

## Innholdsfortegnelse

<b>Presidenten har ordet .....</b>	<b>6</b>
<b>1 Etikk .....</b>	<b>8</b>
1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammene.....	8
1.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	8
1.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	8
1.1.3 Styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen.....	8
1.1.4 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstysindustrien foregår på en åpen og tillitvekkende måte .....	8
1.2 Rådet for legeetikk .....	8
1.3 Oppsummering av prinsipielt viktige saker.....	9
1.4 Ethiske regler for leger og reglement for Rådet for legeetikk .....	10
<b>2 Inntekts- og arbeidsforhold .....</b>	<b>11</b>
2.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammene.....	11
2.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	11
2.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	11
2.1.3 Gjøre lønnsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med klinisk virksomhet.....	12
2.1.4 Tilby styrket rådgivning og bistand for leger som er arbeidsgivere i privat praksis .....	12
2.2 Forhandlingsorganisasjonen .....	13
2.2.1 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger .....	13
2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis .....	13
2.2.3 Representasjon i Akademikernes organer.....	13
2.2.4 Revisjon av Legeforeningens forhandlingsregler.....	14
2.3 Generelt om inntekt og arbeidsvilkår .....	14
2.3.1 Medlemsbrev, Forhandlingsnytt og Legeforening nettsider .....	14
2.4 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger .....	14
2.4.1 Spekter .....	14
2.4.2 Staten.....	15
2.4.3 KS .....	15
2.4.4 Oslo kommune.....	16
2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon – HSH-HUK (Helse, utdanning og kultur).....	16
2.5 Tillitsvalgte arbeidsforhold .....	18
2.5.1 Rekruttering av tillitsvalgte .....	18
2.5.2 Kursvirksomhet i 2009 .....	19
2.6 Forhandlinger om takster og honorar for næringsdrivende leger .....	19
2.6.1 Normaltariffoppgjøret 2009 .....	19
2.6.2 Inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2008.....	19
2.6.3 Pensjonsutgifter for ansatt hjelpepersonell - premiereguleringsfondet.....	20
2.6.4 Arbeid med utvikling av fastlegeordningen.....	20
2.6.5 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister .....	20
2.6.6 Helsennett .....	20
2.6.7 Kollektivavtalen med Helsedirektoratet – elektronisk innsending av oppgjør.....	21
2.6.8 Dialog med konkurransetilsynet om veiledende honorarer.....	21
2.6.9 Automatisk frikortordning.....	21
2.6.10 Pasientreiserekvisisjon .....	21
2.6.11 Revisjon av L-takstsystemet.....	21
2.6.12 Normaltariffprosjektet .....	21
2.6.13 Vold og trusler mot fastleger – oppfølging av Legeforeningens initiativ .....	21

2.7	Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og ansvarsforsikringen.....	22
2.8	Arbeid knyttet til bierverv.....	22
2.9	Prosjekter.....	22
2.9.1	Prosjekt Partssammensatt utvalg om arbeidstid .....	22
2.9.2	Prosjekt stillingsstruktur.....	22
2.9.3	Veileder for seniorpolitikk .....	23
2.9.4	Omstillingsprosjektet.....	24
2.9.5	Samarbeidsgruppe i Helse- og omsorgsdepartementet og pilotsykehusprosjektet.....	24
2.9.6	Partssammensatt arbeidsgruppe om vold fra pasient/klient/bruker .....	24
2.9.7	Oppdatering av vedtektene for pensjonsordning for sykehusleger i KLP .....	24
2.9.8	Satsningsområde: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand .....	25
2.9.9	Tiltak relatert til situasjonen ved Oslo universitetssykehus OUS .....	25
2.9.10	Arbeidet med sykefravær og ny IA-avtale.....	25
2.9.11	Opplæring i juridiske emner.....	26
2.10	Juridisk bistand til medlemmene .....	26
2.10.1	Bistand fra sekretariatets jurister/advokater.....	26
2.10.2	Rettshjelpsordningen .....	26
2.10.3	Bistand til leger i ledende stillinger .....	27
2.10.4	Bistand til yrkesforeninger .....	27
2.11	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis.....	27
<b>3</b>	<b>Utdanning, forskning og fagutvikling.....</b>	<b>28</b>
3.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammene.....	28
3.1.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	28
3.1.2	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	28
3.1.3	Sikre en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger.....	28
3.1.4	Sikre finansieringen av og videreutvikle systematisert etterutdanning.....	29
3.1.5	Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning.....	29
3.1.6	Styrke rammevilkårene for forskning i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, slik at forskning blir en integrert og naturlig del av medisinsk virksomhet .....	29
3.1.7	Legge til rette for at leger baserer sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon .....	29
3.1.8	Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger .....	29
3.1.9	Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin.....	30
3.1.10	Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger. ....	30
3.1.11	Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning .....	30
3.2	Utdanning .....	30
3.2.1	Turnustjenesten.....	30
3.2.2	Endringer i kursretningslinjene .....	31
3.2.3	Endringer i spesialistreglene .....	31
3.2.4	Spesialistgodkjenninger i 2009 .....	31
3.2.5	Rapportering fra utdanningsinstitusjoner.....	33
3.2.6	Besøk på utdanningsinstitusjoner.....	34
3.2.7	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri .....	34
3.2.8	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri.....	34
3.2.9	Godkjenning av veiledere i allmennmedisin .....	34
3.2.10	Veiledning i institusjonshelsetjenesten .....	34
3.2.11	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus.....	34
3.2.12	Smågrupper i allmennmedisin.....	35
3.2.13	Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN).....	35
3.2.14	Nasjonalt råd for spesialistutdanningen av leger (NR).....	35

3.2.15	Etterutdanning .....	35
3.2.16	Utredning om spesialistutdanningen av leger .....	35
3.2.17	Endring av helsepersonelloven § 53 – fjernet delegeringsmyndighet .....	35
3.3	Forskning .....	36
3.3.1	Prosjekt forskning .....	36
3.3.2	Kartleggingsundersøkelse og database .....	36
3.3.3	Kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse .....	36
3.3.4	Betydning av forskning synliggjøres ved popularisering .....	36
3.3.5	Egne sider for forskning under Legeforeningens webside .....	36
3.3.6	Internasjonal konferanse .....	36
3.4	Kvalitetsarbeid og fagutvikling .....	37
3.4.1	Diverse kurs, konferanser, seminarer .....	37
3.4.2	Konferanse for de fagmedisinske foreningene .....	37
3.4.3	Fagpublikasjoner .....	37
3.4.4	Norsk legemiddelhåndbok .....	37
3.4.5	Prosjekt Allmennlegetjenesten og psykisk helse .....	38
3.4.6	Gjennombruddsprosjektet Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose .....	38
3.4.7	Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) .....	39
3.5	Fond .....	39
3.5.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger .....	39
3.5.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning .....	39
3.5.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning .....	40
3.5.4	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus .....	40
3.5.5	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet .....	41
3.5.6	Allmennmedisinsk forskningsfond .....	41
<b>4</b>	<b>Forebyggende og helsefremmende arbeid .....</b>	<b>43</b>
4.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	43
4.1.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	43
4.1.2	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	43
4.1.3	Forebyggende virksomhet for å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse .....	44
4.1.4	Reduksjon av rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette .....	44
4.1.5	Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og ungdomsgruppen spesielt .....	44
4.1.6	Bedre helse for utsatte befolkningsgrupper .....	45
4.1.7	Mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena .....	45
4.1.8	Å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade .....	45
<b>5</b>	<b>Helsepolitikk .....</b>	<b>46</b>
5.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet .....	46
5.1.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	46
5.1.2	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	46
5.1.3	En god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov .....	46
5.1.4	Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten .....	47
5.1.5	Tydelig faglig premissleverandør .....	50
5.1.6	Utvikling av tjenestetilbud til rusmiddelbrukere .....	52
5.1.7	Utvirke at større andel av finansiering av helsevesenet går til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer .....	52
5.2	Statsbudsjettet .....	53

5.2.1	Spesialisthelsetjenester .....	53
5.2.2	Samhandlingsreformen.....	53
5.2.3	Forebyggende arbeid og allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen.....	54
5.3	Organisasjonskontakter.....	54
5.3.1	Stortingskomiteer.....	54
5.3.2	Departementer, direktorat, tilsyn.....	54
<b>6</b>	<b>Legeforeningens organisasjon .....</b>	<b>55</b>
6.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammene.....	55
6.1.1	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009 .....	55
6.1.2	Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011 .....	55
6.2	Hovedforeningen.....	55
6.2.1	Legeforeningens lover .....	55
6.2.2	Organisasjonsplan.....	56
6.2.3	Medlemsopplutning .....	56
6.2.4	Landsstyret.....	57
6.2.5	Sentralstyret .....	57
6.2.6	Lokalforeningene.....	58
6.2.7	Yrkesforeningene .....	58
6.2.8	Fagmedisinske foreninger .....	58
6.2.9	Norsk medisinstudentforening .....	58
6.2.10	Regionsutvalgene .....	58
6.2.11	Spesialforeningene .....	58
6.2.12	Råd og utvalg.....	59
6.2.13	Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger.....	63
6.2.14	Prosjekter/Annet .....	64
6.3	Sekretariatet.....	67
6.3.1	Organisasjonskart .....	67
6.3.2	Organisering og bemanning .....	67
6.3.3	Informasjonsvirksomhet.....	67
6.4	Forskningsinstituttet.....	69
6.4.1	Personale og finansiering .....	69
6.4.2	Aktiviteter .....	70
6.5	Tidsskrift for Den norske legeforening .....	70
6.5.1	Organisering og bemanning .....	70
6.5.2	Tidsskriftets papirutgave .....	70
6.5.3	Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider.....	70
6.5.4	Min side .....	71
6.6	Legenes hus.....	71
6.7	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).....	72
6.8	Soria Moria Hotell og konferansesenter.....	72
6.9	Deltakelse i andre organisasjoner .....	72
6.9.1	Akademikerne.....	72
6.9.2	Kommunal kompetanse (KK) .....	72
6.9.3	Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon .....	73
6.9.4	Fagutvalget Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) – Legeforeningen.....	73
6.9.5	Nasjonalforeningen for folkehelsen - landsstyret.....	73
6.9.6	Den Norske Kreftforenings representantskap.....	73
6.9.7	Statens helsepersonellnemnd .....	73
<b>7</b>	<b>Internasjonalt arbeid.....</b>	<b>74</b>
7.1	Generelt .....	74

7.2	Nordisk legeråd .....	74
7.3	Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS) .....	74
7.4	World Medical Association (WMA).....	74
7.5	Comité Permanent des Médecins Européen (CPME).....	74
7.6	Den Europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	75
7.7	Den europeiske allmennlegeforeningen – European Union of General Practitioners (UEMO)	75
7.8	European Forum of National Medical Association and World Health Organisation (EFMA/WHO) .....	75
7.9	Den europeiske overlegeforeningen – European Association of Senior Hospital Physicians (AEMH) .....	75
7.10	Permanent Working Group of European Junior Doctors (PWG).....	76
<b>8</b>	<b>Økonomi.....</b>	<b>77</b>
8.1	Legeforeningens økonomi .....	77
8.2	Økonomiske nøkkeltall .....	78
8.3	Styrke hovedforeningens egenkapital.....	78
	Oversendelsesvedtak landsstyret/sentralstyret .....	79

## Presidenten har ordet

Året 2009 har vært preget av høy aktivitet i Legeforeningen - i lokalforeninger, i fagmedisinske foreninger, i yrkesforeninger og i hovedforeningen. Vi har stor medlemsoppslutning, ca 26000, og størst oppslutning av Akademikerforeningene blant studentene, noe som lover godt for fremtiden. Vi er en dynamisk organisasjon som samler alle leger. Legeforeningen arbeider primært nasjonalt, men setter også viktige samfunnspolitiske spørsmål på den internasjonale dagsorden. Våre medlemmer Mads Gilbert og Erik Fosse bidro til å sette verdens søkelys mot en ellers kamouflert krig i et lukket land på Gaza stripen. Spørsmålet om helsepersonells betydning i krig og beskyttelse av helsearbeid i krig er viktige temaer. Legeforeningen ga i 2009 flere innspill i spørsmål av betydning både for menneskerettigheter og rammevilkår for legevirksomhet internasjonalt, gjennom samarbeid i internasjonale legeforeninger som CPME og WMA. Beslutninger som treffes i EU får direkte betydning for helsetjenesten i Norge. Vi må derfor ha en stemme inn gjennom legefelleskapet i Europa.

Helsetjenesten er i stadig utvikling. Våre mange lokale tillitsvalgte har gitt oss verdifull informasjon om hva som skjer i virksomhetene. Foreningen sentralt tar ansvaret for å følge med på de nasjonale styringsarenaene og bringe kunnskap fra helsetjenesten inn til beslutningstakere i forvaltningen og på Stortinget. Informasjon fra tillitsvalgte har i 2009 bidratt til flere initiativ politisk.

Problemer med å få gode rammevilkår for forskning, har intensivert arbeidet med å legge om systemet, og på den måten fjerne begrensninger i handlefriheten for fakultetsledelsen. Legeforeningen og fakultetene har en felles interesse i å styrke forskningsaktiviteten innenfor basalfagene. Legeforeningens politikk på dette området har blitt Akademikerne politikk, noe som ble tydelig i fjor gjennom flere innspill. Legeforeningen har gjennom akademikerfelleskapet styrket mulighetene for innflytelse.

På tross av Samhandlingsreformen har vi ikke fått et tilstrekkelig løft i finansieringen av allmenmedisinsk forskning. Det er det stort behov for.

Forskning er et av Legeforeningens seks satsningsområder, og omfatter forskning innen alle medisinske fagområder.

I 2009 vedtok Stortinget å fjerne ordningen der Legeforeningen har delegert myndighet for godkjenning av legespesialister. Helsemyndighetene og regjeringen ønsket ikke dialog om vedtaket. Men Stortinget har etter dialog med foreningen forutsatt at det må nedlegges grundig arbeid i nært samarbeid med Legeforeningen for gjennomgang av spesialistutdanningen. Legeforeningen legger vekt på å være en viktig bidragsyter i å sikre en solid spesialistutdanning av god kvalitet også for fremtiden.

Landsstyremøtet vedtok i 2009 at Legeforeningen skulle arbeide for faste stillinger for sykehusleger. Dette er også et av Legeforeningens satsningsområder. Legeforeningen har i flere år arbeidet med å identifisere utfordringene med den utstrakte bruken av midlertidige stillinger. I 2009 ble det utarbeidet alternative modeller for faste stillinger som samtidig sikrer nødvendig rotering. Det ble også arbeidet mot sentrale helsemyndigheter og arbeidsgiverforeningen Spekter. Arbeidet er i ferd med å gi resultater, i første omgang i form av forståelse i det politiske miljøet og i helsemyndighetene for behovet for omlegging. Vi forventer handling i 2010 og 2011 etter konkrete innspill fra Legeforeningen.

Våre foretakstillitsvalgte i sykehus har hatt et travelt år med mange utfordringer, med press på kapasiteten til pasientbehandling, pasientrettigheter, kvalitet og arbeidsvilkår. Situasjonen i sykehus er det tredje av Legeforeningens satsningsområder. Legeforeningen har overfor helsemyndighetene etterlyst en tydeligere sammenheng mellom oppgaver og tildelte ressurser.

I 2009 har vi fortsatt arbeidet med å følge opp arbeidsmiljøutfordringene i sykehusene, noe som også er dokumentert av Arbeidstilsynet og av Likestillingsombudet. Uklare ansettelsesforhold medfører mange enkelttvister og problemer for grupper av ansatte, for eksempel gravide, noe også likestillingsnemnda har konkludert med etter behandling av saker fra Legeforeningen.

Tillitsvalgte har håndtert store utfordringer knyttet til omstillinger og utvikling av virksomheter. Gjennom sammenslåingen av sykehusene i hovedstaden har vi nærmere 2500 medlemmer som opplever at arbeidsplassen brått er blitt endret og med usikkerhet om hva endringene fører til for pasientbehandling og egen behandlingsvirksomhet. Det samme opplever ansatte i Vestre Viken, som er sammenslåingen av flere sykehus i Buskerud og sykehuset i Asker og Bærum. Legeforeningen har påpekt overfor våre politiske myndigheter at det er uholdbart at omstillingene skjer uten ressurser til selve omstillingene. De skjer innenfor et kort tidsrom, er omfattende og kostbare. Kortsiktige kutt for å makte omstillingene, betyr stor risiko for pasientbehandlingen og for arbeidsmiljøet. Hovedforeningen støtter opp om de tillitsvalgtes arbeid. Organiseringen av støtte og opplæring av tillitsvalgte er det fjerde satsningsområdet for foreningen.

Året 2009 var også preget av en varslet pandemi. Legeforeningen varslet helsemyndighetene om

hvilke forberedelser som måtte igangsettes. Det var i juli. Vår plan ble tatt i bruk i oktober. En forskrift ble vedtatt for så å bli opphevet, noe som kunne vært unngått om departementet hadde fulgt råd fra de berørte høringsinstanser og organisasjoner. Vi bidro til at tilretteleggingen for at fastlegene kunne vaksinere og behandle, også utenom åpningstid, kom på plass. Fastlegene gjorde et omfattende arbeid – på kort varsel. Nok en gang fikk fastlegene vist hvilken effektiv og tilgjengelig helsetjeneste de er. Dette er viktig dokumentasjon i en tid der alle helseministre har sine prosjekter for endring av helsetjenesten.

Fastlegeordningen er det femte av Legeforeningens satsningsområder. Vi har i 2009 arbeidet for å synliggjøre de forhold som bidrar til at ordningen er en suksess, samtidig som vi har arbeidet med å definere utviklingstiltak for å ivareta nye behov. Fastlegene er ettertraktet til stadig flere oppgaver og det er et betydelig behov for rekruttering. Arbeid for opprettelse av Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) er forankret i Legeforeningens rapport fra i fjor – Tilgjengelighet – Trygghet – Tillit.

Legeforeningen satte i gang et arbeid for å vurdere finansieringssystemet for avtalespesialister og fastleger allerede før 2009. Kravet om respekt for "bunnlinjen", det vil si avtalte rammer for uttak av trygderefusjoner, skaper utfordringer ved aktivitetsøkning. De samme utfordringene må forventes fremover. Myndighetene legger betydelig vekt på stram økonomisk styring og kontroll. Legeforeningen har mye kunnskap om effekten av aktivitetsbasert finansiering for kapasitet og tilgang til behandling og arbeider med ulike modeller.

I samhandlingsreformen er det lagt frem tiltak for styrket kommunehelsetjeneste og styring av fastleger. Legeforeningen støttet hovedintensjonen med reformen. Men ga i 2009 en rekke innspill for å kunne gi reformen et innhold som bygget videre på det som fungerer godt i dag. Det kan stilles spørsmål ved om de foreslåtte virkemidlene var riktige i forhold til intensjonen. Eventuelle endringer i finansieringsmodellen er utsatt og det videre arbeidet vil skje i forbindelse med statsbudsjettet, lovendringsforslag og Nasjonal helseplan.

Legeforeningen er part i en rekke sentrale avtaler som danner rammer for yrkesutøvelsen som næringsdrivende eller ansatte leger. Disse forhandles årlig. Legeforeningen sitter i styret i Akademikerne og i alle utvalg for å ivareta forhandlinger på hovedsammenslutningsnivå. I 2009 var det et mellomoppgjør for ansatte leger, men med tjenestepensjon som et vanskelig tema og uten at alle spørsmål ble løst. I årsmeldingen er de ulike forhandlingsområder omtalt.

Nordland legeforening arrangerte Legeforeningens landsstyremøte på en meget vellykket måte i 2009. Temaet for den helsepolitiske debatten var utfordringer i helsetjenesten, og vi fikk besøk av flere sentrale politikere fra regjering og storting.

Årsmeldingen beskriver noe av den høye aktiviteten i foreningen og en imponerende arbeidsinnsats fra våre tillitsvalgte, medlemmer, sekretariatet og Tidskriftet. Det er dere som setter foreningen i stand til å inneha en sentral posisjon i utviklingen av den norske helsetjenesten. Tusen takk for innsatsen!



Torunn Janbu

# 1 Etikk

*Legeforeningens formål er å arbeide for høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer, jf Legeforeningens lover § 1-1, nr 2*

## 1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammene

### 1.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009

*Legeforeningen vil arbeide for*

- *bedre synliggjøring av foreningens arbeid med etiske problemstillinger*
- *å øke legers bevissthet om de etiske sidene ved rollen som behandler og ved andre roller leger har*
- *at legers samhandling med legemiddel- og utstyersindustrien foregår på en åpen og tillitvekkende måte*

### 1.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011

*Legeforeningen vil:*

*Fremme god etikk i yrkesutøvelsen (delmål)*

*Etikk er en grunnleggende del av legegjerningen og utfordres i moderne helsetjeneste. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og lovgivning. Legeforeningen vil bidra til å øke legers bevissthet om de etiske sidene ved legers virksomhet og de krav det internasjonale og nasjonale samfunnet stiller til yrkesutøvelse og behandling av pasienter og pårørende.*

### 1.1.3 Styrke etikkundervisningen i grunn-, videre- og etterutdanningen

Det er innført en tre timers bolk med etikkundervisning i det obligatoriske kurset i administrasjon og ledelse.

Det er utarbeidet et nettbasert kurs i etikk basert på kasuistikker og korte videofilmer som utgangspunkt for refleksjon over etiske dilemmaer. Kurset ble ferdigstilt høsten 2009 og presentert i februar 2010. Kurset er godkjent med 18 timer for alle spesialiteter. Kurset er tilgjengelig på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

### 1.1.4 Arbeide for at legers samhandling med legemiddel- og utstyersindustrien foregår på en åpen og tillitvekkende måte

Etter at Legeforeningen i 2000 og 2006 inngikk avtaler med hhv. Legemiddelindustriforeningen (LMI) og Leverandørforeningen for helsesektoren (LFH), har det vært løpende kontakt mellom Legeforeningen og de to foreningene, og avklaring av enkelttilfeller når det gjelder arrangementer og industriens deltakelse.

Landsstyret 2008 vedtok: *Den enkelte fagmedisinske forening gis tillatelse til at det arrangeres utstillinger av medisinsk teknisk utstyr i tilknytning til ett av sine årlige møter som også gir tellende kurstimer (årsmøte, generalforsamling, vår-/høstmøte m.v.). Andre organisasjonsledd kan søke sentralstyret særskilt om tillatelse etter samme kriterier.*

*Forutsetning er at kursarrangement og utstilling er separate arrangementer uten økonomisk forbindelse mellom kursarrangør og utstilling, det vil si at utstiller-arrangementet ikke gir noen inntekt til kursarrangøren. Utstillingene plasseres slik at kursdeltakere ikke nødvendigvis må forholde seg til utstillingene. Det forutsettes at alle slike arrangementer blir innrapportert til sekretariatet slik at ordningen kan evalueres.*

Ordningen evalueres til landsstyret 2010.

## 1.2 Rådet for legeetikk

For perioden 1.1. 2006 – 31.12. 2009 har Rådet for legeetikk hatt slik sammensetning, etter valg på landsstyremøtet i Bergen 25. – 28.5. 2005:

Professor, dr. med. Trond Markestad, leder	-	spesialist i barnesykdommer
Professor dr. med. Ragnar Hotvedt, nestleder	-	spesialist i anesthesiologi
Prakt. spesialist, dr. med. Karsten Hytten	-	spesialist i psykiatri
Overlege Turid Aas	-	spesialist i generell kirurgi/bryst- og



Fastlege/kommunelege Anne Mathilde Hanstad	-	endokrinkirurgi spesialist i allmenntmedisin
Varamedlem:		
Overlege dr. med. Kristin Bjørnland	-	spesialist i generell kirurgi/barnekirurgi

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er rådets sekretær.

På landsstyremøtet i Bodø i 2009 ble det valgt nye medlemmer av rådet for perioden 1.1. 2010 - 31.12. 2013:

Trond Markestad, leder  
Karsten Hytten, nestleder  
Ellen Økland Blinkenberg  
Anne Mathilde Hanstad  
Gunnar Skipenes

Varamedlemmer:  
Kristin Offerdal  
Ole F. Nordheim

Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og behandlet 103 saker.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og generalsekretær, representert Legeforeningen i World Medical Association.

Annethvert år samles rådene for etikk i de nordiske lands legeforeninger til seminar om ulike etiske problemstillinger. Årets seminar ble arrangert av Lægeforeningen i Danmark i tidsrommet 2.9. - 4.9. 2009 i Lyngby utenfor København. Av temaer som ble behandlet var: påvirkning av lege/pasientrollen ved kulturelle og religiøse forskjeller, ufødte barns rettigheter (fosterdiagnostikk), kvalitet i helsetjenesten og leger i væpnede konflikter.

Rådets leder har deltatt i arbeidet med produksjon av internettbasert undervisningsprogram i etikk i regi av Legeforeningen som ble presentert i januar 2010.

Rådets leder har deltatt i utarbeidingen av "Nasjonal veileder for beslutningsprosesser for begrenning av livsforlengende behandling hos alvorlig syke og døende". Veilederen er utgitt av Helsedirektoratet, men er utarbeidet av en bredt sammensatt gruppe etter initiativ av Legeforeningen. Seksjon for medisinsk etikk, UiO, har fungert som sekretariat. Rådets leder har ledet Legeforeningens funksjon.

Rådets leder har holdt foredrag om medisinsk etikk ved mange faglige møter. Rådets leder har deltatt i flere debatter på TV og i radio, og blitt intervjuet en rekke ganger i media om aktuelle saker.

Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk er lagt ut på temaside om etikk på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no).

Rådet, enkeltmedlemmer i rådet og sekretariatet har bidratt med rådgivning i konkrete saker utenom de som er inntatt i rådets årsberetning.

Rådets årsberetning for 2009 er lagt ut på [www.legeforeningen.no/etikk](http://www.legeforeningen.no/etikk).

### 1.3 Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Ut fra sakene som har vært behandlet i 2009, vil Rådet for legeetikk peke på noen viktige prinsipielle trekk: Leger benyttes i mange sammenhenger, og rådet ser at leger av og til ikke er tilstrekkelig bevisste og etterrettelige når de opptrer i andre *roller* enn i et ordinært lege-pasient-forhold. Dette gjelder særlig når legen opptrer som sakkyndig og i forhold til legeerklæringer. *Taushetsplikten* utfordres fra mange hold og skaper nye utfordringer for leger. Et siste trekk er at markedsføringen av legetjenester er blitt mer aggressiv, ikke minst fordi store private helseforetak styrer annonseringen, og at den offentlige debatten mellom leger er blitt mer åpen, kanskje også delvis på grunn av konkurranse mellom helseinstitusjoner. Disse trekkene kan ses fra flere av sakene.

#### *Forståelse av legerollen*

Mange av sakene gjelder klage på leger fra pasienter og forskjellige instanser der konflikten i utgangspunktet skyldes mangelfull avklaring av den rollen legen har i den gitte situasjonen. Typisk gjelder dette når leger opptrer som medisinsk sakkyndig. Blant sakene i rådets årsberetning gjelder dette sak 1.2.2

der rådet mener at en bedriftslege ikke har opptrådt tilstrekkelig objektivt i en arbeidsmiljøsak, sak 1.2.3 der en lege har sørget for tvangsinnleggelse uten å ha foretatt tilstrekkelig undersøkelse av pasienten, sak 1.2.4 der klage fra en pasient på en legekonsultasjon kanskje kunne ha vært unngått dersom legen hadde vært tydeligere på hva hans rolle var som sakkyndig, sak 4.1.4 der en lege bare på bakgrunn av annenhånds opplysninger har uttalt seg om en persons personlighet, troverdighet og egnethet for å ha ansvar for barn og sak 4.1.5 der en lege har utstedt en legeerklæring på mangelfullt grunnlag og med tvilsom habilitet.

### ***Legers taushetsplikt***

Leger er ofte usikre på hvor grensen for deres taushetsplikt går, og føler også et press om å gi opplysninger til mange instanser. Blant sakene nedenfor har rådet behandlet pårørendes rett til innsyn i avdødes legejournal (sak 1.1.1), opplysninger om prediktive og presymptomatiske gentester ved tegning av helseforsikring (sak 1.1.2), bedriftsleges taushetsplikt i forhold til arbeidsgiver (sak 1.1.7) og utlevering av pasientopplysninger til NAV og forsikringsselskap (1.1.8). Ethiske regler for leger sier at "Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte". Som eksemplene viser, kan tolkingen være vanskelig i forhold til hva som er i pasientens interesse.

### ***Markedsføring og debatt mellom leger***

Ethiske regler for leger stiller strenge krav til nøkternhet og objektivitet ved annonsering av legetjenester. De siste årene har rådet sett at markedsføringen har blitt mer aggressiv og til dels i strid med Ethiske regler, kap III. Tre saker i 2009 (sak 3.1.1 – 3.1.3) illustrerer dette. Rådet har også fått klager fra kolleger over legers uttalelser i media i det de har hevdet at oppslagene har vært usaklige og egnet til å svekke tilliten til helsevesenet. Ethiske regler for leger har krav om at offentlig debatt mellom leger skal være saklig. Rådet vil ikke behandle saker som gjelder medisinskfaglig uenighet – det er ikke innenfor rådets mandat. Ytringsfriheten er viktig, og rådet mener at det er viktig at legene deltar, både i den offentlige helsepolitiske debatten og i samfunnsdebatten forøvrig. Rådet vil generelt ikke gi medhold i klager der det er naturlig å imøtegå det man er uenig i med motinnlegg. Sakene 1.1.3 og 2.2.1 illustrerer rådets syn. Derimot har rådet tidligere uttalt kritikk til leger for uttalelser som det ikke er mulig å imøtegå på grunn av taushetsplikt.

## **1.4 Ethiske regler for leger og reglement for Rådet for legeetikk**

Ethiske regler for leger og reglement for Rådet for legeetikk gir rammene for rådets virksomhet. Klager rettet mot leger vurderes i forhold til etiske regler, og reglementet for Rådet for legeetikk regulerer erådets virksomhet. Ethiske regler for leger ble sist endret i 2002. Nytt reglement for Rådet for legeetikk ble sist endret i 2008.

Regelverket er lagt ut på temaside om etikk på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no)

## 2        **Inntekts- og arbeidsforhold**

*Legeforeningens formål er å samle alle leger og medisinstudenter for å fremme kollegiale og felles faglige, sosiale og økonomiske interesser, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr. 2*

*Legeforeningens formål er å verne om medlemmenes psykiske og fysiske helse, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr. 3*

### **2.1        Prinsipp- og arbeidsprogrammene**

#### **2.1.1      Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009**

*Legeforeningen vil arbeide for*

- *å videreutvikle avtale- og lønnsystemer som belønner og ivaretar kompetanse, ansvar, innsats og ledelse*
- *reell likestilling mellom kjønnene med hensyn til lønns- og arbeidsvilkår*
- *å gjøre lønnsvilkårene i offentlig og forebyggende helsearbeid, forskning og undervisning konkurransedyktig med lønnsvilkårene i klinisk virksomhet*
- *riktig balanse mellom sentral og lokal regulering av legers lønns- og arbeidsvilkår*
- *arbeidstidsordninger som ivaretar krav til forsvarlighet, pasientsikkerhet og legers helse*
- *sikre bedre rammevilkår for legevakt*
- *kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger*
- *å motvirke represalier mot varslere og mobbing av tillitsvalgte*
- *en aktiv seniorpolitikk for leger*
- *å stimulere til å få leger inn i ledelse på alle nivåer*
- *å videreutvikle pensjonsordningene, spesielt for næringsdrivende leger*
- *at leger som driver praksis i privat næringsvirksomhet sikres akseptable økonomiske rammebetingelser*

#### **2.1.2      Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011**

*Legeforeningen vil:*

##### **Rekruttering til legeyrket (delmål)**

*Legeforeningen vil arbeide for at legeyrket fortsetter å være et attraktivt yrkesvalg gjennom valgmuligheter, faglige utviklingsmuligheter og arbeidsbetingelser. Det må arbeides mot å oppnå en bedre kjønnsbalanse innenfor spesialitetene.*

##### **Rammer for medisinsk yrkesutøvelse (delmål)**

*Helsetjenestens rammer gjennom organisering, finansiering og rettslige forhold, må gi grunnlag for et mangfold i tjenestetilbud, offentlig og privat. Legeforeningen vil arbeide for at legene har et attraktivt og differensiert arbeidsmarked både innenfor offentlig og privat sektor som gir muligheter for god medisinsk praksis og pasienttilfredshet. Legeforeningen legger vekt på at finansieringssystemet skal gi grunnlag for langsiktig planlegging ved organiseringen av helsetjenesten.*

##### **Godt arbeidsmiljø (delmål)**

*Legeforeningen vil arbeide for et godt arbeidsmiljø og arbeidstidsordninger som ivaretar krav til god fagutøvelse, forsvarlighet, pasientsikkerhet og legers helse.*

##### **Gode og konkurransedyktige arbeidsvilkår (delmål)**

*Den medisinske utviklingen fører til at helsepersonellens kompetanse forvitrer stadig raskere. Det er derfor behov for å stadig fornye egen kompetanse. Legeforeningen vil arbeide for avtale- og lønnsystemer som belønner og ivaretar kompetanse, ansvar, innsats, forskning, undervisning og ledelse. Riktig balanse mellom sentral og lokal regulering av legers lønns- og arbeidsvilkår.*

### ***Utvikling av tillitsvalgte (delmål)***

*Leger og tillitsvalgte skal ha stor innflytelse ved utvikling av helsetjenesten. Legeforeningen vil bidra med opplæring av tillitsvalgte og ved utvikling av tillitsvalgtapparatet.*

### ***God og målrettet service og rådgivning (delmål)***

*Legeforeningen vil øke oppmerksomheten mot tillitsvalgte og enkeltmedlemmer ved å yte god og målrettet rådgivning og ved å utvikle nye medlemstilbud.*

### **Satsingsområder 2009-2011:**

- *Arbeide for faste stillinger for alle leger i utdanning ved sykehusene, herunder videreutvikling av stillingsstrukturen for å sikre ønskede utdanningsforløp*
- *Arbeide for arbeidstidsordninger som ivaretar kravene til faglig yrkesutøvelse og muligheter for ivaretagelse av gode sosiale og familiære forhold*
- *Styrke legenes innflytelse i omstillingsarbeid*
- *Utvikling av utdanningsordninger og finansieringsordninger i privat praksis*
- *Arbeide for at arbeidsgiver tar større økonomisk ansvar for faglig oppdatering og etterutdanning*

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

Dette omfatter medlemmer i det statlige tariffområdet som i hovedsak er ansatt ved universitetene, helseilsynet lokalt og sentralt, samt leger i statsforvaltningen forøvrig, for eksempel overleger, bedriftsleger m.v. Dette er fulgt opp gjennom fokus på sentral heving av minstelønnsnivå og lønsspenn, og ved at Legeforeningen også i 2009 arbeidet på ulike arenaer for å oppnå reelle og frie lokale forhandlinger.

"Prosjekt forskning" ble igangsatt i 2008 og første del av prosjektet ble gjennomført i form av arbeid i tre undergrupper hvorav den ene behandlet tematikken rundt forbedrede lønns- og arbeidsvilkår for forskere. Gruppens arbeid resulterte i rapporten "Rammevilkår for medisinsk forskning", som ble lagt frem for Landsstyret i mai 2009, der man beskrev ulike utfordringer på området, og mulige strategier for Legeforeningens videre arbeid med å forbedre lønns- og arbeidsvilkårene for medisinske forskere. Strategiene vil bli videreutviklet og arbeidet fulgt opp i 2010 i forbindelse med hovedoppgjørene.

### **2.1.4 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. En betydelig del av rådgivningsarbeidet rettes mot privatpraktiserende leger. Også i 2009 ble det rettet krav om tariffavtaler for ansatte på private legekontor en rekke steder. I flere saker ble det ytt betydelig bistand til lokale forhandlinger med arbeidstakerorganisasjoner. Det mottas et betydelig og økende antall enkelthenvendelser fra leger som ønsker bistand i forbindelse med ulike juridiske problemstillinger knyttet til hjelpepersonell, slik som oppsigelse av hjelpepersonell, sammenslåing av praksiser, oppløsning av praksiser m.v.

Sentralstyret hadde i 2007 etablert et prosjekt som skulle vurdere nærmere hvilke typer tjenester de privatpraktiserende legene kunne forvente å få fra Legeforeningen innenfor dagens kontingent. Gruppen bestod av representanter fra Allmennlegeforeningen, Praktiserende Spesialisters Landsforening og Overlegeforeningen. Prosjektet vurderte de ulike aktuelle rettsområder mht. bistandsnivå. Prosjektrapporten ble avlevert i 2008, og hovedkonklusjonen var at de rettsområder som i dag prioriteres, fortsatt skal prioriteres. Prosjektgruppen drøftet også spørsmål mht. organisering av legene som arbeidsgivere, og de særskilte juridiske spørsmål som følger av dette. Konklusjonen var at det ikke skal etableres en arbeidsgiverorganisasjon, men det skal utredes hva en slik etablering vil innebære rent praktisk og formelt. Dette prosjektet ble avsluttet i 2008, etter behandling i sentralstyret.

Arbeidet ble utviklet videre i 2009, som følge av beslutninger i sentralstyret mht. oppfølging av prosjektet. Dette arbeidet vil munne ut i en rapport som skal omhandle utredning av ressursbruk til privatpraktiserende leger, spørsmål om tilleggskontingent, spørsmål om bruk av egenandeler samt utredning av ulike sider ved en eventuell senere etablering av en arbeidsgiverorganisasjon. Ifm oppfølgingen av prosjektet er også ansatte leger inkludert for såvidt gjelder innføringen av egenandeler. Rapport er planlagt avlevert til sentralstyret i 2010.

## **2.2 Forhandlingsorganisasjonen**

### **2.2.1 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger**

Presidenten leder forhandlingsutvalgene i alle tariffområder. Øvrige representanter til forhandlingsutvalgene oppnevnes i henhold til retningslinjer om sammensetning i forhandlingsreglementet, samt yrkesforeningenes forslag.

Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis Spekter, KS/Oslo kommune, Stat og HSH. Forhandlingsutvalgene har sammenfallende funksjonsperiode med sentralstyret, og samtlige utvalg ble formelt oppnevnt på nytt for en periode på to år fra 1.9. 2009.

Forhandlingsutvalget for Spekter frem til 1.9. 2009 besto av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Hege Gjessing, Ylf, Espen Møller-Hansen, Ylf og Trond Egil Hansen, Af. Fra 1.9. 2009 besto utvalget av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Jon Helle, Of, Hege Gjessing, Ylf, Johan Georg Røstad Torgersen, Ylf og Trond Egil Hansen, Af.

Forhandlingsutvalget for HSH frem til 1.9. 2009 besto av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of, Kyrre Kittang Reiakvam, Ylf. Fra 1.9. 2009 besto utvalget av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of og Arild Hagesveen, Ylf.

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune frem til 1.9. 2009 besto av: President Torunn Janbu, leder, Ole Edvard Strand, Af, Ole Johan Bakke, LSA, Arne Refsum Of, Anders Nordby, Ylf. Fra oktober 2008 Hege Gjessing. I tillegg har Svein Aarseth og Henning Mørland møtt som observatører fra Oslo legeförening. Fra 1.9. 2009 besto utvalget av: President Torunn Janbu, Ståle Onsgård Sagabråten, Af, Ole Johan Bakke, LSA, Arne Refsum, Of, Hege Gjessing, Ylf. I tillegg har Siri Schøyen Seterelv observatørstatus for Oslo legeförening.

Forhandlingsutvalget i Stat frem til 1.9. 2009 besto av: President Torunn Janbu, Amund Gulsvik, LVS, Arne Refsum, Of, Ernst Horgen, LSA, Hege Gjessing, Ylf. Jan Fuglesang var tidligere Legeföreningens representant i Akademikerne Stat og har møtt som observatør. Fra 1.9. 2009 besto utvalget av: President Torunn Janbu, Amund Gulsvik, LVS, Arne Refsum, Of, Ernst Horgen, LSA og Hege Gjessing, Ylf.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring deltar i tillegg til forhandlingskoordinator for de enkelte områdene. Koordinator for de ulike områdene er Hanne Gillebo-Blom (Spekter), Jon Whist (KS/Oslo kommune/Stat), Trond Teisberg (HSH), Lars Duvaland (Tariffutvalget). Andre ansatte i 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 dagsordenen.

Forhandlingsutvalgene har jevnlig møter knyttet til gangen i forhandlingsforløpene.

### **2.2.2 Tariffutvalget for privat praksis**

Tariffutvalget besto fram til 1.9. 2009 av president Torunn Janbu (leder), Jan Emil Kristoffersen (Af), Kari Sollien (Af), Tone Dorthe Sletten (Af), Synnøve Bratlie, (PSL), Ove Andreas Mortensen (PSL), Ernst Kaare Horgen (LSA), Arne Refsum (Of) og Hege Gjessing (Ylf).

Nytt tariffutvalg ble oppnevnt fra 21.9. 2009. Med virkning fra 1.10. 2009 består det nye utvalget av Torunn Janbu (leder), Trond Egil Hansen (Af), Kari Sollien (Af), Bjørn Nordang (Af), Synnøve Bratlie, (PSL), Ove Andreas Mortensen (PSL), Ernst Kaare Horgen (LSA), Arne Refsum, (Of), og Hege Gjessing, (Ylf).

Sekretariatet deltar med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Lars Duvaland, forhandlingsøkonom Pål Alm-Kruse og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. I 2009 ble det avholdt en rekke møter i tariffutvalget. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

### **2.2.3 Representasjon i Akademikernes organer**

President Torunn Janbu var i 2009 nestleder i Akademikerne Helse. Legeföreningen har i 2009 i tillegg vært representert ved Arne L. Refsum og Hege Gjessing. Sekretariatet er representert ved Anne Kjersti Befring og Hanne Gillebo-Blom. Andre ansatte i forhandlings- og helserettsavdelingen har deltatt i utvalgsmøtene ved behov. Sentralstyret har tidligere oppnevnt følgende medlemmer og varamedlemmer fra Legeföreningen i Akademikerne Helse for Akademikernes rådsperiode 2008-2010: Hege Gjessing, Ylf og Arne Laudal Refsum, Of. (medlemmer). Varamedlemmer: Anne Kjersti Befring, Bjørn Ove Kvavik og Hanne Gillebo-Blom.

Jon Ole Whist, sekretariatet, er Legeföreningens medlem i Akademikerne Stat med Anne-Sofie Daleng, sekretariatet, som vara.

Jon Ole Whist, sekretariatet, er Legeforeningens medlem i Akademikerne Kommune med Lars Duvaland, sekretariatet, som vara.

Lars Duvaland fra sekretariatet er Legeforeningens medlem og nestleder i Akademikerne Næringsdrivende. Kari Sollien, Af, er vara.

Frode Solberg fra sekretariatet er Legeforeningens medlem i Akademikerne Privat. Kristian Vetlesen, Namf, er vara.

## **2.2.4 Revisjon av Legeforeningens forhandlingsregler**

Legeforeningens lover har bestemmelser om de ulike organisasjonsleddenes ansvar knyttet til Legeforeningens forhandlingsvirksomhet. Disse bestemmelsene er ytterligere utdypet i Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet, vedtatt i 1994, sist revidert i 2004. Etter 2004 har det vært endringer av navn, både på hovedforening og flere yrkesforeninger, og det har skjedd endringer innenfor ulike overenskomstområder der Legeforeningen har interesser. Sekretariatet startet derfor prosessen med revisjon av reglementet i 2009. Utkast til reviderte forhandlingsregler ble behandlet av sentralstyret i november 2009, og sendt på høring til berørte organisasjonsledd med høringsfrist 1.3. 2010.

## **2.3 Generelt om inntekt og arbeidsvilkår**

### **2.3.1 Medlemsbrev, Forhandlingsnytt og Legeforeningen nettsider**

Medlemmer og tillitsvalgte er holdt løpende orientert i medlemsbrev, nyhetsbrev og på nettsidene til Legeforeningen. Nettsiden "Forhandlingsnytt" benyttes aktivt under forhandlingsperiodene for de ulike områder.

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

### **2.4.1 Spekter**

Tariffområdet Spekter, område 10 omfatter Legeforeningens medlemmer i helseforetakene. De fire RHFene er medlemmer av og formelle oppdragsgivere til arbeidsgiverforeningen Spekter. Område 10 skiller seg fra øvrige områder (1-9) ved at det i stor grad er underlagt nasjonale interesser og styring.

Tariffområdet Spekter, område 4 omfatter Lovisenberg Diakonale sykehus. Sykehuset meldte seg inn i Spekter og ut av HSH med virkning fra 1.1. 2008.

### ***Mellomoppgjøret 2009***

Forberedelsene til hovedoppgjøret per 1.5. 2009 startet like over nyttår 2009 med møter i forhandlingsutvalget for Spekter og utarbeiding av krav og møter i Akademikerne Helse. Forhandlingene baserte seg på avtale om forhandlingssystem som var fremforhandlet i forbindelse med hovedavtalerrevisjonen i desember 2007. Avtalen kommer direkte til anvendelse for område 10, men partene var enige om å følge samme forløp for område 4.

Forhandlingene i område 10 og 4 startet 16.4. 2009 med innledende sentrale forhandlinger. Akademikerne/Legeforeningen og Spekter var enige om å utsette videre forhandlinger til det var kommet avklaring av mekling i KS og Staten. Det vanskelige temaet om pensjon gjorde at det var forventet at partene ikke ville komme til enighet uten mekling. Se informasjon under punktene 2.4.2 og 2.4.3 om forhandlingene i KS og Staten.

Forhandlingene om Legeforeningens forbundsvise avtaledel – A2 – i hhv område 10 og område 4 fant sted mandag 8.6. 2009, og ble avsluttet med enighet natt til tirsdag 9.6. 2009. Det ble ført parallelle forhandlinger for område 4 og område 10.

Utfordringene i forhandlingene var blant annet rammen for lønnsoppgjøret og forholdet mellom lokale og sentrale forhandlinger.

De lokale parter hadde deretter to uker på å gjennomføre B-dels forhandlingene. Mange av de lokale forhandlingene ble gjennomført med bistand fra sentrale parter, både per telefon og med personlig oppmøte. Ved de avsluttende sentrale forhandlingene forelå det fire uenighetsprotokoller hvor Legeforeningen var part: Oslo universitetssykehus HF Aker, Helse Førde HF, St Olavs hospital HF og Sykehuset Telemark HF. I tillegg forelå det en uenighetsprotokoll fra Nordlandssykehuset HF, hvor Tekna, Siviløkonomene og Samfunnsøkonomene var part.

Alle uenighetene ble løst av de sentrale parter Spekter og Akademikerne, og sløyfen ble lukket. Lukking av sløyfen og inngåelse av den nye overenskomsten skjedde 25.6. 2009.

Resultatene lå for Legeforeningen på gjennomsnittlig 4,3 % for leger i spesialisering, turnusleger og studenter, og gjennomsnittlig 4,4 % for overlegene.

## **2.4.2 Staten**

Legeforeningens medlemmer i staten er i hovedsak ansatt ved universitetene, helsetilsynet lokalt og sentralt, Arbeids- og velferdsetaten (NAV), Forsvaret, samt i statsforvaltningen for øvrig. Mange har mindre deltidsstillinger.

### ***Sentralt mellomoppgjør – forhandling om tjenstepensjonsordning***

Mellomoppgjøret for 2009 skilte seg fra tidligere oppgjør, i det at økonomien spilte en svært underordnet rolle. Resultatet ble, etter mekling, et kronetillegg på 2 400 kroner fra lønnstrinn 1-45, et prosenttillegg på 0,68 % fra lønnstrinn 46-80 og et kronebeløp på 4 800 kroner fra lønnstrinn 81-95. Inkludert et høyt overheng fra 2008 utgjorde det en ramme på oppgjøret på rundt 4,4 %. Det ble ikke avsatt midlert til lokale forhandlinger, men det ble åpnet for muligheten hvis arbeidsgiver lokalt fant midler. Legeforeningen har ikke fått tilbakemelding om medlemmer som hadde lokale forhandlinger i staten i 2009.

Oppgjøret for øvrig dreide seg om offentlig tjenstepensjon, og forhandlinger om tilpasning av eksisterende ordninger til ny folketrygd. Legeforeningen ble representert gjennom Akademikerne. I hele forhandlingsløpet sto Akademikerne sammen med Unio, YS og LO, og de fire hovedsammenslutningene leverte felles krav til forhandlingsmotparten, som formelt sett skulle vært Fornyings- og administrasjonsdepartementet (FAD), men som reelt sett var Arbeids- og inkluderingsdepartementet (AID). Da pensjonsordningene i staten og kommunesektoren er tilnærmet identiske, ble forhandlingene ført parallellt for stat, KS og Oslo kommune.

Resultatet etter brudd og mekling ble at "dagens regler for offentlig tjenstepensjon (bruttoordningen) og AFP i offentlig sektor videreføres med nødvendige tilpasninger til innføring av fleksibel alderspensjon i folketrygen fra 2011 og med de tilpasninger som følger av Stortingets vedtak fra mai 2005". Det har opp mot jul 2009 vist seg at partene tolker dette resultatet noe ulikt, hvilket betyr at det vil komme nye runder. Foreløpig har Akademikerne, Unio, YS og LO fortsatt holdt sammen.

### ***Særavtaler***

Legeforeningens særavtale med Arbeids- og velferdsdirektoratet om arbeidsvilkår for leger i Arbeids- og velferdsetaten (NAV) utløp 30.4. 2009 og ble reforhandlet for perioden 1.5. 2009-30.4. 2011. Særavtalen ble for alle praktiske formål videreført, likevel med justerte satser for praksiskompensasjon, og noen språklige oppstramminger som ikke innebærer materielle endringer i avtalen.

Særavtalen for Forsvarets internasjonale operasjoner utløp 31.12. 2009. Forhandlingene ble berammet til januar/februar 2010, og sekretariatet startet derfor arbeidet med kravutforming høsten 2009.

Med bakgrunn i sentralstyrets fullmakt til presidenten, om sammen med forhandlingsutvalget å uteske mulighetene for ytterligere særavtaler innen det statlige tariffområdet, ble det høsten 2009 tatt kontakt med Helfo og med UiB. Møtet med Helfo var positivt, men det synes lite hensiktsmessige å kreve særavtale på nåværende tidspunkt. I forhold til UiB har det blitt opprettet kontakt, men skifte av dekanat har medført at initielle møter er utsatt til januar 2010.

## **2.4.3 KS**

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

### ***Mellomoppgjør 2009 - pensjonsforhandlinger***

Legeforeningens medlemmer har ingen økonomisk interesse i de sentrale økonomiske forhandlingene i KS-sektoren, men resultatet er likevel et naturlig sammenlikningsgrunnlag for de lokale forhandlingene som skal finne sted innen 1. oktober hvert år. Nøkkeltallene for de sentrale forhandlingene i KS-området viste en økonomisk ramme på ca. 4,7 %, inklusive overheng fra 2008 og nivåheving på dato (1.5. 2009), 3,36 %, som ble avtalt i 2008-oppgjøret.

Oppgjøret for øvrig dreide seg om offentlig tjenstepensjon. Se andre og tredje avsnitt under pkt. 2.4.2.

### ***Lokale forhandlinger – Hovedtariffavtalens kap 3 og 5***

For Legeforeningens medlemmer skjer lønnsdannelsen i kommunene i all hovedsak lokalt med hjemmel i hovedtariffavtalen kap 3 og 5. Unntaket er turnuslegene som har sin lønnsdannelse i særavtale SFS 2305, og som derfor ikke hadde lønnsutvikling i 2009. Opplæring/kursing av tillitsvalgte til lokalt

forhandlingsarbeid skjedde i Akademikerne Kommunes regi, på drøyt 20 ulike steder over hele landet.

Informasjon om opplæringen ble gitt til Legeforeningens tillitsvalgte på nett og gjennom tillitsvalgtbrev. Sekretariatet sendte i forkant av forhandlingene ut informasjon om forventet lønnsvekst for kapittel 5, og gav tett oppfølging til tillitsvalgte per telefon. De tillitsvalgte ble bedt om å rapportere forhandlingsresultatet inn til sekretariatet. Ved årsskiftet var det rapportert fra drøyt 40 kommuner, altså kun en tiendedel.

#### **2.4.4 Oslo kommune**

Legeforeningens medlemmer ansatt i Oslo er nå i hovedsak sykehjemsoverleger, bydelsoverleger, ansatte ved rusmiddelstaten, ansatte i Helse- og velferdsetaten og ansatte ved Oslo legevakt.

##### ***Mellomoppgjør 2009 - Pensjonsforhandlinger***

Av en økonomisk ramme på om lag 5,5 % i 2009-oppgjøret utgjorde den disponible økonomiske rammen i Oslo kommunes tariffområde en kostnad om lag 2 % på årsbasis eller 3 % nivåheving på dato (1.mai 2009) for de som omfattes av sentrale lønnforhandlinger. Dette ble disponert med en økning på 1,95 % på lønnstabellen, likevel minst kr 6 000,- på hvert trinn.

Oppgjøret for øvrig dreide seg om offentlig tjenestepensjon. Se andre og tredje avsnitt under pkt. 2.4.2.

#### **2.4.5 Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon – HSH-HUK (Helse, utdanning og kultur)**

##### ***Revisjon av særavtalene***

I HSH-området ble det gjennomført hovedrevisjon av sentral og lokale særavtaler i 2009. De sentrale forhandlingene ble gjennomført i perioden 26.1. til 10.2. 2009. Hovedrevisjon av særavtalen omfatter både lønnsreguleringer og nødvendig oppdatering av andre bestemmelser, herunder arbeidstid. HSH og Legeforeningen var enige om at det lokale handlingsrom avtalestrukturen gir har fungert godt, og at det er ønskelig å arbeide videre langs disse linjer. I HSH-sykehusene viser erfaringen at lokale forhandlinger fungerer som et egnet virkemiddel for utvikling av arbeidsvilkår og sykehusenes virksomhet. Begge parter var derfor opptatt av at den sentrale avtalen først og fremst skal gi gode rammevilkår for de lokale prosesser. Legeforeningen la også vekt på at den sentrale særavtalen må inneholde bestemmelser som sikrer og legger føringer for hvordan arbeidsmiljø og sosiale rettigheter skal ivaretas.

Legeforeningens krav var i tråd med prinsippet om at lønnsdannelsen innen HSH-HUK i all hovedsak skal skje lokalt. Økonomien i den sentrale særavtalen skal danne grunnlag for et minimumsnivå, mens den reelle lønnsveksten forutsettes å komme gjennom den enkelte virksomhets lokale lønnsoppgjør. I HSH-området ble det gjennomført hovedoppgjør om revisjon av sentral og lokale særavtaler i 2009. Økningen på lønnsatsene lokalt varierte, men i henhold til de opplysninger som foreligger fra lokale tillitsvalgte var resultatene samlet sett noe over den generelle lønnsveksten – som anslås å ligge på rundt 4 %. Lønnsbestemmelsene i Landsoverenskomstene (hovedtariffavtalene – 7 stk) ble reforhandlet i et mellomoppgjør. Legeforeningen innehar for tiden ledervervet i akademikerforeningene i HSH og ledet forhandlingsdelegasjonen i mellomoppgjøret. Overenskomstene ble i all hovedsak revidert på samme måte som avtalene i de offentlige tariffområdene, Stat, KS og Spekter.

##### ***Avtaleverket i HSH-HUK***

Legeforeningen har ca. 500 medlemmer i tariffområdet HSH-HUK. Tariffområdet omfatter private virksomheter som enten har vært offentlig drevet tidligere, og/eller drives som ideelle organisasjoner. De største enkeltvirksomhetene er Diakonhjemmet sykehus, Haraldsplass Diakonale Sykehus AS og Martina Hansens hospital. Akademikerforeningene opptre som hovedsammenslutning når det gjelder revisjon av bestemmelsene i hovedavtalen og overenskomstene (de sentrale tariffavtalene). Det er likevel slik at partsretten ligger til Legeforeningen. Forhandlings- og helseerettsavdelingen representerer Legeforeningen i akademikerforeningene, og har for tiden ledervervet i utvalget. Legeforeningens forhandlingsutvalg forhandler alene med HSH om bestemmelsene i særavtalen som gjelder for leger i virksomheter som er omfattet av lov om spesialisthelsetjenesten.

##### ***Det er inngått følgende avtaler***

- Hovedavtale (Parallellavtalen) 2006-2009 (utløper 3.12.) – forhandles av forhandlingsutvalget akademikerforeningene



- Overenskomster – 7 stk 2008-2010 (utløper 30.4.) – forhandles av forhandlingsutvalget akademikerforeningene
- Særavtale mellom Legeforeningen og HSH 2009-2010 (utløper 31.12.) – forhandles av forhandlingsdelegasjon utgått fra Legeforeningens forhandlingsutvalg

### **Hovedavtalene**

Det foreligger tre ulike hovedavtaler gjeldende for HSH-HUK-området. LO og YS har inngått separate avtaler, mens forbund tilknyttet Unio og Akademikerne forhandler likelydende avtaler (Parallellavtalen).

### **Landsoverenskomstene**

Overenskomstforhandlingene gjennomføres etter at de andre offentlige tariffområdene er ferdige, og er delvis likelydende som disse – med bestemmelser hentet fra avtalene i henholdsvis Stat, KS, Oslo og Spekter Helse. Legeforeningens interesser og påvirkningskraft i forhandlingene om overenskomstene er noe begrenset – dels fordi andelen leger i området er lav i forhold til totalt antall arbeidstakere, dels fordi hoveddelen av legene har sine lønns- og arbeidsvilkår regulert i særavtale, og dels fordi forhandlingsresultatet ofte er tilnærmet gitt ved resultatene i de store offentlige tariffområdene (korresponderende områder). Fellesbestemmelsene (sosiale bestemmelser) ligger dog i overenskomstene og har stor betydning for legenes grunnleggende rettigheter.

### **Særavtaler**

Sentral særavtale inngås mellom Legeforeningen og HSH og utgjør hovedansvarsområdet for Legeforeningens forhandlingsutvalg. Avtalen regulerer lønns- og arbeidsvilkår for alle leger ansatt i virksomheter tilhørende Spesialistoverenskomsten, og den sentrale særavtalen er bygget rundt samme lest som A2-avtalen i Spekterområdet. Avtalen har toårig løpetid, med klausul om regulering av lønns-elementer i mellomoppgjør. Sentral særavtale forhandles av forhandlingsdelegasjon utgått fra Legeforeningens forhandlingsutvalg, mens lokale særavtaler forhandles av forhandlingsdelegasjon utgått fra lokale tillitsvalgte ved virksomhetene. Dette tilsvarer systemet med B-avtaler i helseforetakene.

### **Resultat sentral særavtale HSH-HUK**

#### **Lønnsbestemmelser**

§ 5.3 Minstelønn - oppjustert for alle legegrupper. Følgende satser er gjort gjeldende fra 1.1. 2009:

- Medisinstudenter med lisens: kr 340 500
- Turnusleger: kr 376 000
- Lis kategori A: kr 411 000
- Lis kategori B: kr 446 500
- Lis kategori C: kr 482 000
- Overleger: kr 535 000

§ 5.4 Dr.gradstillegg

- For leger som driver forskning: kr 30 000

§ 5.7 Uforutsette vakter

- Presisering av at alle vakter som ikke står på tjenesteplanen er uforutsette vakter.

I forbindelse med justering av de sentrale minstelønns-satsene har partene lagt til grunn at lønnsdannelsen i lønnsoppgjøret 2009 i all hovedsak skjer lokalt ved virksomhetene. Dette gjelder også for leger i spesialisering. Alle skal være sikret lønnsøkning. Følgende fremgår av protokollen:

*Partene er enige om at regulering av minstelønns-satser i Sentral særavtale pkt 5.3.1 ikke skal komme i tillegg til eventuelle individuelle og/eller kollektive tillegg som er avtalt gjennom lokale forhandlinger. Ved forhandlinger lokalt skal konsekvensene av eventuelle endringer som følge av nye minstelønns-satser beregnes og hensyntas*

#### **Andre bestemmelser**

§ 2.2 Ambulerende tjeneste

- Definisjon av hva som er ambulerende tjeneste
- Presisering av at avtaler om ambulerende tjeneste bør inneholde bestemmelser om varighet og oppsigelsestid

§ 3.2 Alminnelig arbeidstid

- 20-timersregel

### § 3.3 UTA

- Lokale parter skal avtale oppsigelsestid for UTA-avtalene ved virksomheten

### § 3.5.1 Vaktarbeid

- Definisjon av vaktarbeid

### § 3.5.3 Vernebestemmelser

- Avvik fra vernebestemmelsene skal begrunnes og nedfelles i skriftlig avtale

### § 4.1 Faglig utvikling, videreutdanning, m.v. – generelt

- I forbindelse med fordypningstid – dersom legen skal omdisponeres skal det avklares hvordan denne tiden skal tas igjen

### § 4.2 Utdanningspermisjon (overlegepermisjon)

- Rettigheter ved utsettelse av permisjonsuttaket

### § 6.2 Særlige bestemmelser for leger i spesialisering – Innstilling og tilsetting

- Vitenskapelige meritter bør telle med

### § 8.5 Utdanningsfond III

- Innbetaling fra arbeidsgiver er økt til kr 1 500 per legeårsverk

Frist for gjennomføring av de lokale forhandlingene ble satt til 30.3. Følgende bestemmelser ble trukket frem i de sentrale forhandlingene, og henvist til de lokale forhandlingene:

- Fordypningstid for leger i spesialisering – målsetting om minst fire timer per uke ved alle virksomheter
- Dr.grad/forskning – eventuelt videreutvikle et mer differensiert lønssystem med tillegg for aktiv forskning, dr.grad uten aktiv forskning og/eller professorkompetanse
- Seniorpolitikk – vurdere konkrete målrettede tiltak for leger ved virksomhetene

De lokale forhandlinger ble ved mange virksomheter ikke gjennomført før fristens utløp. Økningen på lønssatsene varierer, men i henhold til de opplysninger vi har fått fra lokale tillitsvalgte var resultatene samlet sett noe over den generelle lønnsveksten – som anslås å ligge på rundt 4 %.

### ***Landsoverenskomstene***

HSH organiserer i HUK-området blant annet private sykehus, sykehjem, behandlingssentre, opptreningsentre, barnevern, barnehjem, familierådgivning, høyskoler, barnehager, museer, kunstsentre, sanitetsforeninger m.v. Virksomhetene fordeler seg på til sammen sju ulike overenskomster.

Legeforeningen har enkeltmedlemmer ved sykehjem, høyskoler og innen familierådgivning, mens hovedtyngden av medlemmene er ansatt ved private sykehus, som er bundet av Landsoverenskomst for spesialisthelsetjenesten.

I HSH-HUK ble det gjennomført mellomoppgjør for revisjon av landsoverenskomstene. Inneværende overenskomstperiode har varighet til 30.4. 2010. I mellomoppgjøret ble det forhandlet mellom HSH på den ene siden og sammenslutninger av henholdsvis LO-forbund, YS, Unio og akademikerforeningene (omfatter også NITO) på den andre. Økonomi er hovedtema når det er mellomoppgjør. Akademikerforeningenes medlemmer – herunder legene – har i all hovedsak sin lønnsdannelse lokalt, og er således ikke direkte berørt av de økonomiske resultatene i det sentrale oppgjøret. Rammen man oppnår sentralt antas imidlertid å ha betydning for de lokale oppgjørene. Samtlige organisasjoner hadde i sine krav vektlagt at oppgjøret skulle være på samme nivå og ha samme innretning som man har fått i korresponderende tariffområder – Stat, KS og Spekter. Avtalen det ble enighet om for de ulike overenskomster var i tråd med dette kravet.

## **2.5 Tillitsvalgtes arbeidsforhold**

### **2.5.1 Rekruttering av tillitsvalgte**

Legeforeningens arbeid med rekruttering av tillitsvalgte og bedring av tillitsvalgtes arbeidssituasjon ble videreutviklet i 2009, basert på prinsipper og føringer i tillitsvalgtprosjektet som sentralstyret ga sin tilslutning til våren 2007. Ettersom det var nyvalg av tillitsvalgte fra 1.9. 2009, ble det gjennomført grunnkurs og påbygningskurs ved oppstart av valgperioden. Det vises til eget punkt om kursvirksomhet.

De fleste sentralt arrangerte kurstilbud gjelder tillitsvalgte fra alle tariffområder. Særlig i tariffområder hvor det er få tillitsvalgte, er det av betydning å kommunisere og utveksle erfaringer med andre grupper. Praktisk arrangeres dette ved at det er flere felles sekvenser med temaer som angår alle

tariffområder og separate sekvenser for det enkelte tariffområde.

For ytterligere rekruttering og styrking av tillitsvalgte arbeidsforhold, vedtok sentralstyret i september 2009 at dette arbeidet skal være et av Legeforeningens seks satsningsområder i perioden.

### **2.5.2 Kursvirksomhet i 2009**

Legeforeningen utvider stadig kurstilbudet til de tillitsvalgte. I 2009 førte det med seg følgende:

I februar og mars ble det arrangert C-kurs om konfliktløsning.

I april var det C-kurs om økonomi og tjenesteplaner.

I mai ble det arrangert rekrutteringskurs for å rekruttere tillitsvalgte i statssektoren.

I september ble det avviklet et stort – 90 deltakere – A-kurs for tillitsvalgte fra alle sektorer på Kielfergen.

I desember ble det arrangert B-kurs over to dager om konfliktløsning og gjennomgang av tariffavtaleverket i alle tariffområder.

Flere yrkesforeninger har arrangert tariffkonferanser og kurs. Of og Ylf arrangerte sju lokale trinn I og trinn II kurs over hele landet. Flere tillitsvalgte fra Legeforeningen deltok i dagskonferanser arrangert av Akademikerne over hele landet i KS-området.

## **2.6 Forhandlinger om takster og honorar for næringsdrivende leger**

### **2.6.1 Normaltariffoppgjøret 2009**

Forhandlingene våren 2009 var krevende. Utgangspunktet for forhandlingene våren 2009 var et overheng på hele 3,7 %. Stortinget hadde vedtatt en egenandelsøkning på 5 % som innebar at denne økonomien måtte flyttes fra refusjon til egenandeler. I tillegg var det registrert uttak på ca. 224 millioner kroner i trygdeferefusjon utover de beregninger som lå til grunn for forhandlingsoppgjøret i 2008.

Legeforeningen fikk aksept for at ca. 170 millioner av dette skulle videreføres i rammen. Det ble avsatt 65 millioner til dekning av utgifter til Helsenett. Det ble også avsatt 5 millioner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenestepensjonsordning.

I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølginger i form av protokolltilførsler. Det ble avtalt partsammensatt gruppearbeid for å vurdere kostnader og effektiviseringsgevinster knyttet til elektronisk samhandling. Videre ble det avtalt gruppesamarbeid for å vurdere betydningen av pensjons-, syke- og svangerskaps-/fødselsytelser for rekruttering til fastlege- og avtalepraksis. Partene var videre enige om å videreføre arbeidet med utredning av pensjonskostnader til ansatt hjelpepersonell og forpliktet seg til ny vurdering av kostnadene til bedriftshelsetjeneste i forbindelse med forhandlingene våren 2010.

### **2.6.2 Inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2008**

Staten og Legeforeningen ble i takstforhandlingene 2007 enige om å gjennomføre en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse hos privatpraktiserende leger for inntektsåret 2008. En partssammensatt arbeidsgruppe startet høsten 2008 forprosjektet. Etter planen skulle undersøkelsen sendes ut i juni 2009. Som følge av forsinkelser fra Statistisk sentralbyrås side ble undersøkelsen først sendt ut til legene i august 2009.

Da undersøkelsen ble mottatt fikk Legeforeningen en rekke henvendelser. Det ble etterlyst en mer presis rapportering på kostnadselementer, noe som i arbeidet var avvist av staten og SSB. Videre viste det seg at undersøkelsen inneholdt en feil som partene ikke hadde hatt kjennskap til. Undersøkelsen var basert på at kostnadsbildet kan innhentes fra næringsoppgaven til legens enkeltpersonsforetak. Der fremgår blant annet innbetalinger til legens driftsselskap. Legeforeningen ble imidlertid gjort oppmerksom på at i mange tilfeller betales hele, eller deler av, basistilskudd og driftstilskuddet direkte inn i driftsselskapet uten å transporteres via legens enkeltpersonsforetak. I slike tilfeller vil både kostnadene og inntektene som er blitt tilordnet driftsselskapet ikke fremgå av næringsoppgaven til enkeltpersonsforetaket. På denne bakgrunn tok Legeforeningen initiativ til å stoppe undersøkelsen. Staten sa seg enig i at det forelå svakheter ved undersøkelsen som nødvendiggjorde stansing. Det ble uttrykt at neste undersøkelse skal piloteres før iverksetting. Arbeidet med å vurdere opplegg og kriterier for en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse videreføres i 2010.

### **2.6.3 Pensjonsutgifter for ansatt hjelpepersonell - premiereuleringsfondet**

Legeforeningen har over lengre tid arbeidet aktivt med inndekning av pensjonskostnader for ansatt hjelpepersonell på legekontorer. Uforutsigbare og urimelige kostnader for legevirkosomheter som har hjelpepersonell med avtale om kommunal tjenstepensjon har vært et særskilt tema, og var gjenstand for betydelige drøftinger i en arbeidsgruppe forut for forhandlingene om Normaltariffen i 2009. Dette gjelder i særleg grad tidligere kommunale legesentre som er privatisert, og hvor de ansatte har fått videreført sine pensjonsrettigheter ved overdragelsen fra kommunen til legene. Lovendringer som ble gjort i 2004 har medført urimelige kostnader til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell som har pensjonsforsikring i KLP-fellesordningen. Et annet hovedfokus har vært utgifter til AFP-ordning.

Etter arbeid i en partssammensatt arbeidsgruppe våren 2009, ble det i forbindelse med forhandlingene om Normaltariffen avsatt fem millioner kroner til dekning av de urimelige utslagene som følge av premiereulering for foretak med offentlig tjenstepensjonsordning. Det ble med andre ord ikke gitt midler til en generell kompensasjon av alle utgifter til pensjonspremie, men til en buffer for å kunne dekke kostnader for de som er omfattet av lovendringene i 2004. Kostnadene forbundet med pensjon til sykepleiere faller utenfor dette, da sykepleierordningen er en egen lovfestet ordning.

I 2009 ble det utbetalt støtte til virksomheter eller leger som hadde mottatt krav om reguleringspremie for tidligere ansatte og pensjonister. I alt ble det utbetalt støtte med 1,18 millioner kroner til 75 virksomheter/leger. Det ble ikke utbetalt støtte til dekning av reguleringspremie for arbeidstakere som fortsatt arbeidet i virksomheten. Det følger av en protokolltilførsel fra forhandlingene at utredningsarbeidet skal videreføres.

### **2.6.4 Arbeid med utvikling av fastlegeordningen**

I forbindelse med oppfølging av samhandlingsmeldingen som ble oversendt Stortinget fra Regjeringen juni 2009, nedsatte Legeforeningens sekretariat et eget prosjekt vedrørende utvikling av fastlegeordningen. Prosjektet har arbeidet videre med blant annet de innspill som ble gitt fra Legeforeningens side forut for samhandlingsmeldingen og i forbindelse med statusrapporten Trygghet, Tillit, Tilgjengelighet.

Arbeidet ble utført i nært samarbeid med et eget prosjekt som ser på oppfølgingen av de øvrige sider av samhandlingsmeldingen. Begge prosjekter er driftet av sekretariatet, men i tett kontakt med berørte organisasjonsledd, særleg Af og NFA.

Det arbeides med å videreutvikle det trepartssamarbeid som fastlegeordningen er tuftet på, herunder å utrede hensiktsmessige virkemidler for styrking av legetjenesten i kommunene. Blant de forhold som er problematisert er fastlegens rolle i forbindelse med offentlig allmenntmedisinsk arbeid og særleg organisering av legetjenesten på sykehjem. I denne sammenheng vurderes også en ny kommuneovergripende organisasjonsstruktur for å ivareta oppgaver som legevakt, sykehjem og korttidsplasser for overvåking og observasjon. Videre står arbeid med kvalitetssystemer i allmennpraksis sentralt i arbeidet.

### **2.6.5 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister**

Det er lenge varslet høringsnotat om endringer i rammebetingelsene for avtalespesialister. Våren 2009 var Legeforeningen i møter med både helseministeren og med byråkratiet i Helse- og omsorgsdepartementet om dette. Legeforeningen fikk seg også forelagt et utkast til høringsnotat i mars som det ble gitt tilbakemeldinger på, både skriftlig og i møte med departementet.

Regjeringen har besluttet å arbeide for en modell som innebærer en overføring av finansieringsansvaret fra folketrygden til de regionale helseforetak (RHF). RHFene tildeles midler for den aktivitet som avtalespesialistene utfører og skal forhandle med Legeforeningen om godtgjøringen til avtalespesialistene.

Høringsnotatet ble ikke offentliggjort i 2009, og er varslet på nyåret 2010.

### **2.6.6 Helsenet**

Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet gikk direkte inn som eier for Norsk Helsenet fra 30.10. 2009. Legeforeningen har videreført samarbeidet med den nye organisasjonen.

Legeforeningen fortsatte i 2009 arbeidet med å søke inndekket kostnadene forbundet med Helsenet. Tall fra en partssammensatt gruppe som hadde utredet kostnadsbildet ble fremlagt som grunnlag for krav i normaltarifforhandlingene. Dette resulterte i en avsetning på 65 millioner som utbetales som en egen helsenet-takst til leger som benytter Helsenet.

### **2.6.7 Kollektivavtalen med Helsedirektoratet – elektronisk innsending av oppgjør**

Kollektivavtalen med Helsedirektoratet trådte i kraft 1.1. 2009. Den inneholder et krav om at refusjonsoppgjør til trygden skal sendes elektronisk over linje, men dette kravet skulle ikke tre i kraft før 1.1. 2010. Forutsetningen for å levere elektronisk er at det foreligger hensiktsmessige tekniske ordninger for elektronisk oppgjør. Høsten 2009 ble det enighet mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet om kriterier for unntak fra plikten til elektronisk innsending.

### **2.6.8 Dialog med konkurransetilsynet om veiledende honorarer**

Legeforeningen tok kontakt med Konkurransetilsynet for å få avklart lovligheten av veiledende satser for erklæringer til forsikringsselskap og til pensjonsleverandører. Legeforeningen har både vært i møter og utvekslet skriftlig korrespondanse med tilsynet.

Legeforeningen mener dialogen med Konkurransetilsynet gir grunnlag for å videreføre ordningen med veiledende satser for erklæringer til forsikringsbransjen, ev. til pensjonstilbydere.

### **2.6.9 Automatisk frikortordning**

Legeforeningen har i 2009 videreført deltakelsen i en referansegruppe knyttet til innføring av en automatisk frikortordning. Ordningen planlegges pilotert i Tromsø fra 1.1. 2010 og nasjonal ikrafttredelse juni 2010.

Legeforeningen har støttet ordningen. Likevel har foreningen blant annet vært svært kritisk til at frikort skal kunne utløses på bakgrunn av utfakturerte, men ikke betalte, egenandeler. Legeforeningen oversendte Riksrevisjonen en anmodning om å vurdere lovligheten av ordningen sommeren 2009. Riksrevisjonen avviste videre behandling av formelle årsaker.

### **2.6.10 Pasientreiserekvisisjon**

Helseforetakene overtok fra 1.1. 2009 ansvaret for pasientreiser fra NAV. I den forbindelse ble det opprettet en enhet kalt pasientreiser som skal administrere ordningen og hjelpe pasientene med reiseplanlegging, utfylling av reiseregningsskjema og reiseoppgjør.

Endringen skal ikke innebære nye oppgaver for legene. Fortsatt er legens oppgave begrenset til å attestere for at det er medisinske behov for å rekvirere pasientreise.

I 2009 ble det arbeidet med innføring av elektronisk reiserekvisisjon fra RHFenes side. Dette hadde RHFene planlagt å pilotere i Tromsø sammen med pilotering av frikortordningen. Legeforeningen påpekte at det er mangler i planlegging av denne piloteringen, noe som førte til utsettelse av piloteringen.

### **2.6.11 Revisjon av L-takstsystemet**

I november 2009 innledet Legeforeningen en konstruktiv dialog med NAV om utvikling av systemet med L-takster, dvs godtgjøring for opplysninger til NAV. Legeforeningen tok opp behovet for å revurdere hvilke former for kontakt mellom legene og NAV som bør godtgjøres. Dette er aktualisert av både teknologisk utvikling og nytt fokus på dialog og samhandling, bl.a. i forbindelse med sykefraværsoppfølging. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe mellom Legeforeningen og NAV som skal arbeide videre i 2010.

### **2.6.12 Normaltariffprosjektet**

Normaltariffprosjektet er et utredningsprosjekt der normaltariffen vurderes som finansieringsverktøy, herunder alternative finansieringsformer. Utredningen ble fra høsten 2009 lagt inn som et delprosjekt under prosjektet for utvikling av fastlegeordningen som er en del av foreningens seks satsningsområder.

Rapporten innrettes som en rapport til hovedsakelig intern bruk som både skal fungere som en statusrapport for normaltariffen og som en veileder med hensyn til de utviklingsarbeidene som foregår og vil foregå i tiden framover med hensyn til finansieringen av tjenestetilbudet hos legegruppene som omfattes.

### **2.6.13 Vold og trusler mot fastleger – oppfølging av Legeforeningens initiativ**

Legeforeningen har i flere år arbeidet for å få formalisert i regelverket på hvilke vilkår en pasient kan fjernes mot sin vilje fra fastlegens liste etter å ha utøvd vold og trusler. Helse- og omsorgsdepartementet fulgte høsten 2009 opp henvendelsene fra Legeforeningen ved å starte utredning av mulige regelverksendringer. Legeforeningen ble bedt om innspill til beskrivelse av behovet for regelverksendringer og oversendte sine innspill desember 2009.

## **2.7 Norsk pasientskadeerstatning (NPE) og ansvarsforsikringen**

Fra 1. januar ble det ikraftsatt endringer i pasientskadeloven. Ordningen omfatter nå også privat helsetjeneste. Samtidig falt lovens krav om forsikringer bort.

De deler av helsetjenesten som anses som privat, skal betale tilskudd til ordningen. Det dreier seg om betydelige beløp i årlig tilskudd for de legegrupper som anses å ha høyest risiko for skader.

Det oppstod betydelige uklarheter mht. hva som skulle anses som privat helsetjeneste.

Problemstillingen viste seg særlig å være aktuell for avtalespesialister som arbeider mer enn driftstilskuddets størrelse tilsier. Legeforeningen har inntatt det standpunkt at så lenge legen jobber med refusjonsberettiget virksomhet innenfor det som anses for å være den offentlige helsetjenesten, er dette ikke å anse som privat legevirksomhet i lovens forstand. NPE var uenige i dette. I tillegg har det bl.a oppstått mange spørsmål knyttet til beregningsregler mht. tilskuddets størrelse for de som skal betale tilskudd.

Endringene i loven initierte dels et arbeid for å klargjøre hva som anses som privat helsetjeneste, dels hvordan ansvarsforsikringen skulle tilpasses lovendringen.

Legeforeningen har hatt møter med NPE samt tilskrevet departementet for å få en avklaring av de spørsmål som lovendringen i pasientskadeloven medførte. Departementet har så langt ikke respondert. Dette innebar at de aktuelle avtalespesialister foreløpig måtte betale den fakturaen de mottok fra NPE. Årsaken til dette var at disse legene ellers risikerer å få rettet betydelige regresskrav mot sin virksomhet hvis NPE utbetaler erstatninger til pasienter.

Når det gjelder ansvarsforsikringen, er denne reforhandlet med DnBNor, og justert slik at den tar sikte på å dekke de mest aktuelle områdene som står udekket i NPE-ordningen. Det gjelder særlig oppreisningserstatning, øyeblikkelig hjelp, kortvarige oppdrag i utlandet samt utgifter til advokatbistand. Legeforeningen anbefaler generelt fortsatt sine medlemmer å tegne forsikringen.

## **2.8 Arbeid knyttet til bierverv**

I 2009 har spørsmål om begrensninger i forhold til bierverv vært tema i de regionale helseforetak og ved enkelte sykehus. Det kommer også opp ved sammenslåing av sykehus som ved OUS og Vestre Viken. I RHF Sør-øst ble det startet på et arbeid med nye retningslinjer som i utkastet gikk svært langt i å begrense den enkeltes råderett over egen fritid uten tillatelse fra arbeidsgiver. Konserntillitsvalgt tok dette opp og fikk medinnflytelse over videre arbeid med retningslinjene. Sekretariatet ga bistand til konserntillitsvalgt.

## **2.9 Prosjekter**

### **2.9.1 Prosjekt Partssammensatt utvalg om arbeidstid**

Det partssammensatte utvalget om arbeidstid som ble nedsatt i henhold til Riksmeklingsmannens møtebok i 2007 i tariffområdet Spekter, fikk ved forhandlingene i 2008 videreført sitt mandat med frist for avslutning 31.12. 2009. Mandatet gikk blant annet på å utrede arbeidstidsordninger som ivaretar pasientenes behov for kvalitet, økt fleksibilitet og service og helseforetakenes driftsmessige behov. Samtidig skal arbeidstidsbestemmelsene til enhver tid være slik at det sikres et fullt forsvarlig arbeidsmiljø, tilfredsstillende arbeidsrettslig vern og slik at den enkelte lege har forutsigbarhet i forhold til sin arbeidstid. Legeforeningens medlemmer i utvalget har vært Arne L. Refsum, Hege Gjessing, Bjørn Ove Kvavik og Signe Gerd Blindheim.

Spekter har beskrevet store problemer med arbeidstidsordningene uten å konkretisere hvor disse problemene er. De ønsket at Legeforeningen skulle komme med forslag til forsøksordninger som avvek fra avtaleverket. Vår tilbakemelding har hele tiden vært at utfordringer vedrørende arbeidstid kan løses innenfor eksisterende avtaleverk som gir stor grad av fleksibilitet. Flere helseforetak er forespurt av Spekter om studiebesøk, men har ikke ønsket eller sett behov for dette. Arbeidet i utvalget ga ingen konkrete resultater ved fristens utløp.

### **2.9.2 Prosjekt stillingsstruktur**

Sentralstyret opprettet i sitt møte 31.10. 2007 en prosjektgruppe med formål å kartlegge hvordan stillingsstruktur er regulert i direktiver, lovgivning og sentrale avtaler, med sikte på å utarbeide ordninger som ivaretar leger i spesialisering, og hensynet til spesialisering av leger. Prosjektgruppen var sammensatt med representanter både fra den politiske ledelsen i Legeforeningen og sekretariatet.

Det ble også foretatt juridiske vurderinger i anledning prosjektet, som konkluderte med at det er et

svært tvilsomt hjemmelsgrunnlag for midlertidig ansettelse for leger i spesialisering. Prosjektgruppen gjennomførte videre en questback-undersøkelse blant leger i spesialisering som dokumenterer at det både er et betydelig antall ulovlig opprettede stillinger ("grå stillinger"), samt at det skjer ledighold av stillinger i stort omfang. Prosjektgruppen utarbeidet en prosjektrapport, som har vært sendt på bred organisasjonsmessig høring.

Høringssvarene ga bred støtte til hovedpunktene i rapporten.

Med bakgrunn i høringssvarene vedtok sentralstyret 11.11. 2008 en rekke viktige beslutninger, som har vært førende for Legeforeningens standpunkter i det videre arbeid med stillingsstrukturen.

Konklusjonene var at stillingsstrukturen i sykehus ikke fungerer i dag, og at det bør gjøres endringer som bedre passer til dagens virkelighet og behov. En av de viktigste beslutningene var at Legeforeningen skal arbeide for at leger i spesialisering, som hovedregel, skal ha faste stillinger. Unntakene må begrunnes. Det bør vurderes noen midlertidige stillinger i sykehus for gruppe I tjeneste. Det bør opprettes midlertidige stillinger i sykehus for obligatorisk tjeneste i alle spesialiteter, herunder for spesialisering i allmennmedisin, samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Det må også ryddes opp i ulovlige vikariater ved sykehusene. Systemet for spesialisering av leger bør forsterkes gjennom et nasjonalt system med kravspesifikasjoner, tilsynsordninger og incitamenter for å drive god spesialisering og forskning. Det ble også besluttet at det kan vurderes samarbeidsformer mellom ulike avdelinger og sykehus som ivaretar den enkelte utdanningskandidats behov for samlet tjeneste for å utvikle spesialistkompetanse.

Prosjektet har i 2009 arbeidet med en implementeringsfase av beslutningene, for å se nærmere på hvordan man skal få gjennomslag for vedtaket. I januar 2009 ble det sendt brev til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) hvor Legeforeningen inviterte til et samarbeid. Møte med HOD ble avholdt 27.3. 2009, og HOD lovet å komme med en tilbakemelding. Det har vært purret flere ganger på denne tilbakemelding utover høsten 2009.

Legeforeningen har avholdt møte med Sveriges läkarförbund for å innhente informasjon om ordningen i Sverige, hvor det er faste stillinger for leger i spesialisering, også på universitetssykehus.

Legeforeningen har deltatt i et partssammensatt utvalg med Spekter, hvor mandatet var å se på alle forhold knyttet til utlysning, rangering og ansettelse av leger i spesialisering. Spekter avviste imidlertid å diskutere ordningen med midlertidig ansettelse av leger i spesialisering og henviste til at dette spørsmål måtte tas opp med myndighetene. Våren 2009 kom det opp en sak for Høyesterett vedrørende adgangen til å ansette en hjelpepleier i midlertidig stilling. Spekter erklærte partshjelp i denne sak, og la til grunn i sin vitneførsel at leger i spesialisering var praksisarbeidere etter arbeidsmiljøloven. Dette ble gjort uten å diskutere spørsmålet med Legeforeningen, til tross for at arbeidet i den partssammensatte gruppen var pågående på dette tidspunkt.

I juni 2009 diskuterte landsstyret i Legeforeningen spørsmålet om faste stillinger for leger i spesialisering. Det ble vedtatt en resolusjon som lyder slik:

*Det er bred enighet i norsk arbeidsliv om at arbeidstakere skal sikres trygge arbeidsvilkår gjennom faste stillinger. Faste stillinger bidrar til godt arbeidsmiljø, økt forutsigbarhet, god kvalitet og produktivitet. Legeforeningen står samlet bak et krav om at leger i spesialisering som hovedregel skal være ansatt i faste stillinger. Det er uakseptabelt at nær halvparten av norske sykehusleger er i midlertidige stillinger. De fleste sykehusleger får ikke faste stillinger før de er over 40 år og har arbeidet i 10-15 år. Staten må, som eier av sykehus og ansvarlig for arbeidsmiljøpolitikken, sørge for at også leger i spesialisering har trygge arbeidsforhold og faste stillinger.*

I desember 2009 vedtok sentralstyret modeller for faste stillinger.

### **2.9.3 Veileder for seniorpolitikk**

Sekretariatet har utarbeidet en omfattende veileder for seniorpolitikk. Veilederen er ment som et hjelpemiddel for tillitsvalgte og enkeltmedlemmer i forbindelse med kollektive og individuelle forhandlinger om seniortiltak. Temaet har blitt særlig aktualisert gjennom det fokus myndighetene har rettet mot å få eldre arbeidstakere til å stå lenger i arbeid. De grunnleggende forutsetninger som ligger i sentralt lov- og avtaleverk (arbeidsmiljøloven, ferieloven, IA-avtalen og tariffavtaler i offentlig sektor) er redegjort for i veilederen. Et annet sentralt fokus er det erfaringsgrunnlaget som er bygget opp i løpet av perioden når det gjelder de konkrete tiltak som er forsøkt eller faktisk inntatt i tariffavtaler sentralt eller lokalt.

Med bakgrunn i innspill fra yrkesforeningene har sekretariatet i løpet av 2009 ferdigstilt veilederen. Sentralstyret har vedtatt bevilgning til arbeid med utforming og trykking av veilederen.

#### **2.9.4 Omstillingsprosjektet**

Legeforeningens omstillingsprosjekt har blitt videreført i 2009. Det har vært store prosesser både i Oslo-området med etablering av Oslo universitetssykehus HF og ved sammenslåingen av Sykehusene i Asker og Bærum, Drammen, Ringerike og Kongsberg til Vestre Viken HF.

Sekretariatet har i 2009 gitt tillitsvalgte i både OUS og Vestre Viken løpende bistand i forbindelse med en rekke problemstillinger som oppstår ved så store omstillingsprosesser som det her er snakk om. Regelverk knyttet til omstillinger har også vært tema i tillitsvalgtopplæringen.

I 2009 har Legeforeningen dessuten rettet et fokus mot betydningen av arbeid med arbeidsmiljø i sykehus. Sekretariatet har igangsatt arbeidet med utarbeiding av en veileder og et undervisningsopplegg om arbeidsmiljø og ledelse. Prosjektet er videre inkorporert i sentralstyrets satsningsområde nr 1 – kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som grunnlag for styring i helseforetak.

#### **2.9.5 Samarbeidsgruppe i Helse- og omsorgsdepartementet og pilotsykehusprosjektet**

Legeforeningen initierte for noen år tilbake etablering av en arena i departementets (Helse- og omsorgsdepartementet) regi for å bidra til bedre informasjonsflyt om situasjonen i sykehus.

Legeforeningen har fortsatt sin representasjon for Akademikerne i en departementsgruppe som skal bidra til dialog og informasjonsflyt mellom hovedsammenslutningene på arbeidstakersiden og Helse- og omsorgsdepartementet i arbeidet med omstillinger på sykehus. Samarbeidsgruppen fungerte svært godt frem til sommeren 2009, men som følge av omrokking av representasjon fra departementets side, har gruppen hatt mindre aktivitet siste halvdel av 2009. Det arbeides nå med å videreføre den uformelle og gode kontakten i gruppen.

Det ble i 2008 igangsatt et pilotsykehusprosjekt. Representanter fra hovedorganisasjonene, KS, brukerne, de regionale helseforetakene og departementet sitter i en nasjonal referansegruppe. Legeforeningen representerer Akademikerne i dette arbeidet. Det grunnleggende tankegodset i prosjektet er partsinitiert samarbeid – involvering av alle berørte grupper både i utvelgelsen, utarbeidelsen og gjennomføringen av forbedringsprosjekter i sykehus – gjerne også i samarbeid med kommuner. Det ble i 2009 utpekt fem pilotsykehusprosjekter. Departementet arrangerte et kick off-seminar i Mo i Rana 7.5. 2009. De involverte arbeidstakerorganisasjonene arrangerte videre et seminar for involverte tillitsvalgte i slutten av mai på Hell. I oktober ble det av departementet arrangert en konferanse der deltakere i alle fem prosjekter var til stede. Det er planlagt ytterligere aktivitet i prosjektet i 2010.

#### **2.9.6 Partssammensatt arbeidsgruppe om vold fra pasient/klient/bruker**

I hovedoppgjøret 2008 ble det i forbindelse med forhandlingene om sosiale bestemmelser nedsatt et partssammensatt utvalg. Mandatet for utvalget var:

*Partene er opptatt av å ha økt fokus på skader som følge av vold fra pasient/klient/bruker eller dennes pårørende, i arbeidstiden og på fritiden.*

*Det skal innen 1.9. 2008 etableres et partssammensatt utvalg med berørte forbund. Utvalget skal kartlegge omfanget av slike skader og fremme forslag til tiltak som kan forebygge og håndtere konsekvensene. Frist for arbeidet settes til 1.7. 2009.*

Utvalget ble etablert i januar 2009 og hadde fem møter i løpet av 2009. Utvalget har samlet inn tilgjengelig informasjon om omfanget av slike skader og har diskutert mulige tiltak som kan forebygge og håndtere konsekvensene. Bakgrunnen for etableringen av utvalget var et krav fra arbeidstakersiden til en utvidelse av yrkesskadeforsikringen til også å dekke skader som følge av vold eller trusler fra pasient/klient/bruker på fritiden. Fra Legeforeningens side har det vært et fokus i utvalget på å få frem et mulig kostnadsbilde på en slik utvidelse av forsikringsordningen som grunnlag for forhandlingene i 2010. Det har ikke lyktes å få frem et slikt kostnadsbilde.

#### **2.9.7 Oppdatering av vedtektene for pensjonsordning for sykehusleger i KLP**

Som følge av endret eierskapsstruktur etter foretaksreformen, samt ny lovgivning innen pensjonsområdet – først og fremst knyttet til ny forsikringsvirksomhetslov fra 2004 – hadde det en tid vært en prosess for oppdatering av vedtektene for pensjonsordningen for sykehusleger. Pensjonsordningen for sykehusleger gjelder for leger ansatt i det som tidligere var kommunale eller fylkeskommunale og enkelte private helseinstitusjoner (blant annet sykehus i HSH-området). Vedtekter og vilkår har videreført det som har vært avtalt mellom Legeforeningen og KS før helseforetaksreformen. Pensjonsordningen forvaltes av KLP, og skiller seg fra andre ordninger ved at innhold/vedtekter eies i fellesskap av tariffpartene.

Arbeidet med vedtektene har pågått i lengre tid. Forslag fra Spekter (NAVO) ble oversendt 6.6. 2006. Legeforeningen hadde møte med KLP 9.1. 2007, før arbeidet ble gjenopptatt og intensivert i 2009.



Det er gjennomført arbeidsmøter med KLP 15. og 23.1., 13. og 25.2. samt 17. 3. 2009.

Arbeidet munnet ut i at sekretariatet – i samråd med KLP (i forhold til hva som var nødvendige oppdateringer) – ferdigstilte krav til endringer og oppdateringer av vedtektene. Sentralstyret ga i april 2009 sin tilslutning til foreslåtte endringer i vedtektene for pensjonsordning for sykehusleger i KLP. Endringsforslag ble oversendt Spekter, og sekretariatet ble gitt fullmakt til å slutføre forhandlingene om oppdatering innenfor de hovedlinjer som var angitt i forslaget.

### **2.9.8 Satsningsområde: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand**

Sentralstyret nedsatte i september 2009 en arbeidsgruppe som skal vurdere situasjonen med rekruttering av tillitsvalgte. Gruppen består av Arne L. Refsum (Of) og Kjersti Baksaas-Aasen (Ylf) oppnevnt av sentralstyret, samt ansatte i sekretariatet. Gruppen påbegynte høsten 2009 arbeidet innenfor følgende områder:

Forholdet tillitsvalgtverv – kombinert med et kursopplegg - meritterende til for eksempel spesialitet, som sideutdanning eller som del av en lederutdanning.

Mer målrettet tillitsvalgtopplæring, herunder egne kurs, eventuelt obligatoriske, for foretakstillitsvalgte, diskusjonsgrupper for nettverksbygging med andre tillitsvalgte, særskilt opplæring relatert til aktuelle situasjoner i enkeltforetak.

Utredning og utvikling av ulike modeller for sekretariatsbistand til tillitsvalgte; innretning av sekretariatsbistanden, særskilte tiltak i spesielle situasjoner (for eksempel under omorganiseringer), samt forankring av sekretariatsbistanden.

Frikjøp for tillitsvalgte i mer ordnede former og praktiske løsninger som kan lette arbeidet i en tillitsvalgtfunksjon; herunder også modeller for arkivering av ulike typer tillitsvalgtmateriell.

### **2.9.9 Tiltak relatert til situasjonen ved Oslo universitetssykehus OUS**

Sekretariatet bisto høsten 2009 Legeforeningens foretakstillitsvalgt ved OUS gjennom særskilte tiltak; både i form av øremerket sekretærfunksjon og styrket juridisk rådgivning. Dette var arbeidskrevende, ettersom korte tidsfrister ikke gjorde det mulig å lære opp eksterne personer i dette arbeidet. Man var derfor avhengig av personer som kjente organisasjonen. En særlig utfordring var at det skulle velges nye tillitsvalgte på de ulike nivåer i ny/og dels uferdig organisasjonsstruktur i desember 2009. Sekretariatet bistod med praktisk gjennomføring av valget ved questback.

Sekretariatet har hatt flere arbeidsmøter for å bistå de tillitsvalgte i OUS i deres prosesser med å samordne og videreutvikle et nytt felles avtaleverk for helseforetakene.

### **2.9.10 Arbeidet med sykefravær og ny IA-avtale**

Avtalen om inkluderende arbeidsliv (IA-avtalen) mellom myndighetene og partene i arbeidslivet, som ble undertegnet for første gang i 2001, gikk ut ved årsskiftet 2009/2010.

Legeforeningen er part i avtalen gjennom Akademikerne. Avtalepartene startet drøftinger om videreføring av IA-samarbeidet i 2009, og bestemte seg i november 2009 om å prolongere avtalen til mars 2010. SINTEF evaluerte den foreliggende avtalen i samarbeid med NTNU i en rapport som ble fremlagt i juni 2009. Rapporten ble utarbeidet på oppdrag fra myndighetene og IA-partene, som et viktig grunnlag i de videre drøftingene.

Sekretariatet i Legeforeningen etablerte et IA-prosjekt, forankret i sentralstyret. Formålet med prosjektet var å være godt forberedt i arbeidet med IA-avtalen. Legeforeningen har sett på organiseringen av IA-arbeidet, både internt og på et politisk plan. Arbeidet med å gjennomgå dagens IA-avtale ble påbegynt. Arbeidet med revisjon av IA-avtalen ble satt i gang i sekretariatet (samarbeid mellom FHR og INHE), med sentralstyret som beslutningstaker. Af og øvrige yrkesforeninger har blitt holdt løpende orientert, og det er innhentet uttalelser i viktige spørsmål.

Legeforeningen har underveis hatt en tett dialog med Akademikerne, både formelt og uformelt. Legeforeningen har vurdert IA-avtalen som et virkemiddel for inkludering av arbeidstakere i arbeidslivet og for reduksjon av fravær. I denne sammenhengen er Legeforeningen en arbeidstakerorganisasjon i Akademikerne, men avtalen har også blitt vurdert i forhold til Legeforeningens rolle som representant for praktiserende leger som arbeidsgivere. Det har videre vært nødvendig å spesielt vurdere legenes rolle i IA-arbeidet, dvs. som sykmeldere.

### **2.9.11 Opplæring i juridiske emner**

Sekretariatet har bistått med opplæring i juridiske emner i forbindelse med videre- og etterutdanningen av leger.

### **2.10 Juridisk bistand til medlemmene**

Det gis juridisk bistand innenfor de ulike områdene av betydning for leger. Rådgivning i jus og etikk skjer daglig på telefon og i form av saker. Medlemmene etterspør juridiske tjenester i stadig større utstrekning. Mange uttrykker usikkerhet om jus og etikk. Ca. 25% av legene opplever tilsyn. Ved svar på slike henvendelser benytter ofte legene Legeforeningens etiske regler uten å kjenne til at etikken på flere områder er tatt inn i lovgivningen. Etterspørselen kan bl.a skyldes at stadig flere sider ved utøvelsen av legeyrket blir regulert av rettsregler, og reglene på noen områder er tildels kompliserte. Videre er det stadig flere omstillinger i helsevesenet, og rammevilkårene for legene endres.

#### **2.10.1 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 ekstern advokat.

Mange tvister løses av sekretariatets jurister innen legen kontakter ekstern 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.

Sekretariatet har 14 jurister, hvorav ti er 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 og etter en konkret vurdering håndtert av sekretariatet. 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 temaer som er relevante for leger, særlig vedrørende de avtaler Legeforeningen er part i, samt helserett og arbeidsrett.

Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende. Sekretariatet har også i 2009 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på EU og EØS-rettslige spørsmål, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett.

Av helserettslige problemstillinger har det i 2009 særlig vært spørsmål om taushetsplikt, samt et økende antall tilsynssaker. Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært særlig viktige saksområder.

Det har også i 2009 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 bistår som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det. Det har også vært arbeidet med konsekvensene av endringer i pasientskadeloven, og tilpasninger av ansvarsforsikringen til denne lovendringen. Et annet saksområde som fortsatt var særlig aktuelt, er pensjon til ansatt hjelpepersonell i privat legepraksis, hvor legene opplever å få krav om betydelige tilleggsbetalinger til de ansattes pensjonsordninger.

Det saksbehandles årlig omkring 2 000 saker av juridisk karakter. Profilene på sakene trekker i retning av å bli stadig mer kompliserte og ressurskrevende. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Denne formen for bistand er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli kompliserte og ressurskrevende. 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.

#### **2.10.2 Rettshjelpsordningen**

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra sju yrkesforeninger samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2009 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Torgeir Haugen (nestleder), Åge Henning Andersen, Ann Kristin Fell, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Marit Tveito og Richard André Våge. Advokat Frode Solberg er sekretær for utvalget, sekretariatet besto ellers av advokatfullmektig Jon Ole Whist og sekretær Britt C. Thoresen.

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 2009 hadde utvalget 33 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 23 saker, og fattet vedtak om avslag i ti saker. I tillegg oversendte utvalget to saker til sentralstyret. Sentralstyret behandlet de sakene som ble oversendt fra utvalget og innvilget støtte i én sak og avslo støtte i en sak. Begge vedtak var i tråd med utvalgets innstilling.

Hovedtyngden av saker som gis støtte, gjelder arbeidsrett og tilsynssaker, samt forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet. 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.

### **2.10.3 Bistand til leger i ledende stillinger**

En rekke ledere mottar bistand fra Legeforeningen i forbindelse med lønns- og arbeidsforhold; herunder inngåelse av lederavtaler, forholdet mellom ansvar og myndighet i stillingsbeskrivelser og juridiske spørsmål generelt i tilknytning til utøvelse av lederrollen. Sekretariatet har også bistått i konflikter mellom ledelse og ansatt med mål om at den løses. Det forutsetter at begge parter ønsker slik bistand fra sekretariatet.

### **2.10.4 Bistand til yrkesforeninger**

Legeforeningens yrkesforeninger, samt Norsk medisinstudentforening inngår avtaler om kjøp av tjenester fra sekretariatet. Disse avtalene går ut over de oppgaver som til vanlig omfatter sentralstyrets/ sekretariatets samarbeid med underliggende foreningsorganer; herunder bistand som ytes i forbindelse med forhandlingsarbeid, politisk kontaktarbeid m.v.

I 2009 har også Ylf inngått midlertidig avtale om sekretariatsbistand fra Legeforeningen.

## **2.11 Lånefondet – Den norske legeforenings 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.

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. kr 800 000. Lånerenten for lån til leger følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. Gjennom året falt lånerenten fra 6 % i januar til 2 % i desember.

I 2009 ble det behandlet 257 lånesøknader, hvorav 254 ble innvilget. Det ble lånt ut ialt 140,1 millioner kroner mot 118,3 til 224 leger i 2008. Per 31.12. 2009 var det i alt 1 965 låntakere i Lånefondet mot 1 995 per 31.12. 2008. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2009 500 millioner kroner mot 461,4 millioner kroner 31.12. 2008. Lån til Soria Moria utgjorde 7,9 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde 679,4 millioner kroner mot 664,7 millioner kroner 31.12. 2008.

## 3 Utdanning, forskning og fagutvikling

Legeforeningens formål er å fremme kvalitet i legeutdanningen, medisinsk vitenskap og den medisinske fagutvikling, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr.4.

### 3.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammene

#### 3.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009

Legeforeningen vil arbeide for

- en felles nasjonal standard og kvalitet på grunnutdanningen, turnustjenesten og spesialiseringen av leger
- å utarbeide en bred strategi for turnustjenesten, inklusive en løsning av problemene med hensyn på kapasitet og forvaltning
- å øke antallet fordypningsstillinger i sykehus og sikre at de nyttes til sitt formål
- å utvikle og synliggjøre systematisk etterutdanning
- fortsatt pedagogisk utviklingsarbeid og metodeutvikling i legers videre- og etterutdanning
- et sikkert økonomisk grunnlag for legers videre- og etterutdanning
- å vektlegge personlig veiledning i all utdanning
- medisinsk forskning som integrert del av medisinsk virksomhet
- å understøtte de fagmedisinske foreningenes utvikling av fag og kvalitetsarbeid
- å bedre samhandling i helsetjenesten og mellom leger og andre yrkesgrupper

#### 3.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011

Legeforeningen vil:

##### **Styrke fagutvikling og kvalitetsarbeid (delmål)**

Fremtidens helsetjeneste vil bli stilt overfor en medisinsk virkelighet som endres stadig raskere, og en befolkning som etterspør moderne tjenester. Vektlegging av fag, kvalitets- og forbedringsarbeid er nødvendig for å videreutvikle en faglig god helsetjeneste.

##### **Styrke utdanning og forskning (delmål)**

Skal helsetjenesten møte fremtidens utfordringer må leger gis gode muligheter til å fornye egen kompetanse og prioritere utdanning og forskning. Legeforeningen vil arbeide for en god grunnutdanning, effektiv og målrettet turnustjeneste, en systematisk etterutdanning, en videreutvikling av spesialiseringen for leger og en offensiv satsing på forskning og forskernes kår.

##### **Fremme god etikk i yrkesutøvelsen (delmål)**

Etikk er en grunnleggende del av legegjerningen og utfordres i moderne helsetjeneste. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og lovgivning. Legeforeningen vil bidra til å øke legers bevissthet om de etiske sidene ved legers virksomhet og de krav det internasjonale og nasjonale samfunnet stiller til yrkesutøvelse og behandling av pasienter og pårørende.

##### **Satsingsområder 2009-2011:**

- Arbeide for økt kunnskap om, og økt plass for, etiske avveininger i helsepolitisk og medisinsk praksis
- Arbeide for å styrke forskningens vilkår og rekruttering av leger til forskning
- Rekruttere leger til faste vitenskapelige stillinger innenfor universitets- og instituttsektoren, spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
- Utvikle politikk på feltet biomedisin
- Videreutvikle kompetanseområder innenfor spesialitetsstrukturen for å møte utfordringer og behov i helsetjenesten

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

Det har i 2009 vært møter med Norsk medisinstudentforening med tanke på å utvikle et nasjonalt

kjernepensum for grunnutdanningen.

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.

Spesialitetskomiteenes besøk på sykehusavdelingene og tilbakemelding på årlig rapport bidrar til kvalitetssikring av spesialistutdanningen.

Turnusrådet gjennomfører en nasjonal evaluering av turnustjenesten for leger. Denne evalueringen kommer i tillegg til de besøkene turnusrådet foretar til sykehus og allmennlegepraksiser som har turnusleger (se pkt. 3.2.1). Landsstyrets vedtak 2009 om turnustjenesten/basistjeneste har vært informert om til Helsedirektoratet i møter.

### **3.1.4 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 for øvrig Tidsskriftet nr. 2/2007, side 217.

Januar 2009 ble LEIF allmennmedisin etablert, både for videreutdanning og for spesialistenes etterutdanning.

### **3.1.5 Videreføre arbeidet med å utvikle nye læringsformer i legers videre- og etterutdanning**

Se pkt. 3.2.13 om LUPIN.

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

Legeforeningen har bidratt til etablering av allmennmedisinske forskningsenheter ved de fire universitetene og vært en pådriver for å få til finansiering gjennom statsbudsjettet. Første bevilgning kom i revidert nasjonalbudsjett for 2006. Over statsbudsjettet ble det for 2010 bevilget 3 millioner kroner til hver av de fire allmennmedisinske forskningsenheter, dvs. 12 millioner kroner til sammen. Formålet er å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene.

Legeforeningen utarbeider en strategi for å påvirke arbeidsgivere til gode lønns- og arbeidsvilkår for forskere. Det er startet et arbeid med å få integrert Legeforeningens forskningssatsing i de ulike forhandlingsløpene til våren. Innspill til prioriterte temaer som langsiktige og stabile finansieringsordninger, rekruttering og karriereløp er presentert overfor relevante forskningspolitiske aktører.

### **3.1.7 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 ble det påpekt at utvikling av faglige veiledere er en viktig oppgave for foreningene. En rekke foreninger har utviklet gode veiledere basert på oppdatert, dokumentert medisinsk informasjon.

Gjennom nettsidene for foreningene presenteres tydelig brukerstøtteverktøy utformet i den enkelte forening.

Gjennom medlemskap i foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (NLH) bidrar Legeforeningen til at leger kan basere sin virksomhet på uavhengig og dokumentert medisinsk informasjon. Se pkt. 3.4.4.

### **3.1.8 Etablere kombinerte stillinger ved kliniske avdelinger for leger i forsker- og undervisningsstillinger**

Legeforeningen har vært med å utarbeide en "Nasjonal Handlingsplan for Dobbeltløp" vedtatt av nasjonal samarbeidsgruppe (NSG) i mai 2009. Legeforeningen har et delansvar i oppfølging av arbeidsavtale mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Legeforeningen vil følge opp at stillingene faktisk utlyses og

besettes.

### **3.1.9 Øke rekruttering av leger til akademiske stillinger i medisin**

Nødvendigheten av å øke rekrutteringen til medisinsk forskning er spilt inn til kunnskapsministeren og til forskningsmeldingen av 2009. Rekruttering er også spilt inn i andre fora som HOD, KUF, universitetene og RHF-ene.

### **3.1.10 Bedre finansiering for medisinstudenter som driver forskning og for leger i forskerstillinger**

Legeforeningen søkte i samarbeid med Nmf Utdanningsfond I om midler til 20 sommerstipend for studenter (prøveprosjekt). Fond I bevilget kr 300 000 til seks sommerstipender for 2009. Disse er blitt utdelt til de fakultetene som selv gjenoppretter sommerstipendordningen og skyter inn friske midler. Sommerstipendordningen skal evalueres av Nmf for å vurdere om tiltaket bør fortsette i 2010.

### **3.1.11 Legge forholdene til rette for gode læringsvilkår i klinisk undervisning og utdanning**

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 bedre læringsvilkår for legene i spesialisering.

Spesialitetskomiteene gir tilbakemelding til sykehusavdelingene på skriftlig rapport og ved besøk.

## **3.2 Utdanning**

### **3.2.1 Turnustjenesten**

Turnustjenesten står fortsatt overfor store utfordringer. Både myndighetene og Legeforeningen har drøftet – og drøfter – endringer i turnustjenesten.

Legeforeningen har også i 2009 engasjert seg i kapasitetsproblematikken i turnustjenesten. Det er fortsatt relativt stor ubalanse mellom antall plasser og antall turnusleger, og enkelte cand.med blir stående på venteliste et halvt år før de er garantert turnusplass. Legeforeningen har i 2009 arbeidet med å finne frem til gode og konstruktive forslag når det gjelder å løse kapasitetsproblemet til turnustjenesten. Ett av Legeforeningens forslag overfor myndighetene har høsten 2009 vært å innføre språkkrav ifm. påmelding til norsk turnustjeneste. Hensikten er å kvalitetssikre påmeldingene til turnustjenesten slik at det i stor grad er reelle søkere som melder seg på. Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAFH) bestemte høsten 2009 at det innføres krav om dokumenterte norskkunnskaper ifm. påmelding til turnustjeneste med virkning fra 15.2. 2011.

Legeforeningens landsstyre 2009 har vedtatt endringer i turnustjenesten som innebærer en basistjeneste som en obligatorisk del av en spesialitetsforberedende tjeneste. Det er lagt til grunn at basistjenesten har en organisering, sammensetning og fleksibilitet slik at det ikke oppstår ventelister for nylutdannede leger og at kvalitet opprettholdes og utvikles.

Legeforeningen har i 2009 avgitt hørings svar til Helse- og omsorgsdepartementets (HOD) forslag om endringer i forskrift om praktisk tjeneste for å få autorisasjon som lege. Departementet ønsket å innføre obligatorisk turnustjeneste i sykehjem for turnusleger. Legeforeningen uttalte i sitt hørings svar at den er positiv til at turnuslegen skal ha praktisk kjennskap til legetjenester ved sykehjem eller andre boformer med heldøgns omsorg og pleie. Legeforeningen mener imidlertid at man ikke skal gjøre denne delen obligatorisk og kvantifisert til 10 dager. Begrunnelsen for dette er at veiledning og supervisions-tilbud ikke er tilstrekkelig utbygd. Sykehjemsmedisin er ikke faglig og organisatorisk godt nok tilrettelagt per i dag til å kunne ivareta det veilederbehov som turnuslegene har. Endringer i forskriften om obligatorisk turnustjeneste i sykehjem ble innført 1.1. 2010.

De viktigste andre spørsmål for Legeforeningen i 2009 når det gjelder turnustjenesten har vært kirurgisk turnustjeneste på tjenestestedet uten akuttfunksjon (de regionale helseforetakenes funksjonsfordeling, spesielt innenfor kirurgifaget, har medført vansker med gjennomføring av kirurgi og ortopedi som grunnleggende fag i turnustjenesten), forslag om innføring av nye tjenesteformer, samt vurdering av enkelte saker vedrørende manglende faglig nivå på enkelte turnussteder i forhold til de krav som er fremsatt i forskrift og målbeskrivelse for tjenesten.

### 3.2.2 Endringer i kursretningslinjene

Sentralstyret behandlet på møte 27.4. 2009 en supplerings av kursretningslinjene med hensyn til kurs i utlandet. Det ble skilt mellom kurs med norsk arrangør og kurs arrangert av fagmiljø i utlandet.

Kurs med norsk arrangør kan godkjennes for leger i spesialisering med norske leger som primær målgruppe hvis det er mangel på slikt kurstilbud i Norge. Det forutsettes et samarbeid med utenlandsk utdanningsinstitusjon gjennom et etablert fagmiljø (spesialitetskomité/fagmedisinsk forening) og ikke etter initiativ fra enkeltleger.

Kurs arrangert av fagmiljø i utlandet kan leger etter individuell søknad få godkjent som del av sin spesialistutdanning hvis kurset i utlandet er supplerende og utfyllende i forhold til norsk kursutdanning eller dersom kursinnholdet anses å tilsvare innholdet i et norsk obligatorisk kurs.

Dessuten kan kurs i utlandet unntaksvis generelt forhåndsgodkjennes i den enkelte spesialitet tellende som valgfritt eller som tilsvarende et obligatorisk kurs i Norge.

### 3.2.3 Endringer i spesialistreglene

Med utgangspunkt i Legeforeningens utredning om spesialistutdanningen (2007) behandlet landsstyret 2009 en rekke saker relatert til regelverket for spesialistutdanning av leger:

- Forslag om endring av spesialistreglene i generell kirurgi, indremedisin og i grenspesialitetene. De foreslåtte endringene skal ivareta at spesialistene også i fremtiden har generell vaktkompetanse og breddekompetanse i hovedspesialiteten. Forslaget innebærer at den samlede utdanningstiden for henholdsvis generell kirurgi eller indremedisin og en grenspesialitet reduseres fra 7 til 6 ½ år, ved at inntil 2½ års tellende tjeneste i en grenspesialitet kan benyttes som utdanning i hovedspesialiteten. Anbefaling om endring er oversendt Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet til behandling
- Forslag om endring av spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri. Forslaget innebærer at det innføres krav om individuell veiledning i psykoterapi av barn og unge. Anbefaling om endring er oversendt Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet til behandling
- Forslag om opprettelse av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Saken er oversendt Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet til behandling
- Forslag om opprettelse av kompetanseområder. Legeforeningens utredning av prinsipper og forutsetninger for opprettelse av kompetanseområder er oversendt Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet

På bakgrunn av forslag fra Legeforeningen fattet Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet i 2009 vedtak i en rekke saker relatert til spesialistreglene:

- De generelle bestemmelsene for spesialistutdanning av leger er endret. Den tidligere dispensasjonsbestemmelsen, kapittel IV Dispensasjon, og § 7 om Utdanning i utlandet utgår, og er erstattet av en ny § 1 om Rett til spesialistgodkjenning. Reglene som hittil har vært formulert i dokumentet "Ytterligere bestemmelser for spesialistutdanningen", er nå innlemmet i de generelle bestemmelsene
- Spesialistreglene og operasjonslisten i ortopedisk kirurgi er endret. Kravet om to års tjeneste i generell kirurgi er fjernet, og den totale utdanningstiden redusert fra 6½ til seks år

For øvrig er en rekke forslag om mindre endringer av spesialistregler, inklusive kurskrav og sjekklister/attestasjonsskjemaer, behandlet av Legeforeningens organer og senere vedtatt av Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet i 2009.

### 3.2.4 Spesialistgodkjenninger i 2009

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmenntidrett	163	62	101	46	0
Anestesiologi	115	28	87	56	13
Arbeidsmedisin	4	3	1	0	0
Barnekirurgi	0	0	0	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	23	18	5	7	0
Barnesykdømmer	31	14	17	7	5

Blodsykdommer	9	5	4	1	2
Bryst- og endokrinkirurgi	17	8	9	0	0
Endokrinologi	10	6	4	3	1
Fordøyelsesykdommer	11	2	9	4	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	15	3	12	5	0
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	47	30	17	23	7
Gastroenterologisk kirurgi	18	3	15	1	2
Generell kirurgi	75	14	61	28	8
Geriatrici	14	5	9	2	1
Hjertesykdommer	38	7	31	14	1
Hud- og veneriske sykdommer	13	9	4	1	2
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	1	1	0	0
Indremedisin	104	33	71	34	7
Infeksjonssykdommer	9	2	7	2	0
Karkirurgi	7	0	7	1	1
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	0	0	0	0	0
Klinisk farmakologi	6	4	2	0	0
Klinisk nevrofysiologi	4	2	2	2	0
Lungesykdommer	9	2	7	2	1
Medisinsk biokjemi	4	1	3	1	0
Medisinsk genetikk	5	4	1	0	0
Medisinsk mikrobiologi	5	3	2	0	0
Nevrokirurgi	5	1	4	0	1
Nevrologi	23	8	15	6	6
Nukleærmedisin	5	2	3	1	1
Nyresykdommer	7	6	1	0	1
Onkologi	15	7	8	0	0
Ortopedisk kirurgi	58	11	47	22	6
Patologi	9	5	4	1	1
Plastikkirurgi	7	0	7	3	1
Psykiatri	127	62	65	51	14
Radiologi	98	29	69	54	11
Revmatologi	17	9	8	5	2
Samfunnsmedisin	5	2	3	0	0
Thoraxkirurgi	7	1	6	2	0
Urologi	19	3	16	12	2
Øre-nese-halssykdommer	30	10	20	12	2
Øyesykdommer	21	9	12	8	2
<b>TOTALT</b>	<b>1 211</b>	<b>434</b>	<b>777</b>	<b>417</b>	<b>101</b>

\* Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene samt Sveits, som har to konverteringer i 2009 (én i anesthesiologi og én i radiologi).

Det er i 2009 gitt totalt 1 211 første gangs spesialistgodkjenninger, noe som er det desidert høyeste antallet noensinne. Det nest høyeste var 1 007 i 2007, mens det var 998 i 2008. I tillegg var det 396 resertifiseringer i allmennmedisin.

De 1 211 spesialistgodkjenningene er fordelt på 117 godkjenninger i allmennmedisin etter norske regler, 576 godkjenninger i alle spesialiteter unntatt allmennmedisin etter norske regler, 417 overføringer fra Norden og 101 overføringer fra det øvrige EU/EØS samt Sveits. Av de 417 overføringene fra Norden var 46 overføringer i allmennmedisin, slik at det totale antallet godkjenninger i allmennmedisin er 163, foruten resertifiseringene. Når allmennmedisin er inkludert, er det totalt 693 spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2009, foruten resertifiseringene. Tilsvarende tall var 553 i 2007 og 570 i 2008.

Det er en økning i antallet spesialistgodkjenninger fra 2008 til 2009 i nesten alle større spesialiteter. Unntakene er allmennmedisin, barnesykdommer og barne- og ungdomspsykiatri, men her det tale om tilnærmet uendrede tall, eller en minimal nedgang fra 2008 til 2009 i disse spesialitetene. Det er i 2009 gitt spesialistgodkjenninger i alle spesialiteter unntatt to: barnekirurgi, som bare har hatt én



spesialistgodkjenning de siste fem årene (i 2007), og kjevekirurgi og munnhulesykdommer som hadde hele seks godkjenninger i 2008, som da var det høyeste antallet noensinne.

Gjennomsnittlig antall år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning for godkjenninger etter norske regler, for alle med min. fem og maks. 15 år, var kortere for kvinner enn for menn frem til midten av 1990-tallet, og forskjellene mellom kjønnene mht. utdanningstid var forholdsvis små på 1990-tallet. Siden midten av 1990-tallet har utdanningstiden i økende grad vært lengre for kvinner enn for menn. I 2009 er utdanningstiden totalt 8,39 år, 9,00 år for kvinner og 7,93 år for menn. For årene 2005- 2009 samlet er gjennomsnittlig utdanningstid totalt 8,31 år, 8,83 år for kvinner og 7,92 år for menn.

Gjennomsnittsalderen for de 693 spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2009 var totalt sett 41 år, 41,16 år for menn og 40,81 år for kvinner.

For spesialistgodkjenninger etter norske regler var kvinneandelen 42,7 % i 2009, litt ned fra 43,9 % i 2008. For spesialistgodkjenninger overført fra EU/EØS/Norden var kvinneandelen 26,8 % i 2009, marginalt opp fra 26,4 % i 2008. For spesialistgodkjenninger totalt var kvinneandelen 35,9 % i 2009, litt ned fra 36,4 % i 2008.

Statistikk over spesialistgodkjenninger finnes på Legeforeningens nettsider:

<http://www.legeforening.no/id/1437>

Oppdatert fortegnelse over godkjente spesialister finnes på Legeforeningens nettsider:

<http://www.legeforening.no/id/57306>

### **3.2.5 Rapportering fra utdanningsinstitusjoner**

Spesialistreglene forutsetter at godkjente utdanningsinstitusjoner (sykehusavdelinger) hvert år i etterkant av utdanningsåret avgir rapport om utdanningsvirksomheten. Rapporteringen gjennomføres elektronisk gjennom SERUS (system for elektronisk rapportering av utdanningsvirksomhet i sykehusavdelinger) og foreligger først året etter det året det rapporteres for. I rapportene fra godkjente utdanningsinstitusjoner for 2008 er det 43 spesialiteter som er med, dvs. alle spesialiteter unntatt allmenntidmedisin. Det er registrert totalt 860 rapporter for 2008, en økning fra 844 i 2007, mens økningen i antallet utdanningsinstitusjoner er enda større. Nesten hele økningen gjelder gruppe II-institusjoner, som øker fra 416 til 433. 269 av 860 rapporter gjelder utdanningsinstitusjoner i gruppe I (31 % er gruppe I, 50 % er gruppe II).

Det er fortsatt en nedgang i det totale antallet senger, til tross for økningen i det totale antallet institusjoner som har rapportert. Men det er en økning i antall innlagte pasienter, i antall rekvirerte analyser i året og i antallet polikliniske konsultasjoner. Det er en klar økning i antallet overlegestillinger og i antallet LIS-stillinger. Det er angitt flere besatte overlegestillinger enn antallet hjemler med NR idnr, mens det for LIS-stillingene er motsatt. Klart færre institusjoner rapporterer at de har fordypningsstillinger. Det er en liten økning i antallet leger i underordnet stilling som er spesialist i spesialiteten slik at antallet ligger mellom tallene for 2006 og 2007. 23 institusjoner har svart at de har ingen LIS-hjemler. 61 institusjoner har svart at de har ingen besatte LIS-stillinger. Totalt er det dermed 64 institusjoner som har svart 0 på minst ett av disse to spørsmålene.

Det er fortsatt en økning i antallet møter i utdanningsutvalget. Tid avsatt til undervisning er noenlunde stabil og imøtekommer kravet til min. 90 minutter per uke ved 85 % (internt på avdelingen) eller 95 % (totalt) av institusjonene. Det er dog fortsatt en langsiktig, svak nedgang i antallet minutter per uke med teoretisk undervisning internt på avdelingen helt siden 2001.

Nettundervisning øker kraftig og er for første gang høyere enn nivået fra 2005, som tidligere var det høyeste nivået. Nettundervisning benyttes relativt mest innen geriatri, klinisk farmakologi, ØNH-sykdommer, immunologi og transfusjonsmedisin, infeksjonssykdommer, medisinsk biokjemi, medisinsk mikrobiologi og fysikalsk medisin og rehabilitering. Sju spesialiteter har mer enn 10 avdelinger med nettundervisning, mot fem i 2006 og 2007. Disse sju spesialitetene er ØNH-sykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, geriatri, ortopedi, psykiatri, medisinsk mikrobiologi og indremedisin, nevnt i rekkefølge etter antallet avdelinger med nettundervisning.

Det er svært små endringer i fordelingen på ulike teoretiske undervisningsformer.

Forelesningsformen er fortsatt dominerende som presentasjonsform i den teoretiske undervisningen. Antall uker til internundervisning innfrir kravet satt av spesialitetsrådet på 36 uker ved 79 % av avdelingene som i 2007. Derimot ligger avsatt tid til fordypning per uke fortsatt gjennomsnittlig under spesialitetskomiteenes anbefaling om minimum fire timer, men 69 % av avdelingene oppfyller likevel denne anbefalingen. 80,8 % av avsatt fordypningstid, tas ut til fordypning gjennomsnittlig, en fortsatt svak økning hvert år siden 2005. 84,6 % av utdanningsinstitusjonene igangsetter veiledningsmøter innen en måned. Andelen som igangsetter veiledningsmøter innen en måned, er klart lavest ved gruppe I-avdelinger, som tidligere.

Krav til utdanningsinstitusjonene forutsetter veiledningsmøte hver måned. 54 % av alle institusjonene og 76,2 % av gruppe I- institusjonene tilbyr veiledningsmøte annen hver måned eller sjeldnere. De fleste LIS har individuell utdanningsplan, men ved 7,8 % av avdelingene har ikke alle det. Det er en klar forverring fra 2007 da dette bare gjaldt 5 %. Ved 2,6 % av avdelingene har ingen av LIS-ene dette. Det er som tidligere høyest andel som har individuell utdanningsplan ved gruppe I-avdelingene, og lavest andel ved gruppe II-avd.

Ved 9 % av avdelingene får LIS ikke regelmessig evaluert sin medisinsk-faglige progresjon, en liten forverring fra 8,4 % i 2007. Antall institusjoner hvor det pågår studier innen fagutvikling, kvalitetssikring og forskning der LIS får delta, har vært omtrent uforandret i de siste årene, men andelen har sunket litt. Deltakelse fra LIS har vist en synkende tendens over flere år og synker fortsatt.

Det er en liten økning i andelen som angir at det er områder av undervisningstilbudet som kan forbedres. Blant disse er det klart flest som angir forskning, og dette er også det eneste av de fem enkeltområdene som fremstår med en økning i andelen som sier at dette kan økes. Dersom vi ser bort fra de spesielt høye andelenene i 2007 og sammenlikner 2006 og 2008, er andelen som angir at det er områder av undervisningstilbudet som kan forbedres samlet sett den samme. Men vi har da likevel en klar økning fra 2006 til 2008 i andelen som angir at de enkelte områdene kan forbedres, på alle de fem enkeltområdene som er nevnt.

### **3.2.6 Besøk på utdanningsinstitusjoner**

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 8: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved utdanningsinstitusjonene, eventuelt gjennom å besøke utdanningsinstitusjonene.

136 utdanningsinstitusjoner fordelt på 34 spesialiteter ble besøkt i 2009. Institusjonene ble valgt ut fra geografisk beliggenhet, gruppetilhørighet eller problemer i relasjon til spesialistutdanningen. Spesialitetskomiteene ser på besøkene som et meget viktig supplement til den årlige rapporteringen for å skaffe seg tilstrekkelig innsikt i institusjonenes utdanningsvirksomhet.

Det er flere avdelinger som i 2009 har vært vurdert ikke å oppfylle kravene. Det er løpende dialog med disse for å styrke utdanningen, slik at status som utdanningsinstitusjon kan opprettholdes.

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

Det ble i 2009 godkjent fem veiledere i psykodynamisk psykoterapi, to i kognitiv terapi og to i gruppepsykoterapi. Mht. kognitiv terapi og gruppeterapi er dette lave tall sammenliknet med tidligere år.

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

To veiledere ble godkjent i 2009 i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri, mot fire i 2008, mens det var ingen godkjenninger i årene 2005-2007.

### **3.2.9 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin**

Det ble i 2009 godkjent fire veiledere i allmennmedisin, mens det ble godkjent tre i 2008.

### **3.2.10 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.

Det har i løpet av 2009 vært avholdt 12 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 170 deltakere.

### **3.2.11 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus**

Ved utgangen av 2009 var det i gang 64 veiledningsgrupper i allmennmedisin og 120 personer på venteliste. I arbeidsmedisin var det fem veiledningsgrupper ved utgangen av 2009 og åtte personer på venteliste. I samfunnsmedisin var det ni grupper og 15 personer på venteliste ved utgangen av 2009. For veiledningsgrupper i allmennmedisin har sluttevalueringsskjemaet blitt forenklet og lagt ut som questback.

Medisinsk fagavdeling arrangerte i november 2009 et seminar om kursutdanning og veiledningsgrupper i samfunnsmedisin. Det ble deretter dannet en arbeidsgruppe med leder for spesialitetskomiteen Frantz Leonard Nilsen, leder i Norsam Henning Mørland, leder i LSA Ernst Horgen og medisinsk fagavdeling ved veilederkoordinator Sverre Lundevall.

Norsam tar overordnet ansvar for at det arrangeres obligatoriske kurs i samfunnsmedisin som svarer til behovet.

Spesialitetskomiteen tar ansvar for at det lages en ny praktisk håndbok for veiledere og spesialistkandidater i samfunnsmedisin i samarbeid med medisinsk fagavdeling.

### **3.2.12 Smågrupper i allmenntidning**

Det er i 2009 registrert 59 nye smågrupper i allmenntidning. Til sammen er det ved utgangen av 2009 registrert 919 grupper. De fleste av disse er i aktivitet.

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

Det satses på en videreutvikling av læringstilbud på Internett med en bred tilnærning til nettbasert læring. Valgfrie kurs for allmenntidning vil bli et satsingsområde. Allmenntidningene må resertifiseres hvert femte år og et tilbud om å ta noen av kursene på nettet kan spare mange fra å være borte fra praksisen. Deler av Grunnkurs C utvikles derfor for nett.

Tre nye kurs er lansert: Medisinsk etikk, Sirkulasjonsfysiologi og Hvordan fylle ut dødsattester. De fleste nettkursene er overført fra gammel teknisk plattform til ny teknisk plattform. Den gamle var ikke lengre vedlikeholdt av opprinnelig leverandør.

Det er utviklet verktøy for å avlegge kursprøve på Internett. Dette har allerede blitt tatt i bruk for grunnkurset i kirurgisk og medisinsk gastroenterologi.

### **3.2.14 Nasjonalt råd for spesialistutdanningen av leger (NR)**

Fra Legeforeningen var følgende medlemmer i Nasjonalt råd: Helge Haarstad (vara Kristin Aase), Hege Gjessing (vara Fredrik Nomme), Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen) og Einar Skoglund (vara Bjarne Riis Strøm). Spesialitetsrådets leder Frank R. Andersen møtte som observatør.

NRs flertall har for 2010 anbefalt overfor Helse- og omsorgsdepartementet en kvote på kun 30 nye stillinger i sykehusene samt en særskilt kvote med 12 utdanningsstillinger i geriatri.

### **3.2.15 Etterutdanning**

LEIF (Legers Etterutdanning i Fremtiden) er et elektronisk system for registrering av etterutdanningsaktiviteter for legespesialister. 8.1. 2009 ble i tillegg LEIF Allmenntidning lansert. LEIF Allmenntidning kan brukes både av leger i spesialisering i allmenntidning og for spesialister som fortløpende ønsker å registrere sin etterutdanning i allmenntidning (resertifisering). Når alle aktiviteter er registrert, kan man ta utskrift som er lik søknadsskjemaene i allmenntidning og fornyelse i allmenntidning. Utfyllt skjema vedlagt nødvendige vedlegg og attester, utgjør en fullstendig søknad om spesialistgodkjenning, eventuelt søknad om fornyelse som spesialist i allmenntidning.

Tjenesten er åpen også for leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen. Tjenesten er gratis, men krever registrering ved første gangs bruk.

### **3.2.16 Utredning om spesialistutdanningen av leger**

Gjennom 2007 og 2008 ble det gjennomført et betydelig utredningsarbeid om spesialistutdanningen av leger. Etter bred høring i organisasjonen ble konkrete forslag behandlet av landsstyret 2009: Forslag om opprettelse av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin, endrede spesialistregler i generell kirurgi og i indremedisin og opprettelse av kompetanseområder. Alle de fremsatte forslagene fikk tilslutning fra landsstyret og sakene er oversendt Helsedirektoratet/ Helse- og omsorgsdepartementet.

Sentralstyret besluttet høsten 2009 å trykke et hefte om spesialistutdanningen av leger basert på utredningen og de følgende enkeltsaker.

Heftet er trykket november 2009. Det er et policydokument som påpeker utfordringer, behov for forbedringer og har konkrete forslag til endringer overfor helsemyndighetene. Heftet inneholder også en oppsummering av utviklingen og gir oversikt over legemarkedet og en analyse av fremtidig behov for leger og fordeling mellom spesialitetene.

### **3.2.17 Endring av helsepersonelloven § 53 – fjernet delegeringsmyndighet**

Helse- og omsorgsdepartementet fremmet i januar 2009 forslag om endring av helsepersonelloven § 53. Det ble foreslått å fjerne formuleringen som ga anledning til å delegerer myndighet fra Helsedirektoratet til yrkesorganisasjoner til å godkjenne spesialister. Stortinget vedtok 18.6. 2009 en slik lovendring, hvilket betyr at fra det tidspunkt lovendringen trer i kraft vil sentrale helsemyndigheter overta godkjenningen av

spesialister for leger, tannleger og optikere.

I henhold til Stortingets vedtak skal det legges frem en egen sak om organisering og vilkår for den fremtidige ordningen med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet. Spesialistgodkjenningsprosjektet igangsettes uavhengig av dette vedtaket og det er gitt oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet å utrede hvordan saksbehandlingen av spesialistgodkjenning av helsepersonell skal overtas av Helsedirektoratet. Helse- og omsorgsdepartementet skal gjennomføre utredningen av den fremtidige spesialistutdanning som et eget prosjekt.

Det er lagt til grunn at ny godkjenningsordning skal tre i kraft innen utgangen av 2011. Helsedirektoratet arbeider med den målsetting at dette skal skje 1.9. 2011. Det er etablert kontakt mellom Legeforeningen og Helsedirektoratet i arbeidet med å utrede ny ordning for spesialistgodkjenning av leger.

### **3.3 Forskning**

#### **3.3.1 Prosjekt forskning**

Det ble rapportert på "Prosjekt forskning" på landsmøtet 2009. "Prosjekt forskning" videreføres med en tverrgående sekretariatssammensatt arbeidsgruppe for å ivareta og videreutvikle nye og påbegynte prosjekter. LVS, forskningsutvalget (FU) og FaMe vil være viktige ressursgrupper.

Prosjekt forskning vil ivareta diverse oppgaver og prosjekter for å fremme forskningens og forskerens kår som opprettelse av dobbeltløp, kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse, studentstipend i forskning, få forskning inn på forhandlingsarenaene og som tema i politiske møter.

#### **3.3.2 Kartleggingsundersøkelse og database**

Forskningsaktiviteten i de 44 fagmedisinske foreningene ble kartlagt i 2008/09, samt at det ble laget en database for fremtidige undersøkelser. Resultatet av kartleggingen foreligger i egen rapport av 2009 og danner grunnlag for ulike tiltak med og for de fagmedisinske foreningene. Rapporten vil bli brukt i det videre arbeidet med Legeforeningens satsning på forskning.

#### **3.3.3 Kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse**

I 2009 startet og gjennomførte Legeforeningen første kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse i samarbeid med UiO og HSØ. Hver av partene bidrar med 1/3. Fond I er søkt og søknaden er godkjent. Kurset består av tre bolker. Kurset er evaluert med meget gode tilbakemeldinger.

Planlegging av nytt kurs for 2010 er i gang. Kurset er godkjent som videre- og etterutdanning. Nytt kurs for Helse-Midt/NTNU og Helse Nord/UiT tilsvarende det i HSØ er under planlegging.

#### **3.3.4 Betydning av forskning synliggjøres ved popularisering**

Legeforeningen har høsten 2009 inngått et samarbeid med PULS/NRK vedrørende forskningsformidling. De fagmedisinske foreningene er invitert til å komme med forskningsbidrag som kan egne seg for TV-programmet PULS. Prosessen med utvelgelse av egnede forskningsprosjekter er i gang. Legeforeningen vil etablere tilsvarende kontakt med andre mediekkanaler.

#### **3.3.5 Egne sider for forskning under Legeforeningens webside**

Utkast til forskningsside med nyttige linker foreligger og har i 2009 vært ute til høring i de fagmedisinske foreninger, FU og LVS. I samarbeid med netteredaksjonen planlegges nettsiden å være på plass i 2010.

#### **3.3.6 Internasjonal konferanse**

Legeforeningen planlegger en konferanse "Research and Global Health – A Challenge also for Health Professional Organisations" som er berammet til mai 2011. Konferansen vil tematisk vies global helse med fokus på forskning og 10/90 gapet (refererer til den skjeve fordelingen av globale forskningsmidler og at ikke kunnskapen kommer de som trenger det til gode).

Det er opprettet programkomité, arbeidsgruppe og en styringsgruppe. Det er innledet samarbeid med British Medical Association (BMA), NFR (Globvac), UiO, Norad og H-dir.

## 3.4 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

### 3.4.1 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 21.-22.1. 2009. Av landets 19 fylker var 15 representert med til sammen 22 deltakere. I tillegg møtte representanter fra koordinatorkontoret i Oslo, Af og NFA. Representanter fra PMU 2009, Nord-Norge kurset, Nidaroskongressen, Solstrandkurset, Geilokurset og Lillehammerkurset deltok også på seminaret.

5.-6.5. 2009 arrangerte Legeforeningen sitt årlige seminar på Soria Moria om spesialistutdanningen for leger med 71 deltakere til stede. Seminarets hovedtemaer var:

- hvordan gjøre pasientsikkerhet mulig i en travel hverdag
- Legeforeningens fortsatte engasjement i spesialistutdanningen
- samhandlingsreformen
- forslag om endring i turnustjenesten
- læringssituasjonen ved utdanningsinstitusjonene
- behov for veiledning av utdanningskandidater
- internasjonalt samarbeid om spesialistutdanningen
- legemangel i fattige land – migrasjon og utdanningssamarbeid

Til Akademisk Studieforbund (AKS) har Legeforeningen i 2009 innrapportert 427 kurs på til sammen 9 608 timer. Dette er inkludert universitetskursene.

Det har vært 21 651 deltakere totalt. Hvert år mottar Akademisk Studieforbund tilskudd til 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 finnes på Legeforeningens nettsider. Ca. 580 kurs ble annonsert i 2009. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

### 3.4.2 Konferanse for de fagmedisinske foreningene

24.11. 2009 ble det avholdt dagskonferanse for de fagmedisinske foreningene og FaMe. I samråd med ledere i FaMe var det utarbeidet et program med hovedtemaene *Utvikling av faglig akse i Legeforeningen* og *Gode pasientmøter – veien til en bedre helsetjeneste*. Blant foredragsholderne var Legeforeningens president Torunn Janbu og generalsekretær Geir Riise, samt leder i Norsk gynekologisk forening og i FaMe Rolf Kirschner og leder i Norsk forening for allmenntidmedisin og nestleder i FaMe Gisle Roksund. Deltakerantallet var ca. 42.

Les mer om konferansen her: <http://www.legeforeningen.no/id/158075.0>

### 3.4.3 Fagpublikasjoner

Fullstendig oversikt over utgivelser i skriftserie for leger *Utdanning og kvalitetsutvikling* finnes på Legeforeningens nettside der heftene kan bestilles. Heftene selges til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

*Læring av feil og klagesaker* utkom mai 2009. Målgruppen er allmennleger og turnusleger. Boken inneholder aktuelle artikler og en rekke eksempler på feil til å lære av. Den er en oppfølger av heftet *Kollegabasert læring av klagesaker* fra 1995 og er spesielt egnet for diskusjon i smågrupper og veiledningsgrupper. Boken er et samarbeid mellom Helsetilsynet og Legeforeningen med Svein Zander Bratland og Sverre Lundevall som redaktører. Den inngår i serien *Rapport fra Helsetilsynet* som nr. 7/2009.

### 3.4.4 Norsk legemiddelhåndbok

Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok (NLH) har følgende medlemmer: Statens legemiddelverk (SLV), Helsedirektoratet, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, Apotekforeningen og Legeforeningen

NLH er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler. 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](http://www.legemiddelhandboka.no)).

Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok ledes av et styre, hvor Legeforeningens representant er Audun Fredriksen. Vararepresentant er Bjarne Riis Strøm.

NLH utgis som pairutgave hvert tredje år, senest i 2007. Styret har vurdert om det er nødvendig med fortsatt utgivelse på papir i tillegg til elektronisk versjon, og har konkludert med at det skal trykkes ny utgave i 2010. Behovet for ytterligere papirutgaver vil bli nøye vurdert.

### **3.4.5 Prosjekt Allmennlegetjenesten og psykisk helse**

Helsedirektoratet har gitt ca. 12,7 millioner kroner til opptrapping av allmennlegetjenesten og psykiatri, og Legeforeningen forvalter disse midlene. En styringsgruppe administrerer åtte tiltak som deler midlene. De åtte tiltakene er:

- tiltak 1 Allmennlegetjenesten og psykisk helse, praksiskonsulentordningen
- tiltak 2 Tilgjengelighet
- tiltak 3 Kognitiv terapi
- tiltak 4 Bruker- og pårørendeforeninger
- tiltak 5 Psykisk helsevern for barn og unge
- tiltak 6 ALU/LSU
- tiltak 7 Forskning allmennlegetjenestens rolle i fht. psykisk utviklingshemmede med psykiske lidelser
- tiltak 8 Samhandling i kommunene

Midlene er ikke likt fordelt mellom tiltakene, men etter en modell skissert på forhånd. I styringsgruppen sitter representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, og Norsk psykiatrisk forening. Medisinsk fagavdeling koordinerer tiltakene og utarbeider en rapport til Helsedirektoratet to ganger per år.

#### ***Tiltak 3 Kognitiv terapi***

Kurset som er finansiert av Helsedirektoratet ble avsluttet mars 2009. Det gjennomføres en evaluering av kurset basert på skriftlig fokusgruppeintervju. Nytt innføringskurs i kognitiv atferdsterapi for 22 allmennleger er startet i desember 2009. I samarbeid med Universitetet i Oslo er det gjennomført opptak av konsultasjoner med bruk av skuespillere for å illustrere ferdigheter i kognitiv atferdsterapi. Disse vil benyttes på fremtidige kurs for allmennleger. Det er kontakt med KID (kurs i depresjonsmestring) ved psykolog Trygve Børve hvor det planlegges samarbeid om kurs på Primærmedisinsk uke oktober 2010.

Psykologisk Institutt, Universitetet i Tromsø arbeider med internettbaserte tilbud til pasienter med depresjon som formidles via allmennlege. Fastlege Nils Kolstrup er prosjektansvarlig og har søkt om midler til videreutvikling.

#### ***Tiltak 4 Bruker pårørende foreninger***

Det var i november 2009 et seminar for veiledere i allmennmedisin og fire sentrale pasient- og brukerorganisasjoner: Mental Helse, Angstringen, Voksne for Barn og Landsforeningen for pårørende i psykiatrien (LPP). Målet er å få pasientperspektivet enda tydeligere frem i legers videreutdanning. Ut fra erfaringene på seminaret skal det lages møteopplegg som innlemmes i Utdanningshåndboken for veiledningsgrupper i allmennmedisin.

Det ble orientert om status for alle åtte tiltak på sentralstyremøtet den 1.9. 2009.

### **3.4.6 Gjennombruddsprosjektet Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose**

Etter initiativ fra og i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening har Legeforeningen planlagt nevnte gjennombruddsprosjekt, som vil starte vinteren 2010. 26 behandlingssenheter har fått plass. Bakgrunnen for prosjektet er betydningen av tidlig oppdagelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser. Samtidig er det kjent at det dessverre er en betydelig forsinkelse mellom det tidspunktet en psykose opptrer første gang og til behandlingen av tilstanden settes inn. Modellene for tidlig intervensjon vil måtte variere, men felles for alle modeller vil være lav terskel, dvs. lett tilgjengelighet til tjenestene, samt informasjon om tidlige tegn, og om hjelp.

Prosjektet har knyttet til seg representanter fra Psykologforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og foreningen Mental Helse Norge, i tillegg til allmennleger, psykiatere og barne- og ungdomspsykiatere.

Prosjektet har fått delfinansiering fra Legeforeningens kvalitetssikringsfond I og II og fra det nyopprettede Fond for Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet er den andre store bidragsyteren til prosjektet, som også har fått støtte fra Sykepleierforbundet, Psykologforeningen og Fagforbundet.

### **3.4.7 Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK)**

Det ble orientert om utvikling av et senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) for sentralstyret i november 2009. Det ble i orienteringen anbefalt at utredningen av SAK med innhold gjøres i to prosjekter:

- Utredning om organisering og rammevilkår for etablering og drift av SAK

Dette er planlagt formalisert gjennom vedtak i sentralstyret i starten av 2010.

- Utvikling av det faglige innholdet i SAK

Dette arbeidet ble vedtatt og igangsatt i 2009. Prosjektleder er Jannecke Tesen fra NFA. Det er finansiert fra Legeforeningens kvalitetsfond, med vedtatt tilskudd på to millioner kroner for prosjektperioden som er satt til tre år.

## **3.5 Fond**

### **3.5.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger**

Utdanningsfond I ble etablert i 1967. 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 for en periode på fire år. Det er partssammensatt. Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Ole Rikard Haavet, Espen Møller-Hansen, Odd Helge Gilja, Kirsti Ytrehus, Anders Smith og Egil Storaas (Helse- og omsorgsdepartementet).

Varamedlemmer har vært Kjetil Karlsen, Niels Christian Stenklev, Marie Hellevik, Helge Haarstad, Amund Gulsvik, Gunnar Tellnes og Berit Austveg (Helse- og omsorgsdepartementet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets seksjon for utdanning 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 normaltarriffen og følger avtaleperiodene for denne.

Utdanningsfond I hadde en egenkapital per 31.12. 2009 på kr 160 879 312. Regnskapet viser et overskudd på kr 3 528 377 for 2009.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2009 kan nevnes:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- dekning av underskudd ved kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning, arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens utdanning på Internett (LUPIN)
- støtte til innkjøp av ny e-læringsplattform, Moodle
- 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 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 medisnutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning
- støtte til sommer-/forskningstipend til medisinstudenter

### **3.5.2 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 KS har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2010 – 31.12. 2013 består utvalget av Eirik Bø Larsen (leder), Sigrid Næss, Henning Mørdal, Svein Lie (HOD) og Arne Norum (KS). Varamedlemmer er Gunnar Ramstad, Arne Eivindson, Frantz Leonard Nilsen, Jon-Torgeir Lunke (HOD) og Kari Rolstad (KS). I 2009 har Marte Baumann og Britt Ingebretsen vært utvalgets sekretærer.



Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2009 – 30.6. 2010 er tilskuddet 24,6 millioner kroner, noe som er uforandret fra forrige periode.

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

Det ble i løpet av 2009 registrert 6 962 innkomne søknader mot 6 201 i 2008. Grunnet endringer i retningslinjene for fondet i 2007, og det økte volumet på søknader til behandling de siste årene, har fondets utgifter økt. De samlede refunderte utgifter til kurs og stipendier var i 2009 på 36,6 millioner kroner, hvilket er ca. 5 millioner høyere enn i 2008 og 11 millioner høyere enn i 2007. Fondets egenkapital ble i 2009 redusert med ca. 6,4 millioner kroner. I årsregnskapet for 2009 er det bokført en egenkapital på 130 millioner kroner, mot 136 millioner kroner i 2008.

### **3.5.3 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 Spekter har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2010 – 31.12. 2013 består utvalget av Siri Tau Ursin (leder), Kaare Gautvik, Eirik Sjøfteland, Sigrid Beitland (HOD) og Eli Årnot (Spekter). Varamedlemmer er Hans Petter Næss, Helge Bjørnstad Pettersen, Hege Gjessing, Anne Negård (HOD) og Per Thysnes (Spekter). I 2009 har Marte Baumann og Britt Ingebretsen vært utvalgets sekretærer.

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2009-30.6. 2010 er tilskuddet 22,3 millioner kroner, noe som er uforandret fra forrige periode.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2009-2010 med **kr 1 200** per legeårsverk. Det ble i 2009 innbetalt 12 millioner mot 12,4 millioner kroner året før.

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 2009 registrerte sekretariatet 9 201 mottatte søknader, mot 8 496 i 2008.

Samlet var de refunderte utleggene i tilnytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold på 39,8 millioner kroner i 2009, mens den samlede inntektssiden i fondet var 34,3 millioner kr. Fondets egenkapital ble i 2009 redusert med 4,1 millioner kroner, og var ved utgangen av 2009 77,2 millioner kroner, mot 81,3 i 2008 og 93 millioner kroner i 2007. Fondsutvalget vedtok i juni 2009 enkelte vesentlige endringer i retningslinjene for refusjon, med mål om på sikt å styrke egenkaspitalsituasjonen i fondet, og bedre balansen mellom inntekter og utgifter. Endringene omfatter blant annet fast egenandel for søkerne på kr 500 ved alle refusjoner fra fondet.

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

#### ***Styringsgruppen***

Styringsgruppen bestod i 2009 av Terje Vigen (leder) frem til 1.3. 2009 og Geir Riise (leder) etter 1.3. 2009, Torunn Janbu og Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Lars Vorland, staten v/Helse Nord RHF, Liv Bagstevold, staten v/Helse- og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS: Karen Kaasa. 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 98 medarbeidere som er knyttet til 24 sykehuslaboratorier og dels knyttet til Haraldsplass Diagonale Sykehus i Bergen. Informasjon om virksomheten er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside og på NOKLUS hjemmeside [www.noklus.no](http://www.noklus.no). Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne, og ca. 4 000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2009 var det 37 utsendelser av kontrollmateriale til ekstern kvalitetskontroll hos deltakerne.

Over 99,8 % av alle legekantor som har laboratorium deltar i samarbeidsordningen. Det er med over 700 deltakere til selvkost. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltar også 86 norske sykehuslaboratorier, tre danske og ett islandsk legekantor på to eller flere av utsendelsene. I statsbudsjettet for 2007 vedtok Stortinget å bevilge midler for inntil to års gratis deltakelse som et introduksjonstilbud for sykehjem som ikke allerede deltar i NOKLUS. Dette har ført til en økning i antall betalende deltakere med ca. 300. Ved utgangen av 2009 var det knyttet to professor II-stillinger, en professor emeritus-stilling, en førsteamanuensisstilling, fem doktorgradskandidater og fire 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.

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

### **3.5.5 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Sentralstyret ga i 2008 sin tilslutning til at Kvalitetssikringsfondene I og II skulle slås sammen til ett fond med betegnelsen Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet, og til vedtekter for fondet. Det er oppnevnt fondsutvalg i henhold til vedtektene, og dette trådte i funksjon fra 1.1. 2009.

Fondsutvalgets sammensetning 2009-2013:

Fra Legeforeningen: Stein Tore Nilsen (leder), Marit Tønder Rødland (medlem), Kjeld Malde (medlem), Ole Strand (medlem), Rolf Kirschner (medlem), Marit Hermansen (varamedlem), Vibeke Dons Wankel (varamedlem).

Fra Helse- og omsorgsdepartementet: Håkon Lund (medlem), Helge Haarstad (medlem), Elisabeth Arntzen (varamedlem).

Fra KS: Sigrid Askum (medlem), Kari Rolstad (varamedlem).

Fondsutvalget har hatt et konstituerende møte og to regulære møter i 2009.

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

Avsetningen til fondet skjer i henhold til avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis (statsavtalen). Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. For 2009 ble det avsatt 8,5 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

#### ***Søknader og bevilgninger i 2009***

Det totale antall søknader til fondet var 41, med samlet søknadssum på kr 22 225 630. Det ble bevilget kr 6 170 056 til 18 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan fåes fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

#### ***Fondsfinansiering av kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger***

Etter søknad til Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet kan kr 30 000 stilles til disposisjon til kvalitetsarbeid i fagmedisinske foreninger og spesialforeninger. To foreninger, Norsk barnelegeforening og Norsk revmatologisk forening, fikk etter søknad slik støtte i 2009.

### **3.5.6 Allmennmedisinsk forskningsfond**

#### ***Organisering***

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse. Stiftelsens styre har representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes allmennmedisinske forskningsenheter og Helse- og omsorgsdepartementet (delegert til Helsedirektoratet). Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene. Sekretariatsbistanden går ut på å forberede utlysning av forskningsmidler og mottak av

søknader. Videre deltakelse i fagrådsmøte med skrivning av referat som danner grunnlag for styrets avgjørelser, og deltakelse i styremøte med skrivning av referat der de endelige tildelingene offentliggjøres.

#### ***Fagråd og styrets sammensetning 2009***

Fagrådet 2009 besto av Ståle Onsgård Sagabråten, NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim, Hasse Melbye, AFE Tromsø, Gunnar Tschudi Bondevik, UiB, Mette Brekke, UiO, Elisabeth Swensen, NFA og Jakob Kragstrup, internasjonal representant. Styret 2009 besto av Gisle Roksdal, NFA (leder), Jan Emil Kristoffersen, Af, Trine Bjørner, NFA, Jon Hilmar Iversen, Helsedirektoratet og Jan C. Frich, AFE Oslo.

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

Fondet er opprettet av Den norske legeforenings sentralstyre med grunnlag i avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS, RHF-ene og Legeforeningen juni 2006.

Allmennt medisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennt medisinsk forskning på allmennt medisinske premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennt medisinske forskningsenhetene.

#### ***Søknader og bevilgninger 2009***

I 2009 mottok fondet 42 søknader, og samlet søknadssum var kr 22 066 324. 27 søknader ble innvilget og det ble utbetalt til sammen kr 12 410 000.

## 4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

Legeforeningens formål er å fremme tiltak for folkehelse, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr. 5

### 4.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

#### 4.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009

Legeforeningen vil arbeide for

- forebyggende virksomhet i arbeidet for barn og unges fysiske og psykiske helse, blant annet økt fysisk aktivitet og riktig kosthold
- å redusere rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette, med særlig fokus på alkohol
- å få ned andelen tobakksbrukere i befolkningen generelt og i ungdomsgruppen spesielt
- å arbeide for å bedre helsen i utsatte befolkningsgrupper, herunder helse og helsetjenester til innvandrere
- å arbeide for et mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena, blant annet ved å arbeide for utbygging av og etablering av godkjenningsordning for bedriftshelsetjenesten
- å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade

#### 4.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011

Legeforeningen vil:

##### **Styrke det helsefremmende og helseforebyggende arbeidet (delmål)**

Inaktivitet, fedme, rus og tobakk er vår tids store folkehelseproblemer. Disse risikofaktorene for uhelse og sykdom kan motvirkes gjennom målrettet forebygging og helsefremmende arbeid i og utenfor helsetjenesten. Mange arenaer for å forebygge helse ligger utenfor helsetjenesten. Legeforeningen vil arbeide for en bevisstgjøring rundt sammenhengene mellom risikofaktorer og helse. Det er behov for en samordning av arbeidet på nasjonalt plan gjennom forankring i alle berørte departement.

##### **Motvirke sosial ulikhet i helse (delmål)**

Det er en utfordring at vi er i ferd med å få en økende sosial ulikhet i helse i samfunnet. Inntekt, utdanningsnivå, familierelasjoner og oppvekstvilkår er determinanter som påvirker fysisk og psykisk helse. Legeforeningen vil arbeide for å motvirke sosial ulikhet i helse.

##### **Arbeide for et helsefremmende arbeidsliv (delmål)**

Et helsefremmende arbeidsliv er viktig i arbeidet med å forebygge og redusere sykefravær og hindre uønsket avgang fra arbeidslivet. Det er arbeidsgivers ansvar å fremme helse og trivsel gjennom god personalpolitikk og tilrettelegging for godt arbeidsmiljø.

##### **Globale helseutfordringer for miljø og helse (delmål)**

Negative miljøfaktorer i luft, vann og mat kan skade helsen og være sykdomsfremkallende. Legeforeningen vil utfordre beslutningstakere til å ta ansvar på dette feltet, og arbeide for å fjerne miljøfaktorer som skader helsen.

##### **Satsingsområder 2009-2011:**

- Arbeide for økt fysisk aktivitet i befolkningen
- Sette søkelyset på sammenhengen mellom fysisk inaktivitet, kosthold, fedme og sykdom
- Arbeide for målrettet forebyggende og helsefremmende arbeid med hensyn på tidlig intervensjon i forhold til belastninger i tidlige faser i livet, herunder fokus på forebyggende psykisk helsearbeid blant barn og unge
- Arbeide for styrket primærforebygging innenfor skole og helsefremmende arbeidsliv, herunder en forsterket IA-avtale
- Medvirke til økt beredskap og bedre kunnskap om konsekvensene av global oppvarming

#### **4.1.3 Forebyggende virksomhet for å bedre barn og unges fysiske og psykiske helse**

Sammenhengen mellom sosial posisjon og helsetilstand er godt dokumentert. Ut fra målsetningen om lik tilgang til helsetjenester utgjør sosial ulikhet i helse en stor utfordring for offentlige tjenesteytere. Legeforeningen har arbeidet med problemstillinger rundt sosial ulikhet i helse blant annet i forbindelse med rapporten *Tillit – trygghet – tilgjengelighet*, St.meld. nr. 47 om samhandlingsreformen, samt i tilknytning til høring i Stortinget om en sammenhengende svangerskaps-, fødsels- og barselomsorg. Videre arrangerte Legeforeningen en konferanse om barn og unges helse i september 2009 i forbindelse med utarbeiding av statusrapport for 2010 som omhandler belastninger i tidlige livsfaser av både fysisk og psykisk art. I rapportarbeidet legges det opp til at strukturelle og sektorovergripende tiltak på samfunnsnivå må være det primære forebyggende virkemiddel på nasjonalt og lokalt nivå. Et av de viktigste forebyggende tiltakene er å sikre barn en trygg oppvekst og sunne levevaner i nærvær av ansvarlige voksne. Det må legges økt vekt på psykiske helseproblemer og samspillet mellom somatiske og psykiske lidelser, noe som krever bedre koordinering og utnyttelse av komplementær kompetanse.

#### **4.1.4 Reduksjon av rusmiddelbruk og helseskader som følge av dette**

Legeforeningen har i lengre tid arbeidet for å redusere rusmiddelbruk og helseskader som følger av dette, blant annet gjennom statusrapporten *På helsa løs* (2006). Legeforeningen har i 2009 fulgt opp sitt engasjement på flere områder. Foreningen har blant annet uttalt seg om forslag til endringer i alkoholloven, hvor forslaget om at alkohollovens maksimaltider for skjenking innskrenkes med én time ble støttet.

Legeforeningen deltok i mai 2009 på høring i Stortingets helse- og omsorgskomiteé om rus- og avhengighetspolitikk. Legeforeningen ser alvorlig på de negative helsekonsekvenser ved høyt alkoholkonsum. For å motvirke høyt forbruk og forebygge helseskade, må norske myndigheter opprettholde og videreføre rusmiddelpolitiske virkemidler som har vist seg å være effektive, dvs. høye avgifter og lav tilgjengelighet. Foreningen har videre vektlagt at et stadig økende alkoholkonsum i tilknytning til arbeidslivet kan medføre større skader/mer sykdom blant arbeidstakere.

Etter forslag fra rusmiddelpolitisk utvalg vedtok sentralstyret å nedsette en arbeidsgruppe som har utarbeidet forslag til Legeforeningens alkoholpolitiske strategidokument. Arbeidsgruppen ble også bedt om å utarbeide regler for alkoholserving i egen organisasjon. Begge disse ble vedtatt av sentralstyret i april 2009. Interne regler for alkoholserving er implementert og behovet for et policydokument på dette området skal utredes. Arbeidsgruppen besto av: Hans Jørgen Breder, Einar Braaten, Kari Jussie Lønning/Guri Spilhaug, Inger Hilde Trandem, Kristin Bergstad Lazaridis, Marte Kvittum Tangen, Tore Strøm, Terje Øiesvold og Arne Johannesen (leder).

#### **4.1.5 Få ned andelen røykere i befolkningen generelt og ungdomsgruppen spesielt**

Legeforeningen deltok i 2009 i Tobakksfritt, som er en koalisjon av organisasjoner som driver strategisk politisk påvirkningsarbeid og som arbeider for å redusere all bruk av tobakk gjennom informasjon og politisk påvirkningsarbeid. Tobakksfritts medlemsorganisasjoner er Kreftforeningen, Norsk Sykepleierforbund, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke, Fagforbundet, Den norske tannlegeforening, Den norske jordmorforening, Norges Idrettsforbund, Landslaget Mot Tobakksskadene og Legeforeningen. Tobakksfritt har egen Internett-side: [www.tobakksfritt.no](http://www.tobakksfritt.no). Avdeling Tobakk i Helsedirektoratet deltar som observatør på Tobakksfritts møter. Tobakksfritt ledes av professor Tore Sanner. Ellen Juul Andersen fra sekretariatet er nestleder.

Tobakksfritt hadde fem møter i 2009. Det viktigste arbeidet i 2009 har vært arbeidet mot snus. Organisasjonen har i løpet av perioden arbeidet med oppfølging vedrørende Pensjonsfond utlands investeringer. Regjeringen har fattet et vedtak i tråd med Tobakksfritts og andre organisasjoners innspill om å utelukke tobakksaksjer fra investeringene. Organisasjonen har også hatt møte med Stortingets finanskomité der avgiftsøkning på snus ble tatt opp, herunder også innføring av EUs nye advarselsmerking på tobakk og bevilgning av midler til helseforebyggende tiltak.

På bakgrunn av innspill fra Legeforeningen i tilknytning til Verdens Tobakksfrie dag i 2009 om at snus og idrett ikke hører sammen, har det senere vært tatt initiativ til samarbeid mellom Norsk forening for allmennmedisin, Norsk idrettsmedisinsk forening, Idrettforbundet og Legeforeningens sekretariat. Formålet med samarbeidet er å se på hvilke områder organisasjonene i fellesskap vil kunne spille en rolle hva angår snus og tobakksbruk, inaktivitet blant barn og unge og fedme. Dette i erkjennelsen av at forebyggende helsearbeid skjer på mange arenaer.

#### **4.1.6 Bedre helse for utsatte befolkningsgrupper**

Legeforeningen har hatt et sterkt engasjement for å bedre helsen for utsatte befolkningsgrupper, blant annet gjennom arbeidet med statusrapporten *Likeverdig helsetjeneste – om helsetjeneste til ikke-vestlige innvandrere* (2008). Også i 2009 har det vært rettet oppmerksomhet mot dette temaet, blant annet i tilknytning til papirløse innvandrere. I oppfølgingen av statusrapporten har Legeforeningen bidratt inn i et samarbeid i regi av Krefregisteret hensyn til informasjonskampanje om livmorhalskreft rettet mot kvinner med ikke-vestlig bakgrunn. Legeforeningen har også deltatt i planlegging av informasjonskampanje om brystkreft rettet mot kvinner med ikke-vestlig bakgrunn på bakgrunn av invitasjon fra Kreftforeningen.

Det har videre vært arbeidet med Norsk oftalmologisk forening og Norske ortoptisters landsforening med hensyn til forslag om endringer i regelverket for stønad til briller for barn og ungdom. Det er opprettet kontakt med Arbeids- og inkluderingsdepartementet for videre oppfølging av dette feltet.

#### **4.1.7 Mer inkluderende arbeidsliv som helsefremmende arena**

Sekretariatet nedsatte høsten 2009 et prosjekt for å gjennomgå erfaringer med avtalen om et inkluderende arbeidsliv (IA). Formålet med prosjektet var å utarbeide og forankre Legeforeningens innspill til reforhandlingen av avtalen våren 2010, der vi er part via Akademikerne. Viktige målsetninger som ble lagt til grunn for arbeidet var å bidra til å redusere sykefraværet og unødig utestengelse fra arbeidslivet, gi legen en riktig rolle og styrke arbeidsplassen som den sentrale arenaen for forebyggende sykefraværarbeid.

Prosjektet har i tett samarbeid med Akademikerne utarbeidet forankrede innspill om at Legeforeningen slutter seg til IA-avtalens fundament, mål samt partenes forpliktelser, slik det ble beskrevet i de generelle prinsipper utarbeidet av arbeidslivsorganisasjonene. Prosjektet har videre kommentert en rekke grunnlagsdokumenter utarbeidet av IA-arbeidsgruppen og gitt innspill til en faglig ekspertgruppe som ble nedsatt av Arbeidsdepartementet i november 2009 med mandat til å utrede forslag til administrative tiltak for å redusere sykefraværet som skulle legges til grunn i forhandlingene om ny IA-avtale. I arbeidet er det avholdt en rekke møter bl.a. med NHO og LO.

#### **4.1.8 Å fremme informasjon om miljøfaktorer som skader helsen, og om tiltak for å motvirke skade**

Et varmere klima vil påvirke menneskers helse gjennom en rekke ulike og sammensatte mekanismer. Sentralstyret besluttet i 2008 å nedsette en arbeidsgruppe som skulle utarbeide et grunnleggende dokument for Legeforeningens engasjement i klimaendring med tilhørende tiltak for å forebygge klimaendringer og etablere beredskap for å møte de helsemessige konsekvenser både nasjonalt og internasjonalt. Gruppens omforente forslag til tiltaksplan ble framlagt for sentralstyret i oktober 2009. Det ble besluttet å sende tiltaksplan og grunnlagsdokument på høring. Revidert grunnlagsdokument og tiltaksplan ble godkjent av sentralstyret desember 2009. Tiltakene er innrettet mot forskning og undervisning av helsekonsekvenser av klimaendring og at Legeforeningen skal arbeide for å fremme helseforebyggende arbeid i klimaperspektiv.

## 5 Helsepolitikk

Legeforeningens formål er å arbeide med helsepolitiske spørsmål, jf Legeforeningens lover § 1-2, nr. 6

### 5.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet

#### 5.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009

Legeforeningen vil arbeide for

- en god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov
- at medisinske vurderinger tillegges sterkere vekt ved politiske og administrative beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten
- å være en tydelig faglig premissgiver
- bedre rammevilkår for medisinsk forskning og utdanning

#### 5.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011

Legeforeningen vil:

**Være en tydelig faglig premissgiver (delmål)**

Helsetjenesten har de siste 10-15 årene gjennomgått mange viktige og nødvendige strukturreformer – men det faglige innholdet i reformene har i stor grad uteblitt. Legeforeningen vil være en pådriver for at medisinsk kunnskap tillegges sterkere vekt ved politiske og administrative beslutninger på alle forvaltningsnivåer.

**Rette oppmerksomheten mot forsømte områder (delmål)**

I legegruppen samlet finnes mye kunnskap om hvordan helsetjenesten fungerer, og hvor ”skoen trykker”. Legeforeningen vil ta ansvar for å få frem denne kunnskapen, og på denne måten bidra til å øke kunnskapsgrunnlaget og få helsepolitisk oppmerksomhet om forsømte områder i helsetjenesten, herunder forskning på forebyggende tiltak og folkehelse.

**Bidra til god ledelse i helsetjenesten (delmål)**

Helsetjenesten er overstyrt og underledet. Legeforeningen vil arbeide for god medisinskfaglig ledelse i helsetjenesten. God ledelse er nødvendig for gode helsetjenester.

**Satsingsområder 2009-2011:**

- Arbeide for bedre samhandling i helsetjenesten, herunder utvikling av klare ansvarlinjer i helhetlige behandlingsskjermer
- Videreføre Legeforeningens arbeid med ledelse og arbeide for at leger kan påta seg lederroller i helsetjenesten
- Arbeide med internasjonal helse og legers mulighet til å bidra i internasjonale operasjoner
- Bidra til å realisere LEON-prinsippet gjennom å styrke primærhelsetjenesten
- Arbeide for å justere finansieringsordningene for helsetjenesten slik at ordningene understøtter god faglig prioritering
- Arbeide for gratis helsetjeneste for ungdom opp til 20 år
- Arbeide for å redusere bruk av tvang i helsetjenesten til mennesker med psykiske lidelser

#### 5.1.3 En god offentlig finansiert helsetjeneste med like rettigheter og lik tilgjengelighet for alle innbyggere ut fra medisinske behov

Å sikre en god offentlig finansiert helsetjeneste med likeverdige rettigheter er et grunnleggende utgangspunkt for Legeforeningens helsepolitiske arbeid. Dette legges til grunn i arbeidet med statusrapporter, policynotater, høringsuttalelser og helsepolitiske innspill til politikere og helseforvaltning. I 2009 har blant annet arbeidet med samhandlingsreformen, prioritering og utvikling av sykehusene/sykehusøkonomi vært sentrale arenaer for utvikling og formidling av Legeforeningens helsepolitikk på dette området.

Legeforeningen har lagt store ressurser i utviklingen og oppfølgingen av St.meld. nr. 47 om

samhandlingsreformen. Foreningen oversendte en rekke innspillsnotater i prosessen frem til reformforslaget ble presentert i juni 2009, som omhandlet blant annet utvikling av fastlegerollen, organisering av den kommunale helsetjenesten, sykehjem, kommunestruktur og forebyggende helsearbeid. Etter at stortingsmeldingen ble lagt frem, har Legeforeningen presentert sine synspunkter blant annet overfor departementet, Stortingets Helse- og omsorgskomiteé, partiene og i media. Legeforeningen har støttet hovedmålsettingene i stortingsmeldingen, men pekt på at valget av virkemidler er avgjørende for å nå målsettingene. Legeforeningen har særlig pekt på utfordringer knyttet til kommunal medfinansiering, kommunestruktur og nødvendigheten av forebyggende tiltak med dokumentert effekt. Videre har foreningen foreslått tiltak som kan understøtte en styrket kommunehelsetjeneste, blant annet gjennom videreutvikling av fastlegeordningen, etablering av et styrket institusjonstilbud i kommunen og ledelsesmessig forankring av det kommunale forebyggende arbeidet gjennom kommuneoverlegerollen.

Legeforeningen har også i 2009 deltatt som observatør i styringsgruppen og som deltakere i den nasjonale arbeidsgruppen knyttet til utviklingen av veiledere for støtte i vurdering av tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. Arbeidet er i regi av de regionale helseforetakene og Helsedirektoratet. Veilederne gir anbefalinger om rettighetsstatus og frister til helsehjelp i spesialisthelsetjenesten og skal være et bidrag i den kliniske hverdagen når spesialisthelsetjenesten skal prioritere hvilke pasienter som skal få rett til prioritert helsehjelp og hvilke som må vente. Dette skal bidra til at de sykeste får hjelp først, at de som trenger det mest får behandling i tide og beslutninger tas med større grad av trygghet. I 2009 er det samlet publisert prioriteringsveiledere innenfor 32 fagområder. Legeforeningen har gitt faglige innspill til veilederne gjennom høringsuttalelser. Som en del av prosjektet er det også utviklet en interaktiv database med statistikk for ventelisterapporteringen fra Norsk pasientregister for administrasjon, styring og kvalitetssikring av spesialisthelsetjenester. Det er sendt informasjonsbrev til alle fastlegene om prioriteringsveilederne. I videreføringen av prosjektet, er det lagt opp til å harmonisere tildeling av rett til nødvendig helsehjelp og fristfastsettelse mellom de ulike fagområdene.

Legeforeningen gjennomførte en kartlegging av sykehusenes inntekter i perioden 2002 til 2008, med hjelp av ekstern kompetanse. Dette ble gjort på bakgrunn av at til tross for sterk vekst i sykehusenes budsjetter, oppleves det stadige økte krav til innsparing og effektivisering. Rapporten om sykehusenes inntekter forelå i juni 2009, og viste at nye oppgaver, kostnadskrevede reguleringer og lønns- og prisstigning i stor grad dekket opp for de økte bevilgningene. Samtidig har det i samme periode vært en sterk aktivitetsvekst. Dette viser at det har skjedd en betydelig grad av effektivisering av sykehusene. På bakgrunn av disse funnene, har Legeforeningen argumentert for at det er behov for å se inntekter, oppgaver og øvrige rammevilkår for sykehusenes virksomhet, nærmere i sammenheng. Det er grunn til å undersøke nærmere om det er ubalanse mellom forventninger til hva sykehus skal levere av tjenester og den ressursituasjonen som sykehusene befinner seg i, herunder ikke minst med hensyn på kapitalhåndtering. Funnene i undersøkelsen har blitt formidlet til departement og Stortinget, og har fått oppmerksomhet i media.

Legeforeningen deltok i mars 2009 på åpen høring i Stortinget om etablering av hospice. Det ble lagt vekt på at den videre utviklingen av palliative enheter og team fortsatt bør skje innenfor den offentlige helsetjenesten for å bli et tilbud til flest mulig, uavhengig av bosted, diagnose og behandlingsnivå. En god integrasjon av palliasjon i sykehjem ble fremhevet som den beste løsningen i kommunehelsetjenesten. Det ble presisert at det er behov for en treffsikker finansieringsordning for palliative enheter i sykehjem.

#### **5.1.4 Sikre at medisinsk faglige vurderinger tillegges nødvendig vekt ved politiske beslutninger på alle forvaltningsnivåer, spesielt i kommunehelsetjenesten**

Legeforeningens helsepolitiske arbeid bygger på å omsette faglig kunnskap og vurderinger og formidle dette i den offentlige helsepolitiske debatt. Legeforeningens rapporter utgjør en sentral del av Legeforeningens politikktutvikling.

##### ***Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet***

I 2009 ble rapporten *Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordningen frem mot 2020* publisert. Rapporten omhandler mange dagsaktuelle problemstillinger om organiseringen av helsetjenestene bl.a. aktualisert i St. meld. Nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen.

I rapporten pekes det på at kommunehelsetjenesten er fundamentet i helsetjenesten og bindeledd mellom befolkningen og den mer spesialiserte helsetjenesten. For at primærhelsetjenesten skal kunne ta på seg økt ansvar og økte oppgaver, må fastlegeordningen styrkes både ifht volum, kvalitet, og finansiering.

Forskningsrådets evaluering i 2006 viser høy grad av måloppnåelse etter innføring av fastlegeordningen. Den gode måloppnåelsen skyldes flere faktorer. For det første ble det gjennomført

solide utredninger og utprøvinger i forkant av reformen. For det andre var målbeskrivelsene klare og forståelige. For det tredje ble det brukt ulike virkemidler (avtaleverk, lovverk, finansiering) som understøttet hverandre. For det fjerde var det tett samarbeid mellom aktørene slik at alle fikk eierskap til ordningen. Legeforeningen mener at videreutvikling av fastlegeordningen må bygge på en like grundig prosess.

I rapporten beskrives hvordan allmennmedisinske oppgaver kan legges til fastlegepraksisen, og særskilte tiltak for å nå de som trenger hjelp, men som har problemer med å oppsøke fastlegen selv. For å sikre tilgjengelighet til fastlege er det vesentlig at nivået på egenbetalingen ikke blir for høyt, og at pasienter som ellers ikke ville få dekket viktige behov for helsetjenester blir skjermet.

Hensynet til kontinuitet må ivaretas i videreutviklingen av fastlegeordningen, men samtidig bør det legges til rette for større grad av samlokalisering i større fastlegesentra. Større fastlegepraksiser vil medføre sterkere og mer robuste fagmiljøer, bedre muligheter for investering i utstyr og personell og økt tilgjengelighet til allmennlegetjenester.

Det er i dag ca. 4 000 fastleger i Norge. Det har vært mangelfull vekst i allmennlegetjenesten gjennom flere år, og det er beregnet et allmennlegeunderskudd i forhold til oppgavetilfanget på om lag 2 000 allmennleger. Legeforeningen mener derfor at utdanningskapasiteten i allmennmedisin må økes kraftig slik at man på sikt kan utdanne ca. 500 nye spesialister i allmennmedisin per år.

Sammenliknet med andre aktører i helsetjenesten er fastlegen i en unik posisjon til å utøve en koordinerende rolle når pasienten har behov for andre helse- og sosialtjenester. Fastlegen koordinerer i dag til en viss grad pasientens behov for spesialisthelsetjenester, men i begrenset grad for tjenester innad i kommunen. Det er særlig behov for bedre koordinering i forhold til pleie- og omsorgstjenestene og for bedre oppfølging etter utskrivning fra institusjoner. Legeforeningen ønsker derfor at fastlegen må kunne legge inn pasienter på institusjoner i kommunehelsetjenesten.

Kvalitetsutvikling er helt sentralt for å kunne tilby en trygg fastlegeordning. Legeforeningen foreslår opprettelse av et nasjonalt senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling – SAK – i samarbeid med offentlige myndigheter. For å bygge opp god fagutvikling og rekruttering må alle som arbeider som fastleger videreutdanne seg til spesialister i allmennmedisin. Styrking av primærhelsetjenesten forutsetter en krattig økning i satsingen på allmennmedisinsk forskning.

Fastlegens kompetanse er etterspurt i andre deler av kommunehelsetjenesten. Det fremheves vanligvis som en styrke at den norske fastlegen har en bredere oppgaveportefølje enn i mange andre land. Legeforeningen mener kvaliteten på helsetjenestetilbudet og legedekningen i sykehjem må forbedres.

Økt bruk av fastlegen utenfor praksisen kan imidlertid svekke legens tilgjengelighet for sine pasienter. Dette er et sentralt dilemma i videreutviklingen av fastlegeordningen, og måten det løses på vil legge føringer for det samhandlingspotensialet fastlegene kan tilby i dialogen med kommunenes helse- og omsorgstjenester. Legeforeningen mener derfor at nye allmennmedisinske oppgaver som hovedprinsipp bør legges til fastlegepraksisen.

Strukturelle og sektorovergripende tiltak på samfunnsnivå må være det primære forebyggende virkemiddel på nasjonalt og lokalt nivå. Fastlegene vil ha en sentral plass i individuelt forebyggende arbeid og som bidragsyttere til fagutviklingen på området.

### ***Kvalitetsutvikling i spesialisthelsetjenesten***

Legeforeningen deltok i åpen høring i Stortingets Helse- og omsorgskomiteé februar 2009 om Dokument 8:29 (2008-2009) om kvalitet i sykehus. Legeforeningen pekte på at kvalitetssertifisering kan være et godt utgangspunkt for kvalitetsarbeid, men at det ikke er tilstrekkelig i seg selv. Kvalitetsarbeid må utføres og utvikles i den konkrete virksomheten, og være en integrert del av det daglige arbeidet. Videre mangler i dag et system for å beskrive hvilken kvalitet sykehusene skal levere og tilhørende treffsikre indikatorer. Uønskede vridningseffekter som følge av kvalitetssikringssystemer generelt og sertifisering spesielt, må unngås. Det er fare for at fokus i for stor grad rettes mot forenkla målsettinger i form av indikatorer m.v. I dag rapporteres det i all hovedsak på aktivitet og ikke kvalitet. Kvalitetsdata føres heller ikke tilbake til organisasjonen, slik at denne kan lære av suksess og uønskede hendelser. IKT-verktøyene som er nødvendig for lærende organisasjoner, eksisterer ikke i dag. Økt fokus på internkontroll og læring av uønskede hendelser er riktig vei å gå. Det må arbeides aktivt for å redusere uheldige hendelser. Kvalitetsarbeidet må skje på tvers av enheter og nivåer. God kontinuitet i pasientbehandlingen skaper også god kvalitet.

### ***Arbeid med internasjonal helse og legers mulighet til å bidra i internasjonale operasjoner.***

I 2009 utarbeidet Utvalg for internasjonal helse et utkast til policynotat om migrasjon og legemangel i



fattige land. Verden opplever omfattende internasjonal migrasjon av leger og annet helsepersonell. Ressurskrevende teknologi, mer omfattende behandlingstilbud og en aldrende befolkning øker etterspørselen etter helsepersonell i høyinntektsland. Migrasjon kan være positiv gjennom å bidra til utveksling av kunnskap og erfaring, men den forverrer samtidig en allerede kritisk mangel på leger i mange lavinntektsland. Restriktive tiltak for å hindre migrasjon bedrer ikke nødvendigvis situasjonen for lavinntektslandene. Det internasjonale samfunnet må finne løsninger som gir den enkelte lege mulighet til faglig utvikling samtidig som de bidrar til en rettferdig fordeling av leger og annet helsepersonell. Policynotatet er senere vedtatt i sentralstyret.

Utvalget påbegynte også arbeid med policynotat om utdanning av helsepersonell i lavinntektsland, som skal videre behandles i 2010.

### **Høringer**

Foreningen avga i 2009 53 høringsuttalelser etter anmodning fra departementene, direktoratene og andre offentlige instanser. Legeforeningen har avgitt uttalelse i følgende saker:

Vern mot kunstig optisk stråling  
Revidering av veileder IS-1022 Helsetjenestens tilbud til asylsøkere og flyktninger  
Protonpumpehemmere  
Rapport om det arbeidsmedisinske tilbudet  
Forslag til endringer i alkoholloven  
Forskrift om høyere utdanning og fagskoleutdanning  
Vernepliktig akademisk befal  
Nasjonalt handlingsprogram for prostatakreft  
Forsvarets utkast til forskrift om oppfølging og erstatning for personell som tjenestegjør eller har tjenestegjort i internasjonale operasjoner  
Rett til omsorgspermisjon ved fødsel og adopsjon og under ammefri  
Nasjonal retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag  
Forslag til fremtidig organisering av nødmeldetjenesten (112-rapporten)  
Graverutvalget – helhetlig diskrimineringsvern  
Endringer i kommunehelsetjenesteloven - et verdig tjenestetilbud. Forslag til ny forskrift om en verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien.  
SYSVAK 2  
Forhåndsvarsel om innføring av foretrukne blodtrykkssenkende legemidler  
Forslag om forskrift om strålevern og bruk av stråling  
Endringer i Arbeidsmiljølovens bestemmelse om midlertidig ansettelse  
Retningslinjer for veiing og måling i helsestasjons- og skolehelsetjenesten  
Forslag til forskrift som vil utvide det personellmessige virkeområdet for lov 23.juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap  
Endringer i forskrift om opptak til høyere utdanning  
Legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)  
Rapport om smittevern i fengslene  
Høring om opptak på byttelisten Acetyration Ratiopharm GmbH Enerotabletter 75 mg - Albyl-E  
Nycomed Pharma AS Enterotabletter 75 mg  
Poliklinikkforskriften – endringer i regelverket for innsatsstyrt finansiering og mulighet for å utløse egenandeler  
Forslag om å innføre kombinasjonsadvarsler (tekst og bilde) på tobakkspakningene  
Norsk indeks for medisinsk nødhjelp  
Endring av forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i SYSVAK  
NOU 2009:1 Individ og intgeritet  
Handlingsplan for habilitering av barn og unge  
Utkast til policynotat – Akademikernes næringspolitikk  
Utredning og anbefaling om testing av smittestoffer i blod fra norske blodgivere  
Prioriteringsveileder for barnesykdommer og fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin  
Utkast til forskrift om unntak fra konkurranseloven for samarbeid mellom visse grupper privatpraktiserende leger og psykologer.  
Forslag til forskrift om sikkerhet og helse ved arbeid under vann eller økt omgivende trykk  
Forslag om nye lovbestemmelser i lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (midlertidig undersøkelsesutvalg)  
Forslag til enkelte tilpasninger i deler av folketrygdens regelverk fra 2011  
Veileder i voksenhabilitering  
Prioriteringsveileder: øre-nese-halssykdommer

Høring- forslag til forskrift om organisering av medisinsk og helsefaglig forskning og forslag om endring i registerforskriften og forvaltningsforskriften  
Høring – utvikling av allmennlegetjenesten  
Faglige organisatoriske krav til legevakt  
Obligatorisk turnustjeneste i sykehjem  
Green Paper  
Forslag om etablering av nasjonalt register over hjerte- og karlidelser og forslag til endring av taushetspliktsbestemmelsene i helsepersonelloven  
Forslag om endring av helsepersonelloven § 53 om spesialistgodkjenning av helsepersonell  
Forslag til endringer i universitets- og høyskoleloven  
Forslag om felles database for vitenskapelig publisering – Norsk vitenskapsindeks (NVI)  
Forslag til å endre barnevernloven om å legge det overordnede faglige ansvaret for tilsynet med barnevernet til Statens helsetilsyn  
Forslag om endring av forskrift om egenandelstak 1 mv. – innføring av automatisk frikortordning  
Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging av hjerte-karsykdommer – vedtak fra nasjonalt råd for kvalitet og prioritering  
Høring – etterkontroll av reglene om strafferettslig utilregnelighet, strafferettslige særreaksjoner og forvaring.  
Forvaltningsreformen – høringsnotat med lovforslag om fylkeskommuner oppgaver i folkehelsearbeidet

### **Interne høringer**

Interne høringer er gjennomført i 21 høringssaker for behandling internt i organisasjonen:

Revisjon av regler for Legeforeningens forhandlingsvirksomhet  
Landsstyresak – Endring av forretningsorden for landsstyremøtet i 2010  
Landsstyresak – valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøtet i 2013  
Endring av retningslinjer for yrkesforeningstilhørighet  
Vedtektsendring i Sykehjelps- og pensjonsordning for leger (SOP)  
Egne sider for forskning under legeforeningen.no  
Klimaengasjement – Global oppvarming  
Forslag om navneendring på spesialiteten fysikalsk medisin og rehabilitering  
Søknad om godkjenning av Norsk forening for thoraxradiologi som spesialforening i Den norske legeforening  
Landsstyresak – forslag om endring av reglene i barne- og ungdomspsykiatri  
Landsstyresak – forslag om å endre navnet på spesialiteten kjevekirurgi til maxillofacial kirurgi  
Landsstyresak – forslag fra Norsk indremedisinsk forening om at § 4-3, 5.ledd – fordeling av kontingentinntekter  
Den norske legeforenings alkoholpolitisk strateginotat.  
Landsstyresak – endringer i turnustjenesten  
Statusrapport 2009 – spesialisthelsetjenesten  
Landsstyresak – Prinsipp- og arbeidsprogram 2010-2012 (PAP)  
Forslag om endringer av Legeforeningens lover § 3-1-1. og 3. ledd landsstyrerepresentasjon for regionsutvalgene  
Landsstyresak – forslag om endrede spesialistregler i indremedisin  
Landsstyresak – forslag om endrede spesialistregler i generell kirurgi  
Landsstyresak – utredning av prinsippene og forutsetningene for opprettelse av kompetanseområder  
Landsstyresak – forslag om opprettelse av ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin

### **5.1.5 Tydelig faglig premissleverandør**

Som påpekt ovenfor, bygger Legeforeningens helsepolitiske arbeid på å omsette faglig kunnskap og vurderinger og formidle dette i den offentlige helsepolitiske debatt. Legeforeningens årlige statusrapporter utgjør ett viktig bidrag i denne sammenheng.

#### ***Statusrapporten 2009. Gode pasientmøter – veien til en bedre spesialisthelsetjeneste***

Legeforeningen ferdigstilte statusrapporten *Gode pasientmøter - veien til en bedre spesialisthelsetjeneste* i mai 2009. Rapporten ble utarbeidet av sekretariatet i samarbeid med en referansegruppe bestående av Lars Eikvar (leder), Alf Andreassen, Anette Fosse, Catharina Falck, Jana Midelfart, Johan Georg Torgersen, Jon Helle, Margit Steinholt, Michael Strand, Olaug Villanger, Randulf Søberg, Stein Johansen og Tor Øystein Seierstad. Prosjektleder i sekretariatet var spesialrådgiver Miriam Kvanvik, avdeling for informasjon og helsepolitikk.

Rapporten tar utgangspunkt i de strukturelle reformene som har preget spesialisthelsetjenesten de

senere år, herunder innføring av innsatsstyrt finansiering, pasientrettigheter og etablering av helseforetak. Det legges til grunn at Legeforeningen har vært en pådriver og premissleverandør for reformene, men at vi nå etterlyser en faglig innholdsreform.

Med statusrapporten tar foreningen til orde for at det er behov for et fundamentalt perspektivskifte i forståelsen av hvordan spesialisthelsetjenesten blir til og forbedres. Veien til en bedre spesialisthelsetjeneste går ikke via flere toppstyrte byråkratiske reformer, men må bygges opp nedenfra. Spesialisthelsetjenesten blir til i møtet med pasienten - der helsepersonellens faglighet og holdninger omsettes til helsetjenester for pasienten. Gode pasientmøter må derfor sette premissene for hvordan spesialisthelsetjenesten organiseres, styres og ledes. I det følgende oppsummeres hovedsynspunktene i rapporten.

### ***Kvalitet realiseres i pasientmøtene***

Kvaliteten på helsetjenestene realiseres i pasientmøtene. God ivaretagelse av pasienten, sikker diagnostikk og riktig behandling forutsetter at pasienten får mer tid med legen. Utveksling av fortrolig og taushetsbelagt informasjon mellom pasient og lege må finne sted i verdige fysiske omgivelser, og ikke i korridorer, skyllerom eller på rom som deles med flere. Det tverrfaglige samspillet rundt pasienten må videreutvikles. Klar ansvarsfordeling i teamet, gjensidig respekt for hverandres kompetanse, samt tid og ressurser til kommunikasjon og samhandling innad i - og mellom team- står sentralt for å lykkes.

### ***Spesialisthelsetjeneste er kunnskapsvirksomhet - ikke industriell masseproduksjon***

Gjennom sykehusreformen har sykehus blitt til foretak, helsetjenester omtales som produkter, pasienter oppfattes som kunder og konsumenter, helsepersonellet behandles som innsatsfaktorer og pasient- og behandlingsforløp sammenliknes med produksjonslinjer. Tanken bak er at virksomhetene kan organiseres som tradisjonelle produksjonsbedrifter basert på markedsøkonomiske prinsipper. Spesialisthelsetjenesten kan selvsagt lære mye fra andre sektorer, men fungerer fundamentalt forskjellig fra industriell masseproduksjon. Spesialisthelsetjeneste er kunnskapsvirksomhet hvor helsepersonellet utgjør den viktigste ressursen for god pasientbehandling. Det må legges økt vekt på medisinsk faglig kunnskap i ledelsen av sykehus.

### ***Spesialisthelsetjenesten må videreutvikles som "lærende organisasjoner"***

Spesialisthelsetjenesten i Norge har generelt høy kvalitet, men kunnskap må hele tiden fornyes for å opprettholde og forbedre kvaliteten på tjenestene, og for å ivareta pasientsikkerheten. Virksomhetene må videreutvikle seg som "lærende organisasjoner" som lærer både av uønskede hendelser og gode eksempler. Det må etableres et godt nasjonalt system for å beskrive hvilken kvalitet virksomhetene skal levere med tilhørende treffsikre nasjonale kvalitetsindikatorer. Mål oss på kvalitet – det er gjennom kvalitetsforbedringer vi gjør spesialisthelsetjenesten bedre.

### ***Bedre kontinuitet er en nøkkelfaktor for behandlingskvalitet, pasientsikkerhet og pasienttilfredshet***

Mange pasienter opplever behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten som lite sammenhengende. Pasientflyten innad i sykehusene må forbedres. Større sykehus må opprette ressursbaser eller serviceenheter som understøtter de kliniske avdelingene med å legge til rette for god logistikk. Intensjonen bak ordningen med pasientansvarlig lege er god, men ordningen må videreutvikles og forskriften revideres for å fungere i praksis. Helsepersonellet har behov for bedre tilgang på nødvendig IKT verktøy og bruken må optimaliseres. Et fullverdig helsenett med velfungerende og sikker kommunikasjon må etableres og tas i bruk snarest.

### ***Behov for både skreddersøm og standardisering***

Pasientene møter spesialisthelsetjenesten med et varierende sykdomsbilde og ulikt hjelpebehov. Alle pasienter må møtes med kvalitet og breddekompetanse ved tidlig utredning og diagnostikk, for å avklares til rett behandlingkjede. Samtidig må det for alle pasienter vurderes om utredning og behandling må tilpasses individuelt.

### ***Tilgjengelighet gir trygghet***

Spesialisthelsetjenesten må være tilgjengelig når pasienten trenger den og tilgangen må være likeverdig uavhengig av pasientens bosted, kjønn, sosioøkonomiske forhold og etnisitet. Pasienten må få spesialisthelsetjeneste på rett nivå. Vi må sentralisere de tjenestene som må sentraliseres og desentralisere de tjenestene som kan desentraliseres. De offentlige avtalespesialistene er en kostnadseffektiv og

desentralisert ressurs og må brukes mer aktivt.

### ***Finansieringen må bli mer treffsikker***

Spesialisthelsetjenesten forvalter store ressurser, men økonomien oppleves likevel som hardt presset. Tilførsel av kapital til de regionale helseforetakene står ikke i samsvar med kapitalbehovet. ISF-ordningen støttes fortsatt av Legeforeningen, men kostnadsvektingen av DRG må bli mer treffsikker. I dag blir ordningen brukt som et gjennomgående prissystem, noe som fører til utilsiktede og uheldige vridninger i tjenestetilbudet.

### ***Utdanning og forskning er investering i bedre spesialisthelsetjenester***

Mange leger i spesialisthelsetjenesten opplever i dag at krav til effektiv drift og økonomiske resultater kommer i konflikt med lovpålagte oppgaver som utdanning og forskning. Spesialistutdanningens innhold og kapasitet må gjenspeile samfunnets langsiktige behov for helsetjenester og være basert på nasjonale og internasjonale standarder. Forskning må inngå som aktiv del av virksomheten på alle nivåer av spesialisthelsetjenesten.

### ***Spesialisthelsetjenesten – ett ledd i en helhetlig behandlingsskjede***

Utfordringene i spesialisthelsetjenesten kan ikke løses i, eller av, spesialisthelsetjenesten alene. Det må etableres faglig funderte, godt organiserte og lokalt tilpassede behandlingsskjeder for ulike sykdoms- og skadetilfeller både innen - og på tvers av - forvaltningsnivåene. Det er behov for økt satsing på kapasitet og kompetanse i kommunehelsetjenesten. En ukritisk oppbygging av nye og fragmenterte tjenester på dette nivået vil imidlertid ikke tjene folkehelsen, og kan føre til enda sterkere press på spesialisthelsetjenesten. Samtidig må også spesialisthelsetjenesten dimensjoneres ut fra økte fremtidige behov. Forskyvning av oppgaver og ressurser til kommunehelsetjenesten må derfor ikke bli statisk og enveis. God ansvars- og oppgavefordeling mellom nivåene må endres i takt med medisinsk utvikling. De ulike leddene i behandlingsskjeden må dimensjoneres ut fra en kontinuerlig vurdering av behov og hensiktmessighet.

## **5.1.6 Utvikling av tjenestetilbud til rusmiddelbrukere**

Legeforeningen deltok i mai 2009 på åpen høring i Stortinget om rus- og avhengighetspolitikk. Legeforeningen la særlig vekt på at det må iverksettes stimuleringsiltak for en faglig opprustning av rusfeltet, herunder rus- og avhengighetsmedisin som ny spesialitet. Behandlingsapparatet må møte rusavhengige med verdighet og faglighet. Det er avgjørende å sikre flere fagfolk, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten. Legeforeningen mener det er særlig viktig å sikre god samhandling mellom helsetjenesten og sosialtjenesten. Legeforeningen støtter en videreføring av sprøyterom gjennom intensjonen om ordningen som skadereuserende tiltak, men det er også uheldige sider ved tilbudet. Ordningen favner ikke de mest trengende, personer med dobbeldiagnoser. Tiltakets bredde er ikke stor, og det kan settes spørsmålsteget ved forholdet mellom kostnader og nytte ved tiltaket.

Helseministeren satt tunge rusmisbrukere på dagsordenen gjennom sitt engasjement i debatten om gratis heroin til denne gruppen. Legeforeningen og en gruppe sentrale fagpersoner innen rusomsorgen utarbeidet et brev til Helseministeren. I brevet ble det gitt faglig begrunnede vurderinger av både eksisterende tilbud for rusmisbrukere, utfordringsbildet og forslag til videreutvikling.

Sentalstyret vedtok 27.4. 2009 Legeforeningens alkoholpolitiske strategidokument. Dokumentet peker på flere behandlingsrettede tiltak, se øvrig omtale i kap. 4.1.4.

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

Legeforeningen har i møte med politikere, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og andre instanser presisert at "hvileskjæret" for forskning i 2007 erstattes av en forsiktig styrking ved sykehusene, men dessverre kutt i basisbevilgningene til universitetene. Kunnskap tar tid å utvikle, og kvalitet i morgendagens tjenester avhenger av forskningsinnsats i dag. Omstilling i sykehus, endringer i virkemiddelbruken i tilknytning til samhandlingsreformen og målsettingen om en styrket kommunehelsetjeneste, tilsier at kunnskapsgrunnlaget må økes og forskningsinnsatsen heves betraktelig. Ikke minst peker dette på behovet for en sterkere satsing på allmennt medisinsk forskning som er avgjørende for å møte intensjonene i samhandlingsreformen. Det er videre viktig å sikre et sammenhengende karriereløp for legeforskere. Forskningen i helsetjenesten og ved universitetene er gjensidig avhengige av hverandre, og må ses i sammenheng i de ulike budsjettene som går til forskning.

Legeforeningen har derfor pekt på at den samlede satsingen på forskning er skuffende, sett i lys av Regjeringens målsettinger om mer midler til forskning og utdanning.

Betydningen av at en større andel av finansieringen av helsevesenet går til forskning og utdanning ble utførlig spilt inn fra Legeforeningen til Forskningsmeldingen i 2009. Dette er også et tema i møte med helse- og utdanningsmyndigheter og andre relevante instanser.

## **5.2 Statsbudsjettet**

Legeforeningen la frem sitt syn på statsbudsjettet for Stortingets helse- og omsorgskomite i åpen høring november 2009.

### **5.2.1 Spesialisthelsetjenester**

Mange reformer er iverksatt for å bedre tilbudet ved sykehusene, og Legeforeningen har vært en pådriver for de fleste. Fra våre medlemmer får vi imidlertid alarmerende mange tilbakemeldinger om at helseforetakenes oppmerksomhet i for stor grad er rettet mot bunnlinje og økonomieresultater.

Legeforeningen mener kvaliteten på helsetjenesten realiseres i pasientmøtene.

Spesialisthelsetjenesten må derfor organiseres, styres og ledes deretter. Det er behov for å styrke den medisinskfaglige kompetansen i ledelsen av sykehus og videreutvikle det tverrfaglige samspillet rundt pasienten. Kvalitetsarbeid må inngå som en integrert del av virksomheten og det må rettes økt oppmerksomhet mot pasientsikkerhet. Kvalitet må også i større grad vektlegges i utvikling og styring og ledelse av sykehus, og kvalitetsmål må inngå i styringskrav og rapportering overfor eier.

Riksrevisjonens rapport om spesialisthelsetjenestens tilbud til voksne med psykiske problemer<sup>1</sup> viser at det fremdeles er store utfordringer innenfor psykiatrien. Bemanning og faglig nivå er mange steder for lavt. Pasientene får mange steder ikke de spesialisthelsetjenester de har rett til. Det er store forskjeller i kapasitet mellom regioner og institusjoner. Dette gjelder hele tjenesten, både poliklinikk, dagtilbud og døgnplasser. Mange kompenserer for lav kapasitet ved å gi avslag og skrive ut for tidlig. Legeforeningen mener faglige krav og ivaretagelse av rettighetene til pasienter med psykiske lidelser må stå sentralt, også etter opptrappingsplanen.

Sykehusbudsjettene skal prinsipielt holdes. Det forutsetter at budsjettene er reelle i forhold til de helsetjenester som skal gis, utdanning, mv., samt de investeringer og avskrivninger som skal gjøres. Sykehusene bærer fortsatt med seg fordringer som ble opparbeidet i årene etter sykehusreformen. Dette etterslepet utgjør en risiko for at sykehusene vil fortsette å gå i underskudd. Det bør derfor utarbeides en langsiktig plan for sykehusene, som også sikrer hensiktsmessige rammevilkår for kapitalhåndtering. Stykkpriselementet i ISF-ordningen har gjentatte ganger vært endret mellom 60 % og 40 %, og foreslås igjen endret nå til 30 % i Regjeringens politiske plattform. De stadige endringene gir liten forutsigbarhet for sykehusene. Legeforeningen mener det bør innføres treårige budsjettperioder for sykehusene, som muliggjør mer langsiktig planlegging.

### **5.2.2 Samhandlingsreformen**

Legeforeningen støtter hovedintensjonene i St.meld. nr. 47. Samtidig er det avgjørende for reformens suksess at man finner frem til de riktige virkemidlene, og at disse er godt forankret gjennom solide utredninger, analyser og utprøving i forkant. Legeforeningen ønsker å være en aktiv bidragsyter i dette arbeidet.

Legeforeningen mener hovedgrepet for å bedre samhandlingen er en tydeligere ansvars- og oppgavedeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dette legger grunnlaget for god samhandling. Ansvars- og oppgavedelingen må gjennomgås før det vurderes eventuelle "halvannenlinjetjenester" eller intermediære nivåer.

Det er usikkerhet rundt hvilke virkemidler som på en treffsikker måte kan understøtte hovedgrepene i reformen. Legeforeningen ser utfordringer knyttet til både kommunal medfinansiering, oppbygging av tjenester i kommunen som kan avlaste spesialisthelsetjenesten og ikke minst kommunestrukturen.

De fleste kommuner er for små til å gi et kvalitetsmessig tilfredsstillende tilbud til sin befolkning, eksempelvis med hensyn på legevakt og utvikling av gode fagmiljøer ved sykehjem. Det må derfor legges til rette for interkommunalt samarbeid/helsekommuner. Dette er enda viktigere når kommunene skal påta seg nye og større oppgaver.

---

<sup>1</sup> Riksrevisjonen Dok. nr. 3:5 (2006-2009)

### **5.2.3 Forebyggende arbeid og allmennlegetjenesten inkludert fastlegeordningen**

Legeforeningen vil understreke viktigheten av at forebyggende arbeid er kunnskapsbasert. Mye av det forebyggende arbeidet må gjøres utenfor helsesektoren, men samtidig bygge på medisinsk fagkunnskap om sammenhenger mellom miljø og helse. God samhandling gjennom avklart oppgave- og ansvarsdeling mellom de ulike aktørene i kommunal sektor er svært viktig. Kommuneoverlegens funksjon må styrkes og må tilbake inn i kommuneledelsen med et klart medisinsk systemansvar.

Fastlegeordningen er evaluert til å fungere godt. Fastlegens helhetlige ansvar for egen listepopulasjon, koordinatorfunksjon og lang kontinuitet i pasientrelasjonene er sentrale egenskaper ved ordningen. De gode egenskapene ved fastlegeordningen må ivaretas under videreutvikling av ordningen. Det har vært – og er – av stor betydning for befolkningen at fastlegen er godt tilgjengelig for pasienten og kan koordinere den enkeltes helsehjelp.

Fastlegen har i dag ikke anledning til å legge inn pasienter som ikke trenger sykehusbehandling men er for syke til å være hjemme, i kommunale institusjoner – kun til spesialisthelsetjenesten. Dette er feilaktig bruk av samfunnets ressurser.

Legeforeningen ønsker en styrking av legetjenestene i kommunen. Særlig er det behov for bedre legedekning på sykehjem. Legeforeningen har lenge arbeidet for nasjonale bemanningsnormer på sykehjem – i dag er det ingen ledige stillinger, men likevel mangel på sykehjemsleger. Kompetanseheving og rekruttering skjer gjennom oppbygging av fagmiljøer, gjerne interkommunalt. Økte allmennmedisinske offentlige legeoppgaver for fastlegene kan også svekke tilgjengeligheten til fastlegenes kurative virksomhet, noe vi vet er viktig for pasientene. Fagutvikling og økt kvalitet på helsetjenesten på sykehjem kan også understøttes gjennom utvikling av det faglige kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

## **5.3 Organisasjonskontakter**

### **5.3.1 Stortingskomiteer**

Legeforeningen har i 2009 deltatt på åtte åpne høringer i Stortinget, sju av disse i Helse- og omsorgskomiteen og én i Kontroll- og konstitusjonskomiteen. Det vises til omtale av Legeforeningens høringsuttalelser under de relevante temaer i årsmeldingen.

Videre har Legeforeningen vært i kontakt med ledere og medlemmer i ulike komiteer og partigrupper knyttet til ulike aktuelle saker til behandling i Stortinget. Legeforeningen avholdt også sitt årlige helsepolitiske seminar med Helse- og omsorgskomiteen hvor temaene var blant annet samhandling, psykisk helsevern, spesialistutdanning og storbylegevakt.

### **5.3.2 Departementer, direktorat, tilsyn**

Legeforeningen har i 2009 hatt løpende kontakt med blant andre Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og Legemiddelverket i forbindelse med aktuelle helsepolitiske spørsmål. Legeforeningen har gjennom Akademikerne blant annet deltatt i Samarbeidsgruppen og Pilotsykehusprosjekt i Helse- og omsorgsdepartementet, jf. omtale i kapittel 2.9.5. I tillegg har Legeforeningen vært i møter med Kunnskapsdepartementet i arbeidet med å etablere en sammenhengende karrierestige for legeforskere og for å bedre rekruttering av leger til medisinsk forskning.

## **6 Legeforeningens organisasjon**

### **6.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammene**

#### **6.1.1 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2008-2009**

*Legeforeningen vil*

- *arbeide for jevnere fordeling av kvinner og menn blant tillitsvalgte*
- *styrke de lokale tillitsvalgte og forbedre samarbeidet mellom sentralt og lokalt nivå i organisasjonen*
- *sikre tillitsvalgte nødvendig opplæring for å utføre vervet som tillitsvalgte med kompensasjon for tapt inntekt når de deltar på slik opplæring*
- *utrede hvordan Legeforeningen best kan ivareta næringsdrivende legers særskilte behov*
- *oppretholde en høy organisasjonsoppslutning*
- *styrke de fagmedisinske foreningenes rolle i beslutningsprosessene i foreningen*
- *utvikle foreningens servicetjenester til avdelingene i tråd med behov og kapasitet*
- *styrke foreningens og medlemmenes engasjement i internasjonale helsespørsmål*
- *fortsett styrke hovedforeningens egenkapital*

#### **6.1.2 Prinsipp- og arbeidsprogrammet 2009-2011**

*Utvikling av tillitsvalgtsapparat (delmål)*

*Leger og tillitsvalgte skal ha stor innflytelse ved utvikling av helsetjenesten. Legeforeningen vil bidra med opplæring av tillitsvalgte og ved utvikling av tillitsvalgtsapparatet.*

*God og målrettet service og rådgivning (delmål)*

*Legeforeningen vil øke oppmerksomheten mot tillitsvalgte og enkeltmedlemmer ved å yte god og målrettet rådgivning og ved å utvikle nye medlemstilbud.*

## **6.2 Hovedforeningen**

### **6.2.1 Legeforeningens lover**

Det ble ved landsstyremøtet i Bodø i 2009 foretatt noen endringer i lovene. Det ble vedtatt å gi landsstyreprerentasjon til leder i hvert av regionsutvalgene. Dette medfører at antallet landsstyreprerentanter går opp fra 134 til 138 representanter. (136 frem til 31.8. 2009).

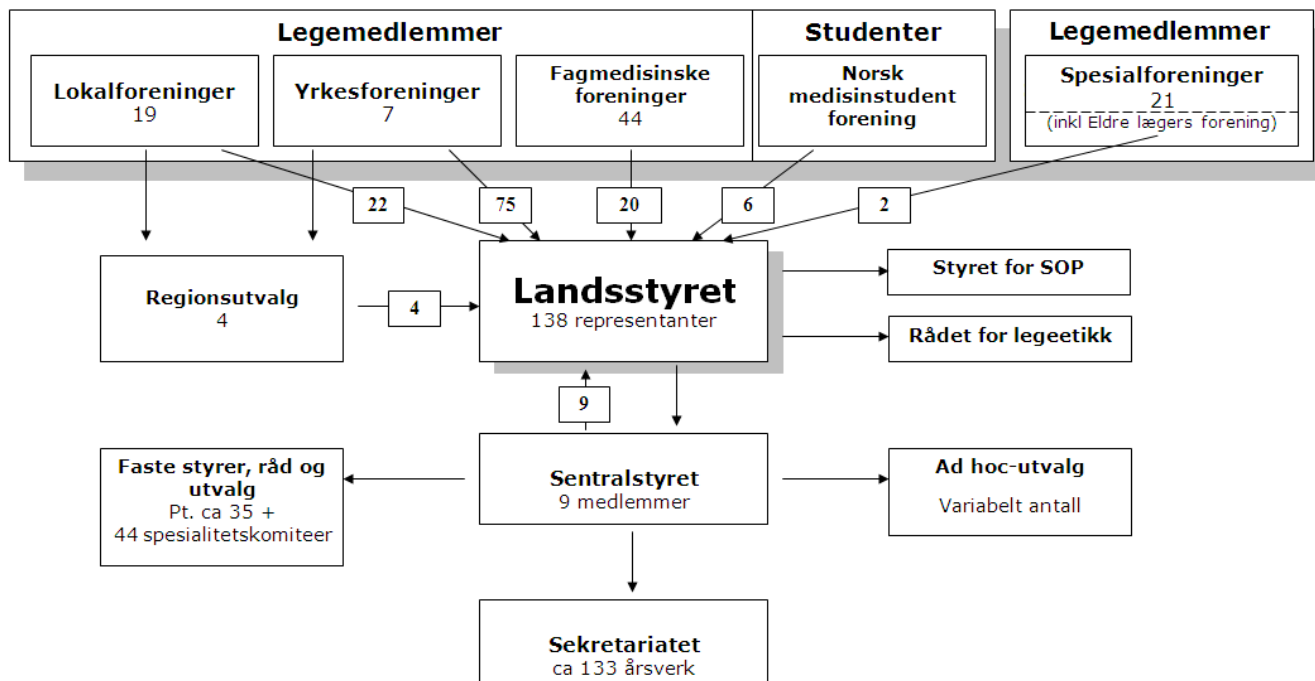
Ved konstitueringen av landsstyremøtet 2008 ble det påpekt at det per 1.9. 2007 ikke var valgt et landsstyre som var sammensatt i henhold til Legeforeningens lover § 3-6-4, 6. ledd, hvor det fremgår at leger i spesialisering skal være forholdsmessig representert blant de 20 landsstyreprerentantene som velges fra de fagmedisinske foreninger. Det var i 2008 nedsatt en arbeidsgruppe som skulle utrede varige lovendringer som kan sikre representasjonen i fremtiden. Som følge av dette arbeidet ble lovenes § 3-6-4, 6. ledd endret slik at leger i spesialisering ved valg av landsstyreprerentanter i de fagmedisinske foreningene heretter vil være sikret å utgjøre en forholdsmessig del av gruppen på 20 representanter. Etter medlemstallet per 1.2. 2009 ble denne representasjonen fastsatt til fire leger i spesialisering fra 1.9. 2009.

Det er også gjort endringer i lovenes § 4-3, 5. ledd om fordeling av kontingentmidler.

## 6.2.2 Organisasjonsplan

Planen viser Legeforeningens organisasjon slik den fremstår ved utløpet av 2009.

### Den norske legeforening organisasjonsplan



## 6.2.3 Medlemsopplutning

Basert på Legeforeningens legeregister antas at det per 31.12. 2009 var ca. 23 300 leger i Norge, inkludert pensjonister. 22 364 av disse var medlemmer av Legeforeningen. I tillegg kommer 364 legemedlemmer som ikke var i Norge. Dette betyr at 96 % av alle leger i Norge er medlemmer av Legeforeningen. Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er stabil eller langsomt økende sett i et langsiktig historisk perspektiv. Det er en viss usikkerhet omkring hvilke leger som til enhver tid befinner seg i Norge, og det er vanskelig å finne pålitelige tall for leger totalt i Norge i annen offentlig statistikk. Dermed blir det også en viss usikkerhet om Legeforeningens medlemsopplutning regnet som andel av leger i Norge.

Av de ca. 23 300 legene i Norge per 31.12. 2009 var det 97,8 % medlemmer blant godkjente spesialister, mot 95,8 % blant ikke-spesialister. Blant norske statsborgere er 97,4 % medlemmer, mot 88,0 % blant utenlandske statsborgere. De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer har økt mest blant utenlandske statsborgere.

Blant medisinstudenter er andelen medlemmer av Legeforeningen adskillig lavere enn blant leger i Norge, ca. 78 % medlemmer blant medisinstudenter i Norge, og ca. 40 % blant medisinstudenter i utlandet. Andelen medlemmer ser fortsatt ut til å være høyest blant medisinstudenter ved NTNU i Trondheim. Sammenliknet med situasjonen for noen år siden ser det ut til at andelen medlemmer er omtrent uendret blant medisinstudenter i Norge, mens andelen medlemmer blant medisinstudenter i utlandet er tilbake på nivået fra noen år tilbake, etter svært stor vervingsinnsats i utlandet i 2009. Det siste året har det vært en liten økning i antallet medlemmer blant medisinstudenter i Norge og en viss økning blant medisinstudenter i utlandet, dvs en liten økning i andelen medlemmer i utlandet.

### Medlemstall

Per 31.12. 2009 var antallet medlemmer av Den norske legeforening 26 566, hvorav 3 838 studentmedlemmer. I løpet av 2009 er 94 medlemmer avgått ved døden (registrerte per 1.3. 2010).



Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920-2010 per 1.1.:

År	Antall legemedlemmer	Antall studentmedlemmer
1920	1 103	
1925	1 317	
1930	1 530	
1935	1 898	
1940	2 264	
1945	2 332	
1950	2 986	
1955	3 525	
1960	3 308	
1965	4 372	
1970	5 126	
1975	6 495	
1980	8 178	
1985	10 134	
1990	11 854	1 397
1995	13 775	2 147
2000	16 075	2 890
2001	16 677	3 330
2002	17 142	3 299
2003	17 421	3 483
2004	18 086	3 444
2005	18 925	3 439
2006	19 654	3 479
2007	20 314	3 603
2008	21 337	3 786
2009	22 043	3 688
<b>2010</b>	<b>22 728</b>	<b>3 838</b>

#### 6.2.4 Landsstyret

Landsstyremøte ble avholdt 3.-5.6. 2009 på SAS Radisson Hotel i Bodø i samarbeid med Nordland legeforening.

Fra 1.9. 2009 har landsstyret 138 representanter. Landsstyret vedtok å utvide landsstyret med fire representanter som utgjøres av lederne i regionsutvalgene. Dersom disse også er valgt som leder av lokalforening, vil lokalforeningene ha rett til å velge en representant i tillegg.

Protokoll fra landsstyremøtet 2009 er offentliggjort på nettsidene.

#### 6.2.5 Sentralstyret

På landsstyremøtet i Kongsberg 22.-24.5. 2007 ble følgende sentralstyre valgt for perioden 1.9. 2007 – 31.8. 2009: Torunn Janbu, president og Bård Lilleeng, visepresident. Øvrige medlemmer var: Kjersti Baksaas-Aasen, Hege Gjessing, Trond Egil Hansen, Jan Emil Kristoffersen, Arne Laudal Refsum, Gunnar Skipenes og Marte Walstad. Valgte varamedlemmer som bare møter ved varig eller langvarig forfall var: Cecilie Risøe, Ernst Kaare Horgen og Mads Alexander Sabel. Visepresident Bård Lilleeng trakk seg fra vervet 5.12. 2008. Cecilie Risøe rykket deretter opp som nytt fast sentralstyremedlem. Arne L. Refsum ble i sentralstyrets møte 19.1. 2009 valgt som visepresident for resten av landsstyreperioden.

På landsstyremøtet i Bodø i 2009 ble det valgt nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2009 til 31.8. 2011. Dette sentralstyret har følgende sammensetning: President Torunn Janbu, visepresident Arne Refsum, Hege Gjessing, Trond Egil Hansen, Jon Helle, Cecilie Risøe, Kari Sollien, Lars Haukland og Kirsten Toft.

Det ble valgt følgende varamedlemmer i rangert rekkefølge: Einar Vie Sundal, Ivar Halvorsen og Tone Kaldestad. Valgte varamedlemmer møter bare ved varig eller langvarig forfall.

Sentralstyret har i 2009 avholdt 14 sentralstyremøter og behandlet 412 saker. Det har vært avholdt

lederseminar på Soria Moria i slutten av januar med representanter for lokalforeninger, yrkesforeninger, de fagmedisinske foreningene, Norsk medisinstudentforening, Eldre lægers forening og regionsutvalgene. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider.

### **6.2.6 Lokalforeningene**

Foreningen har i alt 19 lokalforeninger som hver organiserer medlemmene i de respektive fylker. Det er varierende aktivitet i lokalforeningene, men sentralstyret konstaterer at flere driver svært aktivt.

### **6.2.7 Yrkesforeningene**

Foreningen har sju yrkesforeninger:

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)

### **6.2.8 Fagmedisinske foreninger**

Det er opprettet fagmedisinske foreninger for alle 44 godkjente spesialiteter. Per 31.12. 2009 hadde de 44 fagmedisinske foreningene til sammen 21 697 medlemskap, inkludert dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter, og 980 assosierte medlemskap. Fire av de assosierte medlemskapene gjelder leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen, tre gjelder studenter og ti av de assosierte medlemskapene gjelder ikke-leger.

### **6.2.9 Norsk medisinstudentforening**

Norsk medisinstudentforening hadde ved årsskiftet 3 838 medlemmer, hvorav 987 som studerer medisin ved utenlandske universiteter. Styret består av leder, nestleder med internasjonalt ansvar og fem styremedlemmer, ett fra hvert av de norske universitetene og ett fra utenlandsstudentene.

### **6.2.10 Regionsutvalgene**

Legeforeningen har regionsutvalg i hvert av landets fire helseregioner. I 2009 har Regionsutvalg Nord vært ledet av Torstein Foss, Kirsten Toft og Lars Nesje, Regionsutvalg Midt-Norge av Randulf Sjøberg, Regionsutvalg Vest av Sigrun Solberg og Regionsutvalg Sør-Øst av Bodil Aasvang Olsen. Aktiviteten i enkelte av regionsutvalgene har vært høy i 2009. Det har vært felles møteplasser for representanter fra regionsutvalgene blant annet på lederseminaret og Hurtigruteseminaret i 2009.

### **6.2.11 Spesialforeningene**

Legeforeningen har ved utløpet av 2009 i alt 21 spesialforeninger etter at Norsk forening for thoraxradiologi ble godkjent som spesialforening høsten 2009.

1. Eldre lægers forening
2. Forening for norske leger i utlandet
3. Medisinsk forening for intellektuell (psykisk) utviklingshemning og habilitering
4. Norsk flymedisinsk forening
5. Norsk forening for allergologi og immunpatologi
6. Norsk forening for håndkirurgi
7. Norsk forening for intervensjonsradiologi
8. Norsk forening for leger i legemiddelindustrien
9. Norsk forening for maritim medisin
10. Norsk forening for palliativ medisin
11. Norsk forening for pediatrik radiologi
12. Norsk forening for reumakirurgi
13. Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin
14. Norsk forening for smertemedisin

15. Norsk forening for thoraxradiologi
16. Norsk forening for traumatologi, akutt- og katastrofemedisin (Notak)
17. Norsk idrettsmedisinsk forening
18. Norsk militærmedisinsk forening
19. Norsk nevrologisk forening
20. Norsk selskap for craniofacial kirurgi
21. Norsk trygdemedisinsk forening

### **6.2.12 Råd og utvalg**

Legeforeningen har i tillegg til organisasjonsleddene ovenfor i alt ca. 35 faste råd og utvalg pluss 44 spesialitetskomiteer. Flere av disse er omtalt annet sted i årsmeldingen.

#### ***Valgkomiteen***

Ved landsstyremøtet i Bodø ble det valgt valgkomité for perioden 1.9. 2009 til 31.8. 2011. Komiteen fikk slik sammensetning: Ottar Grimstad, leder, Siri Tau Ursin, Kjersti Baksaas-Aasen. Komiteen forbereder valg av redaksjonskomité til landsstyremøtene og valg av sentralstyre i de år slik valg skal foretas.

#### ***Desisorutvalget***

Ved landsstyremøtet i Bodø ble det valgt desisorutvalg for perioden 1.9. 2009 til 31.8. 2011. Utvalget fikk slik sammensetning: Sigrun Solberg, leder, Espen Møller-Hansen og Gunnar Ramstad. Desisorutvalget har blant annet som oppgave å utføre desisjon og i den forbindelse avgi rapport i forbindelse med fremleggelse av Legeforeningens regnskaper.

#### ***Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter***

Utvalget har bestått av Eline Thorleifsson (leder), Arnstein Grøtting, Toralf Hasvold, Barbro Kvaal og Arvid Nedal.

Utvalget har hatt tre møter i 2009.

#### ***Samarbeid med den kinesiske psykiatriforeningen***

Utvalget arrangerte i samarbeid med den kinesiske psykiatriforening et seminar om pasientrettigheter, menneskerettigheter og etikk i psykiatrien i Nanjing 22.-23.4. 2009. Samarbeidet har pågått siden 2003. Utvalget hadde i januar studiebesøk av fire psykiatere fra den kinesiske psykiatriforening.

Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

#### ***Myndighetenes rundebordskonferanse om menneskerettigheter med Kina***

Lederen og sekretæren deltok på Utenriksdepartementets rundebordskonferanse med Kina om menneskerettigheter i Oslo 16.-17.12. 2009.

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

Utvalget har siden 2002 samarbeidet med medisinske institusjoner og organisasjoner i Sarajevo og Beograd om et opplæringsprosjekt i psykiatri for allmennpraktikere i de to byene. Nytt prosjektet er gjennomført og vil bli evaluert på et møte i mars 2010. Prosjektet er finansiert av ambassadene i Beograd og Sarajevo.

#### ***Health as a bridge to peace in Middle East***

Legeforeningen arrangerte 27.-30.10. 2009 i samarbeid med blant annet Verdens legeforening, *Right to health as a bridge to peace in Middle East* i Kusadasi i Tyrkia. Det deltok leger fra legeforeninger og helse- og menneskerettighetsorganisasjoner i Egypt, Irak, Israel og Palestina. Prosjektet finansieres av Utenriksdepartementet.

#### ***Samarbeid med Human Rights Foundation of Turkey***

Legeforeningen er fra 2009 hovedsamarbeidspartner for HRFT i Norge. I hovedsak består dette i å formidle søknader til Utenriksdepartementet om økonomisk støtte til de fem sentrene for behandling av torturofre som HRFT driver i Tyrkia.

*Legeforeningens fondsplasseringer/investeringer i forhold til menneskerettigheter og rett til helse*

Utvalget har anmodet Legeforeningens sentralstyre om å etablere nye retningslinjer for etiske investeringer. Sentralstyret har svart utvalget at saken vil følges opp.

Fullstendig årsmelding finnes på <http://www.legeforeningen.no/id/18786.0>

### ***Den norske legeforenings utvalg for internasjonal helse***

Utvalget har bestått av Hilde Engjom (leder), Berit Austveg, Gunnar Kvåle, Jannicke Mellin-Olsen, Terje Vestheim og Knut Wester. Terje Vestheim trakk seg fra utvalget i juli 2009 og ble ikke erstattet.

Utvalget har i perioden hatt fire møter. I forbindelse med møtene har det vært avholdt ett miniseminar.

### *Miniseminar om samarbeid med institusjoner i lavinntektsland*

I forbindelse med ordinært møte i utvalget 19.10. 2009 var første del satt av til et miniseminar for utvalgets medlemmer om internasjonal helse - i samarbeid med institusjoner i lavinntektsland.

### *Policydokumenter*

Utvalget har arbeidet med to policydokumenter. Policydokument om rekruttering av helsepersonell fra lavinntektsland er slutført og godkjent av sentralstyret. Utvalget har brukt mye tid på et policynotat om samarbeid om utdanning av leger i lavinntektsland. Notatet er fortsatt under bearbeiding og vil bli ferdig våren 2010.

### *Deltakelse og bidrag på konferanser*

Utvalgets medlemmer har deltatt og bidratt på ulike konferanser og møter om internasjonal helse.

Fullstendig årsmelding finnes på <http://www.legeforeningen.no/id/137073.0>

### ***Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling***

Etter initiativ fra Allmennlegeforeningen (Af), Norsk forening for allmennmedisin (NFA), Norsk samfunnsmedisinsk forening (Norsam) og foreningen for leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA) opprettet sentralstyret i juni 2007 Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling. Senere er også Overlegeforeningen og Ylf gitt representasjon i utvalget. Fra mandatet siteres: "Hovedoppgaven for utvalget er å bidra til at erfaringene og resultatene fra ELIN-prosjektet videreføres, spesielt utviklingen av tjenlig programvare og kvalitetssikringen rundt denne" og videre: "Utvalget skal ha spesiell oppmerksomhet på allmennlegenes og avtalespesialistenes behov for én instans, en "ELIN-a (allmennlege/avtalespesialist)", ettersom det ikke er noe særskilt organ i kommuner eller helseforetak som målbærer disse gruppens behov. Foruten å bidra til å videreføre resultater og erfaringer fra ELIN-prosjektet kan utvalget gi råd til sentralstyret vedrørende generelle spørsmål omkring IKT i helsesektoren."

Utvalget har hatt ett møte og to telefonmøter i 2009, og har ellers kommunisert per e-post, bl.a. vedrørende utkast til nytt mandat, samt i høringssaker. Utvalgsleder deltok på HelseIT-konferansen i Trondheim.

Det har vært en del utskiftning av medlemmer i utvalget. Ved utgangen av 2009 hadde utvalget følgende medlemmer: Kjartan Olafsson (leder), Eirik Arnesen (nestleder), Aud Nome Dueland, Morten Laudal og Egil Bjørnløv.

### ***Pasientsikkerhetsutvalget***

Legeforeningens rådgivende utvalg for å arbeide med pasientsikkerhetsspørsmål har følgende mandat: Utvalget skal rådgi sentralstyret i arbeidet med pasientsikkerhet, herunder foreslå strategi for arbeidet med pasientsikkerhet innenfor norsk helsevesen.

Utvalget har hatt følgende medlemmer i 2009: Ellen Tveter Deilkås (leder), Tor Carlsen, Inger Lise Fjellanger, Gunnar Andersen, Hans-Petter Næss, Børre Fevang, Anne Grimstvedt Kvalvik (til 27.3. 2009) og Bente Ruud Karlsson (fra 27.3. 2009). Utvalget hadde fire regulære møter i 2009.

Pasientsikkerhetsutvalget har på oppdrag fra sentralstyret utarbeidet forslag til Legeforeningens handlingsprogram for pasientsikkerhet. Utvalget arbeider videre med å konkretisere og omsette forslagene i handlingsprogrammet i praksis.

Utvalget var medarrangør av Nasjonal konferanse om pasientsikkerhet i Oslo Kongressenter 9.9. 2009 og kurs i pasientsikkerhet i Kunnskapsenteret 26.11. 2009.

### ***Psykioterapiutvalget***

Psykioterapiutvalget 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 tre års godkjent veiledning i psykioterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykioterapeutiske grunnarbeid som er et nødvendig minimum innen spesialiteten psykiatri.

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

Psykioterapiutvalget har et nært samarbeid med spesialitetskomiteen i psykiatri vedrørende psykioterapiveiledningen ved psykiatriske utdanningsinstitusjoner og søknader om dispensasjon fra institusjoner til å benytte psykologer eller ikke godkjente spesialister i psykiatri som psykioterapiveileder.

### ***Spesialitetskomiteene***

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider:

[www.legeforeningen.no/id/94998.0](http://www.legeforeningen.no/id/94998.0)

Spesialitetskomiteenes funksjonsperiode utløp 31.12. 2009. I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt nye spesialitetskomiteer i alle de 44 spesialitetene for en ny fireårs periode fra 1.1. 2010 til 31.12. 2013.

Hver komité består av fem medlemmer og tre varamedlemmer. Komiteene er oppnevnt etter forslag fra vedkommende fagmedisinske forening, samt fra Ylf (unntatt allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, hvor den fagmedisinske foreningen foreslår samtlige representanter).

Det er et omfattende, uhonorert dugnadsarbeid som utføres av 220 medlemmer av de 44 spesialitetskomiteene. I enkelte spesialitetskomiteer er saksmengden så omfattende at de tre vararepresentantene trekkes inn i saksbehandlingen. Det vil si at det er opptil 350 leger som utfører et stort, gratis arbeid for det norske samfunn i spesialitetskomiteene.

Arbeidet i den enkelte komité er naturlig nok varierende, alt fra de store spesialitetene som kan ha 85 utdanningsinstitusjoner å vurdere, til de som kun har to institusjoner. Det varierer fra allmennmedisin hvor det godkjennes 150 nye spesialister per år, samt over 400 regodkjenninger per år, eller indremedisin og psykiatri som godkjenner nærmere 100 nye spesialister hvert år, og ned til spesialiteter hvor det godkjennes én ny spesialist per år.

I 2009 ble det gitt 1 211 nye spesialistgodkjenninger og 396 regodkjenninger i allmennmedisin. I tillegg til disse 1 607 sakene som førte til godkjenning, ble det behandlet en rekke søknader fra leger om godkjenning av helt eller delvis gjennomført spesialistutdanning, avklaring om utdanning, kurs, vurdering av utenlandsk tjeneste mv. Anslagsvis behandles det per år ca. 3 000 søknader fra leger med avklaring av utdanningsforløp inklusive søknader som fører til spesialistgodkjenning.

I tillegg vurderer spesialitetskomiteene hvert år rapporter fra ca. 850 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner), og hvert år gjennomføres ca. 130 besøk av spesialitetskomiteen på de godkjente utdanningsinstitusjonene. Per år behandles også i gjennomsnitt 25-30 søknader om godkjenning av nye utdanningsinstitusjoner fra sykehusavdelingene, dvs avdelinger fordelt på de aktuelle 43 spesialitetene.

Hvert år vurderes ca. 650 søknader om godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisinenes utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføring av spesialistutdanningen.

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 Mowe (vara), Hege Gjessing, Fredrik Nomme (vara). Ingrid Os, Ragnhild Emblem (vara), Universitetet i Oslo. Nils Erik Gilhus, Anders Bærheim (vara), Universitetet i Bergen. Petter Aadahl, Erik Solligård (vara), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Svein Ivar Mellgren, Trond Flægstad (vara), Universitetet i Tromsø. Torgeir Løvig (observatør), Helsedirektoratet. Aud Nordal (observatør),

Anne Berit Gunbjørud (vara), Helsetilsynet. Guro Birkeland, Unni Veirød (vara), Norsk pasientforening. Kommunenes Sentralforbund hadde ikke oppnevnt noen representant for perioden 2006-2009. Rådet hadde fem møter i 2009 og behandlet 64 saker.

Ved siden av å ha sin oppmerksomhet 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.

Det er utarbeidet en årsrapport for 2009, og et PM (pro memoriam) for perioden 2006-2009, som begge er lagt ut på Legeforeningens nettsider.

### ***Turnusrådet***

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Sjur Lehmann (leder t.o.m 19.1. 2009), Jørn Kippersund (leder 20.1.-31.12. 2009), Inge Glambek, Barbro Kvaal, Anders Nordby, Sara M. Keim, Kristina Halvorsen, Ingebjørn Bleie, Britt Ingjerd Nesheim. Varamedlemmer: Kari Sollien Øfstaas, Lars – Henrik Mariero, Inger Kristin Aase, E. Andreas Steinsvik, Svein Zander Bratland og Toralf Hasvold.

Turnusrådet har i perioden hatt seks møter og behandlet 55 saker. Møtene i turnusrådet har også blitt avholdt i tilknytning til besøk ved sykehus og allmennlegepraksiser med turnuslege. Det har blitt gjennomført besøk ved fem sykehus og tre 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 samtalene 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 er 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 Helsedirektoratet (Hdir) om turnus generelt, turnustjeneste i sykehjem, presentasjon av landsstyrets vedtak om forslag til organisering og tilrettelegging av den praktiske tjenesten i fremtiden, samt ift direktoratets nye gjennomgang av turnustjenesten som er utsatt til mars 2010. Turnusrådet har fortsatt engasjement omkring tjenesten når det gjelder bl.a. mangel på funksjonsfordeling, herunder spesielt endringer i akuttkirurgisk tjeneste. Legeforeningen har gjentatte ganger signalisert at den ikke kan akseptere det kirurgiske akutttilbudet som fullverdig på enkelte turnussteder, der det ikke er i tråd med kravene til turnustjenestens innhold. Turnusrådet har også hatt fokus på manglende faglig nivå ift de krav som er fremsatt i forskrift og målbeskrivelse når det gjelder organisering av turnustjenesten ved enkelte sykehus og kommuner, bl.a. i forhold til veiledning.

### ***Landsstyrets vedtak om endringer i turnustjenesten***

I januar 2008 fikk turnusrådet i oppdrag av sentralstyret å utarbeide et grunnlagsdokument om turnus. Legeforeningens turnusråd utarbeidet i 2009 den endelige rapporten om turnustjenesten/den praktiske tjenesten i fremtiden med bakgrunn i sentralstyrets oppdrag i januar 2008.

Hensikten med oppdraget var å oppdatere og forberede sentralstyret på myndighetenes utspill og utarbeide forslag til eventuelle endringer, samt å vurdere standpunkt til om det fortsatt er nødvendig med en praktisk tjeneste etter grunnutdanning for å oppnå autorisasjon som lege i Norge.

Rådet har først og fremst arbeidet ut fra et faglig ståsted når det gjelder utforming av standpunkt til turnustjenestens berettigelse i fremtiden. Hovedfokus har vært kvalitet. Rådet skal medvirke til en faglig høyverdig turnustjeneste, og skal gjøre Legeforeningen kjent med faglige, sosiale og kollegiale problemer som måtte være til hinder for dette, slik det fremgår av turnusrådets mandat.

Bak turnusrådets forslag til modell lå en bred analyse av utfordringene i dagens turnustjeneste mht. organisatoriske endringer, nedleggelse av akuttfunksjoner, funksjonsfordeling, kapasitetsproblemer og hensynet til faglighet. Sentralstyret sendte primo mars 2009 ut forslag til endringer i turnustjenesten på organisasjonsmessig høring. Høringsforslaget var utarbeidet med grunnlag i turnusrådets grundige rapport og anbefalinger vedr. den praktiske tjenesten i fremtiden. Høringen var et ledd i behandlingen før landsstyret skulle ta stilling til sine standpunkt, og gi føringer for endringer i turnustjenesten.

Forslaget innebar en basistjeneste som obligatorisk første del av en spesialitetsforberedende tjeneste, og at dagens turnustjeneste nedlegges. Intensjonen var at man fortsatt ønsker en strukturert og

avgrenset introduksjon til praktisk legearbeid etter bestått cand. med. eksamen.

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

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

Utvalget har avholdt fire ordinære møter (ett avlyst) og behandlet 41 saker i 2009. Det har i tillegg vært avholdt ett møte i samarbeid med styret i Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS).

Forskningsutvalget har blant annet bidratt med innspill til Omstillingsprosessen i Helse Sør-Øst og har vært en referansegruppe for Legeforeningens Prosjekt forskning. Utvalget har virket rådgivende overfor alle arbeidsgruppene, og har spesielt bidratt med innspill knyttet til Legeforeningens kontakt med politikere i forhold til forskningspolitiske spørsmål. Forskningsutvalget har deltatt i utforming av Legeforeningens planlagte internasjonale forskningskonferanse i 2011 "Research and Global Health – A Challenge also for Health Professional Organisations".

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole M. Sejersted (leder), Det medisinske fakultet, UiO, Per Hjortdahl, Legeforeningens sekretariat/UiO, Lars A. Akslen, Det medisinsk-odontologiske fakultet, UiB, Sameline Grimsgaard, Det medisinske fakultet, UiT, Arne Sandvik, Det medisinske fakultet, NTNU, Anna Midelfart, LVS, Tobias Schmidt Slørdahl, Norsk medisinstudentforening, Jana Midelfart Hoff, Yngre legers forening, Irene Hetlevik, Allmennlegeforeningen og August Bakke, Norsk overlegeforening.

### **6.2.13 Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger**

Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg (KOHO) er et fast rådgivende utvalg oppnevnt av sentralstyret. For perioden 1.1. 2008 – 31.12. 2011 består utvalget av følgende medlemmer: Øystein Melbø Christiansen (leder), Jørn R. Nissen-Meyer, Pernille Nylehn, Anne Bente Spenning og varamedlem Finn Nilsson. Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat er sekretær for utvalget.

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 støttekollegene som ledd i dette arbeidet. I tillegg er utvalget representert ved felles årlige møter i de nordiske legeforeninger – sist i Bergen i mai 2009.

Det er per i dag avdelingsrådgivere i alle fylker bortsett fra to, samt i gjennomsnitt fire støttekolleger i hvert fylke. I gjennomsnitt er det seks leger per fylke som tar kontakt med ordningen og det er i gjennomsnitt gjennomført to samtaler per lege. Legene som har vært i kontakt med ordningen oppgir problemer på jobb, i familie og psykiske problemer som hovedårsaker til at de søker hjelp.

Lege-for-lege ordningen synes å ha fått mindre betydning etter at fastlegereformen ble innført. Utvalget gjennomførte en evaluering av ordningen i 2009, og ut fra de tilbakemeldinger utvalget fikk, er det bare i fem fylker det per i dag finnes en velfungerende lege-for-lege ordning. Det er i Oslo, Akershus, Hordaland, Vestfold og Østfold. For øvrig rapporteres det at fastlegeordningen har overtatt ansvaret. Utvalget kom derfor til at det ikke synes hensiktsmessig å arbeide for å gjenopprette en landsdekkende lege for lege ordning, men at ordningen videreføres i de fylkene som har en slik ordning og som ønsker å opprettholde denne. Videre har utvalget anmodet om at de fylkene som har en aktiv lege-for-lege ordning, og som arrangerer relevante kurs for å ivareta behovet for videreutdanning/kompetanseheving/rekruttering, oppfordres til å la invitasjon til kursene bli landsdekkende.

KOHO er opptatt av betydningen av god veiledning under turnustjenesten og i spesialistutdanningen. Tilbakemeldinger fra bl.a. fylkeslegenes kurs for turnusleger, veiledningsgrupper for turnusleger i fylkene, støttekolleger som er i kontakt med utbrente unge leger, samt Forskningsinstituttets rapport om veiledning under turnustjenesten, understøtter at det ikke står så godt til med veiledningen mange steder. Utvalget har anmodet Legeforeningen om å arbeide for å bedre veiledningens kår på sykehusene ved å sette fokus på betydningen av god veiledning, samt å prøve å påvirke arbeidsgiversiden til å legge forholdene til rette for å bedre denne delen av utdanningen.

Legeforeningens helse- og omsorgstilbud til legene består, i tillegg til de fylkesvise kollegiale støtteordningene, av Ressurscenteret Villa Sana på Modum Bad. Villa Sana har tatt imot leger til rådgivning og på kurs gjennom de siste 11 årene, og det er mellom 1 300 til 1 400 leger som har benyttet seg av tilbudet. Lege og forsker Karin Isaksson Rø har nettopp slutført sin doktorgradsavhandling med tittel: "Kan utbrenthetsymptomer hos helsepersonell, spesielt kvinner, forebygges med rådgivende intervensjon?". Denne tar utgangspunkt i oppfølging av leger som kom til Villa Sana og hvordan det har

gått med dem etter ett år og etter tre år. Konklusjonen er at det nytter! Legene rapporterer om at tilbudet oppleves som svært nyttig, at det har ført til at de har foretatt viktige endringer i livene sine enten det gjelder balanse mellom arbeid/fritid, tiltak for å redusere stress samt at dette for mange har gjort terskelen for å oppsøke videre behandling lavere.

KOHO markedsfører tilbudet gjennom annonse i Tidsskriftet samt på Legeforeningens hjemmeside under "Kollegastøtte". Det markedsføres også i lokalforeningers medlemsblad.

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

#### **6.2.14 Prosjekter/Annet**

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

"Frist meg inn i ledelse" er et kurs på tre bolker for unge kvinnelige leger som har som formål å friste flere kvinner inn i ledelse. Det ble i 2008-2009 utført en evaluering som konkluderte med at kurset bør fortsette.

##### ***Influenza A(H1N1)***

Sentralstyret nedsatte i august 2009 en sekretariatsgruppe for håndtering og koordinering av arbeidet med Influenza A(H1N1) i Legeforeningen. Gruppens mandat har vært følgende:

*Sekretariatsgruppen skal tilrettelegge for at Legeforeningen skal være en faglig rådgiver i forhold til håndtering av pandemiens faser. Sekretariatsgruppen skal bidra til at Legeforeningen tar en riktig rolle i forhold til myndighetsansvaret. Gruppen skal følge utvikling av pandemien og de tiltak som myndighetene gjør i tilrettelegging av arbeidet med organisering av behandling, prioritering, vaksinasjon, informasjon til helsepersonell og befolkning og forebyggende tiltak knyttet til pandemien. Dette gjelder både tiltak i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Sekretariatsgruppen skal avlytte de innspill, diskusjoner, erfaringer og bekymringer som Legeforeningens organisasjon og medlemmer tar opp knyttet til utvikling av beredskap, organisering, vaksinasjon og direkte behandlingsgjennomføring. Sekretariatsgruppen skal tilrettelegge og forberede Legeforeningens innspill, råd og spørsmål til myndighetene. Sekretariatsgruppen er ikke tiltenkt å forme informasjon direkte til befolkningen, men bidra til at Legeforeningen tar initiativ overfor Helsedirektoratet der en ser at det er mangler og er udekkede informasjonsbehov i befolkningen. Sekretariatsgruppen organiserer Legeforeningens arbeid med å forme faglig omforente forslag til prioritering av pasienter til konsultasjon hos fastlegene under pandemien. Sekretariatsgruppen sørger for at nødvendig informasjon fra Helsedirektorat og Folkehelseinstituttet når fram til Legeforeningens medlemmer.*

Sekretariatsgruppen hadde faste møter to ganger per uke fra 3.8. 2009 frem til november-desember 2009. I tillegg ble det kalt inn til møter utenom dette ved behov. Gruppen var sammensatt med deltakere fra alle avdelinger i sekretariatet, ledet av medisinsk fagavdeling. Det ble ført referat fra alle møter. Gruppen tok for seg aktuelle temaer rundt Influenza A(H1N1) ut fra henvendelser fra egne medlemmer, Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet og HOD. Gruppen tok også initiativ til samarbeid med andre foreninger, som Kommunenes Sentralforbund og Norsk Sykepleierforbund. Representanter fra gruppen deltok i møter med andre aktører flere ganger per uke gjennom hele høsten 2009.

Fra slutten av november innkalte Helsedirektoratet til faste ukentlige rapporteringsmøter, men møtene ble avholdt etter behov. Det ble avholdt møter 6.11, 13.11. og 11.12. 2009, der gruppen har vært representert. Disse møtene har pågått frem til 15.1. 2010.

##### ***Arbeidsgruppe "Godt Legevaksarbeid"***

Landsstyret 2006 ba sentralstyret arbeide videre med faglige og organisatoriske retningslinjer for godt legevaktarbeid, og arbeide med å gjøre disse kjent. Det ble i sentralstyremøte 18.1. 2007 og 22.3. 2008 utviklet mandat og nedsatt en arbeidsgruppe med følgende medlemmer: Ola Jøsendal (leder), Leger i samfunnsmedisinsk arbeid, Ole Johan Bakke, Norsk samfunnsmedisinsk forening, Kari Sollien, Allmennlegeforeningen, Helen Brandstorp, Norsk forening for allmennmedisin, Lars Nesje, Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (nedlagt 1.1. 2008).

Arbeidsgruppen avla en foreløpig rapport som ble behandlet i sentralstyret 13.2. 2008. I drøfting av innhold og forslag i sentralstyret kom det frem at man hadde behov for i videre utredning å få sterkere oppmerksomhet om faglige retningslinjer for utvikling av allmennlegevakt basert på bemannede vaksentraler og med interkommunalt samarbeid som overordnet føring. Etter møte mellom representanter for arbeidsgruppen og sentralstyret ble det utarbeidet et justert mandat, og arbeidsgruppen ble utvidet med



to medlemmer.

Arbeidsgruppens omforente utkast til rapport basert på det justerte mandatet, ble fremlagt for sentralstyret 27.1. 2009. Sentralstyret vedtok å sende utkastet med enkelte endringer på høring til relevante organisasjonsledd. Revidert utkast etter høring ble lagt frem for sentralstyret i april møtet og vedtatt med noen endringer.

### ***Nasjonalt meldingsløft***

Helsedirektoratet lanserte våren 2008 programmet "Nasjonalt meldingsløft" på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Som bakgrunn ble angitt at det tar lang tid å ta i bruk elektroniske samhandlingsløsninger, og gjennom et nasjonalt meldingsløft skal innsatsen styres bedre og bidra til sterkere trykk på utbredelsen av de eksisterende løsningene.

Programmet har tre hovedområder; utbredelse og samhandlingsarkitektur, innføringsprosesser, samt forvaltning og drift.

Det er opprettet regionale prosjekter under hvert regionale helseforetak for implementering av meldinger ved helseforetakene og understøttende prosjekt i regi av Norsk Helsenett og Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH). Legeforeningen ble invitert til å delta og gjennomføre et eget delprosjekt, kalt "ELIN-a", under meldingsløftet. (Se nærmere omtale av "ELIN-a" annet sted i årsmeldingen).

Legeforeningens sentralstyre har overfor Helsedirektoratet understreket at foreningens rolle vil være å bidra med erfaring og kompetanse som representant for brukere av IKT-løsninger.

Legeforeningen har videre presisert at foreningen ikke kan opptre som part på vegne av medlemmene, og således ikke kan forplikte medlemmene vedrørende anskaffelse og bruk av kommunikasjonsløsninger. Legeforeningen er representert i Meldingsløftets styringsgruppe, som har hatt fem møter i 2009.

Meldingsløftets fremdrift ligger noe etter den opprinnelige tidsplanen, noe som fra direktoratet begrunnes bl.a. med kompleksiteten i sektoren, og direktoratet har overfor departementet bl.a. anbefalt at "løftet" forlenges ut 2011 for å kunne innfri målene. Direktoratet anbefaler også at det legges til rette for koordinerte bestillinger hos programvareleverandørene, samt at det for dette etableres en finansiell tilrettelegging av annen karakter enn i dag. Direktoratet anbefaler videre at det etableres et forvaltningsapparat som understøtter små og sårbare enheter, for eksempel legekontor.

### ***Prosjekt ELIN-a (allmennlege/avtalespesialist)***

Dette er et delprosjekt under programmet "Nasjonalt meldingsløft", som ledes av Helsedirektoratet. Legeforeningen er "prosjekteier", og foreningen har engasjert prosjektleder fra Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH).

ELIN-a forprosjekt skal legge til rette for utbredelse av programvareløsninger for helsefaglig kommunikasjon for legekontor i tråd med oppdatert samhandlingsarkitektur og IT-brukernes faglige og funksjonelle behov.

Prosjektet skal resultere i følgende leveranser:

- Bidra til at prioriterte basismeldinger fra meldingsløftet er implementert i EPJ leverandørens applikasjoner
- Integrasjon mot NHN Adresseregister
- Leverandører og legekontor som fullverdige samhandlingsaktører
- Krav til programvareløsning for automatisk versjonsoppgradering av EPJ på legekontor
- Etablere krav til programvareløsning for tilbakerapportering av status for oppdatert programvare og teknisk plattform fra legekontor til leverandør
- Vurdering av behov for opplæring og veiledning for elektronisk kommunikasjon
- Beskrive hvordan Elin-a hovedprosjekt kan forankres hos Legeforeningens medlemmer

Forprosjektet er finansiert av Helsedirektoratet, Legeforeningen og Innovasjon Norge, og vil være gjennomført vinteren 2010.

### ***Prosjekt ELIN sykmelding***

Som et element i den nasjonale satsningen Inkluderende Arbeidsliv (IA) er det bevilget midler til et forprosjekt som Legeforeningen gjennomfører for å utvikle en veileder for helsepersonell ved utfylling av sykmelding (elektronisk beslutningsstøtte), slik at intensjonen med den nye sykmeldingsblanketten ivaretas. Norsk kiropraktorforening og Norsk fysioterapeutforbund har vært representert i forprosjektets styringsgruppe. Initiativet til prosjektet kom fra Allmennlegeforeningen, og ble støttet av IA-

koordineringsgruppen (representanter for partene i arbeidslivet, organisert via IA-satsningen under Arbeids- og inkluderingsdepartementet), hvor Akademikerne er representert.

Legeforeningen ønsker gjennom dette forprosjektet å tilrettelegge for utvikling av nye programvareløsninger for prosess-støttet utfylling av sykmeldingsblankett basert på en faglig funksjonell kravspesifikasjon som sikrer etterlevelse av intensjonene med den nye blanketten og ivaretar brukerkrav til arbeidsflyt. Kravspesifikasjonen er utarbeidet av en brukergruppe i samarbeid med en redaksjonsgruppe, en leverandørgruppe og prosjektledelsen.

Prosjektet vil legge vekt på at vurdering av restarbeidsevne i forhold til alternative arbeidsoppgaver alltid inngår som del av utfyllingen av skjemaet..

Forprosjektet har ved årsskiftet 2009-2010 levert rapport og forslag til beskrivelse av et hovedprosjekt med formål å utvikle programvare.

### ***Legeforeningens arbeidsgruppe ”Global oppvarming og helse”***

Arbeidsgruppen har fått følgende mandat fra sentralstyret: *Gruppen skal utarbeide et grunnlagsdokument for Legeforeningens engasjement i klimaendring med tilhørende tiltak for å forebygge klimaendringer og etablere beredskap for å møte de helsemessige konsekvenser både nasjonalt og internasjonalt.*

Gruppen har bestått av Gunnar Skipenes (Namf) (leder), Mette Bratt, Knut Erling Moksnes (begge Of), Lasse Pihlstrøm og Guro Steine (begge Ylf). Tatjana Razumova fra medisinsk fagavdeling er sekretær for arbeidsgruppen. På bakgrunn av en forespørsel på årets landsstyremøte ble representant fra Norsk medisinstudentforening Linda Nguyen, tilknyttet gruppen høsten 2009.

Arbeidsgruppen har i perioden hatt tre regulære møter og fire telefonmøter, og har ellers kommunisert per e-post. Gruppen har utarbeidet to dokumenter: et grunnlagsdokument og en tiltaksplan for Legeforeningens engasjement i klimaendring. Begge har vært på høring høsten 2009 og ble etter revidering godkjent i sentralstyremøte 4.12. 2009. Les mer her: [www.legeforeningen.no/id/158555.0](http://www.legeforeningen.no/id/158555.0)

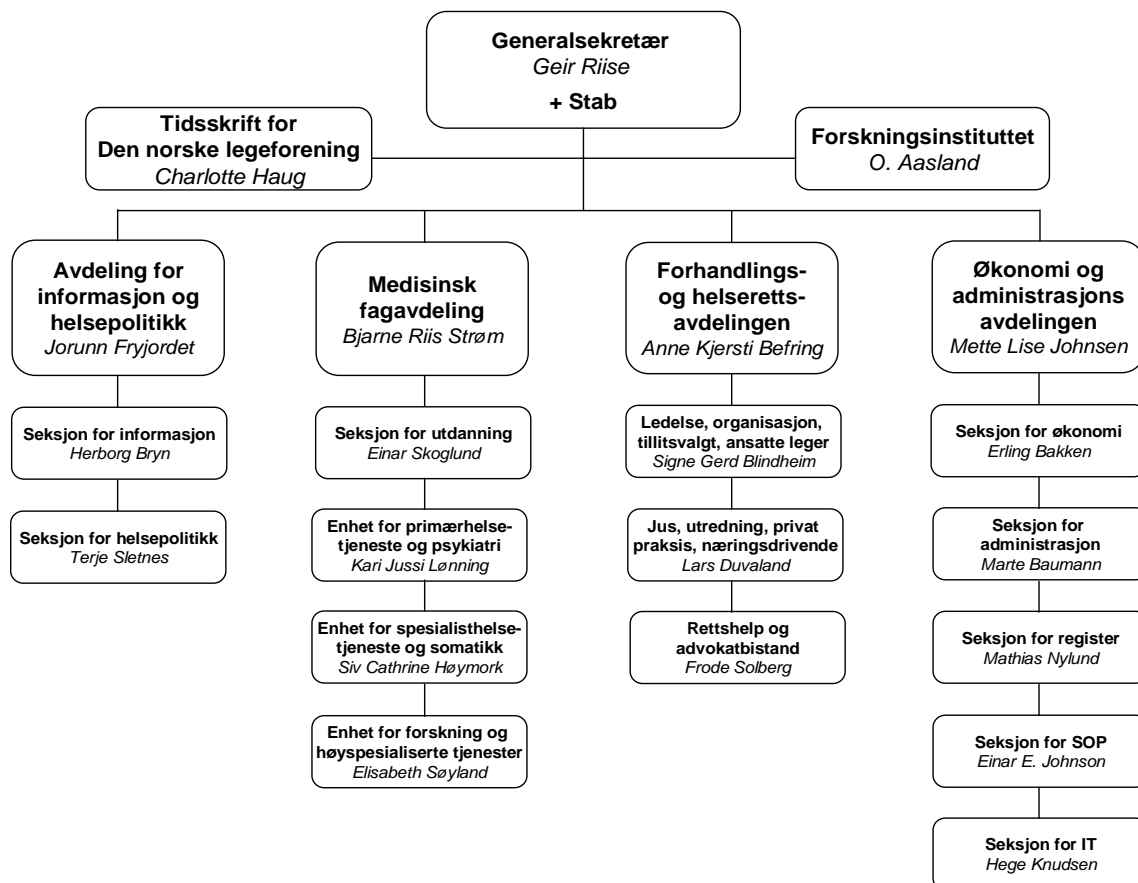
Gruppen har støttet medisinstudentenes prosjekt med opprop om klimaendringenes konsekvenser for helse. Klimaoppropet ble levert miljøvernminister Erik Solheim desember 2009. Les mer her: [www.legeforeningen.no/id/158254.0](http://www.legeforeningen.no/id/158254.0)

Arbeidsgruppen hadde nedlagt et omfattende og engasjert arbeid og ble videreført som et rådgivende utvalg for sentralstyret for 2010-2011 med mandat. Utvalget skal arbeide videre med å konkretisere og omsette forslagene i tiltaksplanen i praksis.

## 6.3 Sekretariatet

### 6.3.1 Organisasjonskart

Organisasjonskart Legeforeningens sekretariat per 31.12. 2009.



### 6.3.2 Organisering og bemanning

Per 31.12. 2009 var det 157 fast ansatte i Legeforeningen inkludert fagredaktører, veiledningskoordinatorer og koordinatorkontorene. I antall årsverk svarer dette til ca. 140. I sekretariatet i Legenes hus er det ca 133. årsverk.

Den administrative ledelse består av generalsekretær, fire avdelingsdirektører og Tidsskriftets redaktør. Generalsekretæren har en stab på tre medarbeidere, hvorav én advokat, som også er sekretær for Rådet for legeetikk.

Personellsituasjonen i sekretariatet er preget av stor stabilitet. Sykefraværet var i 2009 totalt 3,63 % som er en reduksjon på 1,32 %-poeng fra 2008. Hovedårsaken til dette ligger i reduksjon i langtidsfraværet. Legeforeningen er en IA-bedrift.

I forbindelse med at generalsekretær Terje Vigen i 2008 nådde aldersgrensen og fratrådte 28.2. 2009, ble Geir Riise ansatt som ny generalsekretær fra 1.3. 2009, etter en omfattende rekrutteringsprosess.

### 6.3.3 Informasjonsvirksomhet

All informasjonsvirksomhet i Legeforeningen skal bygge opp under Legeforeningens formålsparagraf og bidra til å oppnå målene i denne. Videre skal budskapsutformingen knyttes til prinsipp- og arbeidsprogram. Sekretariatet har ansvar for både eksternt og intern kommunikasjon.

For å videreutvikle kommunikasjonsarbeidet ble sekretariatets informasjonsvirksomhet omorganisert fra 15.9. 2009. Det ble tilsatt kommunikasjonsdirektør og redaktøransvaret for

[www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no) ble overført til informasjonsseksjonen sammen med ansvaret for å fremme bruken av Min side hos tillitsvalgte, medlemmer og ansatte. I tillegg til tilsetting av kommunikasjonsdirektør ble to medarbeidere overført fra nettstedet. Seksjonen teller nå sju medarbeidere.

Legeforeningen er først og fremst en medlemsforening, men i en organisasjon av Legeforeningens størrelse og med et formål som er knyttet tett opp til samfunnsdebatten og menneskers helse, vil ekstern og intern kommunikasjon overlappes hverandre. Mye av medlemsinformasjonen kan leses av andre, og medlemmene får også informasjon via media og andre eksterne kanaler.

En viktig del av sekretariatets kommunikasjonsarbeid består i å rådgi tillitsvalgte og andre medlemmer i budskapsutforming og valg av kanaler for å fremme budskapet. Vurderingene blir gjort i tett samarbeid med ulike deler av organisasjonen.

## **Medier**

### **Medier – daglig kontakt**

Legeforeningen og leger som yrkesgruppe får stor plass i media. En god del av mediekontakten blir håndtert av sekretariatet, både som proaktivt til media og som mottakere av henvendelser fra media til Legeforeningen. Hver og en av disse blir vurdert ut fra hva Legeforeningen er best tjent med. Torunn Janbu er Legeforeningens viktigste talsperson, men det blir også hele tiden gjort vurderinger om hvem som bør uttale seg i de forskjellige sakene, både tillitsvalgte og representanter for de fagmedisinske miljøene.

Legeforeningen er, og ønsker å være, en del av den helsefaglige og helsepolitiske debatten i Norge, mediearbeidet er derfor et viktig arbeidsområde.

Det enkelt-tema sekretariatet fikk flest medie-henvendelser om i 2009 var pandemien.

### **Medier – bistand events**

Sekretariatet ga i 2009 ulike deler av organisasjonen pressebistand i forbindelse med temadager/uker som Karkirurgiens dag og den internasjonale nyredagen, samt Landsstyremøtet og ulike arrangementer i regi av underforeningene. Sekretariatet hadde også pressearbeidet i forbindelse med presentasjon av opinionundersøkelse om tvang i psykiatrien i regi av Psykologforeningen, Sykepleierforbundet og Legeforeningen. Dette er informasjon foreningen har som uttalt mål å nå ut til befolkningen med.

### **Medier – bistand organisasjonsledd**

Det er en målsetting å bistå organisasjonsledd og leger i å få formidlet medisinsk kunnskap til befolkningen. Økt medisinsk kunnskap skaper interesse og bedre kunnskapsgrunnlag hos journalister som formidler denne type stoff, samtidig som publikum får mer kunnskap. Det er også et virkemiddel for å bryte ned tabuer, og spre korrekt informasjon om medisinske tilstander og behandlingsmuligheter.

Det ble også i 2009 avholdt kurs med temaet "Leger og media" for organisasjonsledd og for studentene i 12. semester ved det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. En kortversjon av dette kurset inngår også i tillitsvalgotopplæringen. Heftet *Legen og pressen. Gode råd om pressekontakt* som benyttes i dette arbeidet, oppdateres kontinuerlig. Heftet er tilgjengelig i elektronisk variant på [nettsiden](#).

### **Medier – overvåkning**

Legeforeningen kjøper ekstern medieovervåking gjennom firmaet Retriever. Avdelingen utarbeider daglig en oversikt over de viktigste medieoppslagene "Dagens mediebilde" - der Legeforeningen, viktige helsepolitiske og helserelaterte problemstillinger omtales. Dagens mediebilde er i første rekke ment som et arbeidsverktøy for sentralstyrets medlemmer og ledelsen i sekretariatet, slik at man raskt kan "komme på banen" i saker som er av betydning for foreningen. Det utarbeides også et ukens mediebilde som viser hovedsakene denne uken og hvilke/n utspill/respons foreningen har gitt. Videre lages det også en oversikt over månedens nyhetsbilde som blir presentert for sentralstyret hver måned.

### **Medier - beredskapsgruppen**

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe. Denne består av Legeforeningens president, generalsekretær, informasjonssjef/kommunikasjonsdirektør og sekretæren for Rådet for legeetikk. Det er i perioden gitt hjelp til flere enkeltmedlemmer i forbindelse med håndtering av vanskelige mediesaker. De fleste saker lar seg ordne gjennom elektronisk kontakt og per telefon.

### ***Legeforeningen.no***

Legeforeningen.no er vår nyhetskanal som brukes for å nå både eksterne miljøer og egne medlemmer. I 2009 publiserte sekretariatet 215 saker på forsiden av legeforeningen.no for å nå ut med nyheter til medlemmer, tillitsvalgte og interessegrupper.

Sekretariatet har ansvaret for drift og utvikling av hele legeforeningen.no, med hovedsidene og i overkant av 80 underforeninger. For underforeningene dreier ansvaret seg om publiseringstøtte, opplæring, og brukerstøtte for nettedaktørene.

Legeforeningen.no hadde nær 3,3 millioner sidevisninger i 2009, fordelt på 677 000 besøk. Dette er fordelt på i overkant av 350 000 besøkende. 44 % kommer direkte til sidene våre, og 29 % kommer via søkemotor, der de fleste har brukt en variasjon av foreningens navn som søkeord. Aktiviteten er høyere knyttet til hverdager enn helger og helligdager.

Det ble også publisert 271 saker på intranettet.

### ***Min side***

Min side er en stadige viktigere kanal for å nå medlemmene med viktig informasjon. I 2009 ble det fra sekretariatet sendt ut ca. 140 medlemsbrev via Min side. Sekretariatets oppgaver knyttet til Min side ellers er å bistå organsiasjonsleddene og arbeide for maksimal utnyttelse av løsningen blant tillitsvalgte og ansatte. Untatt fra dette er virksomhet knyttet til fagområdene.

### ***Tidsskriftet – Aktuelt i foreningen***

Sekretariatet har ansvar for å produsere stoff til sidene Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet. Målet er å vise foreningens bredde og engasjement for å ivareta medlemmenes faglige, sosiale og økonomiske interesser. Sidene skal også speile engasjementet i foreningens ulike organsiasjonsledd. Det produseres artikler om helsepolitisk stoff, reportasjer fra møter og konferanser i de ulike organsiasjonsledd, intervjuer, o.l. Presidenten skriver leder til hver utgave. I 2009 leverte sekretariatet 176 sider til Tidsskriftet.

### ***Tidsskriftet – pressemeldingstjeneste***

Sekretariatet sender ut kortfattede pressemeldinger basert på tre-fem artikler i Tidsskriftet. I 2009 er det totalt sendt ut 24 pressemeldinger fordelt på 72 artikler. I tillegg gis artikler eksklusivt til utvalgte medier.. Dette resulterte i fjor i nærmere 1 200 større eller mindre presseomtaler. Det har vært store oppslag i de store riksdekkende medier. Det foretas en geografisk vurdering av pressestoffet slik at artikler som omtaler et spesielt geografisk område, er gitt eksklusivt til medier som har sitt utspring i dette området.

### ***Visuell profil***

Legeforeningens visuelle profil (kommunikasjonsprofil) brukes av hele organsiasjonen. Sekretariatet bistår både interne og eksterne organsiasjonsledd og samarbeidspartnere med design av foldere, brosjyrer og profileringsmateriale. Sekretariatet har også en viktig rolle når det gjelder visuell profil på landsstyremøtene, de årlige statusrapportene og annet trykt materiale. Den samme visuelle profilen benyttes i økende grad ved utsending av elektroniske nyhetsbrev.

### ***Spørreundersøkelser***

Det er gjennomført flere typer av opinionsundersøkelser, både i regi av eksterne byråer og gjennom egne questback-undersøkelser. Sekretariatet har bistått flere organsiasjonsledd med å sette opp og sende ut questback-undersøkelser. Eksempler på dette er *Lønnsundersøkelse 2009* for Norsk arbeidsmedisinsk forening, *Spørreundersøkelse om stabiliteten på Norsk Helsenett* for Oslo legeforening og *Spørreundersøkelse om arbeidsforhold og lederstil i sykehusene* for Yngre legers forening.

## **6.4 Forskningsinstituttet**

### **6.4.1 Personale og finansiering**

Instituttet har hatt seks medarbeidere: tre forskere – instituttleder, seniorforsker og post.doc. stipendiat, to sekretærer som deler en full stilling, samt en informasjonsmedarbeider i halv stilling, Instituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag.

## 6.4.2 Aktiviteter

Hovedtema for forskningen er legers helse og arbeidsforhold. Instituttet studerer legers sykkelighet, dødelighet, livsstil og livskvalitet, og analyserer hvordan dette henger sammen med karrierevalg, profesjonalisering, læring og mestring, samt de organisasjons- og styringssystemer legene praktiserer innenfor.

Forskningsresultatene publiseres i referee-baserte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Det ble publisert 15 artikler i 2009, i tillegg til en doktorgradsavhandling basert på instituttets data.

Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: [www.legeforeningen.no/lefo](http://www.legeforeningen.no/lefo) der det blant annet finnes oversikt over alle publikasjoner, mange i fulltekstversjon. Databasen inkluderer også samtlige innlegg på våre konferanser, samt mer informasjon om våre prosjekter.

Forskningsinstituttet var vertskap og medarrangør da nettverket, European Association for Physician Health (EAPH), ble formelt stiftet. 50 personer fra 12 land deltok. Forskningsinstituttets leder er valgt inn i styret i EAPH.

Instituttets medarbeidere har deltatt med innlegg på en rekke seminarer og forskningskonferanser. Medarbeiderne har bidratt fortløpende som fagfellevurderere i tidsskrifter og i redaksjonelt arbeid med bokutgivelser.

## 6.5 Tidsskrift for Den norske legeforening

### 6.5.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug er redaktør. I tillegg er 10 medisinske redaktører ansatt i ulike stillingsbrøker. Tidsskriftet er delt inn i seksjoner og følgende er seksjonssjefer: Medisinsk redaktør Erlend Hem, redaksjonssjef Anne Ringnes, markedsjef Ellen Bye Knutsen, utviklingsredaktør Stine Bjerkestrand, prosjektutvikler Frauke Becher og produksjonssjef Berit Seljebotn.

I 2009 har redaksjonskomiteen bestått av Guri Rørtveit (leder), Annetine Staff, Lill-Tove Busund, Ola Dale, Baard-Christian Schem, Karl Otto Nakken, Terje Vigen (til 28.2. 2009), Geir Riise (ex officio) (fra 1.3. 2009), Marte Walstad (til 31.8. 2009) og Cecilie Risøe (fra sentralstyret) (fra 1.9. 2009).

259 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med over 100 deltakere. Catherine DeAngelis, sjefredaktør i Journal of the American Medical Association (JAMA) holdt plenumsforeslesning om interessekonflikter ved medisinsk publisering.

I 2009 mottok redaksjonen 2 012 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 306 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserte i tillegg om lag 370 egne artikler.

### 6.5.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 2 732 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 733 sider og andre annonser 384 sider. I tillegg kommer 10 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i samme tidsrom i 2008 publisert 2 936 sider, hvorav ledige stillinger 707 sider og andre annonser 398 sider. I tillegg var det to løse (upaginerte) annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 26 000 eksemplarer (desember 2009).

I 2009 har det vært publisert tre temaserier i Tidsskriftet: søvn, selvsykdom og karkirurgi. I forbindelse med temaseriene om søvn og selvsykdom arrangerte redaksjonen i samarbeid med informasjonsseksjonen pressefrokoster med godt fremmøte og mange presseoppslag som resultat.

I 2006 ble Tidsskriftets skriftserie introdusert. Serien har to ulike formater, ett for bøker og ett der artikler fra Tidsskriftet blir samlet til et temahefte. I 2009 ble boken "Historier om helse" utgitt i skriftserien.

### 6.5.3 Tidsskriftets og Legeforeningens nettsider

Bruken av Tidsskriftets nettutgave holdt seg stabilt høyt i 2009 med mellom 6 000 og 8 000 unike brukere i døgnet, ifølge Google Analytics. I 2009 ble Tidsskriftets første heldigitale artikkel publisert – en artikkel som ved hjelp av video, animasjon og tekst tar for seg temaet benign paroksysmal posisjonsvertigo. Artikkelen har vært populær og er på listen over de ti mest leste artiklene i 2009.

I 2009 tok Tidsskriftet i bruk sosiale medier gjennom å opprette en egen profil på Twitter og Facebook. I disse mediene treffes både journalister og medlemmer. Det ble også jobbet med oppstart av web-TV og en egen kanal på YouTube, som ble lansert i forbindelse med ny design i januar 2010.

Legeforeningens nettsider hadde rundt 3 000 unike brukere per døgn i gjennomsnitt i 2009. Det ble gjennomført et omfattende forprosjekt med tanke på forbedring av søket og funksjonaliteten i Kurskatalogen, som er den mest populære tjenesten på legeforeningen.no.

Det er også blitt jobbet å flytte alle nettkurs fra den gamle til den nye og mer moderne teknisk plattform for Legeforeningens e-læringsvirksomhet. Utvikling av nettkurs er for øvrig beskrevet under punkt 3.2.12.

Inntil 15.9. 2009 var det Nettredaksjonen i Tidsskriftet som arbeidet med innhold, drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets Internett-sider, samt bistand til andre organisasjonsledd med deres nettsider. Fra dette tidspunktet ble ansvaret for Legeforeningen.no og bistand til underforeninger overført til avdeling for informasjon- og helsepolitikk. Nettredaksjonen ble nedlagt. To ansatte ble overført fra Tidsskriftet til avdeling for informasjon og helsepolitikk, mens det i Tidsskriftet ble opprettet en web- og utviklingsseksjon som jobber med Tidsskriftets nettsider, Min side og e-læring.

#### **6.5.4 Min side**

Min side er Legeforeningens og Tidsskriftets felles medlemsportal og nettsamfunn, som ble lansert høsten 2008.

I portalen kan medlemmer skreddersy sin egen forside basert på faglige temaer som interesserer dem, og diskutere med kollegaer. Tillitsvalgte kan få opprettet egne arbeidsrom. Det av innholdet i portalen som ikke er brukergenerert er i all hovedsak hentet fra Tidsskriftet og Legeforeningens nettsider. En viktig del av løsningen er medlemmers mulighet til å se og oppdatere opplysninger registrert om dem i medlemsregisteret. De kan også velge å vise en del av disse opplysningene, samt annen informasjon om seg selv til kollegaer. På bakgrunn av dette har løsningen ved flere anledninger etter lansering blitt omtalt som Facebook for leger av media.

I løpet av 2009 ble løsningen godt etablert som høringskanal for interne høringer i organisasjonene. Arbeidsrommene ble så populære at de ble videreutviklet med ny funksjonalitet som e-postvarsling og forum basert på tilbakemeldinger fra brukere. Diskusjonsforumene i løsningen benyttes i varierende grad, og det ble derfor høsten 2009 jobbet med en varslingsfunksjon for at brukere bedre skal kunne følge diskusjoner og temaer uten å måtte logge seg inn hver dag. Noen grupper har opprettet diskusjonsforum som skal benyttes spesielt til faglig veiledning og diskusjon av kasuistikker.

Det er inngått et samarbeid med Helsebiblioteket som innebærer at alle medlemmer som er logget inn i Min side kan klikke seg direkte videre til Helsebiblioteket og få fri tilgang til alt tilbud uten ny pålogging.

Det har vært drevet opplæringsvirksomhet i underforeningene, slik at flere styrer nå selv benytter løsningen til å sende medlemsbrev og e-post til egne medlemmer.

Statistikken viser at omtrent 1 000 personer benytter løsningen ukentlig. Hver bruker benytter lang tid på sidene, noe som for en løsning som er et verktøy og nettsamfunn, anses som bra. Mye av trafikken i løsningen kommer i forbindelse med utsendelse av medlemsbrev. I løpet av 2009 ble det sendt ut over 140 medlemsbrev via Min side fra underforeninger og sekretariatet. Det er over 4 000 personer som har åpen profil, og er søkbare for andre medlemmer. Mange av disse har også lastet opp bilder av seg selv.

Internt i sekretariatet er Min side organisert som et prosjekt. I styringsgruppen sitter redaktør Charlotte Haug (leder), kommunikasjonssjef Herborg Bryn, økonomidirektør Mette Lise Johnsen og utviklingsredaktør Stine Bjerkestrand, som er prosjektleder for Min side. Styringsgruppens sammensetning speiler ansvarsforholdene for løsningen. Ansvaret for integrasjonen mot medlemsregistret ligger hos økonomi- og administrasjonsavdelingen, ansvaret for bruk av løsningen til kommunikasjon med medlemmer og tillitsvalgte ligger i avdeling for informasjon og helsepolitikk, mens Tidsskriftet har ansvaret for faglig innhold, forum og drift og utvikling av Min side-løsningen.

### **6.6 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. Den daglige driften og forretningsførselen er utført av Mallings AS. Styret i 2009 besto av Truls Disen og Asle Medhus fra SOP og Arne Refsum og Geir Riise fra Legeforeningen.

## **6.7 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 2009 fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2009 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus og Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var Arbeids- og inkluderingsdepartementets representant i styret.

Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2009 gis følgende informasjon:

Driftsresultatet ble 364,2 millioner kroner. Dette ble i sin helhet avsatt til fremtidige pensjonsforpliktelser. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2009 4 214 millioner kroner. Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 516,3 millioner kroner. Tapet fra 2008, da ordningen hadde tap ved kapitalforvaltningen på 306,4 millioner kroner, ble følgelig dekket inn. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med ialt 134,3 millioner kroner, mot 139,4 millioner kroner i 2008. Av dette utgjorde pensjoner 59,7 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 65,1 millioner kroner mot 66,3 millioner kroner i 2008. Engangsstønad ved død utgjorde 9,5 millioner kroner mot 10,5 millioner kroner i 2008. I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter relatert til ordningens formålsparagraf. Støtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, fylkesavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. Ialt utgjorde støtten til disse formål 11,2 millioner kroner i 2009.

SOP arbeidet i 2009 videre med revisjon av ordningens ytelser, og fremmet forslag om dette for sentralstyret 18.11. 2009. Forslaget innebærer i tillegg til en tilpasning av pensjonsytelsene til pensjonsreformen, en reduksjon av øvrige ytelser fra ordningen og differensiering av rettighetene til ordningens ytelser mellom leger autorisert hhv. før/etter 1.1. 1993. Reduksjonen er begrunnet med at ordningens forpliktelser er økende, mens den økonomiske kapasiteten er forholdsvis uendret/reduert, som følge av mangel på løpende inntekter. SOPs forslag ble av sentralstyret sendt på organisasjonsmessig høring med svarfrist primo 2010.

Arbeidet med omlegging av ytelsene vil fortsette i 2010, med mål om iverksetting 1.1. 2011, samtidig med iverksettelsen av ny modell for uttak av alderspensjon i folketrygden. Forslaget om vedtektsendring skal godkjennes av sentralstyret og Arbeids- og inkluderingsdepartementet.

## **6.8 Soria Moria Hotell og konferansesenter**

Soria Moria Hotell- og konferansesenter er en egen stiftelse med styre oppnevnt av Legeforeningens sentralstyre. Administrerende direktør er Marie Rolf-Wærstad. I 2009 har man fått helt nytt basseng og trimrom. Styret i Soria Moria i 2009 har bestått av Einar Hysing (leder), Anne Grethe Olsen, Lars Eikvar, Kjersti Baksaas-Aasen og generalsekretær Geir Riise (ex officio).

## **6.9 Deltakelse i andre organisasjoner**

### **6.9.1 Akademikerne**

Presidenten og generalsekretæren representerer Legeforeningen i Akademikernes råd, som annet hvert år avholder møte.

Akademikernes råd velger Akademikernes styre. For perioden oktober 2008 til oktober 2010 er Torunn Janbu valgt som styremedlem med Arne Refsum som varamedlem fra januar 2009. For Legeforeningens representasjon i forhandlingsutvalgene og samarbeidsorganene vises til pkt. 2.2.3.

### **6.9.2 Kommunal kompetanse (KK)**

Kommunal kompetanse eies av Fagforbundet og Den norske legeforening. 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. Det er etablert opplæringsråd i hver region og Legeforeningen har en representant i hvert råd. Rådenes oppgave er blant annet å bistå i kartlegging av behov for kompetansetiltak, 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 700 kurstiltak. Omsetningen er ca. 44 millioner kroner.

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](http://www.kommunal-kompetanse.no).

### **6.9.3 Dnlf og LMIs råd for legemiddelinformasjon**

Rådet er etablert i henhold til samarbeidsavtale mellom Legemiddelindustriforeningen og Legeforeningen. Rådets arbeid er regulert av vedtekter godkjent av sentralstyret 9.5. 2006. Legeforeningen har tre medlemmer og tre varamedlemmer i rådet. Disse har i 2009 vært: Erik Ellekjær, Tone Skeie Jensen og Elena Kvan. Varamedlemmer har vært Georg Sager, Trine Bjørner og Helge Bjørnstad-Pettersen.

### **6.9.4 Fagutvalget Finansnæringens Fellesorganisasjon (FNO) – Legeforeningen**

Utvalget er et partssammensatt samarbeidsutvalg som skal følge opp problemstillinger og spørsmål som knytter seg til samarbeidsavtalen mellom partene, herunder spørsmål om innføring av nye skjemaer m.v. Tre medlemmer oppnevnes av Finansnæringens Fellesorganisasjon, tre medlemmer oppnevnes av Legeforeningens sentralstyre. Intensjonen med fagutvalget er primært å bidra til mest mulig riktig og effektiv praktisering av honoraravtalen etter dens intensjoner, bl.a. å søke å forhindre tvister samt løse uenighet og avklare spørsmål som oppstår.

Utvalget har i perioden 1.1. 2007-31.12.2009 hatt slik sammensetning: Øyvind Flatner, leder, FHL, Jan H. Dobloug, FHL, Torgeir Høverstad, FHL, Jan Emil Kristoffersen, Dnlf (Af), Unni Aanes, Dnlf (Af), Lars Duvaland, Dnlfs sekretariat.

### **6.9.5 Nasjonalforeningen for folkehelsen - landsstyret**

Etter Nasjonalforeningens vedtekter oppnevner Legeforeningen medlem og varamedlem i Nasjonalforeningens landsstyre.

Fra mai 2007 er Bjarne Riis Strøm medlem med Terje Vigen som varamedlem.

### **6.9.6 Den Norske Kreftforenings representantskap**

Legeforeningen er såkalt korporativt medlem av Kreftforeningen og har etter Kreftforeningens vedtekter § 3-1, jfr. § 2-1 ett fast medlem av Kreftforeningens representantskap. Medlemmene velges for fire år, regnet fra representantskapsmøtets avslutning det år valg finner sted.

Fra 2008 er Legeforeningen representert med Hans Asbjørn Holm.

### **6.9.7 Statens helsepersonellnemnd**

Etter lov om helsepersonell § 69 skal Statens helsepersonellnemnd bl.a. ha som medlemmer tre personer med helsefaglig bakgrunn. Medlemmene blir oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet for tre år av gangen. Legeforeningen blir vanligvis anmodet om å fremme forslag til medlemmer av nemnda. Overlege Jon Helle har i 2009 vært medlem av nemnda med overlege Håvard Skeidsvoll som varamedlem.

## **7 Internasjonalt arbeid**

### **7.1 Generelt**

Legeforeningen har styrket sitt internasjonale engasjement blant annet gjennom økt aktivitet overfor CPME (den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). President Torunn Janbu har ledet subkomiteen for Ethics and Professional Codes i CPME, og hun er medlem av etikkomiteen og økonomikomiteen i WMA. Gjennom utvalg for menneskerettigheter har Legeforeningen vært engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina, Tyrkia, Balkan og Midt-Østen (jfr pkt 6.2.12 Menneskerettighetsutvalget). Utvalg for internasjonal helse har arbeidet med et policydokument om samarbeid om utdanning av leger i lavinntektsland (jfr pkt 6.2.12 Utvalg for internasjonal helse).

### **7.2 Nordisk legeråd**

Det nordiske legeråd består av legeforeningene i Danmark, Finland, Island, Norge og Sverige. Det avholdes ett fellestmøte mellom de nordiske sentralstyrene hvert annet år. I 2008 ble dette avholdt i Helsingør. Her tar man opp ulike fellestemaer som global oppvarming og konsekvenser for helse, organisering av helsetjenestetilbudene i ulike land og nordisk internasjonalt samarbeid. Mellom møtene med sentralstyrene avholdes det to årlige møter mellom presidenter og generalsekretærer i de nordiske landene. Her drøftes særlig strategier i forhold til møter i internasjonale fora og gjensidig informasjon om utviklingstrekk i helsetjenestetilbudene i landene.

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

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 åjourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjon om spesialistutdanning i EØS-området.

I tillegg til disse to rapportene som utarbeides annethvert år, lager arbeidsgruppen også publikasjonen "Att arbeta som läkare i Norden" og statistikkfolderen "Nordiska Läkarfakta". Alle publikasjonene utarbeides på svensk, og statistikkfolderen utarbeides i tillegg på engelsk.

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd i Helsingør i juni 2008. Det er altså ikke utarbeidet noen nye rapporter siden forrige årsmelding. Nye rapporter og oversikter, samt statistikkfolderen "Nordiska Läkarfakta", vil bli utarbeidet i 2010.

Einar Skoglund, Eldbjørg Wessel Hansen og Anders Taraldset har i perioden deltatt i arbeidet i SNAPS.

Alle publikasjonene legges ut på Legeforeningens nettsider her:

[www.legeforeningen.no/id/57063](http://www.legeforeningen.no/id/57063)

Rapporten for legearbeidsmarkedet ble nærmere omtalt i forrige årsmelding og finnes her:

[www.legeforeningen.no/id/450](http://www.legeforeningen.no/id/450)

Statistikkfolderen "Nordiska Läkarfakta" for 2008 finnes på både engelsk og svensk her:

[www.legeforeningen.no/id/143925](http://www.legeforeningen.no/id/143925)

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

Legeforeningen er medlem av World Medical Association og er etter en turnusordning medlem av council. Legeforeningen v/Torunn Janbu var i 2009 medlem av council. WMA holdt sitt councilmøte i Tel Aviv i mai. Etter omfattende drøftinger vedtok council blant annet å oversende WMAs dokument om klimaendringer til generalforsamlingen. Generalforsamlingen som ble holdt i Dehli vedtok Statement of Dehli om klimaendringer og helse. Dokumentet beskriver hvilke helseproblemer som kan oppstå som resultat av klimaendringene. Trond Markestad og Bjørn Oscar Hoftvedt deltok på councilmøtet, mens Torunn Janbu, Trond Markestad og Bjørn Oscar Hoftvedt deltok på generalforsamlingen.

### **7.5 Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)**

Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME) kan sees på som den europeiske legeforeningen. CPME jobber for et høyest mulig nivå på legeutdanningen, legers utøvende arbeid og kvalitet på

helsetjeneste innenfor EU-området.

Den norske legeforening har i 2009 vært representert ved president Torunn Janbu, fagdirektør Bjarne Riis Strøm og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt med støtte fra sekretariatet. I tillegg har Yngre legers forening (Ylf) ved leder Hege Gjessing deltatt. Kirsten Toft er oppnevnt som representant fra sentralstyret fra september 2009.

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har involvert seg i, har bl.a. vært rettferdig etisk handel, medisinsk utdanning, global knapphet på helsepersonell, spørsmål i forbindelse med forslaget til direktivet om pasientrettigheter og grensekryssende helsetjenester, og revisjon av EU-arbeidstidsdirektivet. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

Torunn Janbu var i 2009 leder av Subcommittee for Ethics and Professional Codes. Komiteen arbeidet med mange etiske problemstillinger som angår leger i Europa, blant annet utdanning i medisinsk etikk, e-helse, telemedisin og elektroniske journaler. Andre saker komiteen har arbeidet med er blant annet genetisk informasjon og forsikring, organtransplantasjon og organtrafficking og behandling ved livets slutt.

En oversikt over policydokumenter er lagt ut på CPMEs hjemmeside [www.cpme.be/policy.php](http://www.cpme.be/policy.php). Mer informasjon om organisasjonen og andre saker det vært gjort vedtak om finnes på [www.cpme.eu](http://www.cpme.eu).

## **7.6 Den Europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)**

Legeforeningen 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 and Boards og Council, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis, helsetjenester på tvers av landegrensene, e-helse. Møtene i Management Council har i stor grad vært preget av diskusjoner om forholdet mellom UEMS og de underliggende Sections/Boards.

Legeforeningen har representanter i 31 av totalt 38 Sections and Boards.

European Accreditation Council for CME (EACCME), har en jevn økning av søknader om godkjenning av kurs. Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME.

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

## **7.7 Den europeiske allmennlegeforeningen – European Union of General Practitioners (UEMO)**

Allmennlegeforeningen representerer Legeforeningen i UEMO.

Arbeidet i UEMO dreier seg om å utvikle felles forståelse av hva spesialiteten i allmennmedisin innebærer, og forsøk på å utvikle felles kvalitetskrav til allmennleger i EU. Det er stor variasjon innen EU vedrørende arbeids- og lønnsforhold for allmennleger. Diskusjonene dreier seg i hovedsak om å tilrettelegge for lik kvalitet og like vilkår for leger og pasienter innen EU.

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

EFMA er et samarbeidsforum som siden 1984 har arrangert årlige møter mellom legeforeninger i Europa og WHO. Møtene holdes på ulike steder i Europa. Det har tidligere vært en del diskusjoner om dette forumets fremtid, da interessen fra WHO i de senere årene ikke har vært spesielt stor. Dette har nå i flere omganger blitt drøftet med WHOs europakontor i København som nå har besluttet at de ønsker en sterkere samarbeidsrelasjon til de europeiske legeforeningene.

Forummøtet i 2009 ble avholdt i Bratislava, Slovakia, 1.-3.4. 2009. Hovedtema var migrasjon av helsepersonell, overvekt ulikheter i helse og status for Bolognaprosessen mht. utdanning av leger. Det var dessuten to Workshops: Den ene om primærhelsetjenesten, organisering og den andre om migrasjon av leger. Den norske legeforening ble nok en gang takket for at de hadde oppdatert "Handbook" som inneholder informasjon om nasjonale og internasjonale legeforeninger i den europeiske region.

## **7.9 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 plenums møte.

Plenums møtet har ca. 35 representanter. 8.-9.5. 2009 ble møtet holdt i Brussel. Sentrale temaer i møtene var privatisering av sykehus, utdanning og generelt om sykehuslegers arbeidsforhold.

Delegater fra medlemslandene deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

Presidentvervet innehas av Dr. Joao de Deus, Portugal. AEMH har sekretariat i Brussel.

### **7.10 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 har vært ivaretatt av Ylf ved at styret sender leder, samt ytterligere 1-2 personer til PWGs to årlige plenums møter. I forkant av plenums møtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper.

President er Bernardo Bollen Pinto fra Portugal. Sekretariatet for PWG følger presidenten, og er plassert i Lisboa. I 2009 ble vårens plenums møte arrangert i Brussel, mens høstens plenums møte ble avholdt i Killarney. PWG har den siste tiden hatt store uenigheter vedrørende organisasjonens struktur og organisasjonsmodell, blant annet i forhold til spørsmålet om plassering av PWG i Brussel. Sverige, Danmark og Storbritannia har meldt seg ut av PWG. Norge har nedtonet sitt engasjement i PWG, og deltok ikke på høstens plenums møte. Ylf ser det som viktigere at man styrker en samlet legeorganisasjon på europeisk nivå, gjennom CPME.

## 8 Økonomi

### 8.1 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter:

- Hovedforeningen
- Utdanningsfond I
- Utdanningsfond II
- Utdanningsfond III
- Lånefondet
- Fond for kvalitet og pasientsikkerhet
- Fond for forebyggende medisin
- Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats

Regnskapet viser en samlet egenkapital per 31.12. 2009 på kr 1 159 854 669. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 96,7 % av egenkapitalen er definert som bundet.

Legeforeningen hadde i 2009 et regnskapsmessig overskudd på kr 34 435 656. Overskuddet i totalregnskapet består av et negativt driftsresultat på kr 37 419 622 og netto finansinntekter på kr 71 855 278.

Utdanningsfond I, Lånefondet og Den norske legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har til sammen et regnskapsmessig overskudd på ca. kr 31,8 millioner, mens utdanningsfond II og III har et negativt resultat i 2009, med til sammen ca. kr 10,5 millioner. Driftskostnadene i utdanningsfondene II og III samlet, overstiger driftsinntektene med ca. kr 27,6 millioner og finansinntektene på ca. kr 17,1 millioner er dermed ikke tilstrekkelig til å balansere økonomien i fondene. Refunderede utlegg i fondsregnskapene økte med ca. kr 5,8 millioner sammenliknet med 2008, mens inntektssiden er relativt stabil sammenliknet med året før. Fond III iverksatte derfor innsparingstiltak i form av en egenandel per søknad på kr 500 samt at det årlige taket på samlet refusjon per søker ble redusert fra kr 13 000 til kr 10 000, begge tiltak med virkning fra 1.10. 2009. Effekten av disse tiltakene har foreløpig i liten grad materialisert seg i regnskapet.

Netto finansinntekter er historisk sett svært høye i 2009. Mens finanskrisen i 2008 bidro til et rekordlavt finansresultat på i underkant av kr 5 millioner, har markedsutviklingen i 2009 vært svært positiv. Netto finansinntekter på ca. kr 71,9 millioner er det høyeste i foreningens historie. Til sammenlikning utgjorde netto finansinntekter kr 54,9 og kr 48,7 millioner i hhv. 2007 og 2006. I finansinntektene er det inkludert kr 3 150 000 i utbytte fra Legeforeningens eierandel i Christiania Torv AS. Investeringsstrategien i Legeforeningen har et langsiktig perspektiv. Strategien har vist seg robust og foreningen fikk et positivt finansresultat også i kriseåret 2008. Soliditeten i fondene er god og kapitalen er bygget opp over tid, nettopp for å kunne møte ekstraordinære situasjoner i finansmarkedene.

Foreningens kjerneaktivitet gjenspeiles i hovedforeningens regnskap. Dette viser i 2009 et overskudd før årsoppgjørdisposisjoner på kr 14 240 833. Resultatet i hovedforeningen viser med dette et positivt avvik på kr 12 559 775 fra det budsjetterte overskuddet. Viktigste årsaker til det positive avviket knytter seg til høye finansinntekter, bedret annonsesalg samt reduserte produksjonskostnader i Tidsskriftet.

Annonseinntekter utgjorde i 2009 ca. kr 27,6 millioner, et positivt avvik på ca. kr 1,2 millioner sammenliknet med budsjett. Posten andre inntekter overstiger budsjettet med ca. kr 11,2 millioner. Posten omfatter inntekter av eksternt finansierte prosjekter fra eksempelvis SOP, Helsedirektoratet, NAV og UD. Disse inntektene er uten resultateffekt da prosjektinntektene utlignes av kostnader på samme nivå. Inntekter og kostnader på eksternt finansierte prosjekt var ikke i tilstrekkelig grad tatt høyde for i budsjettet. Kontingentinntektene avvek positivt fra budsjett med ca. kr 732 000 som følge av en viss økning i medlemsmassen.

Driftskostnadene i foreningen viser små avvik sammenliknet med årsbudsjett 2009. Andre driftskostnader og tilskudd og bidrag viser et samlet merforbruk sammenliknet med årsbudsjett på ca. kr 9,2 millioner. Avviket er i sin helhet forklart med kostnader knyttet til de eksternt finansierte prosjektene omtalt i forrige avsnitt. Holder vi disse postene utenom viser driftskostnadene i hovedforeningen et mindreforbruk sammenliknet med budsjett på ca. kr 2,1 millioner. Dette omfatter hovedsakelig

produksjonskostnader for Tidsskriftet, samt lavere avskrivninger enn budsjettet. Personalkostnadene viser et mindreforbruk sammenliknet med budsjett på ca. kr 170 000.

Finansresultatet i hovedforeningen var i 2009 positivt med kr 9 410 315. Dette var ca. kr 6,4 millioner bedre enn budsjettet. I finansoverskuddet inngår aksjeutbytte fra Christiania Torv AS på kr 3,15 millioner.

## 8.2 Økonomiske nøkkeltall

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2009	
						Egen- kapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	253 829	291 249	71 855	0	34 436	1 159 855	1 237 162
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	140 723	135 893	9 410	0	14 241	87 342	132 422
2 Utdanningsfond I	44 460	53 081	12 149	0	3 528	160 879	165 276
3 Utdanningsfond II	24 600	41 694	10 709	0	-6 386	130 514	135 647
4 Utdanningsfond III	34 325	44 868	6 416	0	-4 128	77 226	83 246
5 Lånefondet	0	5 854	31 184	0	25 330	690 048	690 100
6 Kvalitetssikringsfond I	9 706	9 781	1 855	0	1 779	12 051	26 519
8 Fond for forebyggende medisin	0	34	68	0	33	900	900
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	15	44	66	0	37	893	893
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	535	225	0	-309	7 844	7 884
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	71	257	0	186	7 744	7 744
3 Delphin og hustrus legat	0	71	523	0	452	6 245	6 245
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	74	2 973	0	2 899	15 195	15 195
C. Stiftelsen Soria Moria <sup>1)</sup>	58 499	62 199	-2 719	0	-6 419	62 045	145 036
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) <sup>3)</sup>	10 181	158 821	512 883	-364 243	0	14 950	4 214 119
E. Allmenntilleggsmedisinsk forskningsfond <sup>4)</sup>	12 200	9 046	266	0	3 420	6 443	14 860
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS <sup>2)</sup>	13 861	3 777	-6 260	0	3 824	32 743	165 405

<sup>1)</sup> Regnskapstall for Soria Moria representerer foreløpige tall per 9.3. 2010 og som ikke er endelig vedtatt av styret for stiftelsen  
Årsresultat for Soria Moria viser resultat før skattekostnad

<sup>2)</sup> Resultatet for Christiania Torv AS vises resultat før skattekostnad

<sup>3)</sup> Andre kostnader i SOPs regnskap representerer avsetning til fremtidige pensjoner samt endring i andre avsetninger

<sup>4)</sup> Regnskapet for Allmenntilleggsmedisinsk forskningsfond er per 9.3. 2010 ikke ferdig revidert og ikke behandlet av styret for stiftelsen

## 8.3 Styrke hovedforeningens egenkapital

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

Hovedforeningens frie egenkapital hadde i perioden 31.12. 2004 – 31.12. 2007 økt fra kr 11 638 314 til kr 33 357 938. Det negative økonomiske resultatet i 2008 innebar imidlertid en betydelig reduksjon av den frie egenkapitalen slik at den utgjorde kr 23 477 346 per 31.12. 2008. Den positive resultatutviklingen i 2009 bidrar igjen til å styrke foreningens bufferkapital. Etter sentralstyrets forslag til disponering av årsresultatet for 2009, utgjør hovedforeningens frie egenkapital kr 29 135 384 per 31.12. 2009. Det er budsjettet med et overskudd i 2010 på 5,124 millioner kroner. Sentralstyret har i budsjettarbeidet lagt vekt på å gjøre foreningen mindre avhengig av annonse- og finansinntekter.

## Vedlegg til årsmeldingen 2009

08/3095/10/1401

### **Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeförenings landsstyremöte 3.6 - 5.6. 2009 på SAS Radisson Hotel, Bodö**

Oversikten kommenterer ikke nærmere alle vedtak som ble fattet – bare de vedtak som ble vedtatt oversendt sentralstyret eller som var av "oversendelsesmessig karakter", dvs som krever videre utredning eller særskilt oppfølging..

Status pr. 29.4. 2010

#### **Sak 1 Godkjenning av innkallingen**

Det ble tatt opp at enkelte höringssvar til ulike landsstyresaker ikke var omtalt i saksfremleggene eller forelå i kopi. Presidenten redegjorde for forholdet og beklaget den oppståtte situasjonen.

Nye rutiner for å forbedre og effektivisere höringsarbeidet ble vedtatt av sentralstyret 21.10. 2009.

#### **Vedtak**

Innkallingen til landsstyremötet 3.6.-5.6. 2009 godkjennes.

Vedtaket var enstemmig.

Ingen oppfølging

#### **Sak 2 Valg av dirigenter**

#### **Vedtak**

Bjørn Martin Aasen og Terje Vigen velges som dirigenter ved landsstyremötet 2009.

Vedtaket var enstemmig.

Ingen oppfølging. Sak om innstilling av dirigenter for 2010 er vedtatt på sentralstyremöte 21.10. 2009.

#### **Sak 3 Forslag til forretningsorden**

#### **Vedtak**

Forslaget til forretningsorden godkjennes i samsvar med vedlegg.

Vedtaket var enstemmig.

Ingen direkte oppfølging, men sentralstyret fremlegger for landsstyremötet forslag til endringer i forretningsordenen for 2010 år med hensyn til permisjoner. Forslag til endret forretningsorden ble vedtatt utsendt på hörung i sentralstyremöte 18.11. 2009. Höringsfristen var 1.3. 2010. Forslag til innstilling ble vedtatt av sentralstyret 22.3. 2010.

#### **Sak 4 Valg av tellekomité**

#### **Vedtak**

Som tellekomité ved landsstyremötet 2009 velges:

9 fra sekretariatet.

Vedtaket var enstemmig.

Ingen oppfølging.

#### **Sak 5 Sakliste for landsstyremøtet**

##### **Vedtak**

Slik sakliste godkjennes:

**Sakliste for Landsstyremøtet 2009, Bodø, 3.– 5.6. 2009**

Vedtaket var enstemmig.

Ingen oppfølging.

#### **Sak 6 Valg av redaksjonskomité**

##### **Vedtak**

Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges

Gisle Roksund, leder

Jon Helle

Marie Skontorp

Vedtaket var enstemmig.

Ingen oppfølging.

#### **Sak 7 Helsepolitisk debatt om utfordringer i spesialisthelsetjenesten**

Forslag 2.

Redaksjonskomiteens reviderte forslag til resolusjon.

Enstemmig vedtatt.

Distribuert i forbindelse med landsstyremøtet.

#### **Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. 2008 - 31.12. 2008**

Forslag 1.

Sentralstyrets innstilling til vedtak:

Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2008 godkjennes.

Forslag 2.

Forslag fra LVS v/Anna Midelfart.

LVS ber sentralstyret om primært å utnevne representanter fra de tillitsvalgte til komiteer/utvalg hvor det finnes kandidater, unntaksvis til vararepresentanter, og ikke prioritere representanter fra sekretariatet til disse komiteer/utvalg.

Enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

Sentralstyret oppnevnte i sitt møte 22.10. 2008 Legeforeningens representanter til Akademikernes forhandlingsutvalg og samarbeidsorganer. Yrkesforeningene ble invitert til å fremme forslag på kandidater. Sentralstyret vurderte ved oppnevningen hvorledes samhandlingen mellom Legeforeningen og de ulike organene kunne håndteres, og hvordan Legeforeningens interesser best kunne ivaretas i de ulike tariff- og interesseområdene. I denne vurderingen inngikk også vurderingen av hvorvidt Legeforeningen i de ulike områdene med de varierende utfordringene ville være best tjent med politikere eller sekretariatsansatte som Legeforeningens representant. Sentralstyret fattet etter dette vedtak om politikerrepresentasjon til Akademikerne Helse, en kombinasjon av politikere og



sekretariatsansatte til Frie yrker og Privat, og en ren sekretariatsrepresentasjon til Kommune og Stat.

I forbindelse med at Akademikernes rådsperiode utløper høsten 2010 skal sittende sentralstyre oppnevne representanter for rådsperioden 2010 - 2012. Sentralstyret vil også da foreta en bred helhetsvurdering av hvilken representasjon Legeforeningen vil være best tjent med, og fatte sin beslutning på bakgrunn av det.

Forslag 3.

Forslag fra Kjell Maartmann-Moe m/støtte fra landsstyrerepresentant Svein Aarseth, Oslo legeforening.

#### Norges leger - nettversjon

Landsstyret pålegger sentralstyret å utarbeide forslag til Norges leger i elektronisk nettversjon, til neste ordinære landstyremøte. Forslaget skal inneholde overslag over etablerings- og driftskostnader og inntekter, hva den bibliografiske databasen skal inneholde og hvordan den skal administreres og kvalitetssikres. Til utredningsarbeidet avsettes inntil kr 100 000 fra sentralstyrets disposisjonskonto.

**Vedtatt** mot 12 stemmer

En arbeidsgruppe i sekretariatet har utarbeidet en rapport som vil danne grunnlag for sentralstyrets redegjørelse og forslag til landsstyret. Rapporten ble behandlet i sentralstyremøte den 22.3. 2010, hvor forslag til Norges leger i elektronisk versjon på Min side ble vedtatt som innstilling til landsstyret.

Forslag 4.

Forslag fra Troms legeforening v/ Jo Endre Midtbu..

Troms legeforening ber sentralstyret om å gjennomgå Rettshjelpsutvalgets praksis, særlig med tanke på leger som tar rollen som varslere.

**Vedtatt** oversendt sentralstyret.

Saken er behandlet av sentralstyret i møte den 19.1. 2010 hvor det ble vedtatt å starte opp med kartlegging av behandlede arbeidsrettslige saker, herunder varslersaker. Rettshjelpsutvalget utarbeider en sammenstilling av samtlige arbeidsrettslige saker i 2008 og 2009 og gir eventuelle kommentarer til sakene. Sekretariatet vil deretter vurdere sakene og legge resultatet frem for sentralstyret, senest til septembermøtet 2010.

Forslag 1.

#### **Vedtatt**

Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2008 godkjennes.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging er nødvendig. Et mindre opplag av trykt versjon er tilgjengelig og vil lett kunne reproduseres. Årsmeldingen er tilgjengelig for alle på [www.legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no).

## **Sak 9 Aktuelle temaer**

### **9.1 Stillingstruktur**

Forslag til resolusjon fra sentralstyret v/Gunnar Skipenes.

#### **Faste stillinger for leger i spesialisering**

Vedtatt mot to stemmer.

Utarbeidet rapport om lovligheten i dagens ordning. Deltakelse i partssammensatt utvalg. Fortsetter med fase II – implementering. Hovedpunkter og fremdriftsplan for Fase II er vedtatt i sentralstyremøte 21.10. 2009 og er fulgt opp i sentralstyremøtet 4.12. 2009 (sak 343/09).

**9.2 Spesialistutdanning**

Forslag til resolusjon fra sentralstyret v/Kjersti Baksaas-Aasen.

**Viker ikke på kvalitet i spesialistutdanningen**

Enstemmig vedtatt.

Distribuert i forbindelse med landsstyremøtet.

**9.3 Forskning**

Forslag 2.  
Forslag fra LVS v/Amund Gulsvik.

Prosjekt Forskning i Legeforeningens sekretariat med utgangspunkt i utredningene "Vind i seilene" og "Mot en ny vår" videreføres fra 2010 til 2012.

Enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

En videreføring av "Prosjekt forskning" er under utarbeidelse. Det vil bli gjort noen endringer i organiseringen med en sterkere tverrgående sekretariatssammensatt arbeidsgruppe for å ivareta og videreutvikle nye og påbegynte prosjekter. LVS, FU og FaMe vil være viktige ressursgrupper.

Forslag 5.  
Redaksjonskomiteens reviderte forslag til resolusjon.

**Forskningsbasert kunnskap er bærebjelken i all medisinsk virksomhet – flere leger må rekrutteres til forskning**

Enstemmig vedtatt.

Legeforeningen vil følge opp tema i møter med sentrale politikere og relevante stortingskomiteer. Fagavdelingen har nylig gjennomført en undersøkelse der det fremgår at kun ca 50 % av fordypningsstillingene brukes til forskning. Vi vil påvirke HFene til å utnytte disse stillingene til forskning. Legeforeningen vil følge opprettelsen av kurs i forsknings-veiledning og- ledelse, som er viktige elementer for å rekruttere leger til forskning. Det er videre opprettet forskningsstipend for studenter og FAG jobber for å skape nettverk mellom forskningsutvalg i de fagmedisinske foreninger. FHR og FAG utarbeider en strategi for å påvirke arbeidsgivere til gode lønns- og arbeidsvilkår for forskere. Forskningsbasert kunnskap er også viktig i et globalt perspektiv og FAG planlegger en internasjonal konferanse i 2011 med fokus på hvordan helseprofesjonsorganisasjoner kan bidra til at forskning fører til bedre helse i lavinntektsland.

**Sak 10 Forslag om Prinsipp- og arbeidsprogram for perioden 1.9. 2009 - 31.8. 2011**

Forslag 1.  
Sentralstyrets innstilling til vedtak:  
Forslag til Prinsipp- og arbeidsprogram 2009 – 2011 godkjennes med forslag 2 innarbeidet.

## Vedtak

Forslag til Prinsipp- og arbeidsprogram 2009 – 2011 godkjennes slik:

Vedtaket var enstemmig.

Sentralt tema ved arbeidsmøtet 22.9.-24.9. 2009. Vedtatt prioriterte satningsmål. Satningsmålene ble behandlet på et seminar mellom sentralstyret og sekretariatet 18.1. 2010 på Soria Moria. Videre oppfølging er iverksatt.

### Sak 11 Lovendringer

#### 11.1 Lovendring – forslag om endring av § 3-1-1 – landsstyrerepresentasjon for regionsutvalgene

Forslag 1.

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

1. Lovene endres slik (*endringer med kursiv*):
2. Landsstyret pålegger sentralstyret til landsstyremøtet i 2010 å utarbeide forslag om et redusert og representativt landsstyre.

Forslag 2.

Forslag fra Yngre legers forening ved Jon Haakon Malmer-Høvik.

18 stemmer for – forslaget falt.

Innstillingens pkt 1 ble **vedtatt** med 98 stemmer. 35 stemte imot.

Ny bestemmelse er innredigert i lovene og lagt ut på nettsiden. Fulgt opp i brev av 19.6. 2009 til lokalforeninger og regionsutvalg med oppfordring til å velge representanter innen 1.9. 2009. Per d.d. er det oppnevnt landsstyrerepresentanter for alle 4 regionsutvalg.

Innstillingens pkt 2 ble enstemmig **vedtatt**.

En intern arbeidsgruppe med representanter fra sentralstyret og sekretariatet ble vedtatt oppnevnt av sentralstyret 21.10. 2009. Arbeidsgruppen som vurderer et redusert og representativt landsstyre fremla sin rapport med forslag til behandling i sentralstyret 15.2. 2010 som vedtok ikke å fremme forslag om et redusert landsstyre. Sentralstyret vedtok redegjørelsen til landsstyret i møte den 22.3. 2010.

#### 11.2 Lovendring – forslag om endring av § 3-6-4 – bortfall av 6. ledd – fagmedisinske foreningers landsstyrerepresentasjon for leger i spesialisering

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Forslaget fra Norsk indremedisinsk forening vedtas ikke.

Etter kontakt med forslagsstiller ble saken **trukket** av sentralstyret. Landsstyret tok beslutningen til etterretning.

Ingen oppfølging.

#### 11.3 Lovendring – forslag om endring av § 3-6-4, 6. ledd – fagmedisinske foreningers landsstyrerepresentasjon for leger i spesialisering

Forslag 1.  
Sentralstyrets innstilling til vedtak.

### **Vedtak**

Lovenes § 3-6-4, 6. ledd endres slik:

Tillegg til § 3-6-4, 6. ledd

Vedtatt med 124 stemmer for og 19 stemmer mot.

Ny bestemmelse er innredigert i lovene og lagt ut på nettsiden. Fulgt opp i brev av 19.6. 2009 til de fagmedisinske foreningene med oppfordring til å velge "lis-representanter" innen 1.9. 2009. Valgene er gjennomført med det riktige antall "lis-representanter".

### **11.4 Lovendring – forslag om endring av § 4-3, 5. ledd – fordeling av kontingentmidler**

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Legeforeningens lover § 4-3. 5 ledd, 1. til 4. setning endres til 1. – 3. setning lydende:

Vedtatt med 124 mot 7 stemmer.

Ny bestemmelse er innredigert i lovene og lagt ut på nettsiden. Sak vedrørende ny modell for fordeling av kontingentmidler ble behandlet i sentralstyremøte 21.9. 2009 og 18.11. 2009, da sentralstyret oppnevnte en arbeidsgruppe for videre arbeid med saken. Forslag til fordeling av kontingentmidler ble vedtatt av sentralstyret 22.3. 2010 basert på vedtatt lovtekst og intensjonen om proveny-nøytralitet. Det legges opp til en høring, relatert til modellens oppbygging ved kontingentfordelingen for 2012.

### **Sak 12 Valg av president, visepresident, 7 sentralstyremedlemmer og 3 varamedlemmer**

**Valgt ble:**

Nytt sentralstyre er formelt i brev av 24.6. 2009 gitt melding om utfallet av valget. Avholdt første sentralstyremøte 1.9. 2009.

### **Sak 13 Valg av styreleder og styremedlem med varamedlem, og suppleringsvalg av varamedlem til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)**

**Valgt ble:**

Ingen oppfølging. Oppnevning av suppleringsvaramedlem for Truls Disen, Ove A. Mortensen er bekreftet per telefon 26.10. 2009.

### **Sak 14 Valg av leder, nestleder, 3 medlemmer og 2 varamedlemmer til Rådet for legeetikk**

**Valgt ble:**

Det nye Rådet for legeetikk er i brev av 23.6. 2009 gitt melding om utfallet av valget. Det nye Rådet har startet sin virksomhet i møte 27.1. 2010.

### **Sak 15 Valg av valgkomité**

Leder og 2 medlemmer

Alle ble **valgt** v/akklamasjon.

Ny valgkomité er i brev av 23.6. 2009 gitt melding om utfallet av valget. Valgkomiteens leder har orientert de nye medlemmene om utvalgets oppgaver og arbeidsform i valgperioden.

### **Sak 16 Valg av desisorutvalg**

Leder og to medlemmer.

**Valgt** ble:

Orientering til nytt medlem er utsendt på mail.

### **Sak 17 Utredning av prinsippene og forutsetningene for opprettelse av kompetanseområder**

Innstilling til **vedtak**:

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at det gis anledning til å opprette kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialitetene basert på det regelverk og de forutsetninger som ligger i Legeforeningens utredning om kompetanseområder.

Enstemmig vedtatt.

Utredning om prinsippene og forutsetningene for opprettelse av kompetanseområder ble sendt ved brev av 17.6. 2009 til Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet.

### **Sak 18 Forslag om opprettelse av urologi som egen hovedspesialitet**

Innstilling til **vedtak**:

Landsstyret avslår forslaget fra Norsk urologisk forening om omgjøring av urologi til hovedspesialitet.

Landsstyret ber sentralstyret nedsette en arbeidsgruppe for utredning av situasjonen mht faglig utvikling i kirurgiske spesialiteter, behov for vaktssystemer i generell kirurgi og innbyrdes relasjon mellom kirurgiske spesialiteter mht vaktbehov.

Enstemmig vedtatt.

Arbeidsgruppe for å utrede utviklingen i kirurgiske spesialiteter og behov for kirurgiske vaktssystemer ble vedtatt opprettet i sentralstyremøte 28.4. 2010 (sak 124/10-3.37).

### **Sak 19 Forslag om å opprette ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin**

**Vedtatt**

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at det opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin.

*Det foreslås slike spesialistregler:*

Vedtatt mot 3 stemmer.

Forslag om å opprette ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin ble sendt ved brev av 16.6. 2009 til Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet.

## Sak 20 Forslag om endrede spesialistregler i barne- og ungdomspsykiatri

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri endres og får slik ordlyd (*endringene er i kursiv*):

Enstemmig vedtatt.

Behandlet i sentralstyret 25.8. 2009.

## Sak 21 Forslag om endrede spesialistregler i generell kirurgi

### Vedtatt

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at spesialistreglene i generell kirurgi endres og får slik ordlyd:

Enstemmig vedtatt.

Behandlet i sentralstyret 25.8. 2009.

## Sak 22 Forslag om endrede spesialistregler i indremedisin

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at spesialistreglene i indremedisin endres og får slik ordlyd:

Enstemmig vedtatt.

Behandlet i sentralstyret 25.8. 2009.

## Sak 23 Forslag om å endre navnet på spesialiteten Kjevekirurgi og munnhulesykdommer til Maxillofacial kirurgi

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Behandling av forslaget om å endre navnet på spesialiteten *Kjevekirurgi og munnhulesykdommer* til *Maxillofacial kirurgi* utsettes, da den tidligere pålagte utredning om grenseoppgang mot tilgrensende fag ikke er gjennomført. Slik utredning må gjennomføres før videre behandling av spørsmålet om navneendring.

Sentralstyret bes ta initiativ til et utredningsarbeid om grenseoppgang mellom Kjevekirurgi og munnhulesykdommer og tilgrensende spesialiteter.

Vedtatt mot 10 stemmer.

Sentralstyrevedtak 21.9. 2009 om å oppnevne arbeidsgruppe til å gjøre grenseoppgang til tilgrensende fag og vurdere eventuell navneendring. Arbeidsgruppe oppnevnt i møte den 19.1. 2010.

## Sak 24 Ikrafttreden av endrede spesialistregler – delegasjon til sentralstyret

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Landsstyret delegerer til sentralstyret å vedta som anbefaling overfor Helsedirektoratet tidspunkt for ikrafttreden av nye/endrede spesialistregler.

Enstemmig vedtatt.

Behandlet i sentralstyret 25.8. 2009.

### **Sak 25 Forslag om endringer i turnusordningen**

#### **Vedtak**

Legeforeningen vil, i sin videre dialog med helsemyndighetene om endringer i turnustjenesten, vektlegge følgende:

Vedtatt med varierende stemmetall for de enkelte punkter.

Sak i sentralstyremøte 21.9. 2009. Initiativ til møte med Helsedirektoratet om fremtidig organisering og innhold i turnustjenesten.

### **Sak 26 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2008**

Sentralstyrets forslag til **vedtak**:

Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsunderskudd på kr 42 480 402, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2008. Underskuddet avsettes som følger:

Enstemmig vedtatt.

Vanlig oppfølging med innsendelse av regnskap til Brønnøysund.

### **Sak 27 Regnskaper for 2008 til landsstyrets orientering**

Caroline Musæus Aarsvolds fond

Johan Selmer Kvanes legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke

Legeforeningens Legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød

Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat til bekjempelse av astmatisk bronkitt

Sentralstyrets forslag til **vedtak**:

Regnskapene tas til etterretning.

Enstemmig - tatt til etterretning.

Forslag til regler for tildeling vedtatt av sentralstyret 21.10. 2009 som styre for Kvanes legat og Delphins legat. Legatene har ikke hatt slike tidligere. Felles tildelingskomité for legatene ble oppnevnt 19.1. 2010.

### **Sak 28 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og Pensjonsordningen for leger 2008**

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Årsberetningen godkjennes. Regnskap, som viser et årsresultat på kr 0, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2008.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging.

### **Sak 29 Styrking av SOPs inntekter**

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Landsstyret tar saken til orientering.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging utover arbeidet i SOP.

### **Sak 30 Budsjett for Den norske legeforening 2010**

Forslag 6.

Forslag fra Rogaland legeforening v/ Ivar Halvorsen og Oslo legeforening v/ Svein Aarseth.

- I forbindelse med arbeidet med retningslinjer for differensiert tilskudd må grenseoppgang mellom lokalforeninger, regionsutvalg og yrkesforeningenes ansvar og økonomiske forpliktelser avklares.
- Man må se på hvilke forutsetninger som bevirker høy aktivitet og god drift i lokalavdelingene.
- Det bør vurderes om teknisk støtte fra sekretariatet i form av arkivsystemer, kursadministrativ programvare og IT-løsninger mm, kostnadseffektivt kan lette arbeidet og bedre kvaliteten.

**Vedtatt** oversendt sentralstyret.

Tas med i arbeidet ned ny kontingentfordelingsmodell, jf sak 11.4. En utredning om teknisk støtte fra sekretariatet ble behandlet av sentralstyret 22.3. 2010 hvor det ble vedtatt å ta utredningen inn i budsjettsaken for 2011 som tilbakerapportering til landstyret. Budsjett behandlet i sentralstyret 28.4. 2010.

Forslag 10.

Forslag fra NORSAM v/ Ole Johan Bakke og Af v/ Tone Dorthe Sletten.

- 2) Ber om at honorarutvalget gis i oppdrag å vurdere om kompensasjon skal G-reguleres, samt vurdere innslagspunkt/ - nivå.

**Vedtatt** oversendt til sentralstyret.

Forslag til eventuell fremtidig regulering av praksiskompensasjon inntas i budsjettsaken 2011 som tilbakerapportering til sentralstyret. Behandlet i sentralstyret 28.4. 2010

Forslag 11.

Forslag fra Oslo legeforening v/Barbara Baumgarten.

Det forslås at kontingenten splittes opp i en kontingentdel og en del som dekker kostnad til Tidsskriftet. Dette vil gjøre det mulig å trekke fra Tidsskriftet som utgift.

**Vedtatt** oversendt til sentralstyret.

Eventuell oppdeling av kontingent utredes og inntas i budsjettsaken for 2011 som tilbakerapportering til landsstyret.



Forslag 12.

Sentralstyrets reviderte forslag til budsjettvedtak for 2010:

Vedtatt med varierende stemmetall for de enkelte punkter.

Vedtatt budsjett oppdateres og legges til grunn for rapportering i 2010 - etter behandling av revidert budsjett for hovedforeningen i sentralstyret høsten 2009.
--

29.4. 2010/OB