte 30.6. 2006 krav til revisjon av overenskomsten, og forhandlinger ble gjennomført 5., 6. og 7.9. 2006. HSH ønsket i forhandlingene å ta inn bestemmelser om at de lokale parter skulle kunne avtale andre lønns- og arbeidsvilkår, herunder pensjonsvilkår, enn det man er enige om sentralt. Dette ble avvist av samtlige organisasjoner, som valgte å bryte etter tre dagers forhandlinger, torsdag 7.9. 2006.

Mekling ble gjennomført 29.9. og 2.- 3.10. 2006. Det ble oppnådd enighet om et sett bestemmelser som skulle være felles for alle overenskomstene, samt spesifikke endringer i hver enkelt overenskomst. Legeforeningen fikk gjennomslag for sitt krav om at det skal avtales at alle leger i HSH-sykehus skal være sikret full lønn under sykdom i inntil 12 måneder. Hittil har den sentrale avtalen bare hjemlet full lønn i inntil tre måneder, men endringen gjør at avtalen nå er i tråd med bestemmelsen i de offentlige tariffavtalene.

For øvrig er det ikke gjort større materielle endringer i avtalen, men strukturen er noe endret ved at en del vedlegg er tatt bort, og andre innarbeidet i avtalen. Arbeidstakerorganisasjonene fikk gjennomslag for at pensjonsvilkår og andre grunnleggende sosiale bestemmelser sikres på nasjonalt nivå, og gjøres uavhengig av hvilket sykehus man jobber ved.

2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold i helseforetakene

2.5.1 Styrke rekruttering av tillitsvalgte

I Legeforeningens Prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 2006-07 er det vedtatt at foreningen skal styrke og forbedre rekrutteringen av lokale tillitsvalgte.

På denne bakgrunn vedtok sentralstyret 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 skulle komme med forslag til fremtidige løsninger. Prosjektgruppen ble sammensatt med en representant fra hver av yrkesforeningene og ansatte i sekretariatet og Ylfs kontor. Anny Spydslaug ble oppnevnt som prosjektleder. Fagsjef Signe Gerd Blindheim ledet sekretariatsbistanden.

Gruppen begynte sitt arbeid våren 2006. Prosjektrapport ble ferdigstilt til sentralstyrets møte i januar 2007.

2.5.2 Intensjonsavtale med NAVO og staten om samarbeid i omstillingsprosesser

Vinteren 2006 ba helseministeren om tiltak for å styrke samarbeidet mellom arbeidsgiverforeningen NAVO og organisasjonene, om omstillingsprosesser. Steinar Stokke i NAVO arbeidet med å utvikle en intensjonsavtale om bedret samarbeid. Legeforeningen var en aktiv premissleverandør i dette arbeidet, men opplevde at arbeidet ble stanset i slutfasen selv med tilsynelatende oppnådd enighet mellom partene. Steinar Stokke sluttet i NAVO og arbeidet ble ikke videreført.

2.5.3 Klimaet mellom arbeidsgiversiden og arbeidstakersiden i sykehusforetakene

I 2006 ble det gjennomført kartlegging av hvordan forhandlingsarbeidet innenfor helseforetakene foregår. Sekretariatet har fulgt opp arbeidet med lokale tvister og analysert bakgrunnen for misnøyen med de lokale forhandlingene. Det ble tatt initiativ til et sentralt tvisteforum for å søke å løse de mange lokale tvistene. Dette ble avvist av NAVO i januar 2006. Det har oppstått nye tvister i 2006, blant annet om forståelsen av Arbeidsrettens avgjørelse fra september 2006.

Det ble avgitt en rapport fra Akademikerne i mai 2006 med vurdering av forhandlingssystemet lokalt og sentralt. Konklusjonen er at forhandlingene lokalt er sentralt styrt og det brukes metoder som undergraver det systemet Akademikerne og Legeforeningen tidligere har gitt sin tilslutning til. NAVO har ikke ønsket å drøfte innholdet i rapporten med Akademikerne eller Legeforeningen, verken underveis i arbeidet eller når rapporten forelå.

Høsten 2006 kom rapporten *God Vakt* fra arbeidstilsynet som konkluderer med en negativ utvikling vedrørende arbeidsmiljøet i sykehusforetakene – og at ansatte opplever mindre grad av inkludering og innflytelse over utviklingen av tjenesten.

2.5.4 Håndbok for tillitsvalgte

Revisjon av Tillitsvalgthåndboka, utført av en gruppe i forhandlings- og helserettsavdelingen, ble avsluttet i april 2006. I løpet av mai ble den oppdaterte utgaven sendt ut til landsstyret, styrene i avdelinger, yrkesforeninger, og spesialforeninger, ansatterepresentanter, foretakstillitsvalgte, hovedtillitsvalgte og tillitsvalgte.

Tillitsvalgthåndboken sendes fortløpende ut til nyregistrerte tillitsvalgte på arbeidsstedene.

2.5.5 Kursvirksomhet i 2006

Legeforeningens kursvirksomhet har de siste par år vært noe endret i forhold til tidligere. Fra 2006 er rådgiver Per Medalen tillagt koordineringsansvaret for kursvirksomheten. Forhandlingssituasjonen med NAVO har påvirket hele virksomheten. I tillegg til og delvis i stedet for ordinære tillitsvalgtkurs, har det vært nødvendig med flere tariffkonferanser hvor det har vært fokus på forhandlingssituasjonen og kravene til endringer i avtaleverket med NAVO. Dette har også hatt effekt for de andre tariffområdene – særlig for HSH-området som organiserer sykehus som har avtaler som ligger nær NAVO-avtalene.

Situasjonen har nå normalisert seg slik at det igjen kan planlegges kursvirksomhet som tar for seg avtaleverket på bredere basis enn det som tas opp på tariffkonferansene.

I NAVO-området ble det avviklet en dagskonferanse høsten 2006.

I **HSH-området** ble det avholdt to konferanser i forbindelse med de lokale forhandlingene for 2005 og 2006, og én konferanse av mer generell karakter.

I **KS-området** ble det avviklet ett kurs i mai 2006.

I tillegg til de kurs Legeforeningen har avviklet holdt Akademikerne i august og september 2006 lokale dagskonferanser om forhandlingssystemet på til sammen 25 steder over hele landet. 23 av våre medlemmer deltok.

I tariffområdet **Staten** ble det avviklet et kurs i oktober 2006.

I tariffområdet **Oslo kommune** har vi ikke avholdt noen kurs, men det var deltakelse på ett kurs Akademikerne avholdt.

For de **privatpraktiserende leger** ble det avviklet en tariffkonferanse for de berørte yrkesforeninger i februar og i november 2006.

Sekretariatets jurister har forelest på en rekke kurs i regi av avdelinger og yrkesforeninger.

2.6 Privat spesialistpraksis med driftstilskudd

Rammeavtalen fremforhandlet med RHF i desember 2005 har to års virketid dvs. at den tidligst løper ut 31.12. 2007. Dette innebærer at det ikke ble forhandlet om denne i 2006. I 2006 har det vært arbeidet med omleggingen av refusjonsordningen. Mye arbeid har vært nedlagt for å iverksette nye ordninger for avtalespesialister, jfr. rammeavtalen.

2.6.1 Normtall for antall konsultasjoner

I protokoll av januar 2006 mellom RHF'ene og Legeforeningen er det nedfelt en regulering av omforente normtall for avtalespesialister. Normtallene er ment å være konkretisering av ett av momentene som vil inngå i totalvurderingen av om praktiserende spesialister oppfyller forpliktelsene etter driftsavtalen. Ettersom begge parter så en betydelig usikkerhet i fastsettelsen av normtallene, ble det nedfelt en revisjonsbestemmelse i protokollen. Det fremgår her at partene var enige om at det vil være nødvendig med justeringer, og at dette kunne skje fortløpende hvis partene anser det hensiktsmessig, og/eller en samlet revisjon senest ved utgangen av 2006. Legeforeningen konfererte med PSL om behovet for endring av normtall. Fra PSLs side ble det iverksatt en prosess som ikke ble sluttført i 2006. RHF'ene er underrettet om dette i brev form.

2.6.2 Oversikt over ventetid

I rammeavtalen er det tatt inn en plikt for RHF'ene til å bidra til at innrapporterte opplysninger om ventetid hos avtalespesialistene gjøres tilgjengelige for befolkningen, herunder via Kontoret for fritt sykehusvalg. Legeforeningen har tilskrevet RHF'ene og bedt om at dette publiseres på www.sykehusvalg.no. Helse Nord RHF viser til at det så langt ikke foreligger tilstrekkelige rapporteringssystemer til at dette kan ivaretas. Det er tatt initiativ overfor Helse- og omsorgsdepartementet for å samordne ventetid til psykiatrien.

2.6.3 Utdanning i avtalepraksis

Legeforeningen bidro til å utvikle rammeavtalen for spesialister slik at utdanning kunne skje innenfor privat avtalepraksis. I forbindelse med at Helse- og omsorgsdepartementet har gitt tilslutning til at en del av spesialistutdanningen kan skje i avtalepraksis, har Legeforeningen satt i gang et arbeid for å klargjøre både de faglige og økonomiske rammebetingelsene for dette. Forslag til ulike løsninger er oversendt PSL som skal gi tilbakemelding til sekretariatet primo 2007.

2.6.4 Nasjonal helseplan – varsel om mulige endringer i rammebetingelsene

Nasjonal helseplan var vedlegg til statsbudsjettet for 2007. Regjeringen uttalte her at det skal settes i gang et arbeid for å få en bedre integrering av avtalespesialistene i de regionale helseforetaks oppfyllelse av "sørge-for" ansvaret. Legeforeningen fikk i samme forbindelse oversendt en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet om privatpraktiserende spesialister i psykisk helsevern. Sekretariatet har gjennomgått rapporten som var utarbeidet på bakgrunn av en tidligere rammeavtale og dermed ikke oppdatert på bakgrunn av den nye rammeavtalen per desember 2005. Det ble tatt kontakt med departementet for å kunne bidra i det videre arbeidet.

Legeforeningen ble innkalt til møte med Helse- og omsorgsdepartementet kort tid etter at budsjettutkastet var forelagt for Stortinget. Her fremhevet Legeforeningen betydningen av at det er fremforhandlet en ny og fremtidsrettet rammeavtale med de regionale helseforetak som i langt større grad enn tidligere avtaler legger til rette for gjensidig samhandling og felles innsats for å ivareta "sørgesfor" ansvaret som RHF'ene er lovpålagt. Avtaleendringene var ikke oppdatert i direktoratets rapport fra juni 2006. Det ble gitt en konkret redegjørelse for manglene i rapporten, også der konklusjonene gikk langt utover hva det var grunnlag for. Legeforeningen fremhevet at ordningen med avtalepesialister er kostnadseffektiv og fleksibel. De nye avtalebestemmelsene tilsier at man opparbeider seg et erfaringsgrunnlag før eventuelle endringer blir foreslått.

2.7 Fastlegeordningen

2.7.1 Endringer i rammeavtalen med KS

Det ble inntatt viktige endringer i rammeavtalen med KS med virkning fra 1.7. 2006. Det store temaet i forhandlingene var hvordan partene skulle regulere avtaler om økonomisk samarbeid mellom kommuner og leger, det vil si de såkalte § 8.2-avtalene. Denne typen avtaler innebærer at kommunen leier ut lokaler, hjelpepersonell, utstyr o.l. til legen, som refunderer kommunens utgifter helt eller delvis. Det oppstår i blant uenighet mellom kommuner og leger hvor slike avtaler ikke er gjort tidsbegrenset, slik rammeavtalen angir. På denne bakgrunn ble det innarbeidet en endring som innebærer at der hvor det ikke er gjort noen tidsbegrensning, kan begge parter si opp slike avtaler hvor den har løpt uendret i fire år. Deretter er det ett års oppsigelsestid.

Den nye avtalen inneholder også regler om de såkalte «EØS-legene». Det er oppstilt krav i forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon. Den som veileder får arbeidet regnet som offentlig allmenntilleggsarbeid. Veiledningen godtgjøres i form av deltidsstilling som kommunelege. Veiledning lønnes som kommunelege, og gir rett til praksiskompensasjon.

Videre ble det i rammeavtalen bestemt at det skulle etableres en nemndsordning for tvistesaker om praksisoverdragelse. Legeforeningen skulle oppnevne en nasjonal nemnd som skal løse tvister mellom leger med bindende virkning.

Gruppepraksisers innflytelse ved tildelingsprosesser av fastlegehjemler var også et tema. Innflytelsen skal fortsatt være stor, men ikke avgjørende. Det skal kun legges vekt på saklige kriterier. Hva som menes med saklige kriterier, er det gitt eksempler på i avtaleteksten. Denne endringen ble foretatt for å motvirke at inngåtte avtaler kan settes tilside som ugyldig, slik situasjonen var i en sak fra Tromsø.

2.7.2 Endringer i rammeavtalen med Oslo kommune

Legeforeningen besluttet at rammeavtalen for fastleger i Oslo ikke skulle sies opp. Den ble heller ikke sagt opp av Oslo kommune og var derfor ikke gjenstand for reforhandling i 2006.

Legeforeningen fikk likevel endret avtalen. Avtalens ordlyd ble oppdatert i forhold til nye økonomiske satser (basistilskudd og møtgodtgjøring mv). Nye regler om krav til veiledning for å få praktisere selvstendig for trygdens regning, ble innarbeidet. Etter møte med Oslo kommune ble slike endringer innarbeidet og godkjent av sentralstyret 18.9. 2006. Det er dessuten åpnet for at den nasjonale nemnden for tvistesaker om praksisoverdragelse kan benyttes i Oslo kommune.

2.7.3 Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen

Det har vært avholdt ett møte i sentralt samarbeidsutvalg (SSU) i 2006 med Helse- og omsorgsdepartementet, Sosial- og helsedirektoratet, NAV, KS, Oslo kommune og Legeforeningen. Deltakere fra Legeforeningen i SSU er Jan-Emil Kristoffersen (leder for AF), forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring og fagsjef Lars Duvaland. Flere aktuelle spørsmål knyttet til fastlegeordningen var på dagsorden. Utfordringer knyttet til tilgjengelighet og fastlegens rolle ble drøftet. Legevaksordninger ble også drøftet med utgangspunkt i opprettelsen av nytt nødnett. Det ble varslet opprettelse av en ny arbeidsgruppe for å vurdere legevaktorganisering. Departementet hadde fulgt situasjonen med kjøp og salg av praksis over noe tid og hadde bedt om redegjørelse. Legeforeningen gjorde rede for den nye nasjonale nemndsordningen for overdragelse av praksis.

2.8 Forhandlinger om takster, honorarer og egenandelsøkning

2.8.1 Om forhandlingene

Den nye regjeringen hadde lovet egenandelsreduksjoner, og disse kom som en økning av alder fra sju til 12 år for barn som fritas egenandel. Egenandelstaket ble økt ubetydelig fra kr 1585 til kr 1615 for 2006.

Legeforeningen la vekt på at disponeringen av den økonomiske rammen som ble fremforhandlet skulle skje etter faglige kriterier.

Forhandlingene om den økonomiske rammen medførte 4,6 % til gjennomsnittlig påslag på takster, basistilskudd for allmennpraksis og driftstilskudd for spesialistpraksis. For spesialistpraksis ble potten omfordelt.

Staten hadde ett ufravikelig krav, nemlig at halvparten av midlene som regnemessig skulle legges på takstene for spesialistpraksis, i stedet skulle legges på spesialistenes driftstilskudd. Begrunnelsen for kravet var at Stortinget har forutsatt at forholdet mellom honorartakster og driftstilskudd for spesialistpraksis skal være 60:40. Over tid hadde takstvolumet relativt sett økt for mye.

2.8.2 Forhandlinger om takster og honorar

Det ble gjennomført takstforhandlinger med virkning fra 1.7. 2006 med en økonomisk ramme på 4,6 %. Rammen innebærer en kostnadskompensasjon på 3,5 % og en inntektsøkning på 2,4 % fra 2005 til 2006 for leger i privat praksis. Av vesentlige takstmessige endringer nevnes at godkjenningsordningen for allmennlevers bruk av takst for Ekg-tyding ble opphevet, og for spesialistpraksis ble takst for undersøkelse ved kontroll gjeninnført.

I sluttprotokollen for forhandlingene 2006 uttrykker partene enighet om å avsette 2 millioner kroner i avtaleperioden 1.6. 2006 - 30.6. 2007 til etablering av et fond som skal fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser og bidra til etablering av nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire planlagte allmennmedisinske forskningsenhetene.

Staten ba SSB gjennomføre en forundersøkelse om økonomien i forbindelse med overgang fra alminnelig kommunal legevakt til interkommunale legevakter (IKL). Resultatene i form av den endelige rapporten fra SSB om økonomiske konsekvenser, forelå rett før årsskiftet 2006/2007. Derved vil IKL antakeligvis bli forhandlingstema i 2007.

I 2006 ble 24 leger godkjent for takst 707b (fra 1.7. 2006 er godkjenningsordningen opphørt). Ingen leger er godkjent for takst 129 d og e, ingen leger for takst 254/255 og ingen leger for takst 720a og b (702b og c).

2.8.3 Arbeid med å utvikle Normaltariffen

I protokollen mellom RHF og Legeforeningen i 2005 ble det avtalt at begge parter skal arbeide for å utvikle Normaltariffen til et hensiktsmessig styringsverktøy for privat praksis. Arbeidet er i første rekke myntet på spesialistpraksis, og er for så vidt satt i gang bl.a. ved at det er innført normtall for antall konsultasjoner per år innenfor de ulike spesialitetene.

Sekretariatet har i slutten av 2006 startet arbeidet med utvikling av en kommentarutgave til Normaltariffen. Første del av arbeidet ventes ferdig innen utgangen av februar 2007

2.9 Andre økonomiske forhold av betydning for privat legepraksis

2.9.1 Overdragelse av praksis

I 2006 ble det arbeidet med å utvikle en nemndsordning som skulle sikre mer ensartet praksis ved praksisovertagelse. Bakgrunnen var ønske om større forutsigbarhet for kjøper og selger av praksis, og å motvirke utilsiktede utviklingstrekk.

I rammeavtaleforhandlingene med KS våren 2006 ble det gjort justeringer for å skape et mer solid fundament for ordningen med kjøp og salg av praksis. Det ble tatt inn en bestemmelse om at Legeforeningen oppnevner nemnd i tilfeller hvor fratredende og tiltredende lege ikke kommer til enighet om pris i forbindelse med overdragelse av praksis. Sekretariatet laget noen ulike modeller for nemndsordning som ble sendt på høring i august. Sentralstyret vedtok siden endelig modell. Denne har klare likhetstrekk med den nasjonale modellen for privat spesialistavtalepraksis.

Som følge av endringer i rammeavtalen for avtalespesialistene ble det oppnevnt en nemnd for

overdragelse av av spesialistpraksiser som trådte i kraft 1.1. 2006. Leder for nemnda er advokat Nils J. Grytten. Legene Truls Disen (PSL) og Jonas Arve Kristiansen (Of) er faste medlemmer.

For allmennlegene vedtok Sentralstyret en nasjonal nemndsordning med to nemndsledere og en pool med nemndsmedlemmer (fra Af, LSA og Ylf). Ordningen trådte i kraft 1.11. 2006. Faste nemndsledere er advokat Nils J. Grytten og advokat Kjersti P. Amundsen. I hver sak settes nemnda med en nemndsleder og to nemndsmedlemmer, begge medlemmer oppnevnt etter forslag fra hver av partene. Nemnda er uavhengig i sin virksomhet og treffer avgjørelser som er bindende for kjøper og selger. Det tas sikte på årlige nemndssamlinger. Det ble avholdt en slik samling i desember 2006. Sentralstyret har bestemt at nemndsordningen skal evalueres høsten 2007.

2.9.2 Konkurranserettslige spørsmål

Det vises til punkt 2.10.8 i årsmeldingen for 2006. Det vises her til at Legeforeningen har tilskrevet Konkurransetilsynet med anmodning om vurdering av konkurranserettslige spørsmål knyttet til sykehuslegers bierverv. I henvendelsen til Konkurransetilsynet stilte Legeforeningen spørsmål ved om hvorvidt private leverandører av spesialisthelsetjenester faller inn under begrepet "konkurrerende virksomhet" i forhold til helseforetakene. Dersom dette var tilfellet ble det reist spørsmål om hvorvidt helseforetakene misbruker sin dominerende stilling som arbeidsgiver til å begrense de private aktørenes tilgang til spesialisert arbeidskraft, jfr. konkurranseloven § 11.

Konkurransetilsynet besvarte henvendelsen per telefon i februar 2006. Tilsynet hadde kun vurdert hvorvidt arbeidsgiver har anledning til å begrense den enkelte arbeidstakers adgang til å ta bierverv, noe konkurranseloven ikke regulerer. I ny henvendelse til Konkurransetilsynet av juni 2006 presiserte Legeforeningen problemstillingen i forhold til dominerende markedsrett, urimelige anbuds vilkår og sammenblanding av eier og bestillerroller, og hvorvidt dette hadde konkurransevridende virkning ved at små private helseaktører som utnytter sykehuslegers restarbeidsevne i prinsippet ble avskåret fra å levere tilbud. I brev av oktober 2006 avviste Konkurransetilsynet nok en gang å realitetsvurdere spørsmålet. En eventuell videre oppfølging av problemstillingene må antakelig skje i forbindelse med en konkret sak på vegne av et medlem.

2.10 Journal og taushetsplikt

Legeforeningen mottar stadig flere henvendelser fra medlemmer som blir avkrevd fullstendig journalkopi for sine pasienter fra aktører utenfor helsetjenesten, særlig forsikringsselskaper. Legeforeningen vedtok i 2006 at det bør arbeides for å oppnå et forbud mot innhenting av fullstendig journal ved tegning av forsikring. Det arbeides i større grad med å rendyrke pasientjournalen som legens og annet helsepersonells arbeidsredskap. Behovet for å iverksette flere tiltak for å verne om pasientopplysningene og tilliten i lege-/pasientforholdet er mer påtrengende enn tidligere.

Legeforeningen har foreslått for Helse- og omsorgsdepartementet å lovfeste et forbud mot innhenting av fullstendig journalkopi i forbindelse med tegning av forsikring og bedt om at også andre tiltak vurderes. Legeforeningen vil følge opp dette initiativet i 2007 og dessuten arbeide videre med å formulere en generell policy vedrørende eksterne aktørers tilgang til pasientjournal, foruten forsikringsselskaper, eksempelvis barneverntjenesten og rettsvesenet.

Legeforeningen har i 2006 arbeidet med å utvikle policy om tilgang til pasientjournal *innen* helsetjenesten. Den vesentligste, praktiske utfordringen vedrørende tilgang til pasientjournal innen helsevesenet er spørsmålet om hvordan innrette elektronisk pasientjournal (EPJ) og tilgangssystemet til EPJ på en måte som både ivaretar hensynet til personvernet og helsepersonellens behov for tilgang til journalen som arbeidsredskap.

Legeforeningen har allerede i forskjellige sammenhenger og på forskjellige arenaer jobbet med problemstillingen (blant annet i relasjon til utvikling av "Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren"). Imidlertid er det fortsatt vanskelige, uavklarte forhold rundt dette, eksempelvis vedrørende tilgang innefor samme virksomhet (f. eks. helseforetak) og mellom forskjellige virksomheter (f. eks. mellom to fastleger i gruppepraksis). Legeforeningen ønsker gjennom formulering av en policy på området å bidra konstruktivt til løsning av problemene.

2.11 Overføring og sletting av pasientjournaler

Legeforeningen mottok i 2006 svar fra Helse- og omsorgsdepartementet på vår henvendelse fra høsten

2005 vedrørende gjeldende rett mht. overføring og sletting av pasientjournaler. Spørsmålene var knyttet til de situasjoner der pasienten skifter fastlege eller fastlege flytter ut av gruppepraksis.

I sitt svar av 21.3. 2006 bekrefter departementet Legeforeningens oppfatning om at opprinnelig fastlege har rett, men ikke plikt til å beholde en kopi av journalen når pasienten skifter fastlege. Departementet er videre enig med Legeforeningen at fastlege som har vært knyttet til en gruppepraksis, klart har rett til å ta med seg journalen for pasientene på sin fastlegeliste når legen flytter sin praksis. For pasienter som ikke er på utflyttet leges liste, men som vedkommende likevel har behandlet, kan legen ta med kopi av journalopplysningen hun/han selv har ført. Departementet er mer uklar mht hvem som skal bære kostnadene for overføring, kopiering, sletting mv. i nevnte situasjoner. Et utgangspunkt er at den lege som ønsker kopi av journalopplysninger som ikke naturlig følger denne legen, har ansvaret for kopikostnadene.

Legeforeningen har også gitt en uttalelse i forbindelse med en rettsvist, som gjaldt forvalteransvaret for pasientjournaler hvor behandlende lege flytter. Legeforeningen ga også den aktuelle legen økonomisk støtte gjennom rettsshjelpsordningen. Høyesteretts kjæremålsutvalg avgjorde saken 25.10. 2006, hvor legen fikk medhold. Saken gjaldt en lege som inngikk en samarbeidsavtale med et legesenter, men sa opp avtalen før ordinær utløpstid. Han krevde i den forbindelse at pasientjournaler for hans listepasienter, samt journaler og notater knyttet til andre pasienter han hadde undersøkt og behandlet, ble overført hans nye arbeidssted. Senteret nektet legen å ta med seg journalene. Høyesterett kom til at helsepersonellovens bestemmelser om taushetsplikt tilsa at legen tok med seg pasientjournalene og at taushetsplikten overholdes best ved at den som har taushetsplikt også forvalter opplysningene. Høyesterett verner her om den konfidensialitet og det tillitsforhold som må være til stede mellom lege og pasient. Avgjørelsen innebærer at journaler som en lege har skrevet om sine pasienter i sin virksomhet, vil legen som et utgangspunkt ha rett til å ta med seg ved flytting. Høyesterett la vekt på at det er viktig at taushetsbelagt informasjon er underlagt slik kontroll som fastsatt i lovgivningen, og at det på den bakgrunn var svært uheldig at legen var avskåret fra umiddelbar kontroll over journalene. Legen kunne også risikere å være uvitende om vesentlige opplysninger dersom hun/han ikke hadde journalene.

Både avklaringene fra Helse- og omsorgsdepartementet og kjennelsen fra Høyesterett viser at forvalteransvaret for pasientjournaler reguleres på bakgrunn av tre grunnleggende hensyn. For det første hensynet til taushetsplikten og vern mot spredning av pasientopplysninger. Dette tilsier at duplikater skal begrenses i størst mulig utstrekning. Videre står behandlingshensynet sentralt og tilsier at pasientjournalen er tilgjengelig for den lege som mest sannsynlig vil opprettholde en behandlingsrelasjon til pasienten. Endelig innebærer uttalelsen fra Helse- og omsorgsdepartementet at hensynet til etterfølgende kontroll av legens virksomhet er av betydning. Det siste innebærer en rett til å beholde journalnedtegnelser man selv har utført.

2.12 Inkluderende arbeidsliv - lovendringer

En av de største samfunnsdebattene i Norge høsten 2006 var knyttet til IA- avtalen og Regjeringens opprinnelige forslag om innstramninger i sykelønnsordningen. Både arbeidsgiver- og arbeidstakerorganisasjonene reagerte kraftig på det som ble oppfattet som et brudd på IA- avtalen. De betydelige reaksjonene var bakgrunnen for at det ble satt ned et utvalg bestående av partene i IA- samarbeidet ledet av statsminister Jens Stoltenberg. Utvalgets mandat var blant annet å foreslå alternative løsninger som skulle gi tilsvarende reduksjoner i sykefravær og sykelønnsutgifter for staten som Regjeringens opprinnelige forslag.

Legeforeningen er part i IA- avtalen gjennom medlemskapet i Akademikerne. Akademikerne har hatt en sentral rolle helt fra Regjeringens opprinnelige forslag ble kjent og frem til den foreløpige sluttsteinen, som er Stortingets behandling av Ot. prp. nr. 6 (2006-2007) om endringer i arbeidsmiljøloven og folketryktdloven. I denne prosessen har Legeforeningen deltatt i drøftingene av alternative forbedringsordninger og spilt disse inn gjennom et samarbeid med Akademikerne.

Dialogmøtet som ble lovfestet har betydelige likhetstrekk med det forslaget som Legeforeningen foreslo gjennom Akademikerne i utvalgets arbeid. Legeforeningen foreslo overfor utvalget at partene som hovedregel burde møtes på legens kontor som er et mer nøytralt sted enn arbeidsplassen. Stoltenberg-utvalget mente imidlertid at møtet burde avholdes hos arbeidsgiver. Videre presiserte Legeforeningen at den sykmeldte i enkelte tilfeller måtte kunne vernes mot slike dialogmøter. Legen er den som kjenner pasientens sykehistorie og forutsetninger for å kunne delta i et slikt møte. Etter

Legeforeningens vurdering burde det derfor være legen som hadde ansvaret for å innkalle til møte og foreta en vurdering av om møte var medisinsk utlrådelig eller uhensiktsmessig. Lovens ordning innebærer imidlertid at vurderingen av om møtet skal avholdes legges til arbeidsgiver.

Lovendringen innebærer at legen, dersom hun/han innkalles, i utgangspunktet skal ha møteplikt. Legeforeningen har gjennom Akademikerne understreket et klart behov for unntak fra møteplikten. Det vil oppstå særlige situasjoner, der plikten for sykmeldende lege til å delta i dialogmøte med arbeidstaker og arbeidsgiver medfører betydelige vanskeligheter for legens ivaretagelse av sine plikter for listepasienter, for ivaretagelse av andre lovpålagte plikter eller hvor det å stille i møtet blir uforholdsmessig ressurskrevende.

Legeforeningen har gjennom hele prosessen understreket betydningen av at manglende endringsforslag bidrar til en uthuling av taushetsplikten eller setter tillitsforholdet mellom legen og pasienten under press. Det er viktig at partene i møtet opptrer slik at pasienten opplever at vedkommendes helsetilstand og taushetsplikten blir ivaretatt. Det er viktig at legen får holde fast på sin rolle som en medisinsk premissleverandør og verken opptrer som mekler eller advokat.

2.13 Legevakt

Legeforeningen har i løpet av 2006 arbeidet aktivt for å styrke vilkårene for legevakt i tråd med den politikk som ligger i Legeforeningens legevaktrapport fra 2005. Både i forhandlinger om Normaltariffen, i særavtale- og rammeavtaleforhandlinger har legevakt vært viktige tema. Staten har ved flere anledninger utsatt drøftingene av temaet til ferdigstillelsen av rapporten fra SSB som forelå i oktober 2006.

Sommeren 2006 publiserte Helsetilsynet en samlerapport om tilsynserfaringer fra legevakt. Rapporten satte fokus på behov for systemutvikling for å oppnå forsvarlighet og kvalitet i legevaktorganiseringsen. Rapporten gir viktig støtte til Legeforeningens politikk på området. De spørsmål rapporten reiser ble tema i møte i Sentralt samarbeidsutvalg for fastlegeordningen (SSU) og ble drøftet med Helsetilsynet på høstens tariffkonferanse for privat praksis. I SSU ble det varslet at det ville bli satt ned en arbeidsgruppe for å arbeide videre med spørsmålet om legevaktorganisering på bakgrunn av rapportens konklusjoner, samt behovet for en fastere struktur på legevaktorganiseringsen knyttet til innføringen av et nasjonalt nødnett.

2.14 Helsenett

Legeforeningen har i løpet av 2006 hatt parallelle møter med både Sosial- og helsedirektortet (SHdir) og Norsk Helsenett for å diskutere det videre samarbeide omkring helsenettet, herunder finansieringsløsninger for å få fleste mulig legekontorer koblet opp til helsenettet. Samarbeidet har resultert i to avtaler.

I samarbeidsavtalen mellom Legeforeningen og SHdir har partene fått nedfelt enighet omkring formålet med helsenettet på kort og lengre sikt. Avtalen beskriver tydelig hvilke forventninger partene har til det videre samarbeide. Partene er enige i at formålet med helsenettet på kort sikt fortsatt er meldingsutveksling mellom legekantor og helseforetak, og legekantor og trygdeetaten, med anvendelser som epikrise, henvisning, laboratoriesvar og sykmelding, i tillegg til funksjonelt Internett, e-post og ikke minst det elektroniske adresseregisteret for helsetjenestene (HER), som vil være en hjørnestein i helsenettet når det kommer. På lengre sikt - det vil si fra 2007 - må også samhandling med kommunale helse- og omsorgstjenester prioriteres, heter det i avtalen. SHdir setter også av mer midler til sikker elektronisk signatur (PKI) og oppkobling av nye fastlegekantor med PKI i 2006.

Avtalen inngått mellom Legeforeningen og Norsk Helsenett supplerer Shdir-avtalen. Avtalen gjelder både fastleger og avtalespesialister. Partene er enige om at tilknytning av legekantor til Norsk Helsenett er et viktig tiltak for å oppnå elektronisk samhandling. På kort sikt er målet fortsatt prioritering av meldingsutveksling i form av bl.a. epikrise, henvisning, laboratoriesvar og sykmelding mellom legekantor og helseforetak, og legekantor og trygdeetaten. Det fremgår av avtalen at avtalespesialistene er en av de viktigste samhandlingspartene som vil bidra til å utvikle samhandlingsarenaen i Norsk Helsenett, men avtalespesialistene omfattes ikke av tilskuddsordninger fra offentlige myndigheter, jf. SHdir-avtalen. Norsk Helsenett vil derfor i løpet av første halvdel av 2007, etter nærmere avtale med Legeforeningen, gå ut med et tilbud om tilknytning til avtalespesialistene der det innrømmes 50 % rabatt på engangsavgiften til Norsk Helsenett.

Tilbudet gjelder avtalespesialister med fulltidspraksis eller avtalespesialister som har sin praksis som hovedbeskjeftigelse. Under forutsetning av tilstrekkelig antall bestillinger, vil Norsk Helsenett tilknytte minimum 250 avtalespesialistkontorer under denne ordningen i 2007. Avtalen vil også fungere som en rammeavtale i forhold til de individuelle avtaler inngått mellom Norsk Helsenett og det enkelte legekantor.

2.15 Forholdet til NAV

2.15.1 Kollektivavtalen (avtale om direkteoppgjør av trygderefusjon)

I 2006 videreførte Legeforeningen en dialog med NAV knyttet til reguleringen i kollektivavtalen. Etter Legeforeningens vurdering var det behov for avklaringer av sentrale juridiske problemstillinger forut for eventuelle forhandlinger. Det ble sendt brev til NAV like før nyttår og arbeidet videreføres i 2007.

2.15.2 Frikortkontroll i NAV

I månedsskiftet juni/juni 2006 informerte NAV om pålegg fra Riksrevisjonen om å skjerpe kontrollen av frikort. Grunnen var dels en liberal praksis fra NAVs side ved at legens opplysninger om at pasienten hadde frikort ble godtatt uten kontroll, at pasienter under 12 år ble kodet med frikort og at kommunale frikort ble feilført som frikort.

Fra 1.10. 2006 ble derfor alle regninger med krav om frikortrefusjon for pasienter som etter NAVs register ikke var registrert med frikort avvist. Det viste seg imidlertid fort at NAVs register langt fra var oppdatert, noe som førte til uberettigede avvísninger av regningskort og dermed merarbeid for mange leger. Forholdet ble flere ganger tatt opp fra Legeforeningens side. NAV har lovet å prioritere arbeidet med frikortregistreringen, men ønsker ikke å utsette gjennomføringen mht. å avvise regninger uten frikort.

2.16 EU/EØS-rettslige forhold

Etter at helsetjenester formelt ble tatt ut av anvendelsesområdet for tjenstedirektivet, har Kommisjonen sommeren 2006 innledet en åpen høring om fremtidig regulering av helsetjenester innen EU. Formålet med høringen er å kartlegge hvordan rettslig forutsigbarhet ved grenseoverskridende helsetjenester (forstått som tjenesteyting samt pasient- og helsepersonellmobilitet) kan sikres, samt bidra til å styrke samarbeid mellom medlemslandenes helsetjenester. Legeforeningen har gitt innspill til både Helse- og omsorgsdepartementets og CPMEs høringssvar til Kommisjonen. Drøftingene i EU om fremtidig regulering innen dette området forventes å fortsette i 2007 og vil bli fulgt nøye av Legeforeningen, ikke minst gjennom CPME.

Revisjon av arbeidstidsdirektivet har også i 2006 vært et viktig politisk tema innen EU og CPME og da særlig spørsmålene om definisjon av tilstedevakt og muligheten for fravik av maksimal ukentlig arbeidstid ved avtale (såkalt "opt-out"). Beslutningsprosessen innen EU er foreløpig stoppet opp i Ministerrådet, fordi Storbritannia ønsker å opprettholde muligheten til opt-out på individuelt nivå (i motsetning til gradvis utfasing og/eller opprettholdelse kun på kollektivt nivå). Det er usikkert om når, og i fall på hvilken måte, den politiske konflikten løses i Ministerrådet. Legeforeningen følger utviklingen.

Det såkalte "legedirektivet" om gjensidig anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner (direktiv 93/16/EØF) ble den 7.9. 2005 erstattet av det såkalte "kvalifikasjonsdirektivet" (direktiv 2005/36/EF). Det er forutsatt at det ikke skal skje vesentlige materielle endringer i rettstilstanden for anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner. Det er frist for implementering av det nye direktivet i nasjonal rett 20.10. 2007. Legeforeningen har allerede i forskjellige sammenhenger vurdert rettslige konsekvenser av det nye direktivet, eksempelvis i forbindelse med arbeidet i Autorisasjonsutvalget, jf. punkt [], men også i relasjon til muligheten for å stille språkkrav til utenlandske leger som ønsker å jobbe i Norge. Legeforeningen forventer i 2007 å få anledning til å uttale seg om Sosial- og helsedirektoratets implementeringsforslag.

2.17 Prosjekter

2.17.1 Prosjekt om helseattester

Under tariffutvalgsmøte den 21.11. 2005 ble helseattester som inntektselement drøftet. Det ble pekt på manglende retningslinjer i forhold til utforming og honorering av forskjellige typer helseattester.

Tariffutvalget uttrykte behov for et internt utvalg som kan foreta en gjennomgang av alle helseattestene. Det ble videre konkludert at ” *tariffutvalget oppfordrer sentralstyret til å opprette et utvalg som skal gjennomgå ulike sider ved helseattestarbeidet som for eksempel utforming, taushetsplikt, objektivitet, habilitet, innsyn, honorering, forhandlingsmotpart osv.* ”

Saken ble lagt frem for sentralstyret under møtet den 23.1. 2006 hvor det ble fattet vedtak om å opprette en prosjektgruppe med formål å vurdere ulike sider ved helseattestarbeidet. Under det første forberedende møte i prosjektgruppen den 22.6. 2006 gjennomgikk prosjektgruppen det arbeidet som allerede er gjort på området, herunder innstillingene fra Rognum-, Røsæg-, Øvereide- og Graverutvalget. Prosjektgruppens konklusjon var at de forskjellige utvalgene allerede har nedlagt et betydelig arbeid omkring ulike spørsmål vedrørende attester. For ikke unødvendig å bruke mye ressurser på dobbeltarbeid, samt sett hen til at gruppens arbeid presumptivt bør munne ut i et mest mulig nyttig produkt for foreningens medlemmer, ble det foreslått at mandatet for gruppen burde endres. Det nye mandatet tar hensyn til det arbeidet som allerede er gjort på området.

I løpet av høsten 2006 har gruppen hatt flere møter. Det tas sikte på å legge frem en prosjektrapport til sentralstyret i løpet av våren 2007.

2.17.2 Prosjekt om det skal stilles krav til spesialitet i allmenntmedisin for å arbeide for trygdens regning.

I forbindelse med sentralstyrets behandling av SLIM direktivet (Europaparlamentets- og rådsdirektiv 2001/19/EF) ble det anmodet om at sekretariatet i samarbeide med berørte yrkesgrupper iverksatte et utredningsarbeid med tanke på om det er hensiktsmessig at alle som arbeider som allmennleger utdanner seg til spesialister i allmenntmedisin.

Prosjektgruppen har i løpet av 2006 arbeidet frem en prosjektrapport som det tas sikte på å levere sentralstyret primo 2007.

2.17.3 Autorisasjonsutvalget

Sentralstyret nedsatte i juni 2006 et arbeidsutvalg til å utrede forslag til sentralstyrets standpunkter til hvordan systemet bør være for å oppnå godkjenning (lisens, autorisasjon) som lege i Norge. Dette blant annet i lys av at personer med medisinsk utdanning fra andre EU/EØS-land i dag har mulighet til å oppnå norsk autorisasjon uten å ha gjennomført praktisk tjeneste i form av norsk turnustjeneste eller tilsvarende tjeneste. I utvalgets mandat er det presisert at arbeidet skal ta utgangspunkt i det nåværende, norske system og forholdene i andre EU/EØS-land og gjensidige, forpliktende internasjonale avtaler på området. Som ledd i sitt arbeid utreder utvalget blant annet hvor langt den EU/EØS-rettslige forpliktelsen til automatisk anerkjennelse av yrkesmessige kvalifikasjoner rekker. Autorisasjonsutvalget, som har hatt to møter i 2006 og planlagt et antall møter på vårparten av 2007, forventer å kunne avgi sin innstilling i løpet av våren 2007.

2.17.4 Prosjekt sykehuslegers arbeidstid

Sentralstyret vedtok i sak 10/06 å opprette en prosjektgruppe med formål å kartlegge hvordan arbeidstid for leger er regulert i direktiver, lovgivning og sentrale avtaler, med sikte på å utarbeide ordninger som ivaretar hensynet til forsvarlighet, hensiktsmessig bruk av legerressurser og hensynet til spesialistutdanningen..

Prosjektgruppen bestod av lederne for Of og Ylf samt representanter fra forhandlings- og helseerettsavdelingen og Ylfs kontor. Bjørn Ove Kvavik var prosjektleder.

Prosjektrapporten ble lagt frem på sentralstyrets arbeidsmøte i september 2006. Foruten å redegjøre for sykehuslegers arbeidstid i et historisk perspektiv, tok gruppen utgangspunkt i arbeidsmiljølovens bestemmelser, arbeidstidsbestemmelser i overenskomsten, og bestemmelser i EUs arbeidstidsdirektiv, og drøftet i hvilken grad disse er gjeldende for sykehusleger. Til hvert punkt i rapporten ble det skissert konkrete utfordringer for Legeforeningen vedrørende sykehuslegers arbeidstid.

Sentralstyret sluttet seg til prosjektgruppens forslag om at rapporten kan være et underlagsdokument for sentrale forhandlinger; herunder også for en eventuell partssammensatt gruppe om arbeidstid. Rapporten kan også sendes lokale tillitsvalgte til bruk i forberedelsene til lokale forhandlinger eller annet tillitsvalgтарbeid.

2.17.5 Pensjon

Legeforeningen igangsatte før jul 2006 et prosjekt for å kartlegge legers pensjonsvilkår, og hvordan endringer i fremtidig folketrygd forventes å påvirke disse vilkårene. Arbeidet er tenkt brukt opp mot Stortingets sluttbehandling av pensjonsreformen som et tillegg til det arbeidet Legeforeningens yrkesforeninger og Akademikerne bidrar med.

2.17.6 Normaltariffprosjektet – herunder IPSU

Sekretariatet har igangsatt et større utredningsprosjekt som skal vurdere normaltariffen som finansieringsverktøy, herunder alternative finansieringsformer.

En foreløpig skisse til arbeidet med normaltariffprosjektet ble forelagt tariffutvalget 5.10. 2006. Det ble også informert om at arbeidet med IPSU (inntektspolitisk strategiutvalg) skulle implementeres i prosjektet. I tariffutvalgsmøtet var det enighet om at IPSU-arbeidet i prosjektet skulle slutføres innen 1.2. 2007. Utvalget vil avslutte sitt arbeid i henhold til denne fristen, og de konklusjoner som foreligger vil bringes inn i det videre prosjektarbeid.

Det redegjøres for historiske utviklingslinjer og den senere tids politiske signaler vedrørende finansiering av privatpraktiserende legers virksomhet. Foruten en historisk gjennomgang av de utviklingstrekk som har ledet til dagens finansieringsordning, ønskes en bredere gjennomgang av fordeler og ulemper ved dagens ordning. Det vil også bli foretatt en analyse av alternative finansieringsordninger, blant annet sett hen til løsninger i andre land. Normaltariffen slik denne fungerer i dag, samt de alternative finansieringsformer som drøftes, vil bli vurdert opp mot de utfordringer arbeidet i IPSU har avdekket.

Prosjektets størrelse tilsier at det legges et betydelig arbeid i et mer nøyaktig planverk for prosjektet. Planverket vil utarbeides av prosjektgruppen og godkjennes av styringsgruppen. Sekretariatet nedsetter en tverrfaglig prosjektgruppe. Styringsgruppen består, foruten representanter fra sekretariatet, av én representant fra Af og én fra PSL.

2.18 Juridisk bistand til medlemmene

Sekretariatet har 10 jurister, hvorav sju advokater/advokatfullmektiger, som håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen. Rettssaker vedrørende Legeforeningens avtaler, andre forhold av prinsipiell betydning for Legeforeningen eller for enkeltmedlemmer blir i begrenset omfang håndtert av forhandlings- og helseerettsavdelingen. De samme juristene håndterer de mange årlige forhandlingsforløp, påvirkningsarbeid i forbindelse med ny lovgivning, utvikling av standardavtaler og veiledningsmateriale, kurs og opplæringsvirksomhet og arbeidet med tillitsvalgtapparatet, organisasjon og bistand overfor - og sekretariatsfunksjoner i - yrkesforeninger. Det arrangeres også en rekke kurs årlig, i hovedsak for tillitsvalgte. Juristene holder også foredrag om juridiske tema som er relevante for leger, særlig helserett og arbeidsrett.

Videre gis det økonomisk støtte til kjøp av eksterne advokattjenester iht vedtektene i rettshjelpsordningen, etter beslutning i rettshjelpsutvalget og sentralstyret. Rettshjelpsordningen kjennetegnes ved at det gis økonomisk støtte til kjøp av eksterne juridiske tjenester, mens juridisk bistand fra sekretariatet gis direkte til medlemmet.

Den vesentligste del av juridiske tjenester til medlemmene ytes imidlertid direkte av sekretariatets ansatte. Mange tvister løses av sekretariatets jurister innen legen kontakter eksternt 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 eksterne advokater ikke har. Etterspørselen etter juridiske tjenester er fortsatt økende.

2.18.1 Bistand fra sekretariatets jurister/advokater

Bistand fra sekretariatets jurister/advokater er Legeforeningens hovedordning for juridisk bistand til medlemmene. Sekretariatets jurister yter bistand på de samme rettsområder som omfattes av Rettshjelpsordningen, og vurderer konkret ved hver henvendelse om leger kan få bistand fra sekretariatet eller om det skal søkes om økonomisk bistand for å få eksternt advokat.

Sekretariatet har også i 2006 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 rettssaker. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger og vurderer å utvikle meglingsstilbudet videre. Det saksbehandles årlig omkring 2000 saker av juridisk karakter. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Sekretariatets jurister med advokatbevilling/advokatfullmektigautorisasjon prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen.

2.18.2 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra sju yrkesforeninger samt ett medlem fra studentene. I 2006 besto utvalget av Fridtjov Riddervold, Torgeir Haugen, Merethe Kumle, Åge Henning Andersen, Halfrid Waage, Joakim Oliu Moe, Martin Lindblad og Anne Helen Hansen. Frode Solberg er sekretær for utvalget.

Utvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret 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 2006 fattet utvalget totalt 60 vedtak, hvorav 27 søknader ble avslått. 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 aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

Rettshjelpsutvalget og sekretariatet har høsten 2006 arbeidet med en større revisjon av vedtektene, og forslag til nye vedtekter ble oversendt sentralstyret romjulen 2006.

2.19 Ledelse i helsetjenesten

Sentralstyret hadde ledelse i helsetjenesten som tema på arbeidsmøtet i september 2006.

På bakgrunn av drøftingene i møtet, vil Legeforeningen utvikle tiltak og strategier for å styrke arbeidet med ledelse i helsetjenesten. Det er videre nødvendig med et øket fokus på Legeforeningens rolle som forening for medlemmer i ulike lederfunksjoner.

Det foregår allerede et til dels omfattende arbeid med ledelse i flere yrkesforeninger.

Legeforeningen inviterte i brev av 19.12. 2006 yrkesforeningene til et møte for å sette fokus på ledelse i helsetjenesten. Møtet vil finne sted på nyåret i 2007.

I 2006 arrangerte Legeforeningen sammen med Helse Sør og Helse Øst for annen gang pilotprosjektet "Frist meg inn i ledelse" for å motivere og rekruttere kvinnelige leger til lederstillinger. 34 kvinnelige leger fra Helse Sør og Helse Øst var med i prosjektet, som ble evaluert som meget vellykket. For mer informasjon, se punkt 6.1.2.

2.20 Lånefondet – Den norske lægeforenings 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.

På bakgrunn av en kraftig utlånsvekst etter at lånebeløpsgrensen var en million kroner til førstegangssetablerere i privat praksis, ble beløpsgrensen redusert til kr 600 000 fra 1.3. 2006. Dette var nødvendig for å sikre fremtidig finansiering av Lånefondet.

Lånerenten for lån til leger følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. Ved utgangen av 2006 utgjorde renten 3,5%.

I 2006 ble det behandlet 235 lånesøknader. Det ble innvilget lån til 228 leger med i alt 102,3 millioner kroner. Per 31.12. 2006 var det i alt 1 922 løpende lån i Lånefondet. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2006 398,4 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde 31.12. 2006 625,1 millioner kroner.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Prinsipp og arbeidsprogram

- sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger
- sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning
- videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning
- styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet
- legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon
- etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger
- øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin
- bringe klarhet rundt og vurdere de nye utfordringene turnustjenesten møter blant annet etter utvidelsen av EU
- bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger
- legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning

3.1.1 Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger

For å sikre kvalitet og felles nasjonal standard i spesialiseringen vurderes målbeskrivelser, prosedyrekrav m.v. fortløpende av den enkelte spesialitetskomité. Særlig prosedyrekrav og attestasjonsskjemaer sikrer innholdet i utdanningen. I tillegg til den årlige rapporteringen fra den enkelte utdanningsinstitusjon i relasjon til spesialistreglene (SERUS) gjennomføres også besøk på sykehusavdelingene av spesialitetskomiteene.

Turnusrådet gjennomfører en nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Denne evalueringen kommer i tillegg til de besøkene turnusrådet foretar på landsbasis til sykehus og allmennelegepraksiser som har turnusleger (se pkt. 3.2.1).

Legeforeningen arrangerer veilederkurs for leger som veileder leger i spesialisering. I tillegg tilbys et selvstudiemateriale som består av boken *Veiledning med leger under utdanning* av Kirsten Hofgaard Lycke, Gunnar Handal og Per Lauvås sammen med en DVD som illustrerer veiledningssituasjoner.

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. 3.2.14).

En ny utdanningshåndbok i allmenne medisin bidrar til en felles nasjonal utdanning i allmenne medisin (se pkt. 3.2.11).

3.1.2 Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning

I tråd med policydokumenter, både internasjonalt og i Norge, er det arbeidet videre med legers etterutdanning – Legers etterutdanning i fremtiden (LEIF), og fra 1.1. 2007 er det etablert en nettbasert tjeneste for planlegging, registrering og evaluering av spesialistenes etterutdanning. LEIF finnes på Legeforeningens nettside. Hver bruker får sin egen konto for å registrere etterutdanningsaktivitetene. Se forøvrig Tidsskriftet nr. 2/2007, side 217.

3.1.3 Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning

Bruk av simulering som metode utvikles innenfor flere områder innenfor legers videre- og etterutdanning. Metoden kombinerer kunnskapsvervelse med ferdighetstrening der en trener spesielt på samhandling, kommunikasjon og ledelse.

Bruk av multimedia (DVD) anvendes for å lære mer om kommunikasjon, undersøkelser og vurderinger av pasienter med ulike problemstillinger, som for eksempel demensutredning,

depresjonsdiagnostikk, motiverende samtaler om livsstilsendringer, diskusjoner rundt sykmelding osv.

Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN) videreutvikles både med nye kurs og forbedring av systemet.

3.1.4 Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet

Legeforeningen har gjennom et langvarig og stort engasjement bidratt til etablering av allmennt medisinske forskningsenheter ved de fire universitetene og vært en pådriver for å få til finansiering gjennom statsbudsjettet. Første bevilgning kom i revidert nasjonalbudsjett for 2006. Gjennom Normaltarifforhandlingene ble det i 2006 i tillegg avsatt 2 millioner som start på forskningsfond i allmennt medisin med formål å fremme allmennt medisinsk forskning på allmennt medisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire planlagte allmennt medisinske forskningsenheter. Legeforeningen har utarbeidet vedtekter for fondet som deretter skal godkjennes av Helse- og omsorgsdepartementet.

Gjennom økt satsing på de fagmedisinske foreninger ønsker en å bringe forskning fram. Dette har skjedd gjennom forskningsrapporten *Vind i seilene* med tiltaksplan behandlet på landsstyremøtet i 2006. Rapporten påpeker en rekke tiltak for å bedre forskerens kår. I tillegg har sentralstyret som en oppfølging av denne rapporten, nedsatt en arbeidsgruppe som utreder forskningens kår. Denne innstillingen vil foreligge januar 2007. Samlet vil dette legge godt grunnlag for hvordan Legeforeningen vil påvirke og stimulere forskning som en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet.

3.1.5 Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon

Som ledd i forberedelsen til etablering av de fagmedisinske foreningene er det påpekt at utvikling av faglige retningslinjer er en viktig oppgave for foreningene. En rekke foreninger har utviklet gode retningslinjer basert på gjeldende, dokumentert medisinsk informasjon, f.eks. Barnelegeforeningen. Gjennom nettsidene for foreningen presenteres tydelig brukerstøtteverktøy utformet i den enkelte forening, som vil kunne utvikles når de fagmedisinske foreningene er etablert.

3.1.6 Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger

Gjennom rapporten *Vind i seilene* om forskerens kår er det nedfelt tiltakspunkter for å kunne etablere kombinerte stillinger. Dette er videre fulgt opp gjennom arbeidsgruppe tilknyttet spesialitetsrådet.

3.1.7 Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin

Gjennom utredning om forskerens kår med vedtatte tiltakspunkter og oppfølging av disse, ønsker Legeforeningen å påvirke forskerstillingenes lønns- og arbeidsvilkår for å styrke rekrutteringen.

3.1.8 Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger

Sentralstyret har nedsatt et utvalg som arbeider med å vurdere forslag til de ulike lisensene.

3.1.9 Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning

Landsstyret 2006 vedtok å slutte seg til sentralstyrets punktprogram med utgangspunkt i rapporten *Vind i seilene*. Flere av punktene omhandler finansiering for studenter og leger som driver forskning, bl.a. er det vedtatt å opprette en stipendordning. Sekretariatet har i samarbeid med forskningsutvalget startet utredningen av finansiering, bl.a. stipendordninger.

Landsstyret vedtok at oppfølgingen av 2006-vedtaket skal rapporteres til landsstyremøtet i 2008. Sekretariatet bistår spesialitetskomiteer og fagmedisinske foreninger i arbeidet for å bedre undervisning og utdanning. Sekretariatet arrangerer veilederkurs for veiledere i og utenfor sykehus. Disse skal bidra til gode læringsvilkår for legene i spesialisering.

3.2 Utdanning

3.2.1 Turnustjenesten

Et stigende antall kandidater fra inn- og utland som ønsker å ta sin turnustjeneste i Norge, har medført at myndighetene har økt antall turnusplasser med 50 (fra 350 til 400). En ytterligere økning på 100 antas å effektueres i løpet av 2007. Legeforeningen har i møter med myndighetene påpekt faren for en forringet kvalitet i tjenesten. Det er spesielt manglende mulighet for adekvat veiledning og tilstrekkelig adgang til supervisjon som bekymrer foreningen. Legeforeningen har samtidig forsøkt å komme opp med løsninger på håndtering av det økende antallet turnusleger, uten at dette så langt er materialisert i konkrete forslag.

Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) har ved de siste trekninger holdt tilbake 30 – 50 turnusplasser for å sikre at utkantstrøkene skal få turnusleger. De tilbakeholdte plassene er hentet fra de mest populære områdene omkring de større byene. Dette har skapt stor frustrasjon og aggresjon blant studentene og kandidatene som skal ut i turnustjeneste. Legeforeningen har med utgangspunkt i det økende antall som nå må stå på venteliste for å komme ut i turnus, protestert mot at dette virkemiddelet er brukt. Legeforeningen mottok like før jul 2006 beskjed fra Sosial- og helsedirektoratet om at de fortsatt ville tillate seg å bruke virkemiddelet når dette var nødvendig, men at de på grunnlag av de lange ventelistene ikke så nødvendigheten av å holde tilbake plasser for de kommende trekningene.

Myndighetene har ønsket å få geriatri styrket som en del av turnustjenesten. Legeforeningen har ment, og uttalt dette i møter, at geriatri primært er en oppgave for allmennlegetjenesten og spesialisthelsetjenesten i sykehus. Turnusleger kan gjerne ta sin del av det offentlige legearbeidet i kommunehelsetjenesten i sykehjem, men dette må være under full veiledning og supervisjon av erfaren allmennlege.

Første del av Legeforeningens nasjonale evaluering av turnustjenesten fremkom i rapportform sent høsten 2006. Den viser at så vel turnusleger som deres veiledere og generelt overordnede, finner turnustjenesten viktig, lærerik og helt nødvendig for å kunne oppnå autorisasjon og tillatelse til å utøve legevirkosomhet selvstendig. Første del av den fortløpende nasjonale evalueringen av turnustjenesten ble utført anonymisert. De neste spørreskjemaene vil gi informasjon som også identifiserer lærestedene.

De regionale helseforetakenes funksjonsfordeling, spesielt innenfor kirurgifaget, har medført vansker med gjennomføring av kirurgi og ortopedi som grunnleggende fag i turnustjenesten. Legeforeningen har vært i dialog omkring akuttkirurgisk funksjon og krav til innholdet i kirurgisk del av turnustjenesten ved ulike sykehus. Legeforeningen har ved årets slutt påpekt at Mosjøen sykehus under Helgelandssykehuset HF ikke tilfredsstillt kravene til turnustjenestens innhold.

3.2.2 Endringer i spesialistreglene

Sentralstyret hadde fremmet forslag om endring av spesialistreglenes generelle bestemmelser. Dels var endringene av språklig art, dels var det tatt inn bestemmelser som tidligere har vært enkeltstående sentralstyrevedtak. De vesentligste innholdsmessige endringer var relatert til hvordan tjeneste og utdanning i utlandet vurderes i forhold til norske spesialistregler (§7). Den tidligere formuleringen om at "... bør minst halvparten av den krevende tjeneste være utført i Norge. Minimum ett år av spesialistutdanningen (i spesialfaget) skal være gjennomført i Norge" var foreslått fjernet. Den var foreslått erstattet med formuleringer om individuell vurdering ut fra dokumentasjon av utenlandsk tjeneste og tilsier at man ikke lenger, uten en nærmere individuell vurdering, kan kreve tilleggsutdanning i Norge hvis spesialistutdanningen innholdsmessig tilsvarer det man kan kreve av kvalifikasjoner og ferdigheter etter norske spesialistregler.

Landsstyret fattet i møte 12.5. 2006 enstemmig vedtak om å anbefale overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling/Helse- og omsorgsdepartementet å endre de generelle spesialistregler. Ved utgangen av 2006 er endringene fortsatt ikke godkjent.

3.2.3 Spesialister godkjent i 2006

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmennmedisin	151	58	93	38	0
Anestesiologi	74	22	52	32	6
Arbeidsmedisin	4	3	1	0	0
Barnekirurgi	0	0	0	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	15	8	7	2	0
Barnesykdommer	36	17	19	7	4
Blodsykdommer	4	3	1	0	0
Endokrinologi	3	1	2	0	0
Fordøyelsesykdommer	14	2	12	5	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	9	3	6	0	0
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	56	29	27	20	5
Gastroenterologisk kirurgi	25	2	23	5	4
Generell kirurgi	32	5	27	11	7
Geriatrici	8	6	2	2	0
Hjertesykdommer	27	4	23	14	1
Hud- og veneriske sykdommer	10	6	4	2	3
Immunologi og transfusjonsmedisin	5	4	1	1	0
Indremedisin	95	29	66	30	7
Infeksjonssykdommer	11	4	7	3	0
Karkirurgi	1	0	1	0	0
Kjvekirurgi og munnhulesykdommer	1	0	1	0	1
Klinisk farmakologi	3	1	2	0	0
Klinisk nevrofysiologi	2	1	1	1	0
Lungesykdommer	7	2	5	2	0
Medisinsk biokjemi	1	1	0	0	0
Medisinsk genetikk	2	2	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	8	3	5	1	0
Nevrokirurgi	7	1	6	3	0
Nevrologi	20	8	12	2	6
Nukleærmedisin	4	1	3	1	2
Nyresykdommer	14	3	11	2	0
Onkologi	11	3	8	0	0
Ortopedisk kirurgi	58	8	50	38	3
Patologi	10	6	4	2	2
Plastikkirurgi	12	3	9	4	2
Psykiatri	83	44	39	23	8
Radiologi	67	27	40	33	9
Revmatologi	12	7	5	2	0
Samfunnsmedisin	7	2	5	1	0
Thoraxkirurgi	2	0	2	2	0
Urologi	14	3	11	4	3
Øre-nese-hals sykdommer	25	6	19	13	4
Øyesykdommer	25	4	21	8	1
TOTALT	975	342	633	314	83

* Inkluderer alle EØS-landene og EFTA-landet Sveits.

Det var i 2006, som i 2005, en økning i antall godkjente spesialister. I 2006 ble det totalt gitt 975 spesialistgodkjenninger, hvorav 578 etter norske regler. I 2005 ble det totalt gitt 874 spesialistgodkjenninger, hvorav 586 etter norske regler. Økningen i antall konverterte godkjenninger i 2006 skyldes først og fremst overføring av spesialitet fra Sverige, Danmark og Tyskland.

De 975 godkjenningene i 2006 er det høyeste antallet siden det i 1998 ble gitt 993 spesialistgodkjenninger.

Allmennedisin fikk flest nye godkjente spesialister i 2006, totalt 151, hvorav 113 etter norske regler (96 etter norske regler i 2005). Antall resertifiseringer i allmennedisin er i 2006 439. Årlig resertifisering i allmennedisin har i siste femårsperiode vært i snitt 431 per år.

Av sykehusspesialitetene har indremedisin de fleste godkjenningene (95) hvorav 58 etter norske regler. Psykiatri kommer på annen plass med 83 totalt, hvorav 52 etter norske regler. Anestesiologi har totalt 74 nye spesialister, men bare 36 etter norske regler. Indremedisin og psykiatri er nå de to store sykehusspesialitetene.

Det er et lavt antall nye spesialistgodkjenninger etter norske regler i generell kirurgi, kun 14, samt 18 konvertert fra andre land. Antallet godkjenninger etter norske regler i generell kirurgi er det laveste siden 1972. Hvis man ser på totalantallet godkjenninger i generell kirurgi, både konvertering og godkjenning etter norske regler, er antallet i 2006 det laveste siden 1994 (27).

I likhet med 2005 er det heller ikke i 2006 godkjent spesialist i barnekirurgi. Dette er den eneste spesialiteten som i 2006 ikke har fått godkjent spesialist.

I karkirurgi, kjevekirurgi og munnhulesykdommer og medisinsk biokjemi er det godkjent én ny spesialist i 2006. I kjevekirurgi og munnhulesykdommer og i thoraxkirurgi var det kun overføringer og ingen godkjenninger etter norske regler.

I den nye spesialiteten mamma- og para-/tyreoideakirurgi, som er en grenspesialitet under hovedspesialiteten generell kirurgi, er det ennå ikke godkjent noen spesialister.

Gjennomsnittsalderen for de godkjente spesialistene etter norske regler har i mange år vært relativt konstant på ca. 41 år.

Gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler er også ganske konstant, 8,3 år.

For godkjenning etter norske regler var kvinneandelen i 2006 på 41,9 %, en nedgang fra 45,4 % i 2005. Det er likevel i flere spesialiteter godkjent flere kvinner enn menn i 2006. I fødselshjelp og kvinnesykdommer er det blant yrkesaktive spesialister i Norge nå 267 kvinner og 263 menn, det vil si 50,4 % kvinner. Dette er den første spesialiteten som oppnår kvinneflertall siden barne- og ungdomspsykiatri fikk kvinneflertall midt på 1980-tallet.

Det vises til mer utførlig omtale i artikkelen "Godkjente spesialister i 2006" av Einar Skoglund, Tidsskr Nor Lægeforen 2006, nr. 4, s. 478 - 479.

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

3.2.4 Rapportering fra utdanningsinstitusjoner

Spesialistreglene avkrever godkjente utdanningsinstitusjoner (sykehusavdelinger) hvert år rapport om utdanningsvirksomheten. Rapporteringen skjer i etterkant av utdanningsåret og omfatter beskrivelse av avdelingens læringsmiljø, herunder bemanning, undervisning, veiledning, supervisjon, praktiske ferdigheter, utstyr, aktivitetsnivå og forskning.

Rapporteringen gjennomføres elektronisk ved det såkalte SERUS (system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomheten ved sykehus). Dette er en Internett-løsning som forutsetter at brukerne logger seg på en nettside og laster ned dokumenter. Legeforeningen startet opp med elektronisk rapportering fra og med rapporteringsåret 2004. 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 på sykehusene.

838 utdanningsinstitusjoner fra 41 spesialiteter (allmennedisin og samfunnsmedisin er unntatt) har innlevert rapport for 2005. Rapporteringen for 2006 vil bli avkrevd i første kvartal 2007. For den nyopprettede spesialiteten mamma og para-/tyreoideakirurgi, er det foreløpig ikke etablert utdanningsinstitusjoner, men vi forventer at denne spesialiteten inngår i rapporteringssystemet fra og med 2007-rapporteringen. Resultatene fra rapporteringen 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 117 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 tidsskriftgjennomgørelser. Ca. 24 % av institusjonene oppgir at noe av internundervisningen gis som nettundervisning og da med en andel på ca. 25 %. Nettundervisning benyttes av ca. 1/3 av spesialitetene.

Andelen av leger som møter på internundervisningen innenfor tjenesteplanen (møtt til undervisningen siste måned), er i gjennomsnitt 88 %. Her er det et forbedringspotensiale når det gjelder å legge til rette for å kunne delta. Undervisningen løper over drøyt 36 uker, og ca. 36 % av undervisningen gis av leger i 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. 85 % av institusjonene. Ca. 75 % av institusjonene oppgir veiledningsmøter mellom veileder og lege i spesialisering minst en gang hver annen måned. Det er utarbeidet individuell utdanningsplan for ca. 95 % av legene i spesialisering, noe høyere andel ved gruppe I-avdelinger. Det gjenstår imidlertid at legene bruker planen som det styringsverktøy det er ment å være i spesialistutdanningen.

Gjennomsnittlig andel av arbeidstiden med spesialist fysisk tilstede er ca. 43 %. 87 % av institusjonene har prosedyrer for evaluering av den medisinsk-faglige progresjonen i spesialistutdanningen. Avsatt til fordypning er i gjennomsnitt 3,4 timer, noe høyere ved gruppe I-avdelinger. 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 til fordypning på grunn av andre gjøremål. Av rapporteringen fremkommer at det i gjennomsnitt brukes ca. 74 % av avsatt tid til fordypningstid. Dette er ikke bra nok, og utdanningsutvalgene må, i samarbeid med avdelingsledelsen, søke å finne en løsning på dette. Det kreves av gruppe I-institusjonene at det legges til rette for at leger i spesialisering deltar i forskningsprosjekter og aktivt stimuleres til vitenskapelig virksomhet. 96 % av gruppe I-avdelingene rapporterer at legene i spesialistutdanning kan få delta i slik virksomhet og at ca. 57 % deltar. Ca. 94 % av gruppe I-avdelingen oppgir at legene i spesialisering får tilbud om forskningsveiledning og at drøyt halvparten får denne veiledningen.

3.2.5 Besøk på utdanningsinstitusjoner

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 9: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke utdanningsinstitusjonene. 111 utdanningsinstitusjoner fordelt på 32 spesialiteter ble besøkt i 2006. Institusjonene ble valgt ut fra geografisk beliggenhet, gruppetilhørighet eller problemer i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteen ser på besøkene som et meget viktig supplement til den årlige rapporteringen for å skaffe seg tilstrekkelig innsikt i institusjonenes utdanningsvirksomhet.

3.2.6 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

I henhold til retningslinjene for godkjenning av psykoterapiveiledning på valgfri terapiform (det tredje året i psykoterapiveiledningen) ble det i perioden godkjent ni veiledere i gruppepsykoterapi og ni veiledere i kognitiv terapi.

3.2.7 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Ingen ble godkjent som veileder i psykoterapi i barne- og ungdomspsykiatri i 2006.

3.2.8 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. Det har i perioden vært avholdt ett grunnkurs, ett oppfølgingskurs og 10 dagskurs, med til sammen 176 deltakere.

3.2.9 Samarbeid med andre organisasjoner

Legeforeningen samarbeider med vidt nettverk av pasientorganisasjoner og andre organisasjoner. Legeforeningen avgir ressurser til "National Educator" for Norsk kirurgisk og Norsk anesthesiologisk forening sitt kursopplegg ATLS (Advanced Trauma Life Support). Legeforeningen deltar aktivt for å bedre metodikken i kursene. Det ble etablert en arbeidsgruppe under European ATLS som lager et kursopplegg mer tilpasset europeisk tenkning og tradisjon.

Legeforeningen har fortsatt et nært samarbeid med Norges Diabetesforbund. Hovedfokus er på metodeutvikling i samarbeid med brukere og pasienter. Legeforeningen samarbeider med Sosial- og helsedirektoratet sitt program med selvhjelpsgrupper i form av forslag til metodebruk og bedre samhandling mellom første og andrelinje tjenesten.

Legeforeningen har siden 1996 bidradd i utviklingen av simuleringsprogrammet BEST (Bedre og Systematisk Traumebehandling). Ved inngangen til 2007 er 47 sykehus med i BEST-nettverket, og de resterende sykehusene antas å ha vært gjennom første simulering i løpet av kort tid. Styringsgruppen med instruktører har utviklet et kurs som er en videreføring av BEST – BEST II. BEST for barn er utviklet i samarbeid med Norsk barnelegeforening og støttes av Kvalitetssikringsfond II. Kommune-BEST, Akutt indremedisinsk BEST og Nevrologi-BEST har startet. Obstetrik-BEST utvikles i løpet av 2007.

3.2.10 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I mars ble det arrangert samling for veiledere i alle tre spesialiteter utenfor sykehus med tema medisinsk veiledningspedagogikk. Det er gjennomført lokal samling for veiledere i Oslo.

Per 31.12. 2006 var det i gang: 39 veiledningsgrupper i allmennmedisin med totalt 325 deltakere. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker.

To veiledningsgrupper i arbeidsmedisin, en i Trondheim og en i Bergen. Det er nok veiledere, men rekrutteringen av kandidater er svak.

Fem veiledningsgrupper i samfunnsmedisin - 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.

3.2.11 Ny utdanningshåndbok i allmennmedisin

Del II som beskriver opplegg for temamøter og klinikk møter er ferdig. Den foreligger både i nettversjon og papirversjon.

3.2.12 Simulerte pasienter

Seksjon for medisinsk pedagogikk har tidligere utdannet 10 medisin- og psykologistudenter til å være simulerte pasienter. I 2006 ble disse brukt til å lage videoillustrasjoner til bruk i kurs i kognitiv terapi for allmennleger. De spilte da pasienter med angst og depresjon. Arbeidet med å ferdigstille DVD-versjoner av dette fortsetter i 2007.

3.2.13 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Det er per 31.12. 2006 registrert ca. 700 smågrupper i allmennmedisin. Seksjon for medisinsk pedagogikk registrerer, godkjenner innholdet og står for utsending av bevis.

Aktivitetene refererer seg til punktene i Prinsipp- og arbeidsprogrammet - sikre faglighet, kvalitet og rekruttering til legearbeid i distrikt og i lokalsykehus gjennom en hensiktsmessig grunn, videre og etterutdanning.

3.2.14 Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)

Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisin ble tatt ned for en omfattende oppdatering høsten/vinteren 2006. 150 deltakere var påmeldt til neste kurs som starter 1.2. 2007.

Det obligatoriske kurset i medisinsk og kirurgisk gastroenterologi ble lansert i mai, og første kull bestående av 59 spesialistkandidater i indremedisin og 24 i kirurgi, har gjennomført kurset. Kursene ble avsluttet med felles regionale samlinger. Tilbakemeldingene var svært positive. 205 deltakere var påmeldt til kurset som starter 15.1. 2007.

En gruppe med to medlemmer fra fagmedisinske foreninger, i tillegg til Reidun Førde og Reidar Pedersen fra Senter for medisinsk etikk, UiO, er i gang med å utvikle læringsressurser i etikk.

Den internasjonale satsingen har kommet et skritt videre i 2006, og det har vært nedlagt mye arbeid i et kurs om behandling av pasienter med multiresistent tuberkulose. Dette kurset bygger på nye guidelines fra Verdens helseorganisasjon og er et initiativ fra Verdens legeforening. Det har av flere grunner vært mange utfordringer i utformingen av dette kurset, bl.a. er guidelines blitt endret mens kurset har vært under utvikling. Kurset er ventet ferdigstilt våren 2007.

Det er foretatt oppgraderinger kursverktøyet for administrasjon av kursdeltakere i de obligatoriske kursene.

3.2.15 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

Fra Legeforeningen er følgende medlemmer i Nasjonalt råd: Helge Haarstad (vara Kristin Aase), Per Meinich (vara Harald Bergan). Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Bjarne Riis Strøm). Spesialitetsrådets leder Frank R. Andersen har møtt som observatør.

Rådets sekretariat arbeider fortsatt 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 Helse- og omsorgsdepartementet har tildelt.

3.2.16 Etterutdanning

Det er i perioden arbeidet med etablering av et elektronisk system for alle spesialister hvor etterutdanningsplan kan legges inn og etterutdanningsaktivitetene kan registreres (Leif-IT). Systemet var operativt og tilgjengelig for alle norske legespesialister fra 2.1. 2007.

3.3 Forskning, kvalitetsarbeid og fagutvikling

3.3.1 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

Det årlige seminaret for de fylkesvise kurskomiteene ble arrangert på Soria Moria 25. - 26.1. 2006. 15 av landets 19 fylker var representert med til sammen 24 deltakere.

Legeforeningen arrangerte 30. - 31.5. 2006 sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for leger med 90 deltakere til stede. Seminarets hovedtemaer var:

- Endrede forutsetninger for spesialistutdanningen
- Spesialistenes etterutdanning
- Veiledning i spesialistutdanningen
- Utviklingsstrekk i spesialistutdanningen i Europa

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2006 rapportert inn 365 kurs, til sammen 9 165 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Det har vært ca. 25 127 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 nettutgave på Legeforeningens web-side. 472 kurs ble annonsert på nettsidene i 2006. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

Legeforeningens kvalitetsdager ble arrangert på Soria Moria 20.-21.3. 2006 og samlet ca. 40 deltakere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer som har fått prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaene var strategi for pasientsikkerhet, erfaringer fra pasientsikkerhetsarbeidet i Danmark, samt helsemyndighetenes nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Et utvalg av pågående og avsluttede kvalitetsforbedringsprosjekter finansiert av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II ble presentert i plenum.

3.3.2 Gjennombruddsprosjektet Bedre rusbehandling

Legeforeningen hadde 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, distriktpspsykiatriske sentre med rusteam samt et utvalg kommunale helse- og sosialtjenester. Gjennombruddsmetoden er et konsept for kvalitetsforbedring. Ideen er å skape kultur for læring og kvalitetsutvikling gjennom system- og prosessendringer som fører til dokumenterbare forbedringer.

20 institusjoner deltok i prosjektet, som hadde første samling i november 2005 og gjennomførte det avsluttende fellesseminar i juni 2006.

Prosjektgruppens resultater var noe varierende, men enkelte oppnådde betydelige forbedringer, for eksempel økning fra ca. 30% til ca. 85% av andelen pasienter som fikk utarbeidet behandlingsplan, og en reduksjon i utredningstid på ca. 40%.

3.3.3 DRG-konferanse 30. - 31.3. 2006 Soria Moria

For fjerde år på rad arrangerte Legeforeningen i samarbeid med SINTEF Helse konferanse om diagnoserelaterte grupper (DRG), finansiering og koding. Det var ca. 75 deltakere, hovedsakelig fra kliniske spesialforeninger, men også fra helsemyndigheter og regionale helseforetak. Formålet med seminarene er dels å gi legene bedre kjennskap til prinsippene bak og organiseringen av kodeverk og finansieringssystemer, dels å bidra til økt kontakt og forståelse mellom klinikerne og forvalterne av systemene, slik at disse kan videreutvikles og oppdateres raskere. Hovedtema var erfaringer med det danske systemet for utvikling av diagnosekoder, personidentifiserbart Norsk pasientregister, samt Riksrevisjonens gjennomgang av koding.

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

3.3.4 Publikasjoner

Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling har følgende utgivelser i 2006:

- Forslag til enhetlige nasjonale kriterier for bruk av neonatale diagnosekoder i ICD-10
- Veileder i generell pediatri
- Rapport fra Gjennombruddsprosjekt Psykiatri - ADHD

Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens Internett-side der heftene kan bestilles til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

3.3.5 Norsk legemiddelhåndbok

Legeforeningen deltar sammen med Apotekforeningen og Statens legemiddelverk (SLV) i Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok, som er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ ved ulike lidelser. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Boken finnes også i elektronisk utgave på CD og på Internett (www.legemiddelhandboka.no).

Samarbeidet er organisert gjennom Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok, hvor Legeforeningens representant i styret er Audun Fredriksen. Guri Spilhaug er vararepresentant. Til og med 2004 ga Legeforeningen og Apotekerforeningen bidrag til finansieringen av boken, som deretter har vært finansiert av SLV.

I statsbudsjettet for 2005 foreslo regjeringen statlig fullfinansiering av boken, samt en endret sammensetning av foreningens styrende organer. Med utgangspunkt i forslaget fra myndighetene og på grunnlag av innspill fra foreningsmedlemmene, har styret i Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok fastsatt nye vedtekter som skal gjelde fra 2007. I den nye organisasjonen består styret av to representanter for SLV og én representant fra henholdsvis Sosial- og helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Apotekforeningen og Legeforeningen. En av representantene fra SLV skal være styreleder.

3.3.6 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 2006 har åtte spesialforeninger fått innvilget slik støtte.

3.4 Fond

3.4.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger

Fondets formål er å fremme grunn-, videre - og etterutdanning av leger. Sentralstyret er fondets styre. For anvendelse av fondets midler er det oppnevnt et fondsutvalg. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Ole Rikard Haavet, Anne Kristine Hætta, Odd Helge Gilja, Kirsti Ytrehus, Anders Smith og Egil Storaas (Helse- og omsorgsdepartementet).

Varamedlemmer har vært Anne Kristine Fagerheim, Niels Christian Stenklev, Marie Hellevik Helge Haarstad, Amund Gulsvik, Gunnar Tellnes og Berit Austveg (Helse- og omsorgsdepartementet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets seksjon for medisinsk pedagogikk er sekretær for utvalget.

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

Etter år med innstramminger og konsolidering av fondsøkonomien, har økonomien i fondet i de siste årene gitt muligheter for økt satsning innenfor noen prioriterte områder i legers videre- og etterutdanning. I 2006 ga dette seg utslag i støtte til prosjekter innen nye læringsformer og alternativer til kurs. Det ble også i 2006 foretatt en styrking av støtte til fagmedisinske foreninger og fylkesavdelinger, da det var grunn til å forvente flere søknader om støtte til kurs fordi alle tellende undervisningstilbud skal skje uten medvirkning verken økonomisk eller praktisk fra industrien. Det har også blitt avsatt økte midler til individuelle stipend for leger som ønsker å videre kvalifisere seg som kursledere i legers videre- og etterutdanning.

For å få arrangert tilstrekkelig antall grunnkurs i allmennmedisin, ble det med virkning fra 1. mars innført en midlertidig ordning med praksiskompensasjon for de dager kursleder er borte fra praksis, Med bakgrunn i denne ordningen bad sentralstyret fondsutvalget om å kartlegge og vurdere den totale økonomien i kursutdanningen.

Fondsutvalgets innstilling ble behandlet i sentralstyret i desember som vedtok utvalgets forslag om en permanent ordning med praksiskompensasjon til kursledere ved de obligatoriske grunnkursene i allmennmedisin og psykiatri med virkning fra mars 2007.

Utdanningsfond I hadde en egenkapital per 31.12. 2006 på kr 165 037 964. Regnskapet viser et overskudd på kr 11 119 798 for 2006.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2006 kan nevnes:

- 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 gastroenterologi og klinisk kardiologi
- engasjert prosjektleder til prosjektet Nasjonal evaluering av turnustjenesten
- individuelle stipend til leger som ønsker å videre kvalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning og som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning
- støtte til LEIF på Internett (Legers etterutdanning i fremtiden)
- støtte til spesialitetskomiteer i forbindelse med revisjon av utdanningen
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta utdanning som gir studiepoeng
- støtte til prosjekter som er rettet mot planlegging og utprøving av alternative læringsformer i spesialistutdanningen
- støtte til medisinutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning

3.4.2 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 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, Ole Bjørn Herland (HOD) og Kari Rolstad (KS). Marte Baumann er utvalgets sekretær.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2006 registrerte sekretariatet 5 331 innkomne søknader mot 4 825 i 2005.

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I siste avtaleperiode 1.7. 2006 – 30.6. 2007 var tilskuddet 29,4 millioner kroner noe som er det samme som året før.

Fondets egenkapital har økt de siste årene. Ved utgangen av 2006 var det bokført en egenkapital på 148,94 millioner kroner mot 138,27 millioner kroner i 2005. De refunderte kursutgifter var på 22,22 millioner kroner, hvilket er ca. 3,28 millioner høyere enn foregående år.

3.4.3 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 2006 har utvalget bestått av Rita Kolvik (leder), Harald Bergan, Kaare Morten Gautvik, Svein Lie (HOD) og Hilde Christiansen (NAVO). Personlige varamedlemmer er henholdsvis Inger Kristin Aase, Yngvild Alvik, Helge Bjørnstad Pettersen, Olav Lund (HOD) og Svein Tore Walsø (NAVO). Marte Baumann er utvalgets sekretær.

I tilknytning til fondets vedtekter er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2006 registrerte sekretariatet 7 572 mottatte søknader, mot 7 753 i 2005.

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I siste avtaleperiode 1.7. 2006-30.6. 2007 var tilskuddet 21,4 millioner kroner mot 23,5 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 2006 til Utdanningsfond III. Det ble i 2006 innbetalt 9,2 millioner kroner mot 8,3 millioner kroner året før.

Fondets egenkapital ved utgangen av 2006 er 95,9 millioner kroner, mot 93,7 millioner kroner året før. De refunderte utleggene var på 29,8 millioner kroner, noe som er en reduksjon på 1,5 millioner fra 2005.

3.4.4 Kvalitetssikringsfond I – Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av legetjenester utenfor sykehus

Fondsutvalgets sammensetning 2004-07

Fondsutvalget består av Kjeld Malde (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Helse- og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund. Utvalget har hatt tre regulære møter og ett telefonmøte i 2006.

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 2006 ble det avsatt 5,5 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2006

Det totale antall søknader til fondet var 14, med en samlet søknadssum på 5 026 145 kroner. Av disse søknadene ble 10 innvilget, med et samlet beløp på 3 495 145 kroner.

Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fåes fra sekretariatet og hentes fra www.legeforeningen.no

3.4.5 Kvalitetssikringsfond II – Legeforeningens fond for standardisering og kvalitetsforbedring i spesialisthelsetjenesten

Fondsutvalgets sammensetning 2005-08

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 2006.

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 2006 ble det avsatt 3,8 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond II. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Søknader og bevilgninger i 2006

Det totale antall søknader til fondet var 21, med samlet søknadssum på 6 294 127 kroner. Av disse søknadene ble åtte innvilget, med et samlet beløp på 2 453 708 kroner. Det er utarbeidet felles årsmelding for Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Årsmeldingen kan fåes fra sekretariatet og hentes fra www.legeforeningen.no

3.4.6 Kvalitetsforbedringsfond III – Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus.

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

Styringsgruppen

Styringsgruppen bestod i 2006 av Terje Vigen (leder), Torunn Janbu og Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Lars Vorland, staten v/Helse Nord-Norge RHF (fra 1.7. 2006), Liv Bagstevold, staten v/Helse og omsorgsdepartementet og Laila Skarheim (observatør), KS. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

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 87 medarbeidere som er knyttet til 24 sykehuslaboratorier (NOKLUS i regionene) og dels knyttet til Seksjon for allmenntilleggsmedisin ved Universitetet i Bergen (NOKLUS Senter). Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på www.legeforeningen.no, eller på www.noklus.no. Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne og 3 000 – 4 000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2006 var det 33 utsendelser av kontrollmateriale til deltakerne. Norsk diabetesregister for

voksne ble etablert, og Noklus Praksisprofil gikk inn i rutinedrift med 800 påmeldte ved utgangen av 2006. Praksisprofilen gjør det mulig å ta ut en del anonymiserte data fra egen kontorpraksis som NOKLUS Senter i Bergen bearbeider til en praksisprofil der dataene er sammenstilt med kollegers profil.

NOKLUS arbeider for sertifisering iht. ISO 9001:2000, og på slutten av året ble det sendt inn søknad til Teknologisk Institutt om å bli sertifisert.

NOKLUS ønsker at all laboratorievirksomhet utenfor sykehus skal være kvalitetssikret. Over 99 % av alle legekantor 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. Det deltar bare ca. 215 av 906 sykehjem. I statsbudsjettet for 2007 ble det satt av 4 millioner kroner for å inkludere sykehjem, og dette utgjør ca. 50% av finansieringsbehovet for å kunne inkludere alle sykehjemmene i NOKLUS.

Ved utgangen av 2006 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.

Årsrapport

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

3.5 Sekretariatstjenester for spesialforeningene

Sekretariatet har gitt noe praktisk bistand ved enkelte kurs i regi av spesialforeninger. Flere sekretariatsavdelinger har bistått ved henvendelser fra spesialforeninger vedrørende utsendelser av skriftlig materiell til spesialforeningsmedlemmer.

4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

4.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

- bedre barns og ungdoms helse blant annet ved å styrke forebyggende helsearbeid, herunder informasjon
- om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk
- øke den fysiske aktivitet i befolkningen, spesielt blant barn og unge
- få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt
- øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lav-inntektsland
- bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten FAG

4.1.1 Om kosthold, mosjon og rusmiddelbruk

Barns og ungdoms helse er et sentralt tema i Legeforeningens statusrapport for 2006 *På helsa løs*. Her rettes oppmerksomheten mot forebyggende innsats, og fremhever at det er viktig å opprettholde og etablere rusfrie arenaer, som ungdomsklubber og rusfrie diskotek. Videre løftes det frem at idrettsarenaer og andre miljøer som organiserer barn/unge, bør markere rusfrie holdninger.

Sentralstyret vedtok den 18.9. 2006 policynotat om helsetjenester til barn og unge, hvor man særlig fremhever nødvendigheten av forebyggende innsats. Notatet løfter frem at kvaliteten på helsetjenester for barn og unge må bedres ved bl. a å styrke kunnskapsbasert kompetanse hos helsepersonell som jobber med denne aldersgruppen. For at skolehelsetjenesten skal kunne utnytte sitt potensial som forebyggende arena, må tjenesten bygges ut ved økt tilgang på ressurser og det faglige innholdet styrkes gjennom kompetanseheving. Barn og ungdoms helse er også omtalt i policynotat behandlet av sentralstyret i november og desember 2006. Synspunktene i statusrapporten og policynotatet er løftet frem i møter med Stortingets Helse- og omsorgskomiteé den sentrale helseforvaltningen og i uttalelser til media.

4.1.2 Øke den fysiske aktivitet i befolkningen, spesielt blant barn og unge

Legeforeningen markerte sine standpunkt i forbindelse med WHO's "Move for Health Day" 10.5. 2006. Her pekte Legeforeningen på at fysisk inaktivitet er en av de viktigste risikofaktorer for å utvikle helseproblemer og sykdom, og løftet spesielt frem at barn og unge bør være fysisk aktive minst én time daglig for å forebygge sykdom/helseplager. Legeforeningen krevde fart i arbeidet med å realisere målsettingen om minst én times fysisk aktivitet daglig for alle skolebarn. Dette må fremgå av skolens planverk og forankres i ledelsen. Legeforeningens pressemelding ble omtalt i flere medier.

Legeforeningen ved presidenten deltok i og støttet kampanjen "Hvert skritt teller", arrangert av LHL. Målet for kampanjen var å få folk til å mosjonere mer i hverdagen - det ble oppfordret til å gå 10 000 skritt om dagen som er det antall skritt som WHO anbefaler for å oppnå helsegevinst.

4.1.3 Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt

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

Tobakksfritts medlemsorganisasjoner er Legeforeningen, Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Fagforbundet, Den norske tannlegeforening, Den norske jordmorforening, Norges Idrettsforbund og Landslaget Mot Tobakksskadene. Tobakksfritt har egen Internett-side: www.tobakksfritt.no.

Tobakksfritt hadde fem møter i 2006. I tillegg til disse møtene har Tobakksfritt hatt møte med Finansdepartementet der Petroleumsfondets investering i tobakksindustrien ble tatt opp, likeledes innføring av økte avgifter på snus. Tobakksfritt har også møtt Helse- og omsorgsdepartementet og Stortingets helse- og sosialkomité. Det viktigste arbeidet i 2006 har vært petroleumsfondet og tobakksindustrien, salg av tobakksvarer under disk og arbeidet mot snus. Tobakksfritt gjennomførte i begynnelsen av april 2006 en opinionsundersøkelse til 1 000 personer om salg av tobakksvarer under disk og bruk av snut i skoletiden. Avdeling Tobakk i Sosial- og helsedirektoratet deltar som observatør på Tobakksfritts møter.

4.1.4 Øke engasjementet blant medlemmene for å styrke helsefremmende arbeid i lav-inntektsland

Sentralstyret har på sitt arbeidsmøte 2006 drøftet hvorledes Legeforeningens arbeid for å styrke helsefremmende arbeid i lav-inntektsland skal legges opp. Det ble i oktober 2006 nedsatt en prosjektgruppe med mandat å vurdere tiltak som kan være egnet til å øke medlemmenes engasjement. Arbeidet ventes ferdig i slutten av januar 2007.

4.1.5 Bedre arbeidstakernes helse ved å bygge ut og kvalitetssikre bedriftshelsetjenesten

Styret i Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) har dette som en prioritert oppgave. Arbeids- og inkluderingsdepartementet har nedsatt en arbeidsgruppe som skal vurdere bedriftshelsetjenesten i Norge. Namf har en representant i referansegruppen for dette prosjektet og driver blant annet aktivt påvirkningsarbeid overfor dette prosjektet.

5 Helsepolitikk

5.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

- sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter for alle innbyggere ut fra medisinske behov
- sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, bl.a. gjennom utarbeidelse av policydokumenter og statusrapporter
- sikre en kvalitativ og kvantitativ opprustning av helse- og omsorgstjenesten til de sykeste og svakeste eldre, de med behov for heldøgns pleie- og omsorg
- bedre samhandlingen mellom helsetjenestens nivåer blant annet ved å arbeide for innføring av praksiskonsulentordning
- utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelmissbrukere
- løfte frem prioriteringsdebatten og stimulere leger til aktiv deltakelse i debatten
- utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer
- bedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, spesielt barn og unge

5.1.1 Sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter for alle innbyggere ut fra medisinske behov

Å sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter er en grunnleggende målsetting i Legeforeningens helsepolitiske arbeid. Dette gjenspeiles både i statusrapporter, policynotater, hørings svar, deltakelse i utviklingsprosjekter og helsepolitiske utspill til politikere og helseforvaltning.

Selv om de fleste i Norge har en økonomi som gjør egenandelene for legehjelp uproblematisk, så er det grupper med dårlig betalingsevne der egenandelene betyr en hindring i å søke legehjelp. I disse gruppene finner man også mange av dem som har de største helseproblemene og behov for legetjenester. Legeforeningen la frem sine synspunkter på egenbetaling for Stortingets Helse- og omsorgskomite oktober 2006, hvor det ble etterlyst en gjennomgang av egenandelsystemet med bedre skjerming av utsatte grupper og bedre innretning i forhold til helsepolitiske prioriteringer. Statsbudsjettets prisjustering på 5 % er ikke forsvarlig uten at en slik helhetlig gjennomgang av egenandelsordningen er foretatt. Foreningen la særlig vekt på at ungdom uten selvstendig økonomi kan være avhengig av foreldrene for å kunne søke lege for psykiske vansker, rusproblem, prevensjon og lignende, og bør være unntatt egenandeler.

Et annet område hvor Legeforeningen har pekt på ordninger som fører til ulik tilgang på helsetjenester, er legemidler. Helse- og omsorgsdepartementet sendte på høring i april 2006 et forslag om å flytte finansieringsansvaret fra Folketrygden til regionale helseforetak for biologiske legemidler. I Legeforeningens høringsuttalelse pekes det på at ønsket om kostnadskontroll ikke må stå i konflikt med faglige vurderinger av hva som er rett behandling. Etter foreningens syn foreligger det ikke en medisinsk-faglig begrunnelse som godtgjør å endre ansvaret for finansieringen av denne legemiddelgruppen. Snarere vil overføringen av finansieringsansvaret til regionale helseforetak kunne føre til at økonomiske hensyn i helseforetakene overstyrer faglige vurderinger i bruken, og at det utvikles ulik praksis rundt bruken av biologiske legemidler blant foretakene. Dette vil føre til en ulik prioritering mellom bruken av disse biologiske legemidlene og annen medikamentell behandling. Etter Legeforeningens mening vil Stortingets vedtak kunne svekke pasientenes rettigheter til lik tilgang til helsetjenester uavhengig av økonomi og bosted.

Ifølge prioriteringsforskriften skal et likeverdig tilbud forstås ut fra kriteriene om tilstandens alvorlighet, nytten av behandling og forholdet mellom kostnader og nytte. Hittil har det ikke vært gjennomført et systematisk arbeid for å gi prioriteringsforskriften et faglig innhold, jf. punkt 5.1.6 og 5.4.3. Legeforeningen har gjennom arbeidet med prioritering i statusrapport og deltakelse i det nasjonale prosjektet med utvikling av prioriteringsveiledere, bidratt for å skape en mer helhetlig og faglig begrunnet hva et likeverdig tilbud innebærer.

5.1.2 Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, blant annet gjennom utarbeidelse av policydokumenter og statusrapporter

Legeforeningens helsepolitiske rolle innebærer at faglige vurderinger omsettes til helsepolitiske synspunkter, og at synspunktene formidles de aktuelle målgruppene. I 2005 samlet og strukturerte Legeforeningen sine helsepolitiske synspunkter under et eget menyvalg på foreningens nettsider under overskriften Legeforeningen mener. I 2006 har det vært arbeidet for å gi helsepolitikken et sterkere faglig grunnlag, gjennom i større grad å forankre helsepolitikken blant medlemmer og organisasjonsledd. For å ivareta dette behovet har sentralstyret besluttet at statusrapporter og policynotater skal sendes på bred høring i organisasjonen, på lik linje med offentlige høringer.

I 2006 la Legeforeningen frem sju policynotater, som omhandlet:

- Praksiskonsulentordningen (1/2006)
- Profesjonsetikk (2/2006)
- Kompetanseutvikling (3/2006)
- Bruk av tobakk (4/2006)
- Forebygging av rusmiddelbruk (5/2006)
- Norsk helsenett - virkemiddel for effektiv informasjonsutvikling (6/2006)
- Helsetjenester for barn og unge (7/2006)

Årets statusrapport *På helsa løs – når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet* ble lagt frem mars 2006.

Foreningen avga i 2006 en rekke høringsuttalelser på det helsepolitiske området etter anmodning fra departementene, direktoratene og andre offentlige instanser.

5.1.3 Sikre en kvalitativ og kvantitativ opprustning av helse- og omsorgstjenesten til de sykeste og svakeste eldre, de med behov for heldøgns pleie- og omsorg

Legeforeningen har i mange år arbeidet for å bedre helsetjenesten til sykehjemsbeboere, blant annet gjennom statusrapporten *Når du blir gammel og ingen vil ha deg* (2001) og i to policynotater, Policynotat nr 2/2005 Legeforeningens policy om bemanningsnormer ved sykehjem: *Økt legebemannning gir bedre sykehjemstjenester* og Policynotat nr. 5/2005 Legeforeningens policy om *Heldøgns pleie og omsorg – Faglige krav til omsorgsboliger*. (jfr. også omtale under pkt 5.3.2.)

I tillegg har Legeforeningen lenge arbeidet for at alle sykehjem skal bli tilknyttet NOKLUS for å heve den faglige kvaliteten i laboratorievirksomheten.

I september 2006 la Regjeringen frem St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Legeforeningen deltok på åpen høring om meldingen i Stortingets helse- og omsorgskomiteé 11.12. 2006.

I høringen tok Legeforeningen særlig opp tilbudet til de svakeste og sykeste eldre, og etterlyste en bedre differensiering av omsorgsboligene samt bedre legebemannning ved sykehjemmene. Legeforeningen ser en fare for at helse- og omsorgstilbudet til de svakeste og sykeste eldre, de som har behov for heldøgns pleie og omsorg, kan bli skadelidende når alle sider ved eldreomsorgen skal prioriteres opp samtidig. Det er behov for en bedre medisinsk og tverrfaglig oppfølging av pleietrengende eldre uansett om de bor hjemme, i sykehjem eller i omsorgsboliger. Legeforeningen savner et klarere skille mellom sykehjem og omsorgsboliger, og en avklaring av hva som skal til for at tilbud kan regnes som heldøgns pleie- og omsorg. Legeforeningen har gjentatte ganger etterlyst bedre legebemannning ved sykehjem. Det er positivt at departementet mener det er behov for 50 % flere legeårsværk i sykehjem frem til 2010. Legeforeningen mener det også bør innføres nasjonal norm for legetjenester i sykehjem. Vi har tidligere utarbeidet forslag til bemanningsnormer for legedekningen ved sykehjem. Legeforeningen mener lokale normer i for liten grad sikrer et tilstrekkelig godt faglig og enhetlig tjenestetilbud på tvers av kommunegrensene. Dersom stilling som sykehjemslege skal kombineres med fastlegevirksomhet, bør stillingsbrøken være i størrelsesorden 1-2 dager i uken. Dette

vil være tilstrekkelig for å utføre et godt faglig arbeid og for å bli integrert i sykehjemmet. Deltidsstillinger utover en dag i uken (20 %) må være basert på frivillighet. For øvrig kan nevnes at stortingsmeldingen signaliserer at det skal legges til rette for at kommunene knytter sine sykehjem til NOKLUS.

5.1.4 Bedre samhandlingen mellom helsetjenestens nivåer blant annet ved å arbeide for innføring av praksiskonsulentordning

Sviktende samhandling gir dårligere behandlingskvalitet, dårligere pasientopplevd kvalitet, ineffektiv bruk av ressursene og dårlig utnytting av helsepersonells kompetanse. Ordningen med praksiskonsulenter er et sentralt tiltak for å bedre rutiner og samordning mellom tjenestenivåene til beste for pasientene.

Sentralstyret vedtok 14.2. 2006 policynotatet *God samhandling gir bedre og smidigere pasientforløp*. Her ble det slått fast at praksiskonsulentordningen bør innføres ved alle kliniske sykehusavdelinger hvor den egner seg. Erfaringer tilsier at praksiskonsulentordningen gir bedre samhandling både på system- og individnivå. Helseforetakene må derfor etablere og gi rom for ordninger som ivaretar gjensidig veiledning og faglig utveksling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. For å styrke ordningen, er det behov for et nasjonalt sekretariat som kan koordinere og fordele oppgavene, og informere om ordningen til beslutningstakere.

Legeforeningen fremmet synspunkter med utgangspunkt i policynotatet i flere sammenhenger, blant annet i høringer i Helse- og omsorgskomiteen, i møter med Helse- og omsorgsdepartementet og i arbeidet med IA-arbeidet og NAV. I forbindelse med sykefraværs- og IA-arbeid har Legeforeningen fremmet forslag om å innføre praksiskonsulentordning mellom NAV og kommunene.

5.1.5 Utvikle et bedre og mer helhetlig helsetjenestetilbud til rusmiddelbrukere

I mai 2006 publiserte Legeforeningen statusrapporten *På helsa løs – når rusbruk blir misbruk og misbruk blir avhengighet*. Rapporten er Legeforeningens bidrag for å følge opp rusreformen og for å bedre helsetilstanden og helsetjenestetilgjengeligheten for rusmiddelavhengige. Hovedbudskapet i rapporten er at hvis rusfeltet skal bli en fullverdig spesialisthelsetjeneste som gir rusbehandling, må reformen følges opp ved at man styrker kapasiteten og stiller medisinskfaglige kvalitetskrav til tjenesten.

Landsstyremøtet 2006 vedtok en resolusjon om alkohol som vårt største rusmiddelproblem, og utfordrer myndigheter og arbeidslivets aktører til å styrke arbeidet med å forebygge høyt alkoholforbruk.

5.1.6 Løfte frem prioriteringsdebatten og stimulere leger til aktiv deltakelse i debatten

Sentralstyret fattet i januar 2006 vedtak om at Legeforeningens statusrapport skulle handle om prioritering i helsetjenestene. Det ble nedsatt en referansegruppe bestående av representanter fra Ylf, PSL, LSA, Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmenntilleggsmedisin, Norsk kirurgisk forening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk psykiatrisk forening og Rådet for legeetikk. Rapporten retter seg i hovedsak mot leger, helseforvaltningen og politikere, og tar til orde for et bredere perspektiv i arbeidet med prioritering. Rapporten ferdigstilles i 2007, etter en bred høringsrunde i organisasjonen og diskusjon på Legeforeningens lederseminar.

Legeforeningen har videre deltatt i det nasjonale prioriteringsprosjektet Riktigere prioritering i RHF. Formålet med prosjektet er å utvikle prioriteringsveiledere på om lag 30 områder over en toårsperiode, og er en oppfølging av prøveprosjektet i Helse Øst i 2005. Prosjektet er ledet av Sosial- og helsedirektoratet og fagdirektørene i regionale helseforetak, og inngår i et større oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet for å utvikle en helhetlig strategi for prioritering. Legeforeningen ved presidenten, har deltatt som observatør i styringsgruppen og foreningen har hatt to representanter i prosjektgruppen. Etter anmodning fra direktoratet og de regionale helseforetakene, har Legeforeningen anbefalt fagpersoner til arbeidsgruppene som skal utarbeide veilederne.

5.1.7 Utvirke at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer

Forskning er en forutsetning for god faglig virksomhet i helsetjenestene. Oppdatert forskningsbasert kunnskap gir grunnlag for å skille ut hvilke behandlingsmetoder som er til beste for pasienten. Forskning

og forskningskompetanse utgjør videre et premiss for kvalitetsforbedringsarbeidet i virksomhetene, og gir grunnlag for kunnskapsbaserte ledelsesbeslutninger. Manglende satsing på forskning kan redusere den faglige kvaliteten på utredning og behandling av pasienter. Norge ligger i dag etter OECD-gjennomsnittet i midler brukt på forskning.

I høringen av statsbudsjettet i Stortingets Helse- og omsorgskomiteé, viste Legeforeningen til sitt tidligere innspill om behovet for å sette av en fast andel (mellom 5 og 10 %) av finansieringen av helsetjenesten 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 fornyelse av egen kompetanse og til å prioritere utdanning og forskning.

Videre utarbeidet Legeforeningen i mars 2006 et policynotat om kompetanseutvikling blant allmennleger, synspunkter som også ble formidlet i høringen av statsbudsjettet. Her legges det vekt på at myndighetene må sørge for at allmennlegetjenesten har økonomiske og organisatoriske rammer som gir rom for og stimulerer til forskning og kunnskapsutvikling. Det bør være et faglig mål at fastleger er spesialister eller under spesialisering i allmennmedisin. Kommunene må organisere allmennlegetjenesten slik at leger får tid og rom til å delta i videre- og etterutdanning og i forskning. Det er særlig viktig å bygge ut velfungerende interkommunale legevaktordninger.

5.1.8 Bedre behandlingstilbudet til mennesker med psykiske lidelser, spesielt barn og unge

I statusrapporten På helsa løs vies barn/unge med dobbeldiagnose rus-psykiatri oppmerksomhet. Nødvendigheten av å fange opp unge i risikozonen før de har utviklet omfattende skadelig rusmiddelbruk fremheves. Likeledes at det er nødvendig med en nasjonal gjennomgang av behandlingstilbudet for bedre å innrette tiltakene etter disse pasientenes behov.

5.2 Lokalsykehusenes fremtidige rolle

Legeforeningen la frem rapport om lokalsykehusenes fremtidige rolle i mai 2006. Fremtidens utfordring for spesialisthelsetjenesten er å ta vare på de medisinske behovene til en stadig voksende gruppe kronikere og eldre pasienter med sammensatte lidelser. Denne pasientpopulasjonen krever en bred tilnærming av høy kvalitet. Det er en klar forventning i befolkningen til at denne pasientgruppen primært skal tas hånd om ved lokalsykehuset, i nært samarbeid med primærhelsetjenesten.

I rapporten legges det til grunn at lokalsykehusfunksjonen må styrkes ved alle lokalsykehus.

Sykehusenes kvalitet har tidligere i for stor grad blitt knyttet til ivaretagelse av spissfunksjonene. Men kvalitet i spesialisthelsetjenesten må også vurderes ut fra breddekompetanse. God diagnostikk og behandling for pasienter med sammensatte og uavklarte lidelser krever en bredttilnærming i utredning, diagnostikk og vurdering av behandlingsopplegg. Generell indremedisin og generell kirurgi må styrkes. De største lokalsykehusene er i de største byene, og utfordringene med hensyn til å ivareta lokalsykehusfunksjonen for de store pasientgruppene er minst like stor her.

De mest akutte tilstandene må kunne håndteres ved relativt små sykehus. Dette forutsetter at sykehuset har kirurgisk og medisinsk kompetanse, anesthesiolog og ev. gynekolog for fødsler. Lokalsykehus av en viss størrelse bør dessuten ha tilgang til radiolog for intervensjonsdiagnostikk.

Legeforeningen la frem synspunkter i tråd med rapporten for Stortingets Helse- og omsorgskomiteé i februar 2006.

Landsstyret fattet videre en resolusjon i tråd med anbefalingene i rapporten i mai 2006, og ba samtidig sentralstyret om å følge opp rapporten gjennom utredning av ivaretagelsen av psykisk helse i lokalsykehusene. Dette arbeidet er satt i gang, og vil bli fullført i 2007.

Legeforeningen har også deltatt i det nasjonale arbeidet med utvikling av lokalsykehusene, knyttet til Regjeringens Soria-Moria erklæring og Nasjonal helseplan. Helse- og omsorgsdepartementet nedsatte den 27.10. 2006 en arbeidsgruppe med formålet å tydeliggjøre lokalsykehusenes oppgaver knyttet til akuttfunksjoner og den samlede behandlingsskjede, inklusive samhandlingen mellom lokalsykehusene og fastlegene. Arbeidsgruppen skal blant annet beskrive en god faglig utvikling for gjeldende helseplanperiode og utover denne, med utgangspunkt i faglig kvalitet i løsningene og fastsatte samlede økonomiske og politiske rammer. Videre skal gruppen vurdere hvordan akuttmedisinsk kompetanse kan

utvikles og vedlikeholdes i et desentralisert tjenestetilbud, herunder tiltak i utdanningssystemet. Utvikling av gode ordninger for å ivareta en helhetlig god akuttjeneste skal stå sentralt i arbeidet.

5.3 Statsbudsjettet

Legeforeningen la frem sitt syn på statsbudsjettet for 2007 for Helse- og omsorgskomiteen i åpne høringsmøter i Stortinget i uke 43. Her ble bl.a. følgende tema tatt opp:

5.3.1 Utsatte grupper må skjermes mot egenbetaling

De fleste i Norge har en økonomi som gjør egenandeler for legehjelp uproblematisk, men det finnes grupper med dårlig betalingssevne der egenandelene er et hinder for å søke legehjelp. I disse gruppene finner man også mange av dem som har størst helseproblemer og behov for legetjenester. Legeforeningen har etterlyst en gjennomgang av egenandelssystemet med bedre skjerming av utsatte grupper og bedre innretning i forhold til helsepolitiske prioriteringer. Siste tiår er egenandelene nesten fordoblet, med en mye høyere økning enn vanlig pris- og kostnadsutvikling. Det er ikke heldig med prisjustering oppover av egenandeler nå, før en helhetlig gjennomgang av egenandelsordningen er foretatt.

5.3.2 Helsetjenesten til eldre må bedres

Legeforeningen fremmet synspunkter i tråd med høringen vedrørende Omsorgsmeldingen, jf. 5.1.3, og løftet blant annet frem at det er positivt at departementet mener det er behov for dobling av antall legeårverk i sykehjem frem til 2010. Flere rapporter har vist at legedekningen ved norske sykehjem er betydelig underdimensjonert, og Legeforeningen mener det bør innføres en nasjonal norm. Legeforeningen hilste velkommen at myndighetene vil gi et introduksjonstilskudd til kommuner som knytter sykehjemmene til NOKLUS, slik at kvaliteten på det medisinske tilbudet i sykehjem kan styrkes. Samtidig ble det anført at det likevel fortsatt er et stykke igjen (4 millioner) før alle sykehjem kan delta i NOKLUS, noe som vil medføre kvalitetsforskjeller mellom sykehjem. Se for øvrig omtale under 5.1.3.

5.3.3 Faglig styrking av rusfeltet er nødvendig

I statsbudsjettet varsles en opptrappingsplan for rusområdet. Satsning på kompetanseheving, mer tilgjengelige tjenester, bedre samhandling, brukermedvirkning og ivaretagelse av pårørende trekkes frem.

Legeforeningen støtter en opptrappingsplan på rusområdet. Planen må rettes mot å øke den faglige kvaliteten i tjenesten. Rusreformen skulle sikre god faglig behandling for rusmiddelmissbrukere i spesialisthelsetjenesten. Det er i dag en alvorlig mangel på spesialister i tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Dette gir varierende eller lav kvalitet på tjenesten. Det er positivt at kompetanseheving og systematisering av arbeidet med forebygging, utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av rusmiddelavhengige fremheves i omtalen av opptrappingsplanen. Det skal i henhold til den skisserte opptrappingsplanen legges større vekt på tiltak som er rettet mot mer forpliktende samhandling, både på systemnivå og på individnivå. Det finnes flere utprøvde og igangsatte tiltak for å bedre samhandling, herunder individuell plan og praksiskonsulentordningen. Kraften må rettes mot en bred implementering av tiltakene. Opptrappingsplanen vil legge et ytterligere press på fastlegeressursene. Kurs for fastleger vil øke kompetansen, men ikke tilgjengeligheten og kapasitet.

5.3.4 Interkommunal legevakt

Legeforeningen har i flere år arbeidet for å sikre det interkommunale legevaktssamarbeidet, og mener gode legevaktordninger er viktig for befolkningens opplevelse av trygghet, samt for rekrutteringen til og stabiliteten i fastlegeordningen. Dagens finansieringsordninger er ikke tilstrekkelige. Undersøkelser har vist at interkommunale legevakter gir innsparinger for Rikstrygdeverket, samtidig som kommunene får om lag det samme kronebeløpet i økte kostnader.

Ved høringen av statsbudsjettet i Stortingets helse- og omsorgskomiteé, pekte Legeforeningen på at heller ikke årets statsbudsjett ga konkrete tiltak for å sikre gode legevaktstjenester til befolkningen. Mange kommunale legevakter sliter i dag med å tilby sine innbyggere et faglig godt tilbud på kveld og natt. Det ble videre understreket at en finansiering som bidrar til organisering i interkommunale legevakter vil bidra til økt kvalitet på legevaktstjenesten, bedre samarbeid mellom tjenestenivåene og styrke rekrutteringen av leger til distriktene. Legeforeningen mente, også ut fra evalueringen som er gjort

av fastlegeordningen, at uhensiktsmessig og dårlig organisert legevakt er en viktig årsak til problemene med å rekruttere fastleger til distriktene.

Statsråden har i 2007 gitt signaler om at en egnet finansieringsordning for interkommunalt legevaktsamarbeid skal utredes.

5.3.5 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. Andelen innsattsstyrt finansiering (ISF) har etter reformen variert fra 60 % til 40 %.

Legeforeningen understreker at helseforetakene må sikres en større grad av økonomisk forutsigbare rammevilkår. Regjeringen har nok en gang undervurdert behovet for å vedlikeholde bygningsmasse og utstyr. En gjenanskaffelsesverdi på 80 % av den bygningsmasse og det utstyr som RHF-ene overtok i 2002, er ikke tilfredsstillende - målet må minimum være 90 % gjenanskaffelsesverdi. Hvis ikke vil ikke bygningsmassen og utstyret kunne erstattes på et tilfredsstillende nivå.

Legeforeningen støttet sykehusreformen, samtidig har vi etterlyst at sykehusreformen må etterfølges av en innholdsreform som setter sykehusenes medisinske-faglige virksomhet i sentrum. God økonomihåndtering er uten tvil et helt sentralt grunnlag for effektiv drift, men oppmerksomheten i sykehus er nå i for stor grad rettet mot støtteprosessene og i for liten grad mot kjernevirksomheten. Vi er bekymret for de konsekvenser dette kan ha for pasienttilbudet. Legeforeningen ga for øvrig uttrykk for at det er positivt at det foretas en utjevning mellom regionene og at statsbudsjettet legger opp til en raskere utjevning enn opprinnelig planlagt.

5.3.6 Psykisk helse

I statsbudsjettet legges det vekt på behov for utbygging av kommunale tiltak og styrking av det faglige innholdet i kommunalt psykisk helsearbeid, rus/psykiatri, samt oppbygging av distriktpsikiatriske sentre med ambulante team. Barn og unge skal prioriteres, samt at ventetidsgaranti fremheves. Behov for akuttpsykiatritilbudet omtales som ikke tilfredsstillende flere steder i landet.

Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært et nødvendig og positivt løft. Det er imidlertid betydelig mangel på fagfolk innen psykiatrien. Fortsatt kan pasienter oppleve å bli henvist til en spesialisthelsetjeneste uten spesialister. Legeforeningen vil fremheve at dette går utover fagligheten i det psykiske helsetilbudet. Akuttpsykiatriske tilbud, spesielt i de store byene, må få en vesentlig styrking. De fleste pasienter med psykiske lidelser får sin behandling i primærhelsetjenesten. Fastlegene har en sentral oppgave her. Legeforeningen mener at fastlegenes rolle må understrekes tydeligere i planene. Det er behov for satsing på forskning omkring psykisk helsearbeid i primærhelsetjenesten. Ambulante team er viktig. Takstene og finansieringssystemet er ikke tilfredsstillende når det gjelder mulighetene for å drive ambulant virksomhet.

5.3.7 Forskning

Legeforeningen 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.

I statsbudsjettet fremheves særskilt et behov for å styrke forskning og fagutvikling innen allmennmedisin på allmennmedisinens egne premisser. Forskning fra spesialisthelsetjenesten er ofte ikke relevant i allmennmedisin, og det er behov for bedre kunnskapsmessig forankring av faget. Oppgavene har også forandret seg mye de siste tiårene. Det fremheves at både i Norge og Sverige ligger allmennmedisinske fagutvikling og forskning langt etter medisinske forskning og fagutvikling innen spesialisthelsetjenesten. Ved behandlingen av revidert statsbudsjett for 2006 bevilget Stortinget 3 millioner kroner til nærmere planlegging av allmennmedisinske forskningsenheter, og det foreslås et tilsvarende beløp i dette statsbudsjettforelegget. Det tas sikte på oppbygging av fire forskningsenheter.

Legeforeningen mener forskning og fagutvikling i allmennmedisin trenger et betydelig løft, og imøteser snart etablering av de fire allmennmedisinske forskningsenhetene. Planleggingen er kommet godt i gang. En bevilgning på 3 millioner kroner er imidlertid ikke tilstrekkelig til annet enn en forlenget planlegging. Legeforeningen vil be om at beløpet økes til 8 millioner kroner. Da vil det være mulig å få til forskning og fagutvikling allerede fra 2007.

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. Av store saker hvor Legeforeningen har hatt et engasjement, er St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Framtidens omsorgsutfordringer. Synspunkter i forhold til Nasjonal helseplan (2007-2010) ble også tatt opp i forbindelse med høringene om statsbudsjettet for 2007. Flere av yrkesforeningene og spesialforeningene har vært involvert i dette arbeidet.

Som tidligere år arrangerte Legeforeningen i februar et helsepolitisk seminar for Stortingets helse- og omsorgskomiteé der temaene denne gangen bl.a. var: Legeforeningen som helsepolitisk aktør, faglighetens kår etter helseforetaksreformen og fastlegeordningen – behov for faglig videreutvikling.

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 Helse- og omsorgsdepartementet, Arbeids- og inkluderingsdepartementet, Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål, meldings- eller forskriftsarbeid. Legeforeningen har også deltatt i møter med helseforvaltningen gjennom Akademikerne. Av større saker hvor Legeforeningens kompetanse har vært etterspurt, er Nasjonal helseplan, prioritering, IA-arbeidet, avtalespesialistenes plass i spesialisthelsetjenesten og hvilke funksjoner som bør ligge i lokalsykehus. Videre har Legeforeningens synspunkter på opptrappingsplan på rusfeltet (jf. statusrapporten *På helsa løs*), bruken av sensitive personopplysninger i journal og generelt om kvalitetsforbedringsarbeid blitt fremmet overfor helseforvaltningen.

5.4.3 Prosjekter/rapporter/andre oppdrag

Legeforeningen har deltatt i det nasjonale prioriteringsprosjektet Riktigere prioritering i RHF. Formålet med prosjektet er å utvikle prioriteringsveiledere på om lag 30 områder over en toårsperiode, og er en oppfølging av prøveprosjektet i Helse Øst i 2005. Prosjektet er ledet av Sosial- og helsedirektoratet og fagdirektørene i regionale helseforetak, og inngår i et større oppdrag gitt av Helse- og omsorgsdepartementet for å utvikle en helhetlig strategi for prioritering. Legeforeningen ved presidenten, har deltatt som observatør i styringsgruppen og som deltakere i prosjektgruppen. Videre har Legeforeningen anbefalt fagpersoner til arbeidsgruppene.

6 Legeforeningens organisasjon

6.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

- styrke det lokale helse- og omsorgsarbeidet for medlemmene, og ha oppmerksomheten rettet mot utbrenthet og mentale påkjenninger legeyrket medfører
- fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene
- bedre prioritering og organisering av Legeforeningens internasjonale arbeid
- styrke og forbedre rekrutteringen av lokale tillitsvalgte
- styrke hovedforeningens egenkapital
- opprettholde en høy organisasjonsoppslutning

6.1.1 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg besto i 2006 av Inger Størmer Thaulow (leder) (til 1.2. 2006), Øystein Melbø Christiansen (leder fra 1.2. 2006 – 31.12. 2007), Erik Falkum, Tone Sparr og Jørn Nissen-Meyer. Pernille Nylehn ble valgt som vararepresentant for perioden 1.5. 2006 – 31.12. 2007.

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten. Det 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. I 2006 ble det avholdt fem kurs. Denne aktiviteten overtas av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger fra 2007.

Utvalget er endelig engasjert i det tilbud om kurs og personlig rådgivning som ytes via Villa Sana ved Modum Bads nervesanatorium. Dette tilbudet er økonomisk sikret frem til 1.7. 2007. Oppfølgingen overfor Modum Bad overtas av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger fra 2007.

Aktivitetene i tilknytning til utvalget er i sin helhet finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

6.1.2 Fremme tiltak som vil stimulere til jevnere fordeling av kvinner og menn i ledende stillinger og innenfor spesialitetene

I 2006 arrangerte Legeforeningen sammen med Helse Sør og Helse Øst for annen gang pilotprosjektet ”Frist meg inn i ledelse” for å motivere og rekruttere kvinnelige leger til lederstillinger. 34 kvinnelige leger fra Helse Sør og Helse Øst var med i prosjektet, som ble evaluert som meget vellykket. Prosjektets idé er å belyse teori gjennom praksis. Det ble gjennomført tre samlinger, på totalt 5 dager. Samlingene skal belyse ledelse på ulike måter; gjennom spennende foredrag av kjente ledere i og utenfor helsevesenet, gjennom refleksjoner i grupper og plenumsdiskusjoner og gjennom praktisk trening i kollegabasert veiledning, der to og to deltakere bruker hverandre som veiledere eller coacher hverandre i faste par gjennom prosjektet.

Bakgrunnen for prosjektet er 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.

Representanter fra Helse Sør, Helse Øst, helseregionene, Legeforeningen og Legeforeningens likestillingsutvalg var til stede på samlingene.

Evalueringen viste en meget positiv tilbakemelding fra deltagerne, både ifht innhold, arbeidsform og ønske om å gå inn i ledelse. Helse Øst, Helse Sør og Legeforeningen har besluttet å videreføre "Frist meg inn i ledelse" med et nytt prosjekt høsten 2007.

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.

6.1.3 Bedre prioritering og organisering av Legeforeningens internasjonale arbeid

Våren 2006 ble det utarbeidet rutiner for arbeid tilknyttet CPME. Rutinene ble drøftet og vedtatt på sentralstyrets arbeidsmøte 19.-21.9. 2006. Rutinene er tatt i bruk, noe som har styrket arbeidet i Legeforeningens delegasjon.

Det er videre opprettet en intern arbeidsgruppe i sekretariatet bestående av representanter fra FAG, FHR og INHE. Gruppen koordinerer sekretariatets saksforberedelse i for- og etterkant av møtene i CPME, oppfølging av CPME relatert saker mellom møtedatoene samt andre relevante internasjonale spørsmål som går på tvers av Legeforeningens avdelinger.

Legeforeningen deltar også i en referansegruppe i Helse- og omsorgsdepartementet angående EU-relaterte saker.

6.1.4 Styrke og forbedre rekruttering av lokale tillitsvalgte

Det vises til punkt 2.5.

6.1.5 Styrke hovedforeningens egenkapital

Landsstyremøtet i Bergen i 2005 vedtok at Legeforeningen skal arbeide for å styrke hovedforeningens egenkapital.

Hovedforeningens frie egenkapital har i perioden 31.12. 2004 - 31.12. 2006 økt fra kr 11 638 314 til kr 27 778 665. Sentralstyrets endelige budsjett for 2007 er satt opp med et overskudd på ca. kr 4,45 millioner.

6.2 Hovedforeningen

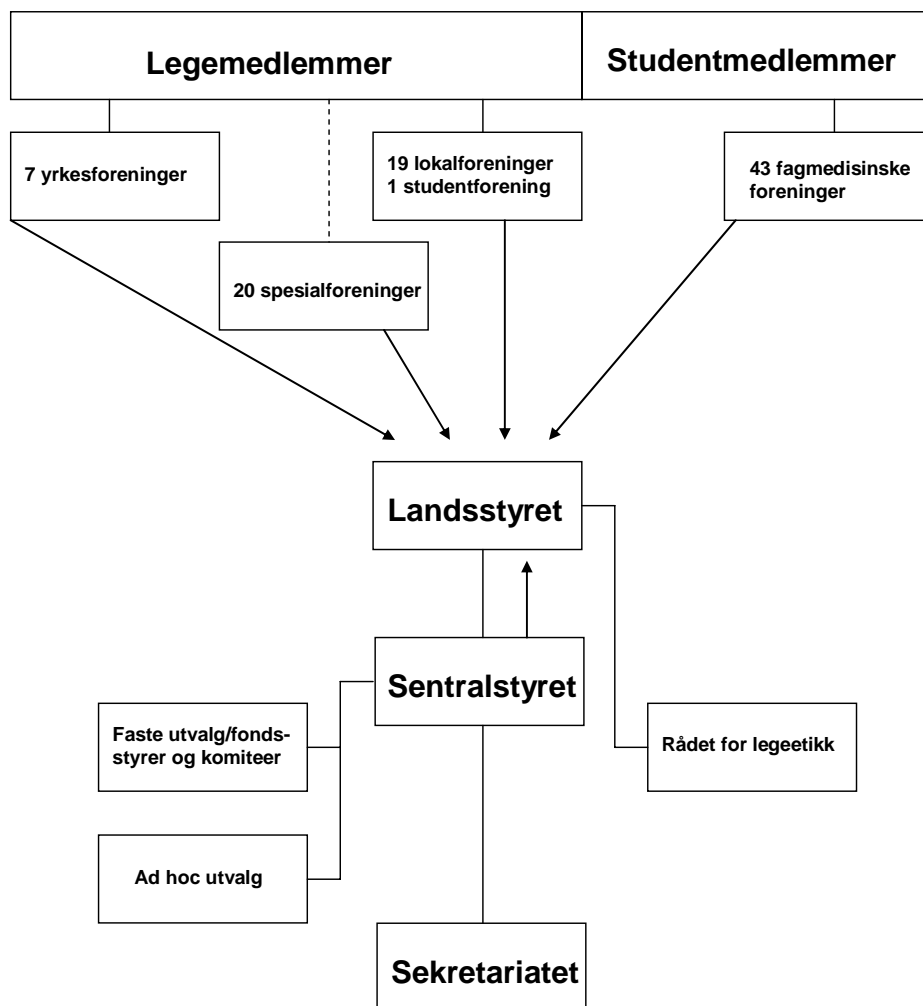
6.2.1 Nye lover

Landsstyret vedtok den 12.5. 2006 nye lover for Legeforeningen etter en omfattende organisasjonsmessig behandling etter landsstyrets prinsippvedtak i 2005. Disse iverksettes fra 1.1. 2007.

6.2.2 Organisasjonsplan

Planen viser Legeforeningens organisasjon slik den vil fremstå etter iverksettelsen av nye lover fra 1.1. 2007

Organisasjonsplan Den norske lægeforening



6.2.3 Medlemstall

31.12. 2006 var antall medlemmer 23 917, hvorav 3 603 studentmedlemmer.
Fra 1.1. - 31.12. 2006 er 91 medlemmer avgått ved døden (registrert per 8.1.2007).

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920-2006:

År	Antall	År	Antall
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	2006	20 314
1975	6 495		

6.2.4 Landsstyret

Det har i perioden vært holdt ett ordinært landsstyremøte. Dette fant sted 10. -12.5. 2006 på Soria Moria, Oslo. Vedtaksprotokollen fra landsstyremøtet 2006 er offentliggjort på Legeforeningens nettsider, www.legeforeningen.no

6.2.5 Sentralstyret

Sentralstyret har i perioden hatt følgende sammensetning:

Torunn Janbu, president og 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 hadde permisjon fra 1.9. 2005 til 31.1. 2006. Hilde Engjom hadde permisjon fra 1.2. 2006 til 31.8. 2006. Gunnar Skipenes fungerte som sentralstyremedlem fra 1.9. 2005 til 31.8.2006. Sentralstyret har i 2006 avholdt 11 ordinære møter og ett telefonmøte.

6.2.6 Yrkesforeningene

Legeforeningen har i perioden hatt sju yrkesforeninger. Disse er:

Allmennlegeforeningen (Af) *

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)

*) tidligere Alment praktiserende lægers forening (Aplf), navneendring i 2006.

6.2.7 Avdelingene

Legeforeningen har i perioden hatt 20 avdelinger: 19 fylkesavdelinger samt Norsk medisinstudentforening.

6.2.8 Spesialforeningene

Foreningen har i 2006 hatt 63 spesialforeninger. I forbindelse med nye lover i Legeforeningen fra 1.1. 2007 vil 43 av disse bli fagmedisinske foreninger. De øvrige 20 vil forbli spesialforeninger.

6.2.9 Regionsutvalgene

Som en midlertidig ordning har det vært opprettet og i funksjon fem regionsutvalg. Utvalgene, dvs. ett for hver helseregion, vil fra 1.1. 2007 være permanente.

6.2.10 Råd og utvalg

Legeforeningen har i tillegg til organisasjonsleddene ovenfor i alt ca. 35 faste råd og utvalg. Flere av disse er omtalt annet sted i årsmeldingen.

Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden hatt disse medlemmene: Eline Thorleifsson (leder), Bjørn Blomberg, Kristian Hagestad, Arvid Nedal og Sidsel Rogde. Utvalget har hatt fem møter.

Seminar om utvikling av menneskerettigheter og individuelle rettigheter i Kina:

Utvalget arrangerte i januar et seminar om utvikling av menneskerettigheter og individuelle rettigheter i Kina. Seminaret ble holdt i Oslo. Hensikten med seminaret var å styrke utvalgets kunnskaper om menneskerettighetssituasjonen i Kina. I tillegg til utvalget deltok også flere andre organisasjoner som arbeider med menneskerettigheter i Kina.

Samarbeid med kinesiske psykiatriforeninger:

Utvalget har siden 2003 hatt et samarbeid med Chinese Society of Psychiatry (CSP) og Chinese Psychiatrist Association (CPA) om pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk i psykiatrien. Det har i år blitt holdt to seminarer om disse temaene, ett i Changsha og ett i Suzhou. I desember mottok utvalget en delegasjon på fire personer fra Chinese Psychiatrist Association og det kinesiske helsedepartementet. Programmet for ny workshop i 2007 ble utarbeidet, og de hadde møter med Helsedepartementet og Utenriksdepartementet. Samarbeidet med CSP og CPA finansieres av Utenriksdepartementet.

Myndighetenes rundebordskonferanse om menneskerettigheter med Kina:

Lederen og sekretæren deltok på Utenriksdepartementets rundebordskonferansen om menneskerettigheter med Kina i Oslo 5. - 6.1. 2006 og i Beijing 8. - 9.6. 2006. Hensikten med denne deltakelsen er blant annet å få oversatt Internettkurset for fengselsleger til kinesisk.

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

Utvalget har siden 2002 samarbeid med medisinske institusjoner og organisasjoner i Sarajevo og Beograd om et opplæringsprosjekt i psykiatri for allmennpraktikere i de to byene. Et nytt prosjekt ble påbegynt i oktober i år med et planleggingsmøte i Beograd. Hensikten med prosjektet er å videreutvikle samarbeidet mellom leger i de to byene og styrke allmennlegenes kunnskaper og ferdigheter i psykiatri. Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

Videre samarbeid med Human Rights Foundation of Turkey:

Utvalget har siden 1997 hatt et samarbeid med Den tyrkiske legeforening og Human Rights Foundation of Turkey. 15. og 16. juni besøkte to representanter fra Human Rights Foundation og den tyrkiske legeforening Oslo og hadde møter med Helsingforskomiteen, Legeforeningen og Utenriksdepartementet.

Uttransportering av asylsøkere med endelig avslag på søknad om opphold:

Sammen med Rådet for legeetikk har utvalget utarbeidet følgende anbefaling for leger som blir bedt om å bistå politiet ved uttransportering av flyktninger: "Leger skal ikke bistå politiet ved uttransportering av asylsøkere. Dette er ikke til hinder for at en lege kan gi en medisinsk vurdering av transportdyktighet. Legen kan være til stede dersom vedkommende asylsøker selv har bedt legen om å være til stede." Sentralstyret sluttet seg til anbefalingen i møte i desember.

FNs menneskerettighetsråd:

Utvalget ved sekretæren var med økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet observatør under 2. og 3. sesjon i FNs menneskerettighetsråd i Genève i november.

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.

Utvalget har hatt fire møter og har gitt kommentarer og innspill til sekretariatet, bl.a. i forbindelse med hørings saker. Utvalgets medlemmer i 2006 var Kjell Krüger, Of, (leder), Niels Kirkhus, Namf, Dag Nordvåg, Apf, Jørn Kippersund, Ylf, Arild Faxvaag, LVS, Per A. Lier, PSL, Ola Jøsendal, LSA, og Elisabeth Stura, Nmf.

Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

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

Utvalget har avholdt fem ordinære møter og behandlet 31 saker i 2006. Det har vært avholdt ett møte i samarbeid med styret i Leger i vitenskapelige stillinger (LVS). Forskningsutvalget ferdigstilte utredningen *Vind i seilene for medisinsk forskning. Den norske lægeforenings engasjement i medisinsk forskning* ved årsskiftet 2005-2006. Den ble debattert i foreningen og lagt frem for Landsstyret våren 2006. Forskningsutvalget fikk deretter i oppdrag av Sentralstyret å utforme forslag til Legeforeningens forskningspolitiske dokument. Dette dokumentet *Mot en ny vår for medisinsk forskning? Den norske lægeforenings forskningspolitiske strategidokument 2008-2012* ble ferdigstilt ved årsskiftet 2006-2007.

Utvalget har i perioden hatt slik sammensetning: Ole M Sejersted (leder), Per Hjortdahl (sekretær), Trond Flægstad, Irene Hetlevik, Jana Midelfart Hoff, Tobias Schmidt Slørdahl, Anna Midelfart, Arne Sandvik og Lars A. Akslen.

Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

LUPA skal gi råd til Legeforeningens sentralstyre i saker som vedrører prehospital akuttmedisinske spørsmål, bl.a. legevaktjeneste, ambulansetjeneste, luftambulansetjeneste og nødmeldetjeneste. Utvalget har som oppgave å videreutvikle og kvalitetssikre Norsk indeks for medisinsk nødhjelp.

Utvalgets medlemmer i 2006 har vært: Lars A. Nesje fra Allmennlegeforeningen, Grethe Fosse fra Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Lena Bredde og Mårten Sandberg fra Norsk anesthesiologisk forening.

Utvalget har i 2006 hatt to møter og ellers kommunisert på e-post, og har for øvrig deltatt i fagmøte i Sosial- og helsedirektoratet om halvautomatiske hjertestartere, samt avgitt interne høringsuttalelser

Legeforeningen og representanter for Lærdals fond for akuttmedisin har besluttet at fortsatt arbeid med Norsk indeks forutsetter at også andre aktører deltar i finansieringen. Legeforeningen har invitert de fem regionale helseforetakene til å delta, også i utviklingen av det faglige innholdet i indeks. Foreningen har blitt informert om at de regionale foretakene avventer en intern utredning om hjelpemidler for nødmeldetjenesten før de besvarer Legeforeningens henvendelse.

Likestillingsutvalget

For perioden 1.1. - 31.12. 2006 var følgende medlemmer oppnevnt: Tom Sundar (leder), Inger Kristin Aase, Catarina Falck, Torstein Seip Johnsen og Ida Neergaard Sletten. Hanne Undlien erstattet Ida N. Sletten da hun høsten 2006 valgte å trekke seg fra utvalget. Ragni Skille Berger har vært sekretariatets kontaktperson i utvalget.

Det har vært avholdt fem ordinære møter i perioden. Et sentralt arbeidstema har vært den skjeve kjønnsfordelingen i de medisinske spesialitetene og tiltak for å motvirke denne utviklingen. Foruten å være hørings- og kontaktinstans i spørsmål om likestilling, har utvalget arbeidet med følgende prosjekter:

Legeyrket – fra mannsbastion til kvinnefront?

Med økonomisk støtte fra sentralstyret ble seminaret *Legeyrket – fra mannsbastion til kvinnefront?* arrangert i Oslo 27.4. 2006. Målet var å rette oppmerksomheten mot konsekvensene av den økende andelen kvinnelige leger samt gi innspill til Legeforeningens likestillingsarbeid. 21 personer deltok ved seminaret, som var godkjent som tellende valgfritt kurs til samtlige spesialiteter.

Frist meg inn i ledelse

Lederrekrutteringsprosjektet *Frist meg inn i ledelse* som ble igangsett i 2005 som et samarbeid mellom Legeforeningen, Helse Sør og Helse Øst, er videreført i 2006 med nye samlinger. Det er nedsatt en permanent styringsgruppe bestående av Torunn Janbu, Catarina Falck (likestillingsutvalget), Jorunn Fryjordet, Marit Lund Hamkoll og Einar Li. Prosjektets mål er å øke andelen kvinnelige legeledere.

Informasjon på Internett-sider

Utvalget har arbeidet med å oppdatere informasjon om Legeforeningen likestillingsarbeid med lenker til aktuelle artikler og prosjekter.

Pasientsikkerhetsutvalget

Legeforeningens rådgivende utvalg for å arbeide med pasientsikkerhetsspørsmål har følgende mandat: "Utvalget skal rådgive sentralstyret i arbeidet med pasientsikkerhet, herunder foreslå strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen." Utvalget har følgende medlemmer: Espen Huldt-Nystrøm (leder frem til 8.12. 2006), Ellen Tvetter Deilkås (leder fra 8.12. 2006), Tor Carlsen, Inger Lise Fjellanger, Hans Michael Waaler (frem til 16.8. 2006) og Gunnar Andersen (fra 16.8. 2006). Utvalgets funksjonsperiode utløper 31.12. 2007. Utvalget hadde fire møter i 2006, og utarbeidet utkast til strategidokument, som ble forelagt sentralstyret i desember. Sentralstyret ga sin tilslutning til strategidokumentet og ba utvalget utforme forslag til et kort notat som redegjør for Legeforeningens hovedsynspunkter på pasientsikkerhet. Utkastet til notat forelegges sentralstyret i mars 2007, og planlegges deretter lagt frem for landsstyret. Etter behandlingen i landsstyret vil sentralstyret be om utvalgets hjelp i utarbeiding av forslag til et handlingsprogram for Legeforeningen.

Utvalget deltok i planlegging og gjennomføring av Legeforeningens kvalitetsdager, se 3.3.1.

Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 2006-2009:

Elisabeth Tjora (leder), Bente Øvensen, Petter H. Knutsen, Kirsten Magerøy, Grazyna Banach, Bjørn Ravneberg og Astrid Birkenæs.

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.

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 blir ivaretatt i tilstrekkelig grad i grunn-, videre- og etterutdanning.

I 2006 var utvalget sammensatt slik: Arne Johannesen (leder), Svein R. Steinert, Per Føyn, Kristin B. Lazaridis og Valborg Helseth. Kontaktperson i sekretariatet var Guri Spilhaug.

Utvalget har i 2006 hatt fem møter, og har arbeidet med kvalitetssikring og kompetanseutvikling i rusmedisin. Den store satsningen "Gjennombruddsprosjekt bedre rusbehandling" ble avsluttet i mai 2006. Utvalget har vært aktive i utarbeidelsen av Legeforeningens statusrapport om rus *På helsa løs* som kom i februar 2006. For øvrig har utvalget bidratt til en rekke høringer som omhandler rusmiddelpolitiske spørsmål. Medlemmer av utvalget har vært på aktuelle konferanser innen rusmedisin.

Rådet for legeetikk

Valgt av landsstyret 27.5. 2005 for perioden 1.1. 2006 – 31.12. 2009.

Medlemmer: Trond Markestad, leder, Ragnar Hotvedt, nestleder, Karsten Hytten, Turid Aas, Anne Mathilde Hanstad. Varamedlemmer: 1. Kristin Bjørland. 2. Rita Kolvik

Rådet for legeetikk har i 2006 avholdt seks møter og behandlet 84 saker.

Spesialitetskomiteene

Medlemmene i spesialitetskomiteene fremgår på Legeforeningens nettsider

www.legeforeningen.no/index.gan?id=94998&subid=0

I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i alle de 44 spesialitetene. Spesialitetskomiteene i 43 av spesialitetene er oppnevnt for fireårsperioden 2006 til 2009. Spesialitetskomiteen i mamma- og para-/tyreoideakirurgi er oppnevnt for perioden 8.12. 2006 til 31.12. 2009.

Hver komite 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 foreslår samtlige representanter).

Komiteen i mamma- og para-/tyreoideakirurgi er oppnevnt etter forslag fra Norsk kirurgisk forening.

Spesialitetskomiteen i den enkelte spesialitet er det viktigste og mest innflytelsesrike organ i videreutviklingen av regelverket og innholdet i spesialistutdanningen.

Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Frank R. Andersen (leder) og Kristin Bjørnland (nestleder). Medlemmer: Kjell Nordby, Bjørn Hilt (vara), Helge S. Haarstad, Trine Stokstad (vara), Ragnhild Vik, Karin Stang Volden (vara), Inger Sofie Samdal Vik, Odd Brørs (vara), Arild Egge, Morten Mowé (vara), Per Meinich, Harald Bergan (vara). Finn Wisløff, Ragnhild Emblem (vara), Universitetet i Oslo. Nils Erik Gilhus, Anders Bærheim (vara), Universitetet i Bergen. Petter Aadahl, Ivar Skjåk Nordrum (vara), Norges tekniske-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Svein Ivar Mellgren, Trond Flægstad (vara), Universitetet i Tromsø. Olav Lund (observatør), Bjørn Bergholtz (vara) frem til 1.8. 2006, Ole Bjørn Herland (vara) fra 1.8. 2006, Sosial- og helsedirektoratet. Ingeborg Traaholt, Unni Veirød (vara), Norsk pasientforening. Aud Nordal (observatør), Anne Berit Gunbjørud (vara), Statens helsetilsyn.

I henhold til bestemmelsene har Statens helsetilsyn to representanter med personlige vararepresentanter. Disse representantene ble fra oktober 2002 fordelt mellom Statens helsetilsyn og Sosial- og helsedirektoratet. De møter som observatører.

Kommunenes Sentralforbund har ikke oppnevnt ny representant til rådet som påbegynte sin funksjonsperiode 1.1. 2006.

Rådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 101 saker.

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

Spesialitetsrådet har i perioden hatt spesielt oppnevnte arbeidsgrupper til å utrede følgende saker:

- Prinsipielle sider ved kursutdanningen i legers videre- og etterutdanning
- Malen for målbeskrivelsene for spesialistutdanningen
- Behovet for erfaringslæring og ferdighetstrening
- Forskning som ledd i klinisk tjeneste for spesialistutdanningen
- Fellesløp for spesialisering og doktorgrad

Det er utarbeidet en *årsrapport* for 2006 som fås ved henvendelse til sekretariatet. Årsrapporten er også lagt ut på Legeforeningens nettsider.

Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 60 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 ni sykehus og seks 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 samtaler 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 opplever turnustjenesten som lærerik, selv om det flere steder kan gjøres mye for å gjøre den enda bedre. De vil ha en så bred opplæring som mulig, i tillegg til god veiledning og fremfor alt god mulighet til supervisjon, og 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 generelt, forslag om midlertidig lisens for medisinske kandidater/leger fra EØS land uten gjennomført turnustjeneste, tilbakeholding av turnusplasser, funksjonsfordeling, innføring av sykehjemsmedisin/geriatri i turnustjenesten i kommunehelsetjenesten, prøveordning med tre måneders obligatorisk psykiatri i sykehus.

Turnusrådets leder har også deltatt på Legeforeningens seminar om spesialistutdanningen og innledet til diskusjon om forholdet mellom turnus og spesialistutdanning. I desember hadde turnusrådet invitert Sosial- og helsedirektoratet og Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) til et uformelt møte i Legenes hus om evaluering, tilbakeholdelse av plasser/kvalitet, veiledning og funksjonsfordeling.

Turnusrådet engasjerte seg høsten / vinteren 2006 omkring situasjonen ved Helgelandssykehuset, Mosjøen pga. mangel på adekvat akuttkirurgisk turnustjeneste ved dette sykehuset. Denne tjenesten er etter rådets vurdering så mangelfull at den ikke er i tråd med forskrift og målbeskrivelsen. Legeforeningen har signalisert at den ikke kan akseptere det kirurgiske akutttilbudet som fullverdig, og har i utgangen av 2006 bedt om et snarlig møte med Helse Nord RHF, Fylkesmannen ved Fylkeslegen i Nordland, Helgelandssykehuset HF og Mosjøen sykehus og Sosial- og helsedirektoratet om forholdene.

Turnusrådet har siden 2005 arbeidet med situasjonen rundt Nærskjukehuset i Florø, og har siden den gang påpekt manglene med den kirurgiske turnustjenesten. Legeforeningen har på denne bakgrunn tilrådd at turnustjenesten i Florø avvikles da den ikke tilfredsstillende kravene til faglige innhold etter forskrift og målbeskrivelsen. I løpet av siste halvdel av 2006, har Legeforeningens anmodninger blitt tatt hensyn til.

Legeforeningen har lenge vært opptatt av at turnustjenesten må evalueres både i form av besøk, og ved innsamling av data. Bakgrunnen for dette er at Legeforeningen mener at man må ha god kunnskap av hvordan turnustjenesten fungerer, før man eventuelt starter utprøving av nye modeller og nytt innhold i tjenesten. Første del av Legeforeningens nasjonale evaluering fremkom i rapportform sent høsten 2006. Den viser at så vel turnusleger som deres veiledere og generelt overordnede, finner turnustjenesten viktig, lærerik og helt nødvendig for å kunne oppnå autorisasjon og tillatelse til å utøve legevirksomhet selvstendig. Første del av den fortløpende nasjonale evalueringen av turnustjenesten ble utført anonymisert. De neste spørreskjemaene vil gi informasjon som også identifiserer lærestedene.

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Sjur Lehmann (leder), Gunhild Sundal, Åse Brinchmann-Hansen, Torstein Schrøder Hansen, Inge Glambek, Vegard Vige, Christian Siva, Bjørn Ove Kvavik, Andreas Rydning. Varamedlemmer: Kari Sollien Øfstaas, Øydis Rinde Jarandsen, Gard Erik Jørgensen, Inger Kristin Aase, Svein Zander Bratland, Anne Kristine Fagerheim, Liv Marit Fagerli, Truls Myrmel.

6.2.11 Prosjekter/Annet

ELIN-prosjektet

Legeforeningen ble i 2002 oppfordret av Sosial- og helsedirektoratet (SHdir) til å gjennomføre et prosjekt for å utvikle nye og bedre IT-løsninger for legekontor for effektiv informasjonsutvikling med andre aktører. 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 legekontorer, mens en stor del av kostnadene for deltakerne i prosjektet dekkes av dem selv i form av egeninnsats. I løpet av prosjektperioden har prosjektet vært en verdifull kontaktskaper mellom 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 fullførte prosjektet Fase II og gikk inn i Fase III, som er siste fase i henhold til revidert prosjektplan (fullføres og avsluttes i 2007).

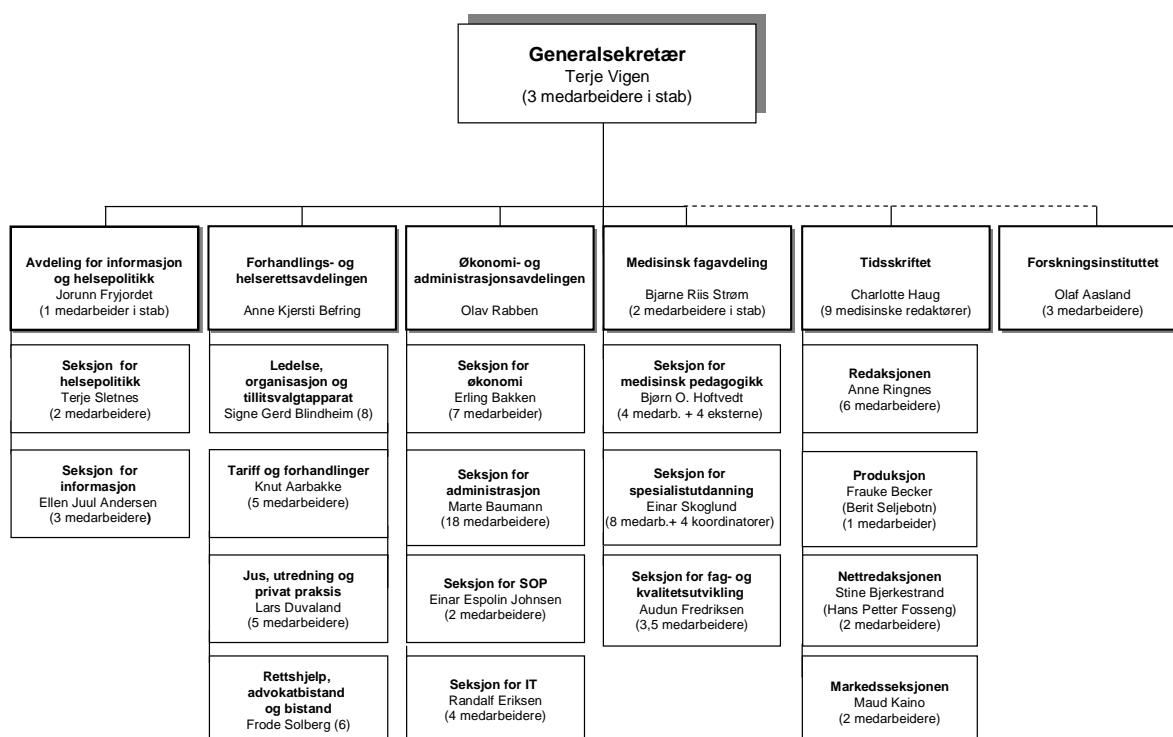
6.2.12 Legeforeningens faste representasjon i eksterne råd og utvalg

Legeforeningen er representert i ca. 25 eksterne styrever, råd og utvalg herunder internasjonale foreninger som er omtalt i kap. 7.

6.3 Sekretariatet

6.3.1 Organisasjonskart

Organisasjonskart Legeforeningens sekretariat per 15.2. 2007



6.3.2 Organisering og bemanning

Per 31.12. 2006 var det 132 fast ansatte i sekretariatet inkludert koordinatorkontorene. I antall årsverk svarer dette til 116.

Den administrative ledelse består av generalsekretær samt fem avdelingsdirektører inkl. Tidsskriftets redaktør. Generalsekretæren har en stab på tre medarbeidere, hvorav én advokat som også er sekretær for Rådet for legetikk.

Personellsituasjonen i sekretariatet er preget av lav turnover. Sykefraværet var i 2006 totalt 6,95 % som er en økning fra tidligere år. Hovedårsaken til dette ligger i betydelig økning i langtidsfraværet. Legeforeningen er en IA-bedrift.

Av større omlegginger i sekretariatet arbeides det aktivt med omlegging til elektronisk dokumentbehandling både for å effektivisere og å spare porto og kopieringsutgifter. For øvrig har sekretariatet de siste halvåret i 2006 vært sterkt preget av organisasjonsmessige endringer med hensyn på å gi de fagmedisinske foreninger en fastere forankring i Legeforeningens organisasjon.

6.3.3 Informasjonsvirksomhet

Intern og ekstern informasjon

Sekretariatet mottar og formidler en rekke henvendelser fra presse, medlemmer og publikum, og bistår dessuten Legeforeningens ulike organisasjonsledd bl.a. med presseutspill ved større møter og arrangementer. 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, bl.a. ved deltakelse på en rekke møter, konferanser, intervjuer o.l. redaksjonelt ansvar, oppfølging med produksjonsansvarlig i Tidsskriftet og oppfølging overfor trykkeriet. Totalt har informasjonsseksjonen utarbeidet 182 sider til totalt 23 tidsskrift i 2006.

Grafisk design

Sekretariatet produserer grafisk materiale, og har i perioden bistått både 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. Det er utformet diverse elektroniske maler for utsendelse av nyhetsbrev bl.a. når det gjelder forhandlingsnytt og for Allmennlegeforeningen.

Ny kommunikasjonsprofil

Som oppfølging av landstyrevedtak vedtok sentralstyret i februar at det skal utvikles en helhetlig kommunikasjonsprofil for Legeforeningen. Målet med en ny kommunikasjonsprofil er å markere avdelingens tilhørighet til Legeforeningen ved å lage et felles visuelt uttrykk for foreningen både innad og utad. For å organisere prosjektet ble det opprettet en prosjektgruppe bestående av representanter fra yrkesforeningene, fylkesavdelingene, de fagmedisinske foreningene og fra sekretariatet. Leif Monsen i kommunikasjonsbyrået MonsenHejna ble engasjert som ekstern rådgiver for prosjektet. Prosjektgruppen har i perioden hatt tre møter. Prosjektgruppen har gitt føringer med hensyn til profilelementer og utarbeidet i desember anbudsdokumenter med invitasjon til å utvikle en ny visuell identitet/grafisk profil for Legeforeningen. Anbudsdokumentene ble sendt til åtte forskjellige designbyråer. På møtet 21.12 valgte prosjektgruppen ut fire designbyråer som man ønsket en nærmere presentasjon av. Den nye kommunikasjonsprofilen for Legeforeningen skal presenteres på landstyremøtet i mai 2007.

Informasjon ved etablering av fagmedisinske foreninger

Sekretariatet har utarbeidet en egen informasjonsplan for prosjektet "Fagmedisinske foreninger". I perioden er det sendt ut tre nyhetsbrev, skrevet flere artikler i Tidsskriftet og laget nettsaker som omhandler prosjektet. I tillegg er det produsert plakater og informasjonsark til bruk på et servicetorg i forbindelse med dialogseminaret som ble avholdt 8. og 9. november. Det i september utviklet informasjonsark med informasjon om fagmedisinske foreninger som ble delt ut til alle deltakerne på Kirurgisk høstmøte, Primærmedisinsk uke, Høstmøtet til Norsk anestesilogisk forening og Høstmøtet til øre-, nese-, halslegene. Totalt ble 2 500 informasjonsark delt ut. I slutten av november ble det laget en medlemsbrosjyre med informasjon om etableringen av de fagmedisinske foreninger. Medlemsbrosjyren ble sendt til alle legemedlemmer sammen med et brev med informasjon om hvilke/n fagmedisinsk forening de ville bli innmeldt i fra 1.1. 2007. Det er utviklet en egen Internett-side under www.legeforeningen.no hvor all informasjon om fagmedisinske foreninger er samlet.

Spørreundersøkelser

Det er i perioden gitt intern bistand i forbindelse med å utvikle og sende ut to Questback-undersøkelser, ULLA 2006 – undersøkelse om legers lønns- og arbeidsforhold og Spørreundersøkelse om vernebestemmelser/arbeidstid.

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 Bl.a. har det

blitt gitt pressebistand i forbindelse med Hjerneuken, Kirurgisk høstmøte og Primærmedisinsk uke. Dette bidro til flere presseoppslag. 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 har sekretariatet sendt ut kortfattede pressemeldinger basert på 3-5 artikler i Tidsskriftet. I 2006 er det totale antall pressemeldinger 62. I tillegg er artikler gitt eksklusivt til utvalgte medier. Pressemeldingene som i 2006 har resultert i omlag 500 større eller mindre presseomtaler, bidrar til å balansere nyhetsbildet. Det har vært oppslag i en rekke aviser, i magasiner, i riksdekkende medier som NRK, TV2 og TV Norge, i tillegg til en rekke radiostasjoner. Fra 2006 er det også foretatt en geografisk vurdering av pressestoffet slik at enkelte artikler som omtaler et spesielt geografisk område, er gitt eksklusivt til medier som har sitt utspring i dette område. I tillegg til dette har informasjonsseksjonen bidratt til en pressekonferanse om kvinner og hjertesykdom som var hovedtema i Tidsskriftet som utkom 9. mars. Tidsskriftet medisinske virksomhet er internasjonalt rettet, og informasjonsseksjonen har bl.a. i forbindelse med sampublicering av artikler fra internasjonale medisinske tidsskrifter bidratt til et fire siders oppslag i Dagbladet. Seksjonen har også ordnet Dagsrevyinnslag i forbindelse med Sudbø-saken..

Leger og media

Det avholdes flere kurs årlig 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. Dette heftet finnes også i elektronisk variant på Legeforeningens nettside.

Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe. Denne gruppen består av Legeforeningens president Torunn Janbu, generalsekretær Terje Vigen, seniorrådgiver Odvar Brænden og informasjonssjef Ellen Juul Andersen. Det er i perioden gitt hjelp til mange enkeltmedlemmer med håndtering av vanskelige mediesaker.

Overvåking av mediebildet

Legeforeningen har i 2006 kjøpt ekstern medieovervåking gjennom firmaet Intermedium. Det ble høsten 2006 inngått ny avtale for levering av medieovervåking med firmaet Retriever. Denne avtalen er inngått i samarbeid med flere medlemsorganisasjoner tilsluttet Akademikerne og trådte i kraft fra 1.1. 2007.

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.

6.3.4 Prosjekt: Økt satsing på integrering av fagmedisinske foreninger

På bakgrunn av landsstyrevedtak 2005 og 2006, igangsatte sekretariatet i 2006 tilretteleggingsarbeidet for omorganiseringen med hensyn til nærmere integrering av de fagmedisinske foreningene i Legeforeningen. Arbeidet er organisert i ett hovedprosjekt med 10 delprosjekter, hvorav det høsten 2006 har blitt fokusert på grunnleggende organisatoriske- og servicerelaterte behov i forhold til overgangen fra spesialforeninger til fagmedisinske foreninger. Det er lagt vekt på å gjennomføre tiltakene i nær kontakt med og i forståelse med de fagmedisinske foreningene. FaMe gruppen (bestående av representanter fra de fagmedisinske foreningene) har vært referansegruppe for prosjektet. Det er gitt regelmessig rapportering til sentralstyret. Gjennom et omfattende informasjonsarbeid som også inkluderer

informasjonsbrev direkte til alle medlemmene er det lagt opp til bred involvering av Legeforeningens medlemmer.

Av tiltak gjennomført i 2006 og overgangen til 2007 er fordeling av medlemmer i nye fagmedisinske foreninger, utredning av kontingenter og tilskudd for de nye foreningene, gjennomgang og opprydding av Legeforeningens register, og kartlegging av behov for maler for budsjettstruktur, regnskapsførsel og økonomisk rapportering. Det er også igangsatt prosjekter som skal se på servicetjenester for fagmedisinske foreninger, arbeidet med å utforme en egen side for medlemmene ("Min side") og faglig portal, samt utredning av kontaktarenaer mellom fagmedisinske foreninger og hovedforeningen og mellom de fagmedisinske foreningene. Arbeidet med en enhetlig kommunikasjonsprofil for Legeforeningens organisasjon er også innlemmet i prosjektet.

8. - 9.11. 2006 ble det gjennomført et dialogseminar der representanter fra sentralstyret, sekretariatet og de nye fagmedisinske foreningene ble samlet for å diskutere organisasjonsendringene.

6.4 Legenes hus

Legenes hus, Akersgt. 2, eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Legeforeningen og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) hver med 50 % av aksjene. Tidligere aksjonæravtale utløp 31.12. 2006 og det har derfor i årsmeldingsperioden vært arbeidet med både ny aksjonæravtale og ny leieavtale. Den daglige driften og forretningsførselen er utført av Tschudi & Malling eiendom AS. Styret i 2006 besto av Truls Disen og Asle Medhus fra SOP og Per Meinich og Terje Vigen fra Legeforeningen.

6.5 Forskningsinstituttet

6.5.1 Personale og finansiering

Instituttet har fem faste og to eksterne medarbeidere. Fra januar har prosjektlederen for Legeforeningens nasjonale evaluering av turnustjenesten vært knyttet til instituttet. Fra medio november har instituttet en informasjonsrådgiver i redusert stilling, foreløpig for ett år.

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.

6.5.2 Aktiviteter

Sentrale temaer for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, stress og mestringsstrategier, legers livsstil, livskvalitet, sykkelighet og dødelighet, legers karrierevalg, læring og profesjonalisering, lege-/pasientforholdet og ellers alt som har med legers atferd å gjøre.

Forskningsresultatene publiseres fortløpende i Tidsskrift for Den norske lægeforening og i utenlandske tidsskrifter. Det kom 22 publikasjoner i 2006.

Forskningsinstituttets referansepanel er instituttets viktigste datakilde. Per januar 2007 består panelet av et tilfeldig utvalg på 1 400 leger, som har mottatt i alt ti spørreskjemaer siden 1993. Den siste undersøkelsen ble foretatt i november 2006.

Blant de eksterne oppdrag i 2006 var en rapport om sykmeldingsordningen under IA – på oppdrag fra LO, NHO og Legeforeningen – samt evaluering av retningslinjene for kurs i legers videre- og etterutdanning (ikke avsluttet).

Forskningsinstituttets medarbeidere har hyppig vært forelesere på møter i yrkesavdelinger og fylkesavdelinger, ved høgskoler og universitet. De har deltatt i offentlig debatt, blant annet med kronikker og andre innlegg.

Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no/lefo> der det blant annet finnes oversikt over alle publikasjoner.

6.6 Tidsskrift for Den norske lægeforening

6.6.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er 11 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 Berit Seljebotn har ansvar for produksjon og distribusjon. Frauke Becher er prosjektutvikler og har ansvar for ulike prosjekter i avdelingen. Nettredaksjonen ledes av seksjonssjef og nettredaktør Stine Bjerkestrand. Seksjonen har fem medarbeidere. Markedsavdelingen ledes av markedsjef Maud P. Kaino.

Fra 2005 består redaksjonskomitéen av Steinar Solberg (leder), Per Brodal, Lill-Tove Busund, Ola Dale, Guri Rørtveit, Baard-Christian Schem, Terje Vigen og Marte Walstad.

235 faglige medarbeidere er tilknyttet redaksjonen. Mange av disse var samlet til jubileumsfeiring i januar.

Redaksjonen mottok i 2006 i overkant av 2 000 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidrog 280 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserer i tillegg om lag 350 egne artikler.

6.6.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet feiret sitt 125 års jubileum i 2006 med et jubileumsnummer og et jubileumsseminar.

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 3 404 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 931 sider og andre annonser 322 sider. I tillegg kommer to klebede og sju løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2005 publisert 3 596 sider, hvorav 941 ledige stillinger og 345 andre annonser. I tillegg kom seks klebede og 51 (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er nå 24 200 (des 2006).

I 2006 ble Tidsskriftets skriftserie introdusert. Serien har to ulike formater, ett for bøker og ett der artikler fra Tidsskriftet blir samlet i et temahefte. Det ble produsert tre temahefter og to bøker i 2006. Temahefter: Sykehjemsmedisin, Palliativ medisin og Petroleumsindustri og helse. Bøker: *Fra politikk til økonomikk. Den norske helsepolitikks utvikling det siste sekel og En kunnskapsmosaikk. Medisinske spesialiteter og fagområder.*

6.6.3 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 fem medarbeidere og ledes av seksjonssjef og nettredaktør Stine Bjerkestrand. Hans Petter Fosseng vikarierte som nettredaktør frem til august 2006. Tidsskriftets nettutgave har om lag 6 000 unike brukere i døgnet, mens Legeforeningens nettsider har hatt omtrent 10 000 unike brukere per døgn i gjennomsnitt. Besøkstallene for begge nettstedene har økt sammenliknet med 2005 og foregående år. Kurskatalogen er det mest brukte tilbudet på nettet.

Over 83 organisasjonsledd i Legeforeningen hadde per 31.12. 2006 fått tilrettelagt egne nettsider i Legeforeningens publiseringsløsning for Internett, Gloria. Høsten 2006 ble det gjennomført en undersøkelse blant brukere av publiseringsløsningen. Som et resultat av dette ble løsningen oppgradert med ny funksjonalitet, som var klar til bruk i desember 2006.

I september ble nettutgaven av Tidsskriftet oppgradert med lenker til Norsk legemiddelhåndbok i alle artikler som omtaler legemidlers virkestoffer. Lenkene finnes i løpende tekst og oppsummeres i en boks til høyre for artikkelen. Dermed kan man med et tastetrykk komme fra diskusjon om et legemiddel til omtale av den praktiske anvendelsen av det. I november 2006 ble forsiden på www.tidsskriftet.no lagt om. Den ble mer dynamisk og inneholder flere elementer enn tidligere.

Nettredaksjonen har andre halvdel i 2006 jobbet med flere nettutviklingsprosjekter, blant annet etablering av Min side, som skal resultere i nye og bedre tjenester på nett i 2007/2008.

6.7 Soria Moria

Soria Moria er en egen stiftelse med et eget styre oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Tidligere direktør, Hans Christian Bestum, gikk av med pensjon 1.6. 2006, men vil for en avtalt periode delta i enkelte fornyingsprosjekter. Ny administrerende direktør er Marie Wærsted.

Problemene som var knyttet til salget av tjenesteboligene man ikke lenger hadde bruk for, ble senhøsten 2006 endelig avklart og salget avsluttet. Utviklingen og bruken av Soria Moria har gjennom 2006 vært i en positiv utvikling. Styret i Soria Moria har i 2006 bestått av Einar Hysing (leder), Bård Lilleeng, Anne Grethe Olsen, Lars Eikvar og Terje Vigen (ex. officio).

6.8 Deltakelse i andre organisasjoner

6.8.1 Kommunal kompetanse (KK)

Kommunal kompetanse eies av Fagforbundet og Den norske lægeforening. KK ble etablert i januar 1997. Målsettingen var å skape en kompetansevirksomhet med tilbud til den offentlige sektor, herunder foretak i sykehussektoren og private institusjoner innenfor området Helse og sosial. KK er organisert i fem regioner. I hvert fylke er det etablert et opplæringsråd. Rådenes oppgave er blant annet å bistå i kartlegging av behov for kompetanse, delta aktivt i planleggingen, bygge nettverk og markedsføre virksomheten. KK har etablert nettverk i de fleste kommuner og fylkeskommuner. Det er inngått samarbeidsavtaler med universiteter, høyskoler og konsulenter om spisskompetanse. KK utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov. Det gjennomføres per år over 500 kurstiltak.

Legeforeningen har vært representert i KKs styre ved Einar Skoglund som medlem og Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant. KKs hjemmesider har adresse www.kommunal-kompetanse.no.

6.8.2 Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon

Legeforeningens medlemmer i rådet er oppnevnt av sentralstyret.

Etter revisjon av vedtektene i 2006 er det foretatt supplerende oppnevning i 2006.

Legeforeningens medlemmer og varamedlemmer har i 2006 vært:

Erik Ellekjær (1.1. 2005 – 31.12. 2006), Tone Skeie Jensen (1.1. 2005 - 31.12. 2006),

Georg Sager (1.7. 2006 – 31.12. 2008). Varamedlemmer: 1. Anette Fosse (1.1. 2005 - 31.12. 2006),

2. Elena Kvan (1.7. 2006 – 31.12. 2008)

7 Internasjonalt arbeid

7.1 Generelt

Legeforeningen har på mange måter deltatt i internasjonalt arbeid, både på nordisk, europeisk og globalt plan. Etter landsstyremøtet 2006 ble det samme høst nedsatt en utvalg som skulle se på Legeforeningens internasjonale engasjement, herunder også hva Legeforeningen kunne bidra med i lavinntektslandene.

7.2 World Medical Association (WMA)

WMA avholdt som vanlig sitt councilmøte i Ferney-Voltaire i Frankrike i første halvdel av mai 2006. Der ble i hovedsak drøftet revisjon av tidligere statements og policyutsagn. General Assembly ble avholdt i Pilanesberg, Sør-Afrika i første halvdel av oktober 2006. Leder av Rådet for legeetikk, Trond Markestad, og Terje Vigen møtte. På dette møtet ble Dr. Nagi Apan Arumugam fra Malaysia valgt til ny president etter T. K. S. Letlape fra Sør-Afrika. Ny president elect ble Jon Snædal fra Island. For øvrig foregår det en ganske viktig debatt i WMA om hvordan organisasjonen skal finansiere sin virksomhet for å gjøre seg uavhengig av sponsorinntekter fra industrien. I denne debatten har det vært fokus på hva som er kjernearbeidsområdene for WMA. Det er stor enighet om at det er etikkspørsmål.

7.3 Nordisk legeråd

Nordisk legeråd er formelt sammensatt av legeforeningene i Finland, Sverige, Norge, Danmark og Island. Det avholdes ett felles møte for de nordiske sentralstyrene hvert annet år. Nordisk legeråds styre er sammensatt av president og generalsekretær fra de ulike foreningene. I 2006 var det nordisk legerådsmøte i Finland. Hovedtema var forskning og forskningsfusj. For øvrig arbeider man på nordisk plan med en samordning av likelønnsproblematikk, utvikling av medisinsk forskning og felles strategier i forhold til internasjonalt arbeid.

7.4 European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO)

Dette er et samarbeidsforum som siden 1984 har arrangert årlige møter på ulike steder i Europa. Det har vært spesiell fokus på utveksling av erfaringer mellom de tidligere østsonelandene og de vestlige landene i Europa. Dessuten har det tidligere vært et virkemiddel for WHO å få gjennomført sine strategier for helse for alle. I og med utvidelsen av EU til å omfatte 25 europeiske land er det en pågående diskusjon om dette forumets fremtid. Den vil også bli drøftet på forumets møte i Lisboa i 2007. Forummøtet i 2006 ble avholdt i Budapest i april. Legeforeningen har fortsatt å utarbeide en oppdatert oversikt over nøkkelpersonell i de ulike europeiske organisasjonene som er medlemmer i forumet, samt hovedaktivitetene som blir bedrevet. Legeforeningen er videre fast observatør i Liaison Committee som utformer programmet for møtene. De som møter i EFMA forummøtene er vanligvis president og generalsekretær.

7.5 Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor

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

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

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Finland i juni 2006. Rapporten over legearbeidsmarkedet 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 utviklingen i øyeblikket. Etterspørselen er fremskrevet i to alternativer. For Norge er det i det ene alternativet forutsatt en årlig vekst på 600 nye stillinger og i det andre alternativet en årlig vekst på 300 nye stillinger. Det første alternativet gir et uendret underskudd av leger i Norge frem til 2010 og deretter et økende underskudd av leger. Det andre alternativet gir et overskudd av leger i

Norge før 2010, som vil være økende i hele perioden.

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

7.6 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. I tillegg har Yngre legers forening ved Per Meinich, Allmennlegeforeningen ved Jan Emil Kristoffersen og Overlegeforeningen ved Lars Eikvar deltatt. Av endringer nevnes at Per Meinich høsten 2006 erstattet Ottar Grimstad i CPMEs arbeidsgruppe om e-Health, og at Lars Eikvar på oktober møtet ble valgt som viseformann i Subcommittee for Organisation of health care, social security and health economics.

Viktige saker organisasjonen har arbeidet med og som Den norske lægeförening har involvert seg i dette året, har bl.a. vært spørsmål rundt arbeidstidsdirektivet, helsetjenester på tvers av landegrensar, pasientsikkerhet, e-Health, Continuing professional development (CPD) og EUs handlingsplan for diett, fysisk aktivitet og helse. Mer informasjon om organisasjonen og andre saker det vært gjort vedtak om, finnes på www.cpme.eu.

7.7 Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeföreningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Frank R. Andersen, leder av spesialitetsrådet. Einar Skoglund har deltatt som observatør.

Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS; Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene mellom Sections, Boards og Council, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og strukturen. Møtene i Management Council har i stor grad vært preget av diskusjoner om forholdet mellom UEMS og de underliggende Sections/Boards. Arbeidstidsdirektivet har også vært diskutert heftig.

European Accreditation Council for CME (EACCME), har en jevn økning av akkrediteringssøknader. Einar Skoglund er Legeföreningens representant i EACCME. For ytterligere informasjon vises til nettsidene www.uems.net.

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

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

Plenumsmøtet har ca. 35 representanter. 28.-29.4. 2006 ble møtet holdt i Bratislava. Sentrale temaer for møtet var CME/CPD, ledelse og sykehuslegers arbeidsforhold. Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

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

7.9 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, en eller to styremedlemmer og en fra Ylfs kontor til PWGs to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

President er Rui Guimarães fra Portugal. Sekretariatet for PWG følger presidenten, og er plassert i Lisboa. Vårens plenumsmøte ble avholdt i Porto, mens høstens plenumsmøte ble avholdt i Berlin. PWG har den siste tiden både hatt et eksternt og et internt fokus. De viktigste spørsmål i PWG den senere tid vært arbeidet med implementering av arbeidstidsdirektivet, fremtidig struktur og organisasjonsmodell, herunder spørsmålet om en samlet legeförening på Europeisk nivå. De nordiske landene mener at manglende stabilitet i PWG er en svakhet, og har vurdert plassering av PWG i Brussel, men øvrige medlemsland kvier seg på grunn av kostnadene knyttet til dette.

7.10 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne de Medecins 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 25 medlemsland etter at Bulgaria ble innvilget medlemskap høsten 2006.

Norge bindes av vedtakene i UEMO og EU gjennom EØS-avtalen, og det er derfor viktig å være med på å legge premissene for vedtakene gjennom medlemskap og deltakelse i UEMO. Legeforeningen velger en representant etter forslag fra Aplf, i inneværende periode er dette Eirik Bø Larsen. Aplf velger selv sin representant, i 2006 har dette vært Unni Aanes.

I perioden 1.1. - 31.12. 2006 er det avholdt to medlemsmøter i UEMO. Møtene ble holdt i Ljubljana i juni og i Uppsala 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 2006 også vært engasjert i arbeidsgruppene "The future GP workforce", "Specialist training" og "Continuous medical education".

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

UEMO har en tilfredsstillende økonomi. Foreningens president de siste fem år, Christina Fabian, ble takket av etter fullført periode under møtet i Uppsala. Fra 2007 er Isabel Caixeiro fra Portugal valgt til foreningens president. På møtet i Uppsala ble Eirik Bø Larsen fra Norge valgt til en av foreningens fire visepresidenter for kommende fireårsperiode. UEMO har en egen hjemmeside (www.umo.org.)

8 Legeforeningens økonomi

8.1 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 viser en samlet egenkapital per 31.12. 2006 på kr 1 137 319 630. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 97,6 % av egenkapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen hadde i 2006 et regnskapsmessig overskudd på kr 48 094 016. Det store overskuddet i totalregnskapet består av et negativt driftsresultat på kr 570 616 og netto finansinntekter på kr 48 664 632. 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 5 690 906.

Resultatet i hovedforeningen viser med andre ord et positivt avvik fra det budsjetterte overskuddet på kr 3 650 000. Tidsskriftets annonseinntekter utgjorde i 2006 ca. kr 31,6 millioner og viste med dette en økning på ca. kr 2,9 millioner sammenliknet med budsjett. Finansinntektene i hovedforeningen utgjorde ca. kr 3,4 millioner. Dette var igjen ca. kr 1,6 millioner mer enn budsjettet. Posten andre inntekter overstiger videre budsjettet med ca. kr 3,7 millioner. Posten omfatter inntekter av eksternt finansierte prosjekter fra eksempelvis SOP, Sosial- og helsedirektoratet og UD. Dette er inntekter uten resultat effekt ved at prosjektinntektene motsvares av en kostnadsside som er like stor. Omsetningen innen disse områdene var ikke gjenspeilet i budsjettet. Kontingentinntektene oversteg budsjett med ca. 1,4 millioner kroner etter en positiv utvikling i medlemstallet.

Driftskostnadene i foreningen viser også en markert økning sammenliknet med både budsjett for 2006 og regnskapstallene for 2005. Avviket fra budsjett kan i noen grad forklares med effekten av de ikke-budsjetterte eksternt finansierte prosjekter beskrevet over. Foreningen har likevel en økning i ordinære driftskostnader i sekretariatet på ca. kr 2,9 millioner sammenliknet med budsjett. Overskridelsene knytter seg hovedsaklig til bruk av fremmedtjenester, til reisevirksomhet samt IT-kostnader. Sekretariatets personalkostnader øker med ca. kr 0,6 millioner sammenliknet med budsjett for 2006. Økningen er relatert til økte pensjonskostnader som en følge av stigende rentenivå..

Den frie egenkapitalen i hovedforeningen er styrket etter det positive resultatet i 2006. For å bedre foreningens handlefrihet vil sentralstyret i budsjettoppfølgingen 2007 og i budsjettet for 2008 fortsatt prioritere resultatmessige overskudd slik at foreningens frie egenkapital kan styrkes. Det skal imidlertid bemerkes at Legeforeningens nye organisering fra 2007 som omfatter økt satsing på det fagmedisinske arbeidet i foreningen, innebærer et press på kostnadsnivået i sekretariatet.

8.2 Økonomiske nøkkeltall 2006

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn. ¹⁾	Års- resultat	Per 31.12. 2006	
						Egen- kapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske lægeforening	232 581	233 151	48 665	0	48 094	1 185 414	1 180 798
Regnskapet for Den norske lægeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske lægeforening - Hovedforeningen	153 895	151 628	3 424	0	5 691	80 609	109 265
2 Utdanningsfond I	49 057	46 779	8 842	0	11 120	165 038	172 085
3 Utdanningsfond II	29 804	27 189	8 050	0	10 665	148 936	152 964
4 Utdanningsfond III	30 807	34 039	5 351	0	2 118	95 855	101 087
5 Lånefondet	0	3 742	22 193	0	18 451	617 055	625 152
6 Kvalitetssikringsfond I	6 980	6 837	493	0	637	8 445	9 697
7 Kvalitetssikringsfond II	3 628	3 190	420	0	857	8 692	9 064
8 Rettshjelpsordningen	1 000	2 662	187	0	-1 475	2 841	2 949
9 Fond for forebyggende medisin	0	34	49	0	15	922	922
10 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	35	49	0	14	927	927
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
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
C. Kvalitetssikringsfond III ²⁾	25 529	25 480	96	0	145	9 534	10 048
C. Stiftelsen Soria Moria ²⁾	62 656	57 975	-4 664	0	16,619	63 604	169 563
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	1 852	155 202	299 792	-146 442	0	14 950	4 263 433
E. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS	11 134	3 291	-7 065	0	778	31 221	178 574

¹⁾ Det oppførte beløp i kolonnen "Andre inntekter/kostnader" vedrører følgende forhold:

a) For SOP omfatter beløpet endring i avsetninger til pensjonsforpliktelser m.v.

²⁾ Regnskapet for Soria Moria er pr 6.3. 2007 ikke endelig vedtatt av styret for stiftelsen

8.3 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.

Styret i SOP hadde i 2006 fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2006 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus, Anne Mathilde Hanstad og Tomas Berg (Arbeids- og inkluderingsdepartementets representant).

Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2006 gis følgende informasjon:

Driftsresultatet ble 146,4 millioner kroner. Dette ble i sin helhet avsatt til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2006 4 263 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser fra SOP med 142,8 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 66,2 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, svangerskapsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og den nye ytelsen pleiepenger, utgjorde 60,1 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 7,8 millioner kroner. SOP støttet i tillegg diverse prosjekter med i alt 8,5 millioner kroner. Prosjektstøtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, fylkesavdelingens støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs til leger ved 65 års alder.

SOPs vedtekter ble endret fra 1.1. 2006. Endringene innebar primært presisering av virkeområdet for i ordningens avbruddsyttelser. Det ble innført pleiepenger/opplæringspenger, 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 ble barnepensjon og barnetillegg til uførepensjon styrket. Videre ble det innført barnetillegg til alderspensjon, og det blir mulig å ta med seg uførepensjon ved flytting til utlandet.

SOP innledet i 2006 arbeidet med revisjon av ordningens pensjonsytelser. Myndighetene arbeider med en omfattende reform av pensjoner i folketrygden, arbeidslivet og for privatpensjoner. SOP tar sikte på å tilpasse seg endringene på en måte som best mulig ivaretar medlemmenes kollektive og individuelle interesser.

SOP inngikk i 2006 ny aksjonæravtale med Legeforeningen om Christiania Torv AS vedr. eiendommen Legenes Hus i Akersgt. 2 i Oslo. Avtalen inneholder bl.a. utleie av kontorlokaler til Legeforeningen til markedsbetingelser.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra landsstyrets møte 10.-12.5. 2006 på Soria Moria Hotell og Konferansesenter.

Status per 29.3. 2007

Sak 7. Lokalsykehusenes fremtidige rolle i helsetjenesten

Forslag 1.

Fremsatt av Bjarte Stubhaug.

Vedtak

Landsstyret ber sentralstyret om å arbeide videre med lokalsjuehusfunksjonene i psykiatri, når det gjeld kompetanse, kvalitet og bemanning som norm for lokalsjuehusfunksjonen samt setje i gang ei utgreiing for å integrere lokalsjuehusfunksjoner i psykiatri og somatikk, når det gjeld samarbeid, samløkalisering og ansvarsdeling.

Vedtaket var enstemmig.

Behandlet i sentralstyret 18.9. 2006 der det ble avtalt at saken først skulle igangsettes februar/mars 2007 pga. mange andre store arbeidsoppgaver i sekretariatet. Deretter behandlet i sentralstyremøte 21.2. 2007. Vedtatt å opprette en arbeidsgruppe.

Sak 8. Sentralstyrets melding om Den norske lægeforenings virksomhet for perioden 1.1. 2005 - 31.12. 2005

Forslag 1.

Til årsmeldingens punkt 5.2 – Lokalsykehusenes fremtidige rolle - Forslag fra Kjell Martmann-Moe, Oslo legeforening:

Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide videre med lokalsykehusfunksjonene ut over funksjonene nedfelt i lokalsykehusenes fremtidige rolle, og komme tilbake til neste landsstyremøte med notatet.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Saken følges opp i sammenheng med landsstyrets resolusjon om lokalsykehus, samt forslag 1 fremmet av Bjarte Stubhaug på vegne av de fagmedisinske foreningene.

Sak 9. Aktuelle temaer

1. Rammevilkår for god medisinsk forskning
2. Vaktberedskap i førstelinjetjenesten
3. Oppfølging av statusrapport om rus

Forslag 1.

Til sak 9.1. Rammevilkår for god medisinsk forskning - forslag fra Christian Hall, Oslo Legeforening:

Vedtak

Landsstyret slutter seg til sentralstyrets punktprogram og ber om at rapport om arbeidets fremdrift legges frem for landsstyret ved møtet i 2008.

Rapport om oppfølgingen av sentralstyrets punktprogram om rammevilkår vil bli lagt frem for landsstyret i 2008.

Forslag 3.

Til sak 9.1. Forslag fra Norsk medisinstudentforening v/Einar Vie Sundal

Nest siste strekpunkt, "Legeforeningen vil arbeide for at medisinstudenter som driver forskning, får gode stipendordninger, inkludert fullt sommerstipend",

endres til:

"Legeforeningen vil arbeide for at medisinstudenter som driver forskning, får gode stipendordninger. Antallet sommerstipend må oppjusteres. Det må åpnes for muligheten til å motta gjentatte sommerstipender."

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Stipendordninger for studenter behandles som element i den øvrige oppfølgingen av sentralstyrets punktprogram, som vil bli rapportert til landsstyret 2008 (sentralstyresak 19/07).

Forslag 6.

Til sak 9.2. Vaktberedskap i førstelinjetjenesten – forslag fra Ivar Halvorsen, Rogaland legeforening

"Landsstyret ber sentralstyret å utrede et krav om en øvre begrensning av den mengden legevaktstimer en fastlege skal kunne pålegges."

Vedtak

Landsstyret ber sentralstyret å utrede et krav om en øvre begrensning av den mengden legevaktstimer en fastlege skal kunne pålegges.

Se oppfølging under forslag 7 nedenfor.

Forslag 7.

Til sak 9.2. Vaktberedskap i førstelinjetjenesten - forslag fra Øyvind Watne, Sogn og Fjordane legeforening

"Landsstyret ber sentralstyret arbeide vidare med faglege retningslinjer for godt legevaktarbeid, og arbeide med å gjere desse kjende for medlemmar og andre legar som arbeidar i Noreg."

Vedtak

Landsstyret ber Sentralstyret arbeide vidare med faglege retningslinjer for godt legevaktarbeid, og arbeide med å gjere desse kjende for medlemmar og andre legar som arbeidar i Noreg.

Sentralstyret har i sak 18/07 oppnevnt en arbeidsgruppe som skal utarbeide faglig organisatoriske retningslinjer for legevakt og legevaktarbeid og utrede juridiske, økonomiske og avtalemessige konsekvenser av fremtidig legevaktstruktur. Arbeidsgruppen skal være ressursgruppe for Legeforeningens representanter i nasjonale arbeidsgrupper vedrørende legevaktsspørsmål.

Sak 10. Nye lover for Den norske lægeforening - Evaluering av regionsutvalgene

Forslag 1.

Til § 1-1 - forslag fra Trygve Kongshavn, Buskerud lægeforening

"Foreningens navn er Den norske legeforening".

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret for behandling foran neste landsstyremøte.

Sentralstyret har i møte den 22.6. 2006 vedtatt ikke å følge opp forslaget. Trygve Kongshavn er tilskrevet med en redegjørelse om vurderingen av navnespørsmålet underveis i lovprosessen og at saken ev. må fremmes som lovendringsforslag minst fire måneder før ordinært landsstyremøte. Det er senere innkommet et tilsvarende forslag fra et annet medlem, som er lagt frem for sentralstyret 22.3. 2007 med vedtak om utsendelse på høring med frist 8.4. 2007.

Forslag 7.

Til § 3-1-2, 2. ledd - forslag fra Anne Kristine Fagerheim

§ 3-1-2 tilføyes:

”Dersom 1/3 av landsstyrets representanter eller en av Legeforeningens lokalforening, yrkesforening eller fagmedisinsk forening krever det, skal saken behandles i ordinært eller ekstraordinært landsstyremøte.”

Redaksjonskomiteen foreslo noe endret ordlyd:

”Dersom 1/3 av landsstyrets representanter eller en avdeling krever det, skal saken behandles i ordinært eller ekstraordinært landsstyremøte.”

Vedtak

Oversendes sentralstyret til nærmere vurdering.

Sentralstyret har i møte den 16.8. 2006 vedtatt at forslag om endringer i de nye lovenes § 3-1-2, 2. ledd skal forberedes til landsstyremøtet i 2007. Sentralstyrets forslag til ny 3. setning i § 3-1-2, 2. ledd vil være: *Dersom 1/4 av landsstyrets representanter krever det, skal saken behandles av landsstyret i møte.* Lovendringsforslaget ble sendt ut på høring ved brev av 4.10. 2006 og med høringsfrist 31.1. 2007. Innstilling i samsvar med høringsforslaget vedtatt i sentralstyret 21.2. 2007.

Forslag 11.

Til § 3-2-1 - forslag fra Terje Bjørn Keyn, Telemark legeforening

Under § 3-2-1 Sammensetning og valg (nytt 2. ledd)

Redaksjonskomiteens forslag til redigering:

Følgende retningslinjer gjelder ved valg av sentralstyre:

- Til sentralstyret velges medlemmer fra alle fem helseregioner.
- Det kan ikke velges mer enn tre styremedlemmer fra samme avdeling.
- Det kan ikke velges mer enn ett styremedlem fra samme avdelingsstyre.
- Det kan ikke velges mer enn ett styremedlem fra samme sykehus.
- Det kan ikke velges mer enn ett styremedlem som i sin ordinære stilling innehar arbeidsgiveransvar for andre leger.

Ovennevnte bestemmelser er med referanse til medlemmets hovedstilling ved valgtidspunktet. Skifte av arbeidsplass eller stilling er i seg selv intet grunnlag for endringer i styresammensetning i valgperioden.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Sentralstyret har i møte den 16.8. 2006 vedtatt ikke å fremme forslag om endring av lovenes § 3-2-1 om kriterier ved valg av sentralstyret. Forslagsstiller er underrettet om at oversendelsesforslaget anses ferdigbehandlet.

Forslag 28.

Forslag fra Jo-Endre Midtbu, Troms legeförening

§ 3-6-4 , 4. ledd

De fagmedisinske foreninger velger 22 representanter i Den norske lægeförenings landsstyre.

Representanter med vararepresentanter fordeles på følgende seks valggrupper:

Valggruppe 1	Kirurgiske fag	4 repr.
Valggruppe 2	Medisinske fag	4 repr.
Valggruppe 3	Allmenmedisin	4 repr.
Valggruppe 4	Grupperettede medisinske fag	3 repr.
Valggruppe 5	Medisinske servicefag	4 repr.
Valggruppe 6	Psykiatriske fag	3 repr.

Forslagets 1. del (22 representanter) er også behandlet som forslag 6 og falt ved endelig votering.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Sentralstyret har i møte den 16.8. 2006 vedtatt ikke å fremme forslag om endring av lovenes § 3-6-4, 4. ledd om økning og endret sammensetning av de fagmedisinske foreningenes representasjon i landsstyret. Forslagsstiller er underrettet om vedtaket.

Forslag 35.

Forslag fra Terje Bjørn Keyn, Telemark legeförening.

Legeföreningens regionale arbeid organiseres i form av et regionsutvalg i hver av landets helseregioner. Utvalget skal være et kontakt- og samarbeidsorgan for lokalforeningene i regionen og representativt organ for Den norske lægeförening overfor de regionale helseforetakene og ev. arbeidsgivere eller kontraktsparter som måtte opptre på et regionalt nivå. Utvalget skal særlig ha sin oppmerksomhet på organisering og funksjonsdeling og den helsepolitiske utvikling i regionen.

1.

Regionsutvalget skal bestå av lederen for hver av lokalforeningene i regionen, én regional representant for alle yrkesforeninger som ikke er representert gjennom lokalforeningslederne, en regional representant for de fagmedisinske foreningene samt en representant for Nmf fra nærmeste medisinske fakultet. Det velges ett personlig varamedlem for hver av utvalgets medlemmer.

2.

Regionsutvalget skal selv velge sin leder, som ikke anses å representere yrkesforening. Om nødvendig oppnevnes annen yrkesforeningsrepresentant.

3.

Regionsutvalget skal i størst mulig grad opptre i samråd og samhandling med lokalforeningene og yrkesforeningenes tillitsvalgte i regionen. Det skal arbeides for å samordne synspunkter og interesser. Utadrettet aktivitet skal som hovedregel være basert på konsensus.

4.

I saker av prinsipiell art forutsettes det at regionsutvalget fatter vedtak i samråd med sentralstyret.

5.

Regionsutvalget skal periodisk holde sentralstyret orientert om sin virksomhet.

6.

Regionsutvalget avgir årlig et forslag til budsjett for utvalgets virksomhet neste år og har rett til å motta tilskudd til driften i samsvar med vedtak av landsstyret.

7.

Legeföreningens sekretariat ivaretar regionsutvalgets behov for sekretariatstjenester.

Forslaget ble trukket fra ordinær behandling.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Forslaget følges opp i forbindelse med behandlingen av den utvidete evalueringen av regionsutvalgene frem til landsstyremøtet i 2007.

Forslag 37.

Forslag fra Finn Nilsson, Østfold lægeforening.

§ 3-8, 2. ledd, 1. setning endres til:

”Regionsutvalget skal bestå av lederen for hver av lokalforeningene i regionen og de tillitsvalgte i regionalt helseforetak og foretakstillitsvalgte ved lokale helseforetak.”

Redaksjonskomiteen foreslo forslaget redigert til:

”Regionsutvalget skal bestå av lederen for hver lokalforening i regionen, tillitsvalgte i regionalt helseforetak og foretakstillitsvalgte ved lokale helseforetak.”

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Forslaget følges opp i forbindelse med behandlingen av den utvidete evalueringen av regionsutvalgene frem til landsstyremøtet i 2007.

Forslag 43.

Forslag fra Hallvard W. Sele, Sogn og Fjordane, Ole Johan Bakke, Vestfold og Torkel Steen, Oslo

§ 4-4, nytt 4. ledd:

”Landsstyret velger en kontrollkomité på tre personer, hvorav én også er desisor. Det stilles de samme krav til valgbarhet som gjelder for desisorer. Kontrollkomiteen gjennomgår og fastsetter ytelser til ledende, sentrale tillitsvalgte og Tidsskriftets redaktør.

Kontrollkomiteen rapporterer til landsstyret. Presidentens lønn fastsettes likevel av landsstyret.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Forslag til lovendring fremmet på sentralstyremøtet 18.1. 2007. Vedtatt utsendt på høring med frist 25.3. 2007. Innstilling behandles i sentralstyremøte 18.4. 2007.

Forslag 44.

Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening.

§ 4-4, nytt 5. ledd Lønnsutvalg

Landsstyret velger et lønnsutvalg på tre personer som foreslår ytelser til ledende tillitsvalgte og redaktør.

Vedtak

Forslaget oversendes sentralstyret.

Forslaget vurderes sammen med og i forhold til forslag 43.

Forslag 45.

Sentralstyrets reviderte innstilling til sak 10 med alle vedtatte forslag innarbeidet i lovene.

Vedtak

- 1.
- 2.
- 3.
4. *Evalueringen av regionsutvalgene forutsettes videreført med en kvalitativ del. Den samlede evalueringsrapport sendes på organisasjonsmessig høring og forutsettes fremlagt på landsstyremøtet i 2007.*

Vedlegg: Nye lover for Den norske lægeforening.

Forslaget følges opp i forbindelse med behandlingen av den utvidete evalueringen av regionsutvalgene frem til landsstyremøtet i 2007.

Sak 12. Godkjenning av regnskap for Den norske lægeforening 2005

Forslag 1.

Forslag fra Torkel Steen, Oslo legeforening.

Landsstyret ber sentralstyret gjennomgå foreningens drift og organisasjon med sikte på at utgiftene tilpasses inntektene. Lønn, pensjonsordninger og sluttpakker bør sees i lys av lønns- og pensjonsvilkår for foreningens medlemmer.

Vedtak

Landsstyret ber sentralstyret gjennomgå foreningens drift og organisasjon med sikte på at utgiftene tilpasses inntektene. Lønn, pensjonsordninger og sluttpakker bør sees i lys av lønns- og pensjonsvilkår for foreningens medlemmer.

Sentralstyrets gjennomgang av foreningens drift og organisasjon gjennomføres i sentralstyrets budsjettprosesser, først ved utarbeiding av budsjettforslag til landsstyret og deretter gjennom sentralstyrets revisjon av budsjettet umiddelbart før årsskiftet.