

Innhold

Presidenten har ordet

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | Etikk | 9 |
| 1.1 | Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål | 9 |
| 1.2 | Rådet for legeetikk | 9 |
| 1.3 | Etiske regler for leger | 9 |
| 2 | Pasientrettigheter | 10 |
| 2.1 | Fagutvalget Forsikringsforbundet-Legeforeningen (FFL). | 10 |
| 3 | Kvalitetsutvikling | 11 |
| 3.1 | Kvalitetsforbedringsutvalget | 11 |
| 3.2 | Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av legetjenester utenfor sykehus (Kvalitetssikringsfond I) | 11 |
| 3.2.1 | <i>Historisk bakgrunn</i> | 11 |
| 3.2.2 | <i>Fondsutvalgets sammensetning 2000 – 2003</i> | 11 |
| 3.2.3 | <i>Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene</i> | 11 |
| 3.2.4 | <i>Avsetninger og bevilgningspolitikk</i> | 12 |
| 3.2.5 | <i>Søknader og bevilgninger i 2000</i> | 12 |
| 3.3 | Den norske lægeforenings fond for standardisering og kvalitetssikring i spesialisthelsetjenesten (Kvalitetssikringsfond II) | 12 |
| 3.3.1 | <i>Historisk bakgrunn</i> | 12 |
| 3.3.2 | <i>Fondsutvalgets sammensetning 2001 – 2004</i> | 12 |
| 3.3.3 | <i>Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene</i> | 12 |
| 3.3.4 | <i>Avsetninger og bevilgningspolitikk</i> | 12 |
| 3.3.5 | <i>Søknader og bevilgninger i 2000</i> | 12 |
| 3.4 | Publikasjoner | 13 |
| 3.4.1 | <i>Legeforeningens skriftserie Utdanning og kvalitetsutvikling</i> | 13 |
| 3.5 | Kvalitetssikringsfond III – Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus | 13 |
| 3.5.1 | <i>Historisk bakgrunn</i> | 13 |
| 3.5.2 | <i>Organisering</i> | 13 |
| 3.5.3 | <i>Styringsgruppen 2000–2003</i> | 13 |
| 3.5.4 | <i>Referansegruppen 2000–2003</i> | 14 |
| 3.5.5 | <i>FOKLUS og NOKLUS</i> | 14 |
| 3.6 | Spesialforeningenes kvalitetsutvalg | 14 |
| 3.7 | Årsmelding 2000 | 14 |
| 3.8 | Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitet i helsetjenesten) | 14 |
| 3.9 | Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA) | 14 |
| 3.10 | Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp | 15 |
| 3.11 | Prosjekt Opplæringsprogram Norsk indeks for medisinsk nødhjelp | 15 |
| 3.12 | Tvistnemnda for nakkeskader | 15 |
| 4 | Forskning og fagutvikling | 17 |
| 4.1 | Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget) | 17 |
| 4.2 | Nasjonalt utvalg for vurdering av uredelighet i helsefaglig forskning | 17 |

| | | |
|----------|---|-----------|
| 4.3 | Norsk legemiddelhåndbok | 18 |
| 4.4 | Legemiddelutvalget | 18 |
| 4.5 | Forskningsinstituttet | 18 |
| 4.5.1 | <i>Personale og finansiering</i> | 18 |
| 4.5.2 | <i>Aktiviteter</i> | 18 |
| 5 | Utdanning | 19 |
| 5.1 | Spesialitetsrådet | 19 |
| 5.2 | Spesialitetskomiteene | 19 |
| 5.3 | Hospitantutvalget | 20 |
| 5.4 | Psykoteraeutvalget | 20 |
| 5.5 | Endringer i spesialistreglene | 20 |
| 5.5.1 | <i>Endret krav til tjeneste i spesialistutdanningen – oppheving av gruppføringen</i> | 21 |
| 5.5.2 | <i>Forskrift av 21.12. 2000 om spesialistutdanning av leger m.v.</i> | 21 |
| 5.6 | Spesialister godkjent i 2000 | 22 |
| 5.7 | Målbeskrivelser | 24 |
| 5.8 | Rapportering fra utdanningsinstitusjonene | 24 |
| 5.9 | Besøk på utdanningsavdelinger | 25 |
| 5.10 | Godkjenning av veiledere i psykoteraeutapi – psykiatri | 26 |
| 5.11 | Godkjenning av veiledere i psykoteraeutapi – barne- og ungdomspsykiatri | 26 |
| 5.12 | Rekruttering av utenlandske leger til Norge | 26 |
| 5.13 | Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording | 28 |
| 5.14 | Legefording | 29 |
| 5.15 | Stillingsstrukturavtalen | 30 |
| 5.16 | Etterutdanning | 30 |
| 5.17 | Utdanningsfondenes økonomi | 31 |
| 5.18 | Utdanningsfond I – Den norske lægeforenings fond til videre- og etterutdanning av leger .. | 31 |
| 5.19 | Utdanningsfond II – Den norske lægeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning | 32 |
| 5.20 | Utdanningsfond III – Den norske lægeforenings fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning | 33 |
| 5.21 | Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus | 34 |
| 5.22 | Utredning om hvordan veiledning av medisinske studenter ivaretas i fastlegeordningen | 35 |
| 5.23 | Veiledning i institusjonshelsetjenesten | 35 |
| 5.24 | Idékatalog for etterutdanningsgrupper i allmennmedisin | 35 |
| 5.25 | Utdanningshåndbok for spesialistutdanning i sykehus | 35 |
| 5.26 | Alternative læringsformer | 36 |
| 5.26.1 | <i>Kurs for allmennpraktikere på Internett</i> | 36 |
| 5.26.2 | <i>Grunnkurs i klinisk kardiologi</i> | 36 |
| 5.26.3 | <i>Medisinsk statistikk på Internett</i> | 36 |
| 5.26.4 | <i>Virtuelt simuleringsprogram</i> | 36 |
| 5.27 | Samarbeid med de medisinske fakultetene | 36 |
| 5.28 | Samarbeid med andre organisasjoner | 37 |
| 5.29 | Avvikle ordningen med gebyrstipend for medisinstudier i utlandet | 37 |
| 5.30 | Diverse kurs, konferanser, seminarer | 38 |
| 6 | Lønns- og arbeidsvilkår | 39 |
| 6.1 | Forhandlingsorganisasjon | 39 |
| 6.1.1 | <i>Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet</i> | 39 |
| 6.1.2 | <i>Lønnsutvalget for fastlonte leger</i> | 39 |
| 6.1.3 | <i>Tariffutvalg for privat praksis</i> | 39 |
| 6.1.4 | <i>Representasjon i Akademikernes seksjonsorganer</i> | 39 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.2 | Publikasjoner og informasjon | 40 |
| 6.3 | Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger | 41 |
| 6.3.1 | <i>Generelt om forhandlings situasjonen</i> | 41 |
| 6.3.2 | <i>Tariffrevisjonen per 1.5. 2000 og 1.5. 2001.</i> | 41 |
| 6.3.3 | <i>Revisjon av særavtaler</i> | 43 |
| 6.3.4 | <i>Lokale forhandlinger i Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og HSH (Apo)</i> | 44 |
| 6.3.5 | <i>Hovedavtaler</i> | 44 |
| 7 | Legers ledelsesansvar | 45 |
| 7.1 | Utdanning i administrasjon og ledelse | 45 |
| 7.2 | Rådgivende utvalg for sentralstyret i spørsmål om organisasjon og ledelse i helsevesenet | 45 |
| 8 | Privat legevirksomhet med offentlig avtale | 46 |
| 8.1 | Generelt om privat praksis | 46 |
| 8.2 | Forhandlinger om privat spesialistpraksis | 46 |
| 8.2.1 | <i>Avtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om privat spesialistpraksis for leger med driftstilskudd</i> | 46 |
| 8.2.2 | <i>Rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening om privat spesialistpraksis for leger med driftstilskudd</i> | 46 |
| 8.3 | Fastlegeordningen | 46 |
| 8.3.1 | <i>Generelt</i> | 46 |
| 8.3.2 | <i>Statsavtalen</i> | 47 |
| 8.3.3 | <i>Rammeavtalen</i> | 47 |
| 8.4 | Forhandlinger om takster og honorar | 48 |
| 8.4.1 | <i>Forhandlinger om normaltariiff og driftstilskudd</i> | 48 |
| 8.4.2 | <i>K-takster</i> | 48 |
| 8.4.3 | <i>Honorarsatser for legeerklæringer til folketrygd, forsikrings selskaper mv.</i> | 48 |
| 8.4.4 | <i>Godkjenning av leger for bruk av spesielle takster</i> | 49 |
| 8.4.5 | <i>Standardavtaler for privat praksis</i> | 49 |
| 8.5 | Forholdet til Rikstrygdeverket | 49 |
| 8.5.1 | <i>Ny kollektivavtale om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp</i> | 49 |
| 8.6 | Skatte- og avgiftsmessige forhold av betydning for privat legepraksis | 50 |
| 8.6.1 | <i>Tilordning av inntekter</i> | 50 |
| 8.6.2 | <i>Merverdiavgiftsreformen</i> | 50 |
| 8.7 | Lånefondet – Den norske lægeforenings lånefond til etablering/reetablering av privat legepraksis | 50 |
| 8.8 | Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger | 51 |
| 9 | Privat legevirksomhet uten offentlig avtale | 52 |
| 10 | Likestilling | 53 |
| 10.1 | Likestillingsutvalget | 53 |
| 10.2 | Likestillingsutvalgets arbeid | 53 |
| 11 | Legeforeningens organisasjon | 54 |
| 11.1 | Medlemstall | 54 |
| 11.2 | Landsstyret | 54 |
| 11.3 | Sentralstyret | 54 |
| 11.4 | Sekretariatet | 55 |
| 11.5 | Avdelingene | 55 |
| 11.6 | Yrkesforeningene | 55 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 11.7 | Spesialforeningene | 55 |
| 11.8 | Årbok for Den norske lægeforening | 57 |
| 11.9 | Referat fra Legeforeningens landsstyremøter | 57 |
| 11.10 | Prinsipp- og arbeidsprogram | 57 |
| 11.11 | Lovene | 57 |
| 11.12 | Valgregler og instruks for Den norske lægeforening | 57 |
| 11.13 | Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger | 57 |
| 11.14 | Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner | 58 |
| 11.15 | Kommunal Kompetanse | 58 |
| 11.16 | Tillitsvalgtkurs | 59 |
| 11.17 | Håndbok for tillitsvalgte | 59 |
| 11.18 | Legeforeningens turnusråd | 59 |
| 11.19 | Informatikkutvalget | 60 |
| 11.20 | Informasjonsvirksomheten | 61 |
| | 11.20.1 <i>Profilutvalgets arbeid</i> | 61 |
| | 11.20.2 <i>Dnlf-nytt</i> | 61 |
| | 11.20.3 <i>Presseinformasjon for Tidsskriftet</i> | 61 |
| | 11.20.4 <i>Kurs i hvordan forholde seg til media</i> | 61 |
| | 11.20.5 <i>Mediekontakt</i> | 61 |
| | 11.20.6 <i>Overvåking av mediabildet</i> | 62 |
| | 11.20.7 <i>Medieberedskapsgruppen</i> | 62 |
| | 11.20.8 <i>Informasjon om fastlegordningen (FLO)</i> | 62 |
| | 11.20.9 <i>Kvinner Viser Vei</i> | 62 |
| | 11.20.10 <i>Akademikernes informasjonsnettverk</i> | 62 |
| | 11.20.11 <i>Rekruttering av nye medlemmer</i> | 63 |
| 11.21 | Fond for rettshjelpsordningen for leger | 63 |
| 11.22 | Reisepolicy og –rutiner i Den norske lægeforening | 65 |
| 11.23 | Soria Moria – Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningscenter | 66 |
| 11.24 | Tidsskrift for Den norske lægeforening | 66 |
| 11.25 | Internettaktiviteter | 66 |
| 11.26 | Legenes hus | 67 |
| 11.27 | Ansettelse av ny generalsekretær fra 2002 | 67 |
| 12 | Helsepolitikk | 69 |
| 12.1 | Statusrapport for helsetjenesten | 69 |
| 12.2 | Arbeid for å forebygge trygdemisbruk, kontrollere og følge opp riktig bruk av trygdens midler | 70 |
| 12.3 | Nye helselover med forskrifter | 71 |
| | 12.3.1 <i>Lov om helsepersonell</i> | 71 |
| | 12.3.2 <i>Lov om pasientrettigheter</i> | 72 |
| | 12.3.3 <i>Lov om spesialisthelsetjenesten.</i> | 72 |
| | 12.3.4 <i>Lov om psykisk helsevern</i> | 73 |
| | 12.3.5 <i>Ny helseregisterlov.</i> | 73 |
| | 12.3.6 <i>Ny pasientskadelov</i> | 74 |
| 12.4 | Nærmere om forskriftsarbeidet til nye helselover | 74 |
| | 12.4.1 <i>Forskrift til lov om helsepersonell m.v.</i> | 74 |
| | 12.4.2 <i>Forskrifter til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern</i> | 76 |
| 12.5 | NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering, et inkluderende arbeidsliv. Høring | 77 |
| 12.6 | Fornytelse av den sentrale statlige helseforvaltningen – høringsbrev | 78 |
| 12.7 | Statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten – Høring | 78 |
| 12.8 | Sykehusorganisering, foretaksorganisering og konkurranseutsetting. | 79 |
| | 12.8.1 <i>Omdanning av sykehus til aksjeselskap</i> | 79 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 12.8.2 | <i>Lov om fylkeskommunale sykehusselskap</i> | 79 |
| 12.8.3 | <i>Statlig overtakelse av sykehusene – organisering av sykehusene som foretak.</i> | 79 |
| 12.8.4 | <i>Konkurransetsetting</i> | 80 |
| 12.9 | Informasjonsteknologi | 80 |
| 12.9.1 | <i>Informasjonsteknologi i helsevesenet, Legeforeningens engasjement</i> | 80 |
| 12.9.2 | <i>Samordningsgruppen for medisinske kodeverk og klassifikasjoner (SMKK)</i> | 80 |
| 12.9.3 | <i>Elektronisk pasientjournal (EPJ). Standard, arkitektur, arkivering og sikkerhet. Høring</i> | 80 |
| 12.10 | Standard for intensivmedisin. | 81 |
| 12.11 | Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort. | 81 |
| 12.12 | Organisasjonskontakt – Akademikerne | 82 |
| 12.12.1 | <i>Akademikernes utredningsnettverk</i> | 82 |
| 12.12.2 | <i>Akademikernes faggruppe helsepolitikk</i> | 82 |
| 12.13 | Legemiddelområdet | 82 |
| 12.13.1 | <i>Liste over utbyttbare legemidler i henhold til apoteklovens §6-6, annet ledd</i> | 82 |
| 12.13.2 | <i>Generisk substitusjon ved apotek. Brev til medlemmene</i> | 82 |
| 12.14 | Uttalelser til offentlige utredninger m.v. | 83 |
| 12.14.1 | <i>Høringer i perioden 1.7. 2000 – 1.7. 2001</i> | 83 |
| 12.15 | Organisasjonskontakt til stortingskomiteer, departement og Statens helsetilsyn | 84 |
| 12.16 | Statsbudsjettet 2001 | 84 |
| 12.16.1 | <i>Økte egenandeler</i> | 84 |
| 12.16.2 | <i>Innsatsstyrt finansiering</i> | 84 |
| 12.16.3 | <i>Uklarheter vedrørende moms</i> | 85 |
| 12.16.4 | <i>Konjunkturavgiften</i> | 85 |
| 12.16.5 | <i>Trykderettens kompetanse til å omgjøre til ugunst</i> | 85 |
| 13 | Forebyggende og helsefremmende arbeid | 86 |
| 13.1 | Nasjonalforeningen for folkehelsen | 86 |
| 13.2 | Elisabeth og Knut Knutsen O.A.S. Fond for kreftforskning | 86 |
| 13.3 | Dnlfs og LMIs råd for legemiddelinformasjon | 86 |
| 13.4 | Den Norske Kreftforening | 86 |
| 13.5 | Statens elderåd | 86 |
| 13.6 | Den norske lægeforenings rusmiddelpolitiske utvalg | 87 |
| 13.7 | Forebyggende helsearbeid blant barn og unge (FHAB) | 87 |
| 13.7.1 | <i>Arbeidsgruppe FHAB/samarbeid</i> | 87 |
| 13.7.2 | <i>Arbeidsgruppe FHAB/forskning</i> | 87 |
| 13.8 | Akademisering av samfunnsmedisin. | 88 |
| 13.9 | Tobakksfritt | 88 |
| 13.10 | Legeforeningens eget tobakksengasjement | 90 |
| 13.10.1 | <i>Statens tobakkskaderåd</i> | 90 |
| 13.10.2 | <i>Verdens røykfrie dag</i> | 90 |
| 14 | Internasjonalt arbeid | 91 |
| 14.1 | Generelt | 91 |
| 14.2 | Nordisk samarbeid | 91 |
| 14.2.1 | <i>Nordisk legeråd</i> | 91 |
| 14.2.2 | <i>Samnordisk arbeidsgruppe for prognos- og specialistutbildningsfrågor (SNAPS)</i> | 91 |
| 14.2.3 | <i>Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning</i> | 92 |
| 14.3 | Norsk helselovgivning, seminarer i Russland. | 92 |
| 14.4 | Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter | 93 |
| 14.5 | EU-direktivet om beskyttelse av bioteknologiske oppfinnelser. | 94 |

| | | |
|-------|---|----|
| 14.6 | European Forum og National Medical Associations and World Health Organisation (EFMA/WHO) | 94 |
| 14.7 | World Medical Association (WMA) | 94 |
| 14.8 | Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) | 95 |
| 14.9 | Comité Permanent (CP) | 96 |
| 14.10 | Den europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) | 96 |
| 14.11 | Den europeiske overlegeforeningen- European Association of senior Hospital Physicians (AEMH). | 97 |
| 14.12 | Permanent Working Group of European junior doctors (PWG) | 97 |

Presidenten har ordet

Landsstyret har vedtatt å endre tidspunkt for valg til våren med påfølgende oppstart av ny periode fra 1. september. Den direkte foranledning for dette er myndighetenes krav om avlevering av regnskap innen 1. juli. Denne endringen vil gjøre det naturlig at også Legeforeningens årsmelding i fremtiden følger kalenderåret og avgis parallelt med foreningens regnskap.

Denne årsmeldingen gjelder perioden 1.7. 2000 til 30.6. 2001. Det vesentligste nye som har hendt i denne periode er selvfølgelig Stortingets beslutning om at staten skal overta sykehusene og at disse skal organiseres som foretak. I forrige årsmelding skrev jeg innledningsvis at vi ville se fristilling av sykehus i raskt tempo og desentralisering av beslutningsprosesser som får direkte betydning for våre medlemmers arbeidsbetingelser. At fristillingen skulle skje så raskt og så fullstendig var det neppe mulig å tenke seg i fjor sommer. Dette understreker at vi, som leger og som forening, må venne oss til raske endringsprosesser og lære oss til å utnytte disse til beste for vår faglige virksomhet.

Selv om Stortinget har vedtatt sykehusreformen er det i fremtiden innholdet skal skapes. Foreløpig har vi sett at medisinsk kompetanse får en bred representasjon i regionstyrene, det må være grunn til å regne med at dette prinsipp blir videreført i foretaksstyrene når de skal oppnevnes ved årsskiftet. Dette er likevel ikke nok til å sikre at faglige premisser legges til grunn for vedtak i styrene. Det blir en utfordring for oss å skape organisasjoner hvor styringssignaler kan kanaliseres fra den faglige ledelse av driftsenhetene (avdelingene) til foretakets styre. Det vil også være behov for mer koordinerte faglige råd og vurderinger, for eksempel i spørsmål vedrørende samhandling mellom første- og annenlinjetjeneste i det enkelte foretak og i spørsmål vedrørende funksjonsfordeling i de regionale foretak.

Det er også bestemt av regjeringen at NAVO – Arbeidsgiverforeningen for virksomheter med offentlig tilknytning – skal være arbeidsgiverorganisasjon for helseforetakene. Det betyr at sykehuslegene kan si farvel til de offentlige tariffsystemer og velkommen til noe nytt. Hva dette nye vil bli, vil blant annet være avhengig av hva Legeforeningen vil ha. Det er en gylden anledning til å komme bort fra systemet med lønn basert på hvor mange minutter man er på jobb, og i stedet få en lønn som avspeiler kompetanse, ansvar og innsats. I begeistringen over de muligheter som kan ligge i dette må vi imidlertid ikke glemme at vi fortsatt vil ha en rekke medlemmer som lønnes etter kommunale og statlige tariff. Vår deltakelse i Akademikernes arbeid for å endre forhandlingsordningen og avtalestrukturen i offentlig sektor må derfor ikke legges på is.

Fastlegereformen ble satt ut i livet 1.6. 2001. Selvfølgelig har det vært en del problemer i innføringsfasen, og selvfølgelig vil det være en del av våre medlemmer som fikk endret rammebetingelser for sin praksis over natten. Likevel må det være grunn til å si at alle dystre spådommer ikke slo til. De fleste allmennlegene fortsetter sin praksis som før, de mest belastede har fått anledning til å regulere sin arbeidsmengde og rekrutteringen til allmennmedisin ser ut til å skyte fart. Fortsatt er imidlertid en del kommuner uten fast lege, til tross for de rekrutteringstiltak som er gjennomført. Vi vet fra andre land at selv betydelig legeoverskudd ikke løser alle rekrutteringsproblemer. Spesifikke rekrutteringstiltak bør derfor styrkes og målrettes, slik at begrepet fastlege kan bli mer enn tomme ord også i de mest vanskeligstilte kommuner.

Videre- og etterutdanning er fortsatt en av Legeforeningens viktigste arbeidsoppgaver. Nasjonalt råd for legers videre- og etterutdanning og legefördeling har avgitt sin innstilling til departementet hvor de foreslår en del endringer i spesialistutdanningen. Det har i denne sammenheng kommet til uttrykk et motsetningsforhold mellom Legeforeningen og de medisinske fakulteter. Selv om det fortsatt er uenighet om hensiktsmessigheten ved å innføre en obligatorisk fordypningsoppgave i spesialistutdanningen, er det helt sammenfallende syn på alle andre vesentlige elementer i spesialistutdanningen inklusive de læringsmål som kan nås blant annet i arbeid med en fordypningsoppgave. Departementet vil i nær fremtid ta en avgjørelse som eventuelt også må omfatte en betydelig økonomi for å gjennomføre det foreslåtte opplegg. I mellomtiden har Legeforeningen fortsatt sitt arbeid, gjennom spesialitetskomiteene, med å kartlegge utdanningsavdelinger som kan kvalifiseres for å gi spesialistkandidatene den såkalte «akademiske» opplæring. Etter hvert som det finner sted en oppgavefordeling mellom sykehusene må også spesialistutdanningen tilpasses dette ved at kravet om

tjeneste erstattes med definerte læringsmål. Det vil i større grad bli nødvendig for utdanningskandidatene å tjenestegjøre ved flere avdelinger for å nå læringsmålene. Det vil være svært viktig for Legeforeningen å bidra til rotasjonsordninger som kan gjennomføres med minst mulig sosiale ulemper for den enkelte utdanningskandidat.

Lov om spesialisthelsetjeneste trådte i kraft 1.1. 2001. Med denne er det lovfestet krav om én ansvarlig leder på alle nivåer. Prosessene for å gjennomføre dette er i gang ved våre sykehus. Noen steder har sykehusledelsen definert et behov for medisinsk kompetanse for å være avdelingsleder. Andre steder har de laget kunstige enheter i matrisemodeller og derved bibeholdt en todelt ledelse, i hvert fall sett fra pasientens side. Atter andre steder forsøker man å gjøre avdelingslederen til en ubetydelighet med tre direktørsjikt over seg. Dette vil selvfølgelig bli en fiasko idet alle vesentlige avgjørelser både for kostnader og inntekter vil treffes av legen i behandling av den enkelte pasient. Det kan være et visst håp om at kompetente foretaksstyrer vil se denne sammenheng og stille krav om organisering og ledelse i tråd med dette.

Ikke minst vil medisinsk ledelse være avgjørende for at den nye pasientrettighetsloven med rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten kan realiseres. I diskusjonen omkring sykehusformen og eventuelt ønske om å skille bestiller- og leverandørfunksjonen glemmes det lett at bestillerfunksjonen faktisk er desentralisert til den enkelte pasient. En henvisning til spesialisthelsetjenesten utløser om nødvendig en rettighet som sykehuseiere forplikter seg til å innfri. Da er det særdeles hensiktsmessig at finansiering og eierstyring sitter på en og samme hånd.

Legeforeningen er en organisasjon som det er morsomt å lede. Vi har en stab av medarbeidere i sekretariatet som setter sin ære i å bruke sin høye kompetanse til beste for foreningen. Vi har et nett av tillitsvalgte som gjør en fremragende jobb som ambassadører for Legeforeningen og for å ivareta medlemmenes interesser. Vår organisasjon må hele tiden tilpasse seg endrede rammer i samfunnet. Vår styrke vil fortsatt ligge i at Legeforeningen skrives med stor L og i bestemt form, entall. Utfordringen fremover vil være å bygge en organisasjon og skape prosesser som gjør det mulig.



1 Etikk

«Landets leger må opprettholde og videreutvikle en høy etisk standard som imøtekommer befolkningens behov for medisinsk hjelp, omsorg og respekt.

Legeetikk har sitt grunnlag i allmenne humanistiske normer.

Etiske regler for leger er et fundament for foreningens og medlemmenes arbeid i forhold til pasienter, kolleger og samfunn.»

1.1 Sentralstyret og arbeidet med medisinsk-etiske spørsmål

Sentralstyret deltar i drøftinger om og utformingen av synspunkter på forskjellige medisinsk-etiske problemstillinger, blant annet gjennom sitt internasjonale arbeid. Om dette vises det nærmere til meldingens kapittel 14.

1.2 Rådet for legeetikk

Rådet for legeetikk har for perioden 1.1. 1998 – 31.12. 2001 følgende medlemmer: Reidun Førde (leder), Else Wiik Larsen (nestleder), Ragnar Hotvedt, Trond Markestad og Jo Telje. Varamedlemmer: Tore Grønmark og Solfrid Kjus. Åsmund Hodne (organisasjonsavdelingen) er Rådets sekretær.

Vedrørende Rådet for legeetikks behandling av enkeltsaker vises til egen beretning, gjengitt i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 24/2000.

Rådets hovedoppgave er fortsatt å drive løpende rådgivning overfor Legeforeningens sentrale organer og medlemmer. Rådet utreder også prinsipielle legeetiske spørsmål, samt behandler klager på leger fra pasienter og kolleger. Rådet ser det i tillegg som en viktig oppgave å stimulere til økt vektlegging av medisinsk-etiske spørsmål både i grunn-, videre- og etterutdanningen av leger.

Den største enkeltsak som Rådet i perioden har vært engasjert i, er utarbeidelsen av retningslinjer for lindrende sedering til døende. Retningslinjene er i sin helhet gjengitt i Rådets beretning. Retningslinjene er også trykket opp i Legeforeningens skriftserie for leger, utdanning og kvalitetsutvikling. Hovedredaktøren for heftet har vært Rådets leder Reidun Førde.

Rådet samarbeider med tilsvarende råd i de andre nordiske land. Rådets leder deltar sammen med presidenten og generalsekretæren i World Medical Association (WMA).

1.3 Etiske regler for leger

Etiske regler for leger er gjennom de senere år revidert/endret av landsstyret etter forslag fra Rådet, senest under Landsstyrets møte 2000.

Etikkreglene er gjengitt i sin helhet i Legeforeningens Årbok 2000/2001 og på Legeforeningens nettsider.

2 Pasientrettigheter

«Alle som bor eller oppholder seg i Norge har en grunnleggende og lik rett til nødvendig helsehjelp, uavhengig av geografi, økonomi og sosial status og etnisk bakgrunn. Retten til nødvendig helsehjelp må ligge til grunn ved organisering av helsetjenesten, både i og utenfor sykehus.»

2.1 Fagutvalget Forsikringsforbundet-Legeforeningen (FFL).

Dette utvalget gikk over i en ny funksjonsperiode 1.7. 2000 og det nye utvalget består av Marit Krohg (leder), Stein Kjennvold og Øyvind Flatner, Finansnæringsens Hovedorganisasjon, Hanne Dinesen, Eirik Bø Larsen og Terje Vigen, Legeforeningen. Funksjonsperioden for utvalget er tre år.

Utvalget har hatt tre møter i årsmeldingsperioden. Fagutvalgets oppgave er primært å bidra til riktig og effektiv praktisering av honoraravtalen mellom Legeforeningen og Norges Forsikringsforbund (Finansnæringsens Hovedorganisasjon) og søke å forhindre tvister samt løse uenighet og avklare spørsmål som oppstår. Utvalget skal videre vurdere gjeldene skjema og praksis vedr. honorering med sikte på å foreslå evt. endringer. Forslag fremmes for avtalepartene evt. direkte for enkeltselskap.

Utvalget skal videre bidra til å utvikle håndbok i forsikringsmedisin og initiere fagartikler om emnet forsikringsmedisin. Utvalget skal ellers kunne vurdere enkeltsaker som blir forelagt og gi uttalelser om pris, kvalitet og innhold i relasjon til honoraravtalens utforming og forutsetninger.

Utvalget har fortsatt sitt arbeid for å bidra til forenklinger av skjemaer/ forespørsler som brukes av forsikringsselskapene. Sommeren 2000 ble det tatt i bruk et nytt skjema for muskel/skjelett-lidelser. Det er imidlertid det enkelte selskap som selv må avgjøre hvorvidt de skal benytte seg av slike standardiserte skjema, og erfaringen viser at det tar noe tid før nye skjema tas i bruk.

Utvalget har videre i samarbeid med Kjell Maartmann-Moe arbeidet aktivt for å ta i bruk Universal-Blanketten for Helsetjenesten (UBH-blanketten) i forsikringsbransjen. Interessen for å ta i bruk en slik blankett, som vil gjøre det enklere for legene å besvare forsikringsselskapenes henvendelser, er oppløftende selv om det medfører en del praktiske endringer av datatekniske løsninger og rutiner i forsikringsselskapene.

Utvalget har også arbeidet med å utvikle et internettkurs i forsikringsmedisin. Det er nedsatt en arbeidsgruppe bestående av Marit Krohg, Erik Skuterud, Terje Tangen, Eirik Bø Larsen og Per Askim som sammen med pedagogisk avdeling vil utvikle et Internettkurs i forsikringsmedisin innen utgangen av 2001.

3 Kvalitetsutvikling

«Det må etableres systemer innenfor helsetjenesten som kan utvikle og sikre kvaliteten i samsvar med etisk aksepterte og faglig forsvarlige normer.

Holdninger og systemer som ivaretar en kontinuerlig forbedring av behandlingstilbudet må videreutvikles.»

3.1 Kvalitetsforbedringsutvalget

Kvalitetsforbedringsutvalget 2000–2001 har bestått av: Rolf Kirschner (leder), Marit Eskeland, Frederik Frøen, Sigrid Næss, Anne Grimstvedt Kvalvik, Kjeld Malde, Hans Michael Waaler. I løpet av perioden ble utvalget supplert med Juan Robbie Mathisen. Utvalget har i perioden avholdt sju møter.

Legeforeningens kvalitetsdager ble arrangert på Soria Moria 30.–31.1. 2001 og samlet ca 75 deltagere, hovedsakelig fra spesialforeningenes kvalitetsutvalg og medlemmer med prosjektstøtte fra kvalitetssikringsfondene. Hovedtemaer var varsling i medisinsk praksis og håndtering av klager og avvik, også med fokus på miljøets behandling av «varsleren». Flere prosjektledere presenterte status og resultater fra pågående prosjekter. Seminarets utenlandske hovedforeleser var Huw Davies, University of Scotland.

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

Utvalget har samarbeidet med Senter for Medisinsk Metodevurdering (SMM) der utvalgsmemberet Anne Grimstvedt Kvalvik er Legeforeningens representant i styringsgruppen.

Utvalget har løpet av perioden revidert «Handlingsprogrammet for kvalitetssikring i medisinsk virksomhet» som venter på slutføring etter organisasjonsmessig høring.

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

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

3.2.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond I ble opprettet etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening ved årsskiftet 1991. Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av legepraksis utenfor sykehus. Myndighet for anvendelse av fondsmidler er tillagt fondsutvalget.

3.2.2 Fondsutvalgets sammensetning 2000 – 2003

Fondsutvalget består av: Kjeld Malde, (leder), Trygve Aanjesen, Kristina Johannessen, alle Legeforeningen, Marit Nygaard, Sosial- og helsedepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund.

3.2.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Fondsutvalget foretar bevilgninger i henhold til fondets vedtekter. Høsten 1997 utarbeidet fondsutvalget et

strateginotat. Vedtektene og notatet er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetsutvikling).

3.2.4 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltariiforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

For driftsåret 2000/2001 ble det avsatt 5,4 millioner kroner til Kvalitetssikringsfond I. Det er her lagt føringer for at Kvalitetssikringsfond IIIs prosjekt «Laborativ virksomhet utenfor sykehus» skal videreføres. Kvalitetssikringsfond Is ordinære virksomhet har dermed blitt liggende på tilsvarende nivå som den ble redusert til i 1998. Fondet har måttet prioritere meget stramt.

3.2.5 Søknader og bevilgninger i 2000

Det totale antall søknader til fondet var 16, med en samlet søknadssum på 2 651 000 kroner. Av disse søknadene ble 11 innvilget, med en samlet innvilgningssum på 1 609 600 kroner.

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

3.3.1 Historisk bakgrunn

Kvalitetssikringsfond II ble etablert ved forhandlingene i 1992, etter avtale mellom staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening. Hensikten med fondet er å sikre høy kvalitet i utøvelse og drift av virksomhet i spesialisthelsetjenesten. Myndighet for anvendelse av fondsmidler er tillagt fondsutvalget.

3.3.2 Fondsutvalgets sammensetning 2001 – 2004

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

3.3.3 Prinsipper lagt til grunn for bevilgningene

Fondsutvalget foretar bevilgninger i henhold til fondets vedtekter. Strateginotat fra 1999 som danner grunnlaget for prioriteringer og drift av fondet er under revisjon. Vedtektene og notatet er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetsutvikling).

3.3.4 Avsetninger og bevilgningspolitikk

Størrelsen av avsetningen til kvalitetssikringsfondene fastsettes på lik linje med Legeforeningens andre fond, som en del av forhandlinger i forbindelse med normaltariiforhandlingene hver vår. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. For driftsåret 2000/2001 fikk Kvalitetssikringsfond II tilført 3,7 millioner kroner.

3.3.5 Søknader og bevilgninger i 2000

Det totale antall søknader til fondet var 14, med samlet søknadssum 2 065 000 kroner. Åtte av søknadene ble innvilget, med tilsammen 1 180 000 kroner. Fondets største enkeltprosjekter var «Gjennombruddsprosjektet Intensivmedisin», som ble gjennomført i samarbeid med Norsk anesthesiologisk forening og avsluttet høsten 2000 og «Gjennombruddsprosjektet Psykiatri», som ble startet på høsten 2000 i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening.

Gjennombruddsprosjektens utgangspunkt er begrepet «Achievable Benefits Not Achieved»: Ethvert fagområde der det er et gap mellom det en vet og det en gjør er en potensiell kandidat for et gjennombruddsprosjekt. Fondsutvalget er prosjektets styringsgruppe. I samarbeid med spesialforeningene settes det ned en tverrfaglig ekspertgruppe, som identifiserer problemer og forbedringsmuligheter. De deltakende avdelinger setter ned hvert sitt tverrfaglige forbedringsteam. Deres lokale forbedringsarbeid blir støttet av prosessveiledere, som er

eksperter på de sosiale og psykologiske aspekter ved endringsprosesser, utvalgt i samråd med Statens helsetilsyn.

3.4 Publikasjoner

3.4.1 Legeforeningens skriftserie Utdanning og kvalitetsutvikling

Hensikten med denne serien er å stimulere til lokale kvalitetssikringstiltak og etterutdanning.

Utgivelser 1.7. 2000 – 30.6. 2001:

- Telefontilgjengelighet i allmennpraksis (oppdatert versjon)
- «Å utarbeide kvalitetsindikatorer» og Sjekkliste for veiledere i fagområdene
- Organisering av svangerskapsomsorgen. Legenes plass
- Lungelyder og lungefunksjon
- Utredning og behandling av multippel sklerose
- NSAMs handlingsprogram for diabetes i allmennpraksis
- Årsmelding for kvalitetssikringsfondene
- Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster
- Veileder i fødselshjelp (nytt opplag)
- Praksisbesøk hos kolleger i allmennpraksis (revidert utgave)
- Veileder i akutt pediatri (nytt opplag)
- Veileder i nyremedisinsk virksomhet
- Veileder i å utarbeide kvalitetsindikatorer (nytt opplag)
- Henvisninger og henvisningsrutiner (nytt opplag)

Tidligere er utgitt ca 30 publikasjoner i serien. Fullstendig oversikt over utgivelser med bestillingsliste finnes på Legeforeningens hjemmeside.

3.5 Kvalitetssikringsfond III – Den norske lægeforenings fond for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus

3.5.1 Historisk bakgrunn

Avtale om samarbeidsordning for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet i legepraksis utenfor sykehus, ble vedtatt i 1992. Ifølge avtalen var Legeforeningen forpliktet gjennom Kvalitetssikringsfond I til å dekke kostnadene ved prosjektet. Ved normaltarifforhandlingene våren 1997 ønsket avtalepartene (Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening) å trygge finansieringen til kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus. Laboratordelen ble derfor skilt ut fra Kvalitetssikringsfond I, og Kvalitetssikringsfond III ble opprettet etter avtale mellom Staten, Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening.

Målet for kvalitetssikringsordningen er å etablere og drive et landsomfattende samarbeid for sikring av kvalitet ved den laboratorievirksomhet som drives i legepraksis utenfor sykehus. Dette gjøres ved at rekvirering og analysing av prøver, og tolking av prøvesvar blir utført i overensstemmelse med definerte faglige standarder og i samsvar med befolkningens behov for utredning, behandling og oppfølging.

3.5.2 Organisering

Kvalitetssikringsordningen 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 ordningen, og møter som observatør i styringsgruppen. Leder legger de faglige føringer for arbeidet i NOKLUS og FOKLUS, og prioriterer de ulike deler av arbeidet. En referansegruppe og ekspertgrupper rådgir lederen. Legeforeningens sekretariat v/ Siri Fauli er sekretariat for ordningen, og bistår leder med oppgaver av økonomisk og administrativ art. De to utøvende organer er FOKLUS og NOKLUS.

3.5.3 Styringsgruppen 2000–2003

Styringsgruppen består av: Harry Martin Svabø (leder), Hans Petter Aarseth, Sverre Landaas, alle Legeforenin-

gen, Jan Fredrik Andresen, Sosial- og helsedepartementet og Laila Skarheim, Kommunenes Sentralforbund. Styringsgruppen har hatt to møter i 2000.

3.5.4 Referansegruppen 2000–2003

Representanter består av: Sverre Sandberg (leder), Erling Saltrøe, Lars Vorland, Per Hjortdahl, John Cooper, Kjell Torgeir Stokke, alle Legeforeningen, Per Roland, Kommunenes Sentralforbund, Siri Fosse, Sosial- og Helsedepartementet, Toril Gran, Norsk Bioingeniørfaglig Institutt, Nito og Kari F. Nilsson, representant for laboratoriekonsulentene. Referansegruppen har hatt to møter i 2000.

3.5.5 FOKLUS og NOKLUS

På sentrallaboratoriet i hvert fylke er det ansatt en laboratoriekonsulent som driver veiledning overfor alle yrkesgruppene på legekantorene i fylket (FOKLUS). Norsk senter for kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) sender ut kvalitetskontrollmateriale til landets legekantor, og rapporterer resultater og vurderinger tilbake til legekantorene og til laboratoriekonsulentene.

Informasjon om virksomheten er også tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no> (kvalitetssikring), eller NOKLUS og FOKLUS hjemmeside <http://www.uib.no/isf/NOKLUS>.

I 2000 har ordningen en oppslutning på 2078 norske laboratorier. Nitti-åtte prosent av landets legekantor (allmennpraktikere eller praktiserende spesialister) som har laboratorium, deltar i ordningen. Kvalitetssikringsordningen har 248 deltakere til selvkost, og dette er hovedsakelig sykehjem, helsestasjoner og bedriftshelsetjenester. Foruten primærhelsetjenesten, deltar 89 norske, 39 danske og to islandske sykehuslaboratorier på en eller flere av utsendelsene fra NOKLUS.

Det drives et utstrakt veilednings- og opplæringsarbeid i regi av laboratoriekonsulentene i FOKLUS. I løpet av 2000 er 50% av deltakerne blitt besøkt, og det er arrangert 247 kurs med 4318 deltakere.

Kvalitetssikring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus har ført til bedring av analysekvaliteten på de fleste laboratorieprøver.

Sammen med kontrollmateriale for urin dyppekultur ble det sendt ut sykehistorier til legene, der deres tolkning av prøvesvarene ble registrert. Legene får samtidig med resultatene fra den analytiske kontrollen også tilbakemelding på den kliniske vurderingen. Der kan de sammenlikne egne vurderinger med kollegenes vurdering og anbefalte retningslinjer. Det er utviklet en «laboratorieprofil» som kan innhente data over legenes rekvirering av laboratorieprøver. Denne er nå til pilot-testing. Et stort diabetesprosjekt er igangsatt med representanter fra DiabCare, Norges Diabetesforbund, SATS (Utvikling av kvalitetsindikatorer for allmennpraksis, nå også inkludert i NOKLUS) og NOKLUS.

Skandinavisk samarbeid om utprøving av instrumenter for primærhelsetjenesten (SKUP) har gjennomført åtte utprøvinger av instrumenter beregnet for primærhelsetjenesten. Det er en økende forespørsel om utprøvinger fra firmaene.

Det er gjennomført to undersøkelser relatert til diabetikernes egenmåling av blodsukker. Den ene var et pilotprosjekt for hvordan nye glukoseinstrumenter bør undersøkes blant diabetikere. Dette skal være en mal for liknende utprøvinger i fremtiden. I tillegg ble det foretatt en undersøkelse vedrørende ekstern kvalitetskontroll blant diabetikere. Det var stor interesse blant diabetikerne for å være med på slike opplegg

I forbindelse med at Rikstrykdeverket har igangsatt et prøveprosjekt der det skal være en eneleverandør av diabetesmateriell, er det ansatt to diabetes-laboratoriekonsulenter i 50% stilling, en i Oslo og en i Sogn og Fjordane. Disse skal drive opplæring av helsepersonell som har kontakt med diabetikere.

Det er i gang aktivitet i Finnmark, Nordland, Sør-Trøndelag, Vest-Agder og Aust-Agder for å høste erfaringer med verving av deltakere til selvkost. Man har prioritert å verve deltakere fra sykehjem. Ved utgangen av 2000 var det inngått avtale med 152 virksomheter til selvkost i disse fylkene.

Ti sykestuer har vært med i et prøveprosjekt finansiert av Forsvarets Overkommando. Det er besluttet at alle sykestuer skal være med fra 2001.

De ansatte i ordningen har holdt en rekke foredrag i inn- og utland. Ved utgangen av år 2000 var det knyttet to doktorgradskandidater og en hovedfagstudent. Disse bruker materiale herfra til sine prosjekter. En hovedfagsoppgave ble avsluttet i år 2000.

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

3.6 Spesialforeningenes kvalitetsutvalg

Kvalitetsforbedringsarbeidet i spesialforeningene blir støttet økonomisk av Kvalitetssikringsfond I og Kvalitetssikringsfond II. Kr 20 000 kan etter søknad stilles til disposisjon for spesialforeningenes kvalitetsarbeid.

3.7 Årsmelding 2000

Det er utarbeidet en felles årsmelding for Legeforeningens kvalitetssikringsfond og en egen utvidet årsmelding for Kvalitetssikringsfond III som kan fås i sekretariatet.

3.8 Stiftelsen GRUK (Gruppe for kvalitet i helsetjenesten)

Stiftelsen GRUK som styres av Kommunenes Sentralforbund, Den norske lægeforening, Norsk Sykepleierforbund og Telemark Fylkeskommune, har nå vært i virksomhet i knapt to år. Virksomheten har høstet stor anerkjennelse, spesielt for prosessforbedringsarbeid i psykiatriske sykehus og «koordinert psykososialt arbeid» (KPA-prosjektene). Oppdragene har økt kraftig og flaskehalsen er kvalifiserte prosessveiledere.

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

3.9 Legeforeningens utvalg for prehospital akuttmedisin (LUPA)

Utvalget er oppnevnt for perioden 2000–2001 og har følgende medlemmer: Lars A. Nesje (leder), Hanne Klausen, Pål Klepstad og Ragnhild Smalås. Utvalget skal bl.a. gi råd til sentralstyret i saker som gjelder prehospital akuttmedisinske spørsmål, samt ta ansvar for revisjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp. Utvalget har hatt tre møter i perioden. Representanter fra utvalget har deltatt på konferanse om prehospital akuttmedisin på Værnes i november 2000 og på erfaringskonferanse om interkommunal legevakt i Ålesund februar 2001.

Utvalget har avgitt uttalelse til sentralstyret om *St.meld. nr. 43 (1999–2000) Om Akuttmedisinsk beredskap* og om anbudsrunden ved fordeling av nye konsesjoner for flyoperatører i luftambulansetjenesten. Utvalget har også avgitt uttalelse til sekretariatet vedr. utkast til *Standard for prehospital akuttmedisin* utarbeidet av Norsk anesthesiologisk forening.

LUPA har senere påtatt seg oppdraget å utarbeide utkast til *Legeforeningens Standard for prehospital akuttmedisin*. Utvalget har ellers mottatt og behandlet div. henvendelser om akuttmedisin, bl.a. har utvalget sagt seg villig til å være referansegruppe for Matadorprosjektet som drives i regi av Legeforeningens pedagogiske avdeling.

Representanter fra LUPA sitter i referansegrupper for to prosjekter innenfor akuttmedisin (se nedenfor).

3.10 Utvikling av elektronisk versjon av Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen og firma Åsmund Lærdal AS samarbeider om å utvikle, revidere og utgi *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp*. Det pågår et prosjektarbeid for å utvikle en elektronisk versjon som forventes å gi flere fordeler for brukerne, bl.a. «innebygget» veiledning og brukerstøtte. Det er opprettet en faglig referansegruppe med bl.a. leder av LUPA, representanter fra Helsetilsynet, Kompetansesenter for informasjonsteknologi i helsetjenesten (KITH), og Kompetansesenter for helsetjenestens kommunikasjonsberedskap (KoKom).

En såkalt betaversjon av elektronisk *Indeks* har vært på begrenset utprøving, og resultatene er under bearbeidelse.

3.11 Prosjekt Opplæringsprogram Norsk indeks for medisinsk nødhjelp

Legeforeningen har startet et prosjekt for å lage et IT-basert opplæringsprogram i bruk av *Norsk indeks for medisinsk nødhjelp* for personell ved akutt medisinske kommunikasjonsentraler (AMK-sentraler) og legevakt-sentraler (LV-sentraler). Kompetansesenter for helsetjenestenes kommunikasjonsberedskap (KoKom) og Legeforeningens fond har stilt prosjektmidler til rådighet. Prosjektet styres fra sekretariatet, prosjektgruppen

består av Kristian Lexow, Birger Vårdal og Audun Fredriksen (leder). Det er opprettet en referansegruppe med representanter fra LUPA, AMK-sentraler og LV-sentraler, fylkeshelsetjenesten, kommunehelsetjenesten, KoKom og Kommunenes Sentralforbund. Programmet skal gi brukeren innføring i logikken som brukes i Norsk indeks for å oppnå riktig respons basert på definerte kriterier. Prosjektet ventes å være fullført høsten 2001.

3.12 Tvistenemnda for nakkeskader

Dette er en nemnd som ble opprettet i 1991 etter avtale mellom Norges Forsikringsforbund og Den norske lægeforening. Legeforeningen administrerer nemnda, og for de kostnader som påløper sender Legeforeningen refusjonskrav til Finansnæringens Hovedorganisasjon. Nemnda består av Stein Opjordmoen (leder), Geirmund Unsgård, Odd Bøyesen, Trine Sand Kaastad og Reidun Borgmann.

I årsmeldingsperioden er det kun behandlet fire saker. Dette betyr at etterspørselen etter nemndas vurderinger er svært liten. Det har vært reist spørsmål overfor Finansnæringens Hovedorganisasjon om nemnda burde nedlegges, men man har så langt ment at nemnda har en funksjon og at den inntil videre blir videreført.

4 Forskning og fagutvikling

«Medisinsk forskning må være fri og uavhengig.

Evaluering av medisinsk praksis er et nødvendig virkemiddel for å sikre befolkningen en god helsetjeneste.

Forskning, fagutvikling og kvalitetsutvikling må være en prioritert og integrert del av medisinsk virksomhet.»

4.1 Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning (Forskningsutvalget)

Den norske lægeforenings utvalg for medisinsk forskning har fortsatt å henlegge møter til de største sykehusene der det har vært arrangert frie drøftinger med leger, tillitsvalgte, forskere, sykehusledere og fakultetene om mulighetene og begrensningene for forskning. I alt fem sykehus er nå besøkt og på denne måten har dagens utfordringer blitt nærmere konkretisert, og miljøene fått viktige signaler fra utvalgets side. Det viser seg at på denne måten kommer det frem viktige momenter som kan forklare hvorfor den medisinske forskningen står så svakt i dag. Utvalget planlegger derfor å fortsette besøksrunden i tiden fremover og det vil bli utarbeidet et dokument som samler de erfaringer og innspill som utvalget har fanget opp.

Utvalget har arbeidet med en rekke saker for sentralstyret. Klart viktigst har vært reformen om statlig overtakelse av sykehusene og de muligheter til å forbedre forskningen som denne kan åpne for (Ot.prp. 66 (2000–01)). Ved at den nye formålsparagrafen for sykehus fra 1.1. 2001 gjør det klart at forskning er en – av fire – lovfestede hovedoppgaver for sykehus, er det særdeles viktig å finne frem til de riktige mekanismer og organisasjonsformer i de nye helseforetakene som skal etableres fra 1.1. 2002 fra første stund. Utvalgsmedlemmene har deltatt i en rekke fora med innspill i denne prosessen, men foreløpig foreligger kun Stortingets lovvedtak. Det gjenstår derfor mye som må konkretiseres i forbindelse med foretaksetableringen og utvalget vil fortsatt ha oppmerksomhet på dette i tiden fremover.

Videre har utvalget gitt innspill om en rekke aktuelle saker, bl.a. rollen til Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling, NOU 2000:14 om forskning og høyere utdanning (Mjøsutvalget) samt den etterfølgende St.mld. 27 (2000–01) om samme sak, og NOU 2001:11 om kommersialisering av forskningsresultater. Også i spørsmålet om patent på gener har utvalget vært aktivt i ulike fora også i denne meldingsperioden.

Spørsmål knyttet til meritering for vitenskapelig arbeid i tilsettings- og avlønningssaker har tydelig stor betydning for både rekruttering og utførelse av forskning, og utvalget arbeider derfor stadig med disse spørsmål for å oppnå en bedre balanse mellom forskningsarbeid og praktisk legearbeid på sykehusene. Bl.a. ser vi på LVS' initiativ om å utvikle en egen karrierevei som et konstruktivt forslag.

Fordi det ved et arbeidsuhell kom med kun menn ved forrige oppnevning, er utvalget nå supplert med to nye medlemmer, Irene Hetlevik og Therese Visted.

Utvalget består av: Jon Lekven, UiB (leder), Per Hjortdahl (sekretær), Christian Drevon, LVS, Bjørn Guldvog, Heltef, Irene Hetlevik, NTNU, Asle Medhus, YLF, Truls Myrmel, RiTø, Ole Petter Ottersen, UiO, Therese Visted, UiB og Helge Waldum, NTNU.

4.2 Nasjonalt utvalg for vurdering av uredelighet i helsefaglig forskning

Det nasjonale utvalg for vurdering av uredelighet i helsefaglig forskning ble opprettet av Norges forskningsråd i september 1994. Magne Nylenna er Legeforeningens representant i dette arbeidet.

4.3 Norsk legemiddelhåndbok

Siden 1980 har Legeforeningen sammen med Norges Apotekerforening, Norsk Medisinaldepot og Statens legemiddelkontroll (nå Statens legemiddelverk) utgitt Norsk legemiddelhåndbok. Virksomheten er nå organisert som en forening benevnt Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok.

Norsk legemiddelhåndbok er en terapirettet oppslagsbok om legemidler som behandlingsalternativ.

9. utgave av boken kom ut på forsommeren 2001. Den nye utgaven er også lagt ut på internett.

Legeforeningen er representert i styret for Foreningen for utgivelse av Norsk legemiddelhåndbok ved Åsmund Hodne med vararepresentant Einar Espolin Johnson.

4.4 Legemiddelutvalget

Legemiddelutvalget består av Georg Sager (leder), Eirik F. Ellekjær, Ole A. Jøssang, Ingrid Os, Trine Dybwad og Terje Vigen.

Utvalget har ikke hatt noen møter i perioden, men enkeltmedlemmer har vært kontaktet i forbindelse med spørsmål knyttet til legemiddelhåndtering. Utvalgets leder og sekretær har vært involvert i utarbeidelse av vedtekter for selvjustisorganet som skal overvåke hvordan partene forholder seg til retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri.

4.5 Forskningsinstituttet

4.5.1 Personale og finansiering

Instituttet har fem faste medarbeidere og tre eksterne. Forskningsinstituttet mottar sin grunnfinansiering fra SOP, men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag, med oppdragsgivere både innenfor og utenfor Legeforeningen.

4.5.2 Aktiviteter

Forskningsinstituttet arbeider med data fra Legekårsundersøkelsen 1993, og med en rekke nye oppgaver. Resultatene publiseres fortløpende i Tidsskriftet og andre steder; 17 i 2000 og 19 (hittil) i 2001. Et spesialnummer av tidsskriftet Social Science and Medicine basert på konferansen «The physician role in transition – Is Hippocrates sick?» som ble holdt på Soria Moria i 1997, kom ut i januar 2001 – <http://www2.legeforeningen.no/forskning/hippocrates.htm>

Sentrale tema for Forskningsinstituttet er kollegial kultur, medisinsk etikk, mestringsstrategier, legers sykkelighet og dødelighet, legers livsstil og livskvalitet, læring og profesjonalisering og legerollen og lege/pasientforholdet.

Representanter for forskningsinstituttet er ofte forelesere på møter i fylkesavdelinger og yrkesavdelinger, og deltar aktivt i offentlige debatter etc.

I samarbeid med Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg har instituttet utviklet to grunnkurs om utfordring, belastning og mestring i legearbeidet for leger som er engasjert i det kollegiale støtteapparatet.

En oversikt over publikasjoner med sammendrag finnes på: <http://www.legeforeningen.no/forskning/forsk.htm>

5 Utdanning

«Grunn-, videre- og etterutdanning av leger skal ha høy faglig og pedagogisk kvalitet.

Alle leger skal ha rett og mulighet til videre- og etterutdanning.

Det må til enhver tid utdannes et tilstrekkelig antall leger og spesialister i hvert fagområde.»

5.1 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet, 1.5. 1998–31.12. 2001: Jørgen J. Jørgensen (leder), Anne Mathilde Hanstad (nestleder)
Medlemmer: Bente Mikkelsen, Steinar Aase (vara). Frank R. Andersen, Håkon Lasse Leira (vara). Vidar Seim, Marius Conradi (vara). Grethe Aasved, Anne Mørch Larsen (vara). Bente K. Johansen, John-Arne Røttingen (vara). Marianne Olsson, Brit Hveem (vara).

Eirik Monn – Universitetet i Oslo, Bjørn Myrvang (vara). August Bakke – Universitetet i Bergen, Ernst A. Lien (vara). Helge Bjørnstad Pettersen – Universitetet i Trondheim, Bjørn Hilt (vara). Ole Petter Rekvig – Universitetet i Tromsø, Georg Høyer (vara). Statens helsetilsyn, Aud Nordal, Tor Flage (vara). Audun Kleppe – Kommunenes Sentralforbund, Kari Rolstad (vara). Ingeborg Traaholt – Norsk pasientforening, Vera Christensen (vara).

I henhold til bestemmelsene har Statens helsetilsyn to representanter med personlige vararepresentanter. Statens helsetilsyn har våren 2001 meddelt at Helsetilsynet kun vil la seg representere med en representant som observatør, og har vararepresentant for observatøren.

Rådets sammensetning er således for tiden ikke i tråd med generelle spesialistreglers bestemmelser om rådets sammensetning og antall medlemmer. Sentralstyret vil vurdere rådets sammensetning og eventuelle endringer av reglene ved årsskriftet, og se dette i sammenheng med bl.a. statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten.

Rådet har i perioden hatt syv møter.

Ved siden av generelt å ha sin oppmerksomhet henvendt på alle forhold av betydning for spesialistutdanningen, har rådets oppgave vært å avgi innstilling overfor sentralstyret i prinsipielle saker og i saker under forberedelse for landsstyret i 2000 og 2001.

Innen spesialitetsrådet har det vært nedsatt tre forskjellige arbeidsgrupper til å arbeide med følgende hovedområder; «oppheving av gruppeføringen, forskning i spesialistutdanningen og akademisk tjeneste/prosjektarbeid», «Legeforeningens arbeid med mer formalisert etterutdanning», «Behovet for rekruttering, kompetanseutvikling og godkjenning i nye medisinske disipliner».

5.2 Spesialitetskomiteene

Medlemmene i spesialitetskomiteene fremgår av Årboken side 28 m.v.

I tråd med spesialistreglenes generelle bestemmelser er det av sentralstyret oppnevnt spesialitetskomiteer i de 43 spesialitetene. Komiteene er oppnevnt i tråd med forslag fra vedkommende spesialforening samt fra Ylf. Funksjonstiden for de sittende spesialitetskomiteer utløper 31.12. 2001.

Det er i perioden gjennomført en del endringer i status for godkjente utdanningsinstitusjoner som følge av rapporter og besøk. Se punkt 5.5.1.

Gjennom spesialitetsrådet og spesialitetskomiteene er til sammen ca 300 medlemmer engasjert i arbeid med videre- og etterutdanning av leger.

5.3 Hospitantutvalget

Landsstyret vedtok i oktober at hospitantutvalget nedlegges som organ for vurdering av tjeneste utenom ordinære utdanningsstillinger, og at denne oppgaven overføres til spesialitetskomiteen som representerer faget for vedkommende sykehusavdeling.

5.4 Psykoterapiutvalget

Psykoterapiutvalget 1998–2001:

Espen Bjerke, leder, Marthe Horneland, Agnete L. Lølandsmo, Thorkil Hansen, Egil Martinsen, Else Margrethe Berg og Waldemar Platou.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst to års godkjent veiledning i psykoterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede utdanningskandidater i det psykoterapeutiske grunnarbeid som er et nødvendig minimum innen spesialiteten psykiatri.

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

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

5.5 Endringer i spesialistreglene

Landsstyret 2000 behandlet fem forslag om endringer av spesialistreglene (Tidsskriftet nr 29/2000, side 3632).

Landsstyret 2000 vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling, mot 53 stemmer, å avslå forslag fra spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi om å fjerne kravet til 1/2 års obligatorisk tjeneste i nevrologi/nevrokirurgi i spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi.

Det ble reist et tilleggsforslag fra Henrik Hofgaard og Cecilie P. Schrøder om å vedta spesialitetskomiteens forslag. Landsstyret vedtok å forkaste dette forslaget.

Landsstyret 2000 vedtok i tråd med sentralstyrets anbefaling, mot 31 stemmer, å avslå forslag fra spesialitetskomiteen i øyesykdommer om å fjerne kravet til 1/2 års obligatorisk tjeneste i nevrologi/nevrokirurgi i spesialistutdanningen i øyesykdommer.

Landsstyret vedtok å gi sin tilslutning, mot fire stemmer, til forslag om legevakt som obligatorisk element og som tellende tjeneste i spesialistutdanningen i allmennmedisin.

Landsstyret vedtok i tråd med forslag fra Aplf, ved Anne Mathilde Hanstad, et tillegg til «Fritakskregler gjelder ikke». «Etter særskilt søknad kan fritak fra vakt vurderes. Den enkelte søknad avgjøres av spesialitetskomiteen i allmennmedisin».

Landsstyrets vedtak ble anbefalt overfor Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording og endelig godkjent 10.11. 2000.

Landsstyret vedtok i tråd med forslag, mot to stemmer, å ta til etterretning den foreliggende utredning om opphør av gruppeføringen og krav til utdanningsinstitusjoner, krav til akademiske avdelinger, krav til innhold i akademisk tjeneste og krav til prosjektarbeid.

Landsstyret ga sin tilslutning til at spesialistutdanningen utvikles i tråd med Bakke II-utvalgets innstilling og at dette fremmes videre overfor Sosial- og helsedepartementet og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.

Vedtaket fra 1994 om å innføre obligatorisk kurs i vitenskapsteori og –metodologi fremmes ikke videre. Nødvendig kunnskap om vitenskapsteori –metodikk og –etikk forutsettes formidlet til utdanningskandidatene gjennom tjeneste ved akademisk avdeling eller i godkjent prosjektarbeid.

Generelle spesialistregler §1. Sentralstyret trakk sitt forslag om endrede regler for sammensetning av spesialitetskomiteene. Sentralstyret har senere vedtatt å inntil videre la saken hvile.

I §3 ble det vedtatt endringer vedrørende søknad om spesialistgodkjenning fra leger med statsborgerskap

og opprinnelig spesialistgodkjenning fra et EØS-land. Det ble også gjort mindre endringer om det samme i §7 om utdanning i utlandet. Forslagene ble oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording og fikk tilslutning.

I §6 ble det tatt inn endrede bestemmelser for tjeneste i ulønnet stilling (hospitering), derved ble også hospitantutvalget vedtatt nedlagt, og vurderingen av søknad om slik tjeneste er overført til spesialitetskomiteene.

Også disse endringene i §3 og §6 er stadfestet av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording.

Et forslag fra Gerd Tranø om endrede regler for legevakttjeneste som del av spesialistutdanningen ble vedtatt oversendt sentralstyret for videre behandling. Denne saken forberedes med tanke på ny landsstyrebehandling.

5.5.1 Endret krav til tjeneste i spesialistutdanningen – oppheving av gruppføringen

Landsstyret vedtok i oktober 2000 å arbeide for å oppheve den tradisjonelle gruppeføringen av utdanningsinstitusjonene med det mål å få vurdert den enkelte sykehusavdeling i tråd med de erfaringsområder de kan tilby for spesialistutdanningen, vurdering av læringsmiljøet m.v., og få en godkjenning for tellende tid i tråd med dette. Det er behov for større fleksibilitet for å kunne utnytte alle aktuelle sykehusavdelinger i spesialistutdanningen i tråd med avdelingenes potensiale. Akademiske avdelinger skal vurderes særskilt med krav til pågående forskning, bemanning med overleger med doktorgrad m.v. Det anses fortsatt behov for å delta i et læringsmiljø der det inngår spisskompetanse, forskning, utførelse av spesielle diagnostiske og behandlingssmessige prosedyrer og metodeutvikling. Erfaring med forskningsmetodikk bør bli en obligatorisk del av spesialistutdanningen.

Landsstyrets vedtak var således i tråd med de anbefalinger som var gitt av sentralstyret basert på et arbeidsutvalg innen spesialitetsrådet (Bakke-utvalget).

Spesialitetskomiteene fikk etter landsstyremøtet (sentralstyrets vedtak 15.12. 2000) det oppdrag å gjennomgå samtlige aktuelle sykehusavdelinger innenfor spesialiteten, og vurdere tellende tjenestetid, angi aktuelle erfaringsområder som spesielt vurdere hvilke avdelinger som kunne godkjennes som akademiske avdelinger.

På oppdrag fra sentralstyret har spesialitetskomiteene i løpet av det siste halve året nedlagt et stort arbeid i å gjennomgå utdanningsinstitusjonene og utarbeide anbefalinger om tellende tjenestetid for den enkelte institusjon, definere erfaringsområder og akademiske avdelinger. Komiteene var gitt en frist til 1. juni d.å., men arbeidet er per 4.7. 2001 foreløpig avsluttet hos kun _ av spesialitetskomiteene. Komiteenes arbeid har også en varierende kvalitet, og det er behov for en del etterarbeid før saken kan fremmes for sentralstyret.

Etter sentralstyrebehandling blir saken oversendt Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording/Sosial- og helsedepartementet.

5.5.2 Forskrift av 21.12. 2000 om spesialistutdanning av leger m.v.

Fastsatt av Sosial- og helsedepartementet 21.12. 2000 med hjemmel i lov av 2.7. 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven §51).

Det fremgår at Sosial- og helsedepartementet fastsetter hvilke spesialiteter vi skal ha og reglene for spesialistutdanning på bakgrunn av råd fra Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR). Godkjenning av utdanningsinstitusjoner gjøres av Sosial- og helsedepartementet etter råd fra NR, dels av NR etter delegert myndighet fra departementet. Det er også med bakgrunn i denne forskriften at NR oppnevnes som rådgivende organ for Sosial- og helsedepartementet i overordnede spørsmål om spesialistutdanning av leger.

Det er av Statens helsetilsyn delegert til Den norske lægeforening å behandle og avgjøre søknader om spesialistgodkjenning. Avslag på søknad om spesialistgodkjenning kan i henhold til helsepersonellovens §68, 2. ledd, påklages til Statens helsepersonellnemnd. Forvaltningslovens kap VI legges til grunn ved klagebehandlingen.

Spesialistgodkjenning bortfaller dersom legens autorisasjon eller lisens opphører å gjelde ved avkall, ved tilbakekalling, ved suspensjon eller når legen fyller 75 år ved mindre legen får tidsbegrenset lisens. Legen kan gi særskilt avkall på godkjenning som spesialist.

5.6 Spesialister godkjent i 2000

| <i>Spesialitet</i> | <i>Kjønnsfordeling</i> | |
|-------------------------------------|------------------------|-------------|
| | <i>Kvinner</i> | <i>Menn</i> |
| Allmennmedisin | 61 | 131 |
| Anestesiologi | 13 | 48 |
| Arbeidsmedisin | 5 | 8 |
| Barne- og ungdomspsykiatri | 9 | 4 |
| Barnesykdommer | 17 | 19 |
| Fysikalsk medisin og rehabilitering | 1 | 4 |
| Fødselshjelp og kvinnesykdommer | 22 | 13 |
| Generell kirurgi | 13 | 38 |
| Barnekirurgi | 0 | 1 |
| Gastroenterologisk kirurgi | 4 | 11 |
| Karkirurgi | 3 | 6 |
| Thoraxkirurgi | 0 | 3 |
| Urologi | 1 | 9 |
| Hud- og veneriske sykdommer | 8 | 3 |
| Immunologi og transfusjonsmedisin | 0 | 1 |
| Indremedisin | 29 | 58 |
| Blodsykdommer | 0 | 3 |
| Endokrinologi | 0 | 2 |
| Fordøyelsesykdommer | 1 | 12 |
| Geriatrici | 2 | 4 |
| Hjertesykdommer | 7 | 15 |
| Infeksjonssykdommer | 1 | 4 |
| Lungesykdommer | 3 | 6 |
| Nyresykdommer | 0 | 8 |
| Kjevekirurgi og munnhulesykdommer | 0 | 1 |
| Klinisk farmakologi | 1 | 1 |
| Klinisk kjemi | 2 | 2 |
| Klinisk nevrofysiologi | 1 | 0 |
| Medisinsk genetikk | 1 | 2 |
| Medisinsk mikrobiologi | 1 | 3 |
| Nevrokirurgi | 1 | 5 |
| Nevrologi | 5 | 10 |
| Nukleærmedisin | 0 | 1 |
| Onkologi | 5 | 9 |
| Ortopedisk kirurgi | 2 | 29 |
| Patologi | 4 | 5 |
| Plastikkirurgi | 1 | 9 |
| Psykiatri | 33 | 38 |
| Radiologi | 19 | 16 |
| Revmatologi | 3 | 3 |
| Samfunnsmedisin | 0 | 4 |
| Øre-nese-halssykdommer | 4 | 8 |
| Øyesykdommer | 2 | 11 |
| Sum | 285 | 568 |

I 2000 er det godkjent 523 spesialister etter norske regler, mens tallet for 1999 var 436, det vil si en økning på 87 spesialister (nesten 20 %). Antall konverterte spesialistgodkjenninger i år 2000 er 330, mens tallet for 1999 var 456 (28 % nedgang).

Det ble gitt 853 nye spesialistgodkjenninger i 2000 (718 personer, hvorav 675 fikk sin første godkjenning i 2000), en nedgang på 39 i forhold til året før.

Hvis man trekker fra de konverterte spesialistgodkjenningene for årene 1999 (456) og 2000 (330) er tallene henholdsvis 436 og 523, altså en økning på 87 spesialister (nesten 20 %) godkjent etter norske spesialistregler.

Hvis man trekker fra godkjente spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin for de to årene, får man 325 nye spesialister i sykehusfagene i 1999 og 409 nye spesialister i sykehusfagene i 2000 godkjent etter norske regler. (Tallet for 1998 var 348).

For sykehusspesialitetene er det dermed en økning på 84 fra 1999 til 2000, dvs. en økning på 25 %.

Antall godkjente spesialister etter norske spesialistregler i allmennmedisin i 2000 er 111 mot 108 i 1999. I 1998 var tallet 137. Antall godkjente spesialister etter norske spesialistregler i samfunnsmedisin er 3 i 2000 som i 1999. I 1998 var tallet 31.

517 allmennleger fikk fornyet spesialistgodkjenningen i 2000 mot 291 i 1999.

Konverterte spesialistgodkjenninger

Av de 330 som har fått konvertert sin spesialitet fra andre land, er 258 fra andre nordiske land, mens 72 er fra EØS-land utenfor Norden. De aller fleste (162) er fra Sverige og 68 er fra Danmark, 16 fra Island og 12 fra Finland.

De 72 fra land utenfor Norden er 50 fra Tyskland, fem fra Frankrike, fem fra Belgia, fem fra Italia, fire fra Nederland, én fra Østerrike og én fra Storbritannia.

Sammenliknet med 1998 og 1999 har antall konverterte spesialistgodkjenninger minnet.

Fra andre nordiske land ble 423 konvertert i 1998, 366 i 1999 og 258 i 2000. Fra øvrige EØS-land var tallene 52 i 1998, 90 i 1999 og 72 i 2000.

De fleste konverterte spesialistgodkjenninger i 2000 er i fagene allmennmedisin (81), anesthesiologi (33), indremedisin (30), generell kirurgi (25), ortopedisk kirurgi (25), fødselshjelp og kvinnesykdommer (18), psykiatri (15), barnesykdommer (12), radiologi (11), og hjertesykdommer (10).

Relativt sett er antallet høyest i ortopedisk kirurgi (80,6 %) fysikalsk medisin og rehabilitering (80 %), thoraxkirurgi (67 %), plastikkirurgi (60 %), anesthesiologi (54 %), fødselshjelp og kvinnesykdommer (51 %), generell kirurgi (49 %), øre-nese-halssykdommer (42 %) og allmennmedisin (42 %).

Gjennomsnittsalder

De godkjente spesialistene i 2000, godkjent etter norske regler, var gjennomsnittlig 41,2 år for hoved- og grenspesialitetene, 40,9 år for hovedspesialitetene og 43,3 år for grenspesialitetene.

De som har konvertert spesialiteten til norsk godkjenning er i snitt 47,1 år.

«Utdanningstid»

Det understrekes at vi ikke har data som viser den reelle utdanningstid den enkelte har på sin spesialistutdanning. Bl.a. vil det være vanskelig å vurdere når den enkelte påbegynte spesialistutdanningen, og det er vanskelig å vurdere hvilke avbrekk det har vært underveis.

Vi har imidlertid data for bruk av tid fra norsk autorisasjon til tidspunkt for spesialistgodkjenning. Vi har trukket ut de som har fått godkjenning ved konvertering av utenlandsk spesialitet. De som har brukt under fem år og de som har brukt over 15 år er utelatt, og vi ser på de som har godkjenning i sin første hovedspesialitet. Da blir gjennomsnittet 8,8 år i 2000.

Kjønnsfordeling

Det er påfallende lav kvinneandel i grenspesialitetene sett under ett. Som tidligere er det få kvinner i de kirurgiske fag. I snitt er kvinneandelen 33 % for alle nye spesialister i 2000 (1998: 24%, 1999: 26 %). Dette omfatter også konverterte spesialistgodkjenninger.

I snitt er kvinneandelen 40 % for alle spesialister godkjent etter norske spesialistregler – 23 % for konverteringer. Hvis man kun tar de som har fått sin første hovedspesialitet, er kvinneandelen 36,1 % inkludert konverterte.

Det er imidlertid stor forskjell i representasjon av kvinner mellom spesialitetene. Spesielt i kirurgiske fag er kvinneandelen fortsatt lav.

Hvis man ser på alle kirurgiske fag under ett, både hoved- og grenspesialiteter, er andelen kvinner 18 % av spesialistene godkjent i 2000 (godkjente etter norske regler og konverterte).

Blant spesialistene godkjent i 2000 er kvinneandelen høyest i hud- og veneriske sykdommer (72 %), barne- og ungdomspsykiatri (69 %), fødselshjelp og kvinnesykdommer (62 %) og radiologi (54 %).

Kommentar

Etter tre år med synkende antall spesialistgodkjenninger etter norske regler, er vi nå tilbake på samme nivå som i 1997. Da ble det godkjent 537 spesialister etter norske regler. I 2000 er dette tallet 523.

Det er imidlertid en nedgang i antall spesialistgodkjenninger ved konvertering fra annet land. Majoriteten av de som har overført sin spesialistgodkjenning fra utlandet er fremdeles fra andre nordiske land. Men det er likevel en nedgang i antall konverteringer fra andre nordiske land, hvilket kanskje er et uttrykk for bedret arbeidsmarked for leger i de andre nordiske landene.

Gjennomsnittsalder på de godkjente spesialistene etter norske regler er som tidligere år, ca. 41 år. Også gjennomsnittlig tid fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler er som tidligere, 8,8 år.

Andelen kvinner blant de godkjente spesialister etter norske regler øker selvfølgelig i takt med økt kvinneandel blant legene. Av de yrkesaktive leger under 70 år, er i dag 32 % kvinner. Av alle som for tiden studerer medisin i Norge er 54 % kvinner. Ved opptaket av nye studenter ved norske medisinske fakulteter i 2000 var 57 % kvinner.

5.7 Målbeskrivelser

Spesialistutdanningen har som mål å sikre at den ferdige spesialist har tilfredsstillende teoretiske kunnskaper og praktiske ferdigheter til å kunne inneha en overlegestilling i spesialiteten. Derfor blir arbeidet med målbeskrivelse og gjennomføringsplan for utdanningen et viktig virkemiddel. Det foregår et kontinuerlig arbeid i den enkelte spesialitetskomite med revisjon av målbeskrivelsen slik at den til enhver tid uttrykker de krav til ferdigheter og kunnskap som den ferdige spesialist innen spesialiteten skal kunne beherske.

Landsstyrets anbefaling høsten 2000 om å oppheve den tradisjonelle gruppeføringen av utdanningsinstitusjonene har resultert i et omfattende arbeid om endrede krav til tjenesten i spesialistutdanningen. I den forbindelse har det også vært nødvendig for flere spesialitetskomiteer å revidere sine målbeskrivelser. I løpet av 2000–2001 er det revidert/er det under revisjon målbeskrivelser for følgende spesialiteter: arbeidsmedisin, fødselshjelp og kvinnesykdommer, fysikalsk medisin og rehabilitering, generell kirurgi, medisinsk genetik, hjertesykdommer, nyresykdommer, nukleærmedisin, ortopedisk kirurgi og øre-nese-halssykdommer.

Det kan nevnes at spesialitetskomiteen i fødselshjelp og kvinnesykdommer – i forbindelse med revisjonen av sin målbeskrivelse – også har utarbeidet en håndbok for spesialistutdanningen i fødselshjelp og kvinnesykdommer. Den inneholder i tillegg til målbeskrivelsen også evalueringsskjema til bruk i veiledningen og liste for gjennomførte inngrep, prosedyrer og pasientforløp.

5.8 Rapportering fra utdanningsinstitusjonene

Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen pålegger alle godkjente utdanningsinstitusjoner hvert år å sende vedkommende spesialitetskomite rapport over avdelingens utdanningsvirksomhet relatert til spesialisreglene som skal være inkludert utdanningsplan for avdelingen og eksempel på individuell utdanningsplan. Rapporteringen fra institusjonene skjer i etterkant av hvert utdanningsår. Rapporteringen for 1999 omfatter 778 av 828 utdanningsavdelinger, det vil si at det var 50 inaktive avdelinger, og fordelt på 41 av de 43 medisinske spesialitetene (allmennmedisin og samfunnsmedisin er unntatt rapporteringen). Rapporteringen for 2000 er for tiden under vurdering.

Spørsmålene i rapporteringsskjemaet er knyttet til beskrivelse av avdelingens læringsmiljø, og gjelder forhold som bemanning, utdanningsutvalg, undervisning, veiledning, supervisjon, praktiske ferdigheter og forskning: Utdanningsutvalget på den enkelte avdeling samles i gjennomsnitt fire ganger per år. Dette har vært ganske konstant gjennom de siste tre årene. Det er svært liten forskjell mellom alle avdelingene og gruppe I-avde-

lingene. Forutsatt at utdanningsutvalget bruker disse møtene effektivt til de funksjoner utvalget er satt til å gjøre, er kanskje fire ganger per år akseptabelt.

Som del av avdelingens utdanningsplan tilrettelegger utdanningsutvalget avdelingens undervisningsprogram på minimum to undervisningstimer (90 minutter) per uke. Inntil 50 % av internundervisningen kan etter søknad gjennomføres ved teleundervisning eller gjennom samarbeid mellom to eller flere sykehus. For alle avdelingene under ett oppgis 114 minutter per uke og over ca 39 uker. Disse tallene har holdt seg stabilt gjennom de siste tre årene. 11 % av alle avdelinger innfrir ikke kravet til 90 minutter. Går vi inn i tallmateriale finner vi at dette i hovedsak gjelder grenutdanning på gruppe II-sykehus som tillates en time (45 minutter) internundervisning felles med hovedavdelingen. Noen få avdelinger oppgir også telesamarbeid. Resultatet må derfor anses som meget tilfredsstillende så fremt undervisningen skjer i tråd med de forutsetninger som er gitt.

I snitt oppgav alle avdelingen at nær 90 % av kandidatene deltok på den teoretiske internundervisningen siste måned innenfor avdelingens tjenesteplan, herav 85 % for gruppe I-avdelingene. Målsettingen er 100 % deltakelse innenfor avdelingens tjenesteplan, og vi vil fortsette med å fremme dette kravet. Det spørs vel likevel om det er realistisk for avdelingene å få til en høyere prosentandel på kandidatenes deltakelse.

Tilgang til Internett, medline, tidsskrifter og fagbøker synes stadig å bli bedre. PC er tilgjengelig på 94 % av alle avdelingene, for gruppe I nær 100 %. Internett-tilgang noe dårligere med 87 % av alle avdelingene mot 92 % for gruppe I. Tilgang til medline, relevante tidsskrifter og fagbøker ligger godt over 90 %, også her litt høyere for gruppe I-avdelinger. Innenfor alle områdene har det vært en merkbar økning i tilbudet fra 1998 til 1999.

Det er utarbeidet individuell utdanningsplan i gjennomsnitt for 92 % av alle kandidatene mot 90 % av alle kandidatene ved gruppe I. Dette er en økning fra 1998, men det er likevel en bekymring at mange individuelle utdanningsplaner ikke synes å bli brukt etter intensjonen. Vi må fortsette arbeidet med å bevisstgjøre avdelingen på nytten av aktivt å bruke de individuelle utdanningsplanene.

Veileder skal i samarbeid med kandidaten evaluere den faglige progresjonen i henhold til målbeskrivelsen for faget og avdelingens utdanningsplan. Nærmere 60 % av alle avdelinger oppgir at kandidaten evalueres hvert halvår, gruppe I-avdelingene ligger noe under med ca 50 %. Litt i underkant av 10 % av avdelingen gjennomfører ikke evaluering og ca 10 % av avdelingen har ikke besvart spørsmålet. Selv om tallene viser en klar forbedring fra 1998, er dette ikke godt nok. En tett oppfølging av kandidatene for å avdekke kunnskaps-hull og justere utdanningen underveis, er en svært viktig del av avdelingens utdanningsforpliktelser, og dette må avdelingens bevisstgjøres på.

I gjennomsnitt har avdelingene i snitt drøyt to og en halv lege med doktorgrad. For gruppe I-avdelinger finner vi i snitt fem leger med doktorgrad. Nær 90 % av gruppe I-avdelingene oppgir at det pågår studier innen fagutvikling, kvalitetssikring og forskning der kandidaten kan delta mot 87 % avdelinger i 1998. Men ser vi på hvor mange kandidater som virkelig deltar i forskning, finner vi bare rundt 60 % deltakelse. Tallet har vært nær uendret fra 1998 til 1999.

Vi ser frem til en større deltakelse for kandidatene i forskningsaktiviteter gjennom forslaget om opphør av gruppeføringen av utdanningsavdelinger og krav til akademiske avdelinger.

5.9 Besøk på utdanningsavdelinger

Generelle bestemmelser for spesialistutdanningen pålegger spesialitetskomiteene å overvåke forholdene ved de godkjente utdanningsavdelinger, eventuelt ved besøk på avdelingene. I løpet av 2000 gjennomførte spesialitetskomiteene i alt 82 besøk, herunder 29 avdelinger som er klassifisert som gruppe I. I første halvår 2001 ble det gjennomført 35 besøk, herunder 23 besøk på gruppe I-avdelinger. Fokuseringen på gruppe I-avdelinger skyldes nok spesialitetskomiteenes store arbeid med revurdering av institusjonene i forbindelse med opphør av gruppeføringen og særlig klassifisering av akademiske avdelinger.

Generelt velger spesialitetskomiteene forskjellige innfallsvinkler til hvordan institusjonene skal velges ut. Noen spesialitetskomiteer går systematisk igjennom institusjonene slik at de for eksempel dekker alle gruppe I-institusjoner i en periode og deretter gruppe II-institusjonene. Andre komiteer velger ut fra geografisk tilhørighet. I tillegg prioriteres institusjoner som selv – eller som gjennom årlig rapportering – signaliserer at det er nødvendig med et besøk fra komiteen for å drøfte aktuelle problemstillinger. Tilsvarende gjelder for spesialitetene arbeidsmedisin, barne- og ungdomspsykiatri, patologi og psykiatri som ikke har gruppeføring.

Besøkene gir institusjonene en enestående anledning til å komme i dialog med spesialitetskomiteene som er representert både ved sin faglige kompetanse gjennom spesialiteten og den formelle kompetanse gjennom tilknytningen til Dnlf.

5.10 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per juni 2001 godkjent 151 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i psykiatri. Etter innstilling fra psykoterapiutvalget er det i 2000 godkjent ni veiledere i psykoterapi.

5.11 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Etter retningslinjer for godkjenning av veiledere vedtatt av sentralstyret, er det per juni 2001 godkjent 32 veiledere i psykoterapi i relasjon til spesialistreglene i barne- og ungdomspsykiatri.

Etter innstilling fra spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri er det i 2000 godkjent én veileder i psykoterapi, og én fikk fornyet sin godkjenning for en ny ti års periode.

5.12 Rekruttering av utenlandske leger til Norge

Aetat

Aetat helserekruttering har siden slutten av 1997 aktivt rekruttert leger og senere også tannleger, sykepleiere og annet helsepersonell fra EØS-land til Norge.

Til nå har prosjektet formidlet nærmere 350 leger til norske sykehus og kommuner. Av disse er 113 spesialister, ca 90 % av legene er fra Tyskland mens de resterende er fra andre EØS-land.

Så langt (3.7. 2001) er det formidlet 19 kommuneleger (2000:54) ti spesialister (2000:32) og fem assistentleger (2000:2).

Geografisk sett fordeler de rekrutterte legene seg på alle fylker, men med en hovedvekt på Hordaland, Møre og Romsdal og Nordland.

Aetat helserekruttering arrangerer rekrutteringsmøter for leger hovedsakelig fra Tyskland, men også i andre EØS-land. Prosjektet avholder både møter for kommuneleger og for spesialister til sykehus. Norske arbeidsgivere deltar også på disse møtene. Hyppigheten av møtene avhenger av omfanget av innmeldte ledige stillinger til prosjektet. Aetats årlige bedriftsundersøkelse viser at det fortsatt er mangel på leger i Norge, men at mangelen er mindre enn for ett år siden.

Legene, som blir godkjente for prosjektet, får tilbud om et tre måneders språkkurs i hjemlandet. Dette språkkurset er utviklet av Universitetet i Oslo på oppdrag fra Aetat. Arbeidsdirektoratet og det kvalitetssikres gjennom modulvise tester og avsluttende muntlig og skriftlig eksamen. Aetat helserekruttering har arrangert nærmere 40 kurs og resultater og tilbakemeldinger er meget positive. Kostnadene til kurs dekkes av Aetat. Prosjektet har et eget språkopplæringstilbud til spesialister som har kontrakt med norsk sykehus. Kort sagt går dette ut på selvstudie og en-til-en undervisning.

Aetat helserekruttering har god kontakt med norske arbeidsgivere i kommuner og på sykehus. Skepsisen mot utenlandsk helsepersonell er etter hvert liten. Prosjektet gjennomfører for tiden en undersøkelse blant formidlet helsepersonell til Norge. Her vil en bli undersøkt om hvordan legene trives i Norge og eventuelt hvor mange som er reist tilbake til hjemland.

Prosjekt «Legevikar i nord»

Sosial- og helsedepartementet etablerte våren 1999 prosjektet «Legevikar i nord», som har vært utført av

Aetat Nordland. Legeforeningen har vært representert i prosjektets referansegruppe sammen med representanter fra Sosial- og helsedepartementet, Arbeids- og administrasjonsdepartementet, Arbeidsdirektoratet og berørte fylkesleger.

Prosjektet har hatt som formål å skaffe vikarer til ledige legestillinger i kommunehelsetjenesten ved å stille til rådighet bestemte ytelser, bl.a. fri hjemreise etter nærmere regler, kostgodtgjørelse, fri bolig, samt praktisk og faglig rådgivningstjeneste. Utgifter til ytelsene har vært dekket ved tilskudd fra staten. Per 29.6. 2001 har prosjektet formidlet 71 vikarer. Prosjektet er forlenget ett år utover den opprinnelige perioden, og vil bli evaluert av Sosial- og helsedepartementet ved utløp av prosjektperioden ved årsskiftet 2001–02.

Utenlandske leger

Det har vært en kraftig økning i antall leger fra Tyskland i Norge, med over 100 per år de siste årene. Det er også en betydelig økning i antall leger fra Nederland, Jugoslavia, Bosnia, Irak og Russland.

Per 1.7. 2001 er det 2 518 eller 15,5 % utenlandske statsborgere blant leger under 67 år i Norge.

Tallene inkluderer også leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen, men kortvarige vikariater blir trolig ikke fanget opp i disse tallene.

Dette er en økning fra 14,7 % per 1.7. 2000 og fra 13,4 % per 1.7. 1999. Det er fortsatt flest med statsborgerskap fra Sverige med 671, dernest Tyskland med 543, Danmark med 322, Island med 128, Finland med 84, Nederland med 73, Bosnia Hercegovina med 71, Irak med 52, Polen med 50, Storbritannia med 47, Jugoslavia med 47 og Russland med 35. I forhold til 1.7. 2000 er dette en meget kraftig økning i antallet fra Tyskland (1.7. 1999: 324, 1.7. 2000 436), og også en betydelig økning i antallet fra Nederland, Jugoslavia, Bosnia, Irak og Russland. Fra Irak, Russland, Sverige og enkelte andre land kommer i tillegg en del turnusleger som begynner i sykehus 15.7. 2001 og som ikke er medregnet i tallene foran.

Relativt færre fra Norden

For nordiske statsborgere er det en forholdsvis liten økning for Sverige og Danmark, mens tallene for Island og Finland er omtrent uendret. Nordiske statsborgere utgjør derfor en synkende andel av utenlandske leger i Norge. Det er en viss tendens til at enkelte svenske statsborgere vender tilbake til Sverige, som oppveies av en omtrent like stor tilstrømming av nye leger fra Sverige. Det synes å være færre svenske statsborgere enn tidligere som tar turnustjenesten i Norge.

Flest utlendinger blant yngre leger

Andelen utenlandske statsborgere er høyest blant turnuslegene, assistentleger ved sykehus med 20,6 % og blant leger i kommunehelsetjenesten med 14,7 %. Blant overleger ved sykehus er andelen 11,5 %. Lavest er andelen i administrative stillinger, i vitenskapelige stillinger, blant privatpraktiserende spesialister og bedriftsleger. Andelen utenlandske leger er høyest i Finnmark med 24,4 %, Nordland med 24,4 %, Sogn og Fjordane med 21,0 % og Hedmark med 20,7 %, og lavest i Vestfold, Agderfylkene og Oslo-området. I forhold til for to år siden er dette en økning i Nordland og Hedmark, og en reduksjon i Finnmark og Sogn og Fjordane.

Lavere andel medlemmer blant utenlandske leger enn blant norske leger

Av de utenlandske statsborgerne er 79,1 % medlemmer av Den norske lægeforening, mens 6,5 % er tidligere medlemmer. Blant norske statsborgere er tilsvarende tall 95,5 % medlemmer og 2,3 % tidligere medlemmer. I forhold til tilsvarende tall per 1.7. 2000 er dette en økning i andelen medlemmer blant utenlandske leger fra 78,8 %, mens andelen medlemmer blant norske leger er omtrent uendret på 95,5 % (95,6 % per 1.7. 2000). Pga. den lavere andelen medlemmer blant utenlandske leger og den økende andelen utenlandske statsborgere blant leger i Norge, er andelen medlemmer av Den norske lægeforening likevel ikke økende totalt sett.

Høyere kvinneandel og lavere gjennomsnittsalder

Av de utenlandske statsborgerne er 35,1 % kvinner, mot 32,0 % av de norske statsborgerne. Denne forskjellen er redusert i forhold til 1.7. 2000, og er ikke større enn hva vi kan forvente ut fra forskjellene i aldersfordelingen mellom utenlandske og norske leger. For øvrig varierer kvinneandelen betydelig mellom landene, fra

75 % for leger fra Litauen og Canada, til 15–16 % for leger fra Pakistan, Irak, Iran og India. Blant de utenlandske statsborgerne er gjennomsnittsalderen 41,7 år, mot 45,2 år for norske statsborgere. Forskjellen i gjennomsnittsalder mellom kvinner og menn er mindre for de utenlandske enn de norske statsborgerne. Blant de utenlandske statsborgerne er gjennomsnittsalderen 40,5 år for kvinner og 42,3 år for menn. For norske statsborgere er gjennomsnittsalderen 40,7 år for kvinner og 47,3 år for menn. Det er en økning i gjennomsnittsalder for utenlandske kvinner fra 40,2 år per 1.7. 2000, ellers er tallene omtrent uendret. For leger fra Danmark, Storbritannia og Frankrike er gjennomsnittsalderen høyere enn blant norske leger. Lavest er gjennomsnittsalderen blant leger fra Iran, India, Romania, Pakistan, Litauen, Irak og Tyskland. For leger fra Tyskland og Irak er gjennomsnittsalderen 37,8 år, mens leger fra Russland har en gjennomsnittsalder på 38,2 år. For leger fra nordiske land og øvrige nevnte land er gjennomsnittsalderen høyere.

De siste årene har det vært en stor økning av søknader om lisens/autorisasjon i Norge, og søknader om spesialistgodkjenning i Norge fra utenlandske leger. Dette domineres fremdeles av svenske og danske leger, men en ser også en økning av leger fra Tyskland og en økning av leger fra øst-europeiske og asiatiske land.

5.13 Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefording (NR) har fungert siden 1.1. 1999.

Av rådets 21 medlemmer har Legeforeningen fire. De øvrige som har representanter i rådet er Staten, Kommunenes Sentralforbund, Oslo kommune, helseregionene, universitetene og Norsk pasientforening.

Disse er Legeforeningens representanter i NR: Bente Mikkelsen (vara Jørgen J. Jørgensen), Bente Kristin Johansen (vara Anne Mørch Larsen), Anne Mathilde Hanstad (vara Frank R. Andersen), Einar Skoglund (vara Hans Asbjørn Holm).

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

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

Det er fortsatt delegert til Legeforeningen å vurdere søknader om spesialistgodkjenning. Legeforeningens faglige apparat med spesialitetskomiteer og spesialitetsråd m.v. driver fortsatt kvalitetssikringsarbeidet, og har forberedende saksbehandling i saker som vedrører spesialistregler, gruppeføring m.v., forut for behandling i rådet.

Basert på St.meld.nr. 24 (1996–97) ba Sosial- og helsedepartementet Nasjonalt råd om å utrede visse sentrale problemstillinger om legers spesialistutdanning. Nasjonalt råd fant det hensiktsmessig å dele oppgaven i fire delutredninger. Den første delutredningen om videreutdanning i sykehusbaserte spesialiteter ble utarbeidet av en prosjektgruppe nedsatt av Nasjonalt råd og ble levert høsten 2000.

Delutredning 1 inneholder forslag om sterkere engasjement i spesialistutdanningen fra de medisinske fakulteter og en sterkere vektlegging av den teoretiske del av utdanningen.

Det er reist forslag om opprettelse av veiledningsgrupper gjennom to år av spesialistutdanningen, opprettelse av stillinger som utdanningskoordinator på sykehusene, tilskudd til sykehusene for finansiering av spesialistutdanningen med kr 150 000 per utdanningslege beregnet til ca 300 millioner kroner per år. Behov for ca 60 millioner kroner per år til universitetene for å ta større ansvar for deler av spesialistutdanningen.

Det var reist forslag om obligatorisk fordypningsoppgave med veileder fra universitet beregnet til 12 ukers arbeid inkludert to ukers metodekurs.

Når det gjelder forslaget om obligatorisk fordypningsoppgave som del av spesialistutdanningen, ble dette i Nasjonalt råds behandling av saken stilt opp mot Legeforeningens forslag om 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, alternativt seks måneders prosjektarbeid. Ved avstemning i Nasjonalt råd ble det gitt 15 stemmer for obligatorisk fordypningsoppgave og seks stemmer for det alternative forslag om 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, alternativt seks måneders prosjektarbeid. Flertallets forslag om obligatorisk fordypningsoppgave innebar også forslag om opphør av gruppeføringen, dvs. bortfall av 18 måneders gruppe I-tjeneste. Legeforeningens alternative forslag er basert på utredningen fra spesialitetsrådets arbeidsgruppe (Bakke-utvalget) med opphør av den tradisjonelle gruppeføringen, men innføring av krav til 12 måneders akademisk tjeneste, eller alternativt en seks måneders prosjektoppgave (landsstyrevedtak 1999 og 2000).

Det er i senere samtaler med dekanene og prodekanene ved de medisinske fakulteter fremkommet at fakultetene, i likhet med Legeforeningen, mener at det fortsatt er behov for en komponent av tjeneste ved en større avdeling med et omfattende pasientgrunnlag, og forskningsmiljø.

Saken er under behandling i Sosial- og helsedepartementet.

Nasjonalt råds sekretariat har våren 2001 startet opp arbeidet med vurdering av spesialitetsstrukturen og har levert en utredning om strukturen i de indremedisinske spesialitetene, samt et forslag om kompetanseområder/fagområder i tillegg til de formelle spesialitetene. Disse saken er under drøfting i Nasjonalt råd.

5.14 Legefordeling

Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling (NR) har også en viktig funksjon i forbindelse med legefordeling (se Tidsskrift nr. 2/1999, side 287 m.v.). Legefordelingsavtalen opphørte 31.12. 1998 og er erstattet av den nye ordningen for legefordeling, tillagt Sosial- og helsedepartementet fra 1.1. 1999.

NR gir råd til Sosial- og helsedepartementet om tildeling av nye kvoter i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. NR-sekretariatet er delegert fra SHD å tildele hjemler direkte til den enkelte kommune innenfor den fastsatte årlige rammen og kriterier for tildeling på bakgrunn av fylkeslegenes uttalelse. Departementet fastsetter også antall nye stillinger og avtalehjemler i spesialisthelsetjenesten, fordelt på spesialitet. Den videre fordeling av stillinger og avtalehjemler foretas av de regionale helseutvalg. Departementet fastsetter årlig ramme for nye utdanningsstillinger som skal opprettes for hver enkelt spesialitet innen den enkelte helseregion. NR gir departementet råd om dimensjonering av de enkelte medisinske spesialitetene.

Departementet kan sette i verk sanksjoner ved overtredelse av de fastsatte rammene for nye stillinger. Økonomiske reaksjoner vil kunne rettes mot fylkeskommunen i form av trekk i tilskudd knyttet til den innsatsstyrte finansieringsordningen, og overfor kommuner i form av tilbakekallelse av tilskudd eller refusjoner.

NR og departementet har vært restriktive med tildeling av nye stillinger til sykehusene både i 1999 og i 2000. I årene 1990–98 ble det hvert år opprettet ca 400 nye legestillinger ved sykehusene med ca 800 ubesatte stillinger som resultat. For å bedre situasjonen for utkantpsykiatri, psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten, ga NR råd om opprettelse av kun 80 nye stillinger til sykehusene i 1999, i 2000 tilrådet NR 80 nye legestillinger – SHD økte kvoten til 90.

For 2001 har NR tilrådet ramme på 90 nye stillinger i sykehusene:

- 40 overlegestillinger med prioritet nye høyteknologiske metoder, gjennomføring av statlige handlingsplaner, desentralisering av medisinerutdanningen, diagnostikk og behandling av kreft, psykisk helsevern, vaksenhabilitering og geriatri.
- 50 assistentlegestillinger for å styrke utdanningskapasiteten i 17 nevnte spesialiteter hvor rekrutteringsbehovet anses størst.

Forholdet overleger – assistentleger

Ved årsskiftet 1999/2000 var 693,3 årsverk meldt ledige, av disse var 551,3 (79,5 %) overlegestillinger og 142 (20,5 %) assistentlegestillinger. Denne fordelingen av ledigheten var identisk med situasjonen ved årsskiftet 1998/1999.

Ved årsskiftet 2000/2001 var antall ubesatte overlegestillinger 425 (83 %) og antall ubesatte assistentleger 87 (17 %). Tallene viser reduksjon i ledigheten for antall assistentleger.

Det er betenkelig at nesten 100 assistentlegestillinger holdes ubesatt, da dette på sikt vil ramme utdanning av nye spesialister. Det er i strid med intensjonen i stillingsstrukturavtalen å holde assistentlegestillinger ubesatt uten grunn.

Det er også en utfordring at 60,5 overlegeårsverk er besatt med assistentleger.

Fordeling på spesialiteter og helseregioner

Blant spesialitetene var det ved årsskiftet flest ubesatte stillinger i voksenpsykiatri, barne- og ungdomspsykiatri og indremedisin. Sett i forhold til tallet på stillinger i de enkelte spesialiteter var ledigheten størst i barne- og ungdomspsykiatri (21 %), klinisk kjemi (13 %) og plastikkirurgi (11,5 %).

Blant helseregionene er det særlig helseregion Nord som har mange ubesatte stillinger.

Samlet ledighet i spesialisthelsetjenesten i % av antall opprettede legeårsværk, fordelt på helseregioner:

| | 1998/1999 | 1999/2000 | 2000/2001 |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|
| Helseregion Øst | ca 4 % | 4 % | 4 % |
| Helseregion Sør | ca 6 % | 7 % | 3 % |
| Helseregion Vest | 10 % | 9 % | 8 % |
| Helseregion Midt-Norge | 15 % | 12 % | 6 % |
| Helseregion Nord | 20 % | 15 % | 12 % |

Kommunehelsetjenesten

I kommunehelsetjenesten var det i 1998 søkt om opprettelse av 37,6 legeårsværk, 32,6 ble innvilget.

For 1999 ble det gitt fullmakt fra Sosial- og helsedepartementet til NR om å fordele 104 stillingshjemler til kommunehelsetjenesten i løpet av 1999. Fra kommunene var det søkt om 67,7 nye årsværk i 1999 og innvilget 56. De hjemlene som det i 1999 ikke var søknader til innenfor kvoten på 104, ble fordelt våren 2000. Antall søknader om nye legehjemler til kommunehelsetjenesten var økende i 2000. Det er innvilget 333,75 årsværk til kommunehelsetjenesten i 1999 og 2000. Til sammen var det søkt om 343,15. Avslått 9,4 pga god legedekning og justerte søknader etter råd fra fylkeslegene.

Det var i sykehusene 340 ubesatte legeårsværk i årsskiftet 2000/01 mot ca 600 ubesatte ved årsskiftet 98/99. Tallene viser en nedgang på 43 % i løpet av de to årene det har vært en streng regulering av legemarkedet.

Tallet på ubesatte legeårsværk i kommunehelsetjenesten har vært forholdsvis stabilt i løpet av år 2000 med omtrent 300 ubesatte årsværk. Samtidig er det blitt tildelt mer enn 300 nye hjemler. Det innebærer at kommunehelsetjenesten er blitt styrket med over 300 besatte legeårsværk som opptrapping til gjennomføringen av fastlegeordningen.

5.15 Stillingsstrukturavtalen

Etter at stillingsstrukturavtalens prolongasjon formelt utløp 31.12. 2000, har partene, dvs. Staten, KS, Oslo kommune og Dnlf, igjen blitt enige om at avtalen skal praktiseres ved prolongasjon ut året.

Med bakgrunn i at Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling har arbeidet med en rapport om spesialistutdanningens organisering, har sekretariatet etter konsultasjon med sentralstyret avgitt en juridisk vurdering av mulighetene for forskrifts/avtaleregulering av stillingsstrukturen til Nasjonalt råd. I kjølvannet av dette har sekretariatet startet arbeidet med et forslag til ny stillingsstrukturavtale – som i motsetning til tidligere er tenkt å være en tariffavtale, men dette har blitt stilt i bero, bl.a. fordi den gamle avtalen fortsatt praktiseres gjennom prolongasjon. Det overordnede arbeidet med en ny hensiktsmessig struktur på spesialistutdanningen i et system med regionforetak og helseforetak, har ikke kommet så langt at det er mulig å ha noen formening om videre avtaleregulering av spesialistutdanningen.

5.16 Etterutdanning

Det arbeides med et pilotprosjekt (LEIF-Pilot) vedtatt av sentralstyret for å evaluere etterutdanningen for spesialister. Prosjektet gjennomføres i 2001 ved Rana sykehus, Kirurgisk klinikk, Aker sykehus og for øyespesialistene i Telemark. Legene har utarbeidet en plan for sin individuelle etterutdanning tilpasset virksomhetens behov og legene skal gjennom året registrere etterutdanningen. Ved årets slutt skal etterutdanningen evalueres i forhold til det som ble ansett som legens behov og arbeidsplassens behov. Evalueringen foretas av en kollega i samme spesialitet. Denne form for synliggjøring og dokumentasjon av legenes etterutdanning, er i tråd med holdningene til etterutdanning slik de nå avspeiles i policy-dokument både fra Legeföreningen, fra Nordisk legeråd og i europeiske organer.

5.17 Utdanningsfondenes økonomi

Etter de generelle innstramminger som ble gjennomført for Utdanningsfondene II og III i 1995 og 1996 har utviklingen i disse fondenes kapital utviklet seg i ulik retning. For Utdanningsfond II har redusert søknadsmengde og god avkastning på kapitalen resultert i tilfredsstillende egenkapitalsituasjon, mens Utdanningsfond III ved årsskiftet 1999/2000 hadde mindre egenkapital enn ett års normal refusjonsutbetaling. Det ble derfor innført betydelige innstramminger i refusjonsutbetalingene fra 1.1. 2000, hvilket resulterte i et overskudd slik at retningslinjene igjen kunne endres fra 1.1. 2001.

For Utdanningsfond I er egenkapitalsituasjonen stabil og relativt tilfredsstillende.

På grunn av den vanskelige økonomiske utviklingen i Utdanningsfond III, har sentralstyret arbeidet med flere alternative muligheter for å styrke fondene. Av de tiltak som er gjennomført er reduksjon av kursutgiftene gjennom gunstige avtaler med reisebyrå, hoteller og transportselskaper samt forhandlinger med staten og Kommunenes Sentralforbund om «friske penger». I normaltariffforhandlingene 2000 ble tilskuddet til Utdanningsfond III økt med ekstra 6 millioner kroner i slike «friske penger». I tillegg ble det avtalt med Kommunenes Sentralforbund at arbeidsgivere innenfor KS-området skulle innbetale et engangsbeløp på kr. 800 per legeårsværk til Utdanningsfond III. Per 30.6. 2001 var det innbetalt 3,5 millioner kroner til fondet. Av andre forhold som det arbeides med i et mere langsiktig perspektiv kan nevnes å innføre generell begrensning av refusjoner til kun nødvendige kurs, slutte å trykke kurskatalogen (bare nettversjon), utredning av alternativer til kursutdanning (herunder kurs ved hjelp av internett). For øvrig har det vært drøftet industrisponsing, sponing fra bank- og forsikringsforbindelser samt bruk av Lånefondet som finansieringskilde. Det siste alternativet er vurdert som uaktuelt, da det blant annet ikke vil være utlånskapital tilgjengelig.

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

Utdanningsfond I ble opprettet i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger. I vedtektene er det nevnt spesielt at fondet bør tilgodese tiltak som kan bedre videre- og etterutdanningen i perifere strøk av landet.

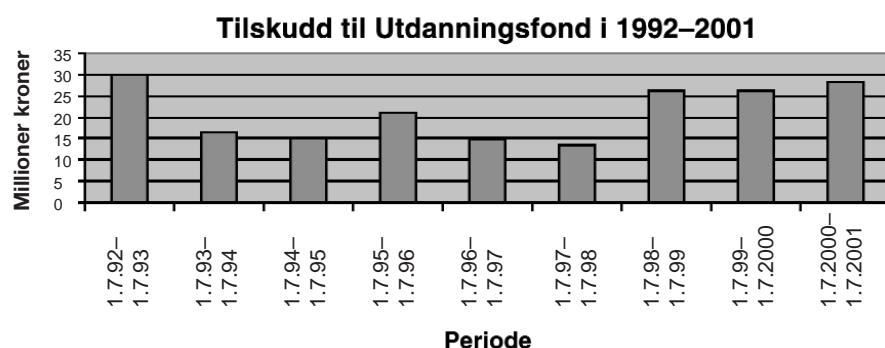
Sentralstyret er fondets styre. Myndighet er delegert til Fondsutvalget som møtes fire-seks ganger i året for å behandle løpende saker. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Fra 1998 er det åtte medlemmer av utvalget med syv varamedlemmer. Legeforeningens sentralstyre oppnevner leder og seks medlemmer til fondsutvalget mens Sosial- og helsedepartementet oppnevner ett medlem med varamedlem.

Fondsutvalget har bestått av Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Dagfinn Øgreid, Bent Folkvord, Turi Bondeson, Geir Jacobsen, Anne Mørch Larsen (erstattet Lise Heiberg fra 1.1. 2000 og Eystein Straume (Sosial- og helsedepartementet).

Varamedlemmer har vært Olav Mjøltnes, Helge Bjørnstad Pettersen, Karin Straume, Betty Pettersen, Magnhild Gaasemyr, Jana Midelfart (erstattet Leif Trygve Næss fra 1.1. 2000) og Elisabeth Wang (Sosial- og helsedepartementet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets pedagogiske avdeling er sekretær for utvalget.

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

Avsetningene i de siste avtaleperiodene har vært slik:



Utdanningsfond I hadde en egenkapital per. 31.12. 2000 på 124 millioner kroner. Det var budsjettert med underskudd på kr 4,5 millioner kroner for 2000, mens regnskapet viste overskudd på 1 057 814. Dette skyldes blant annet at finansinntektene viser høyere tall enn forventet (urealiserte kursgevinster) og høye innsparinger / reduserte utgifter under flere enkeltområder i budsjettet.

I henhold til den budsjettprofilen som har blitt lagt for Utdanningsfond I de siste tre årene, hadde man som mål å komme i balanse i år 2002. Regnskapet for år 2000 viser at man har nådd dette målet tidligere enn forventet.

Driftskostnadene er nå nede i underkant av 40 millioner kroner, dermed er målsettingen om en egenkapital på tre ganger årlig uttak fullt ut tilfredsstillt.

Av konkrete tiltak som er gjort for å redusere underskuddene i budsjettet kan det nevnes:

- individuelle stipendier er inntil videre tatt ut
- det er gjort tilstramminger i retningslinjene for ordinære kurs
- arbeidet med å få til bedre budsjett- og regnskapsrutiner, som sekretariatet satte i gang i 1999 for kursene i legers videre- og etterutdanning ved universitetene, har gitt resultater
- kursene i administrasjon og ledelse er avviklet

Budsjettet for år 2001 har en kostnadsramme på 41,1 millioner kroner med et forventet underskudd på ca. 1,9 millioner kroner. Dersom fondet skal opprettholde dagens økonomiske status, er det nødvendig at fondet får tilført tilsvarende midler som de siste årene. Utdanningsfond I har blitt tilført 28,1 millioner kroner for avtaleperioden 1.7. 2000–30.6. 2001.

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

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- underskudd ved kurs arrangert av spesialforeninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- underskudd ved kursvirksomhet arrangert ved universitetene
- studier og kurs i helseadministrasjon
- støtte til utvikling av nye kurs for allmennpraktikere på Internett

For øvrig refunderer Utdanningsfond I Legeforeningen for det arbeidet som utføres av sekretariatet i forbindelse med legers videre- og etterutdanning. I 2000 utgjorde dette 16,6 millioner kroner.

5.19 Utdanningsfond II – Den norske lægeforenings fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Utdanningsfond II ble etablert i 1984 og har som formål å høyne og å opprettholde det medisinsk-faglige nivået hos allment praktiserende leger, privatpraktiserende spesialister, kommuneleger samt leger i samfunnsmedisinsk eller arbeidsmedisinsk hovedstilling ved å yte økonomisk hjelp til dekning av utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg.

Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og er partssammensatt. Det er fem medlemmer i utvalget, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter i fondsutvalget mens Sosial- og helsedepartementet og Kommunenes Sentralforbund har en representant hver.

Fondsutvalget har i perioden 1997 – 2000 bestått av: Eirik Bø Larsen (leder), Berit K. Norling, Dag Brekke, Kristian Hagestad (SHD) og Merete Furuberg Gjedtjernet (KS). Personlige varamedlemmer har vært Mette Brekke, Ivar J. Hauge t.o.m. 1999, deretter Harald Guldsten, Arne Vassbotn, Hege Raastad (SHD) og Arne Norum (KS).

Ved oppnevning av nytt fondsutvalg for perioden 2001 – 2004 ble alle ordinære medlemmer gjenvalgt. Personlige varamedlemmer ble Arne Norum (KS), Gunnar Ramstad (ny), Sigrid Næss (ny), Arne Vassbotn og Svein Bratland (SHD) (ny).

Tone Houge Holter fra sekretariatets økonomiavdeling var sekretær for utvalget frem til 30.6. 2000, mens Anne Torill Nordli overtok etter dette.

I tilknytning til vedtektene for fondet er det utarbeidet retningslinjer for hvilke kurs m.v. det ytes støtte til. Fondsutvalget har delegert myndighet til sekretariatet å behandle enkeltsøknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

På samme måte som for Utdanningsfond I finansieres ytelsene av tilskudd fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund.

Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har vært følgende:

| | <i>Mill. kroner</i> |
|-----------------------|---------------------|
| 1.7. 1992 – 1.7. 1993 | 33,1 |
| 1.7. 1993 – 1.7. 1994 | 18,1 |
| 1.7. 1994 – 1.7. 1995 | 19,0 |
| 1.7. 1995 – 1.7. 1996 | 20,7 |
| 1.7. 1996 – 1.7. 1997 | 21,6 |
| 1.7. 1997 – 1.7. 1998 | 23,5 |
| 1.7. 1998 – 1.7. 1999 | 20,0 |
| 1.7. 1999 – 1.7. 2000 | 22,8 |
| 1.7. 2000 – 1.7. 2001 | 23,8 |

Siden det ble iverksatt innstramningstiltak i 1995 og 1996 har egenkapitalen i fondet vært opprettholdt. Ved utgangen av 2000 var den bokførte egenkapitalen på 110,8 millioner kroner, noe som er godt over målsettingen om at den skal være to ganger årlig uttak fra fondet. Det ble i 2000 refundert 5 175 søknader, en økning på 920 søknader fra 1999. De refunderte utleggene i 2000 var 22 millioner kroner mot 18,9 millioner kroner i 1999.

Den norske lægeforening fikk i 1999 tilskudd fra Sosial- og helsedepartementet for å forvalte den såkalte «Tilskuddsordningen». Formålet er å stimulere videre- og etterutdanning for primærleger i Finnmark, Troms, Nordland og Nord-Trøndelag. Fra 2000 er også Sogn- og Fjordane med i ordningen. Tilskuddsordningen har vært samordnet med den støtten som gis fra Utdanningsfond II og har omfattet kursdeltakelse utover det som støttes av Utdanningsfond II samt støtte til veiledningskandidater. Fra 2000 gis det også mulighet for å søke økonomisk støtte til opplæring i samisk språk. I alt ble det utbetalt 2 285 918 kroner fra tilskuddsordningen i 2000 mot 819 466 kroner i 1999. Tilskuddsordningen videreføres i 2001.

5.20 Utdanningsfond III – Den norske lægeforenings fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og har som formål å opprettholde det medisinsk-faglige kunnskapsnivået hos leger ansatt i offentlige institutter/etater og offentlige og private laboratorier. Fondet er forutsatt å yte økonomisk hjelp til dekning av utgifter i forbindelse med videre- og etterutdanning.

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelsen av fondsmidlene tilligger et partssammensatt fondsutvalg på samme måte som for Utdanningsfond II.

For perioden 1997 – 2000 har fondsutvalget bestått av: Rolf Schøyen (leder), Torbjørn Pihl, Bente Kristin Johansen, Jens Eskerud (SHD) og Bjørn Kristiansen (KS). Personlige varamedlemmer har i perioden vært Rita Kolvik, Jan E. Jørgensen, Einar K. Kristoffersen, Anne Valle (SHD) og Arne Norum (KS).

For perioden 2001–2004 er det oppnevnt et nytt fondsutvalg bestående av: Torbjørn Pihl (leder), Rita Kolvik (ny), Kjartan Stormark (ny), Jens Eskerud (SHD) og Paul Nilsen (KS) (ny). Personlige varamedlemmer er Jan E. Jørgensen, Vidar von Düring (ny), Anne Mørch Larsen (ny), Christine Furuholmen (SHD) (ny) og Arne Norum (KS). Tone Houge Holter fra sekretariatets økonomiavdeling var sekretær for utvalget frem til 30.6. 2000, mens Anne Torill Nordli overtok etter dette.

I tilknytning til vedtektene for fondet er det utarbeidet retningslinjer for hvilke kurs m.v. det ytes støtte

til. Fondsutvalget har delegert myndighet til sekretariatet å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer.

I likhet med de øvrige utdanningsfondene finansieres ytelsene av tilskudd fra Folketrygden. Tilskuddene i de siste avtaleperiodene har vært følgende:

| | <i>Mill. kroner</i> |
|-----------------------|---------------------|
| 1.7. 1992 – 1.7. 1993 | 33,1 |
| 1.7. 1993 – 1.7. 1994 | 18,1 |
| 1.7. 1994 – 1.7. 1995 | 19,0 |
| 1.7. 1995 – 1.7. 1996 | 20,7 |
| 1.7. 1996 – 1.7. 1997 | 30,2 |
| 1.7. 1997 – 1.7. 1998 | 23,5 |
| 1.7. 1998 – 1.7. 1999 | 24,0 |
| 1.7. 1999 – 1.7. 2000 | 22,8 |
| 1.7. 2000 – 1.7. 2001 | 29,8 |

Egenkapitalen i Utdanningsfond III er redusert med vel 72,4 millioner kroner fra 1993 til utgangen av 1999 – fra 109,6 millioner kroner i 1993 til 37,2 millioner kroner per 31.12. 1999.

På grunnlag av fondets økonomiske utvikling ble det nødvendig å iverksette ytterligere innstramminger i fondets retningslinjer. Fra 1.1. 2000 ble følgende tiltak innført:

- Støtte til etterutdanning av ferdige spesialister falt bort.
- Leger under spesialistutdanning får kun refusjon for to kurs årlig.
- Det gis ikke lenger refusjon for kostutgifter.
- Overnatting refunderes med inntil kr 500 per natt etter regning.

Ved utgangen av 2000 er egenkapitalen 51,8 millioner kroner, dvs. en bedring av egenkapitalsituasjonen på 14,6 millioner kroner fra foregående år. Det ble utbetalt refusjon for 3 383 søknader, mot 7 080 i 1999. Årsaken til nedgangen i antall søknader til fondet var innføringen av de nye begrensningene i fondets retningslinjer.

På bakgrunn av denne resultatforbedringen så fondsutvalget en mulighet for å øke refusjonene fra fondet igjen, og med virkning fra 1.1. 2001 er retningslinjene igjen endret. Godkjente spesialister kan igjen søke om refusjon for kurs med inntil kr 8 000 per år, leger under spesialistutdanning kan søke om å få refundert tre kurs, og overnatting refunderes med inntil kr 600 per natt.

5.21 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Det er våren 2001 i gang 44 veiledningsgrupper i allmennmedisin. 28 nye grupper er startet opp siden siste årsmelding. Gruppene er jevnt fordelt utover i alle fylker og det er for øyeblikket kun Vestfold som ikke har pågående grupper. Det er allerede planlagt fem nye grupper for oppstart fra høsten av. Den store økningen til spesialistutdanningen sees i sammenheng med innføring av fastlegeordningen,

Det er gjennomgående kort ventetid for kandidater som vil være med i veiledningsgruppe. De fleste som nå står på venteliste får tilbud i løpet av maksimum ett år.

I arbeidsmedisin er det for tiden i gang fire grupper hvorav en igangsatt i løpet av det siste året. Det er to grupper i Oslo, en i Bergen og en i Kristiansand. I Bergen har man måttet rekruttere veileder fra Oslo. Det er få på venteliste. Rekruttering av nye kandidater er for tiden svak.

I samfunnsmedisin er det nå åtte grupper i gang, en av disse er startet opp siste året. Rekruttering av nye kandidater er jevn, men liten, slik det har vært de siste årene.

I november 2000 ble det startet opp utdanning av et nytt kull veiledere i de tre fagene. Dette kullet består av fire samfunnsmedisinere, fem arbeidsmedisinere og 17 allmennmedisinere. Alle samfunnsmedisinere og 12 av allmennlegene har allerede gruppe. Tre nye grupper i allmennmedisin og en gruppe i arbeidsmedisin plan-

legges til høsten med disse nye veilederne. Dette bekrefter behovet for jevn nyutdanning for å fornye korpset av veiledere. Mange av de veilederne som startet opp i 1985 er ikke lenger aktuelle til å påta seg ny gruppe.

Det er nå fire veiledningskoordinatorene i til sammen 1,2 stilling. Koordinatorene har ansvaret for kartlegging av og informasjon til kandidater og veiledere og oppfølging av veiledningsgrupper. Koordinatorene har besøkt enkelte veiledere og deltatt på gruppemøter der dette har vært ønsket.

Det har vært arrangert lokal samling i Oslo i september og i Langesund i november. Veiledersamling for alle spesialitetene ble holdt på Sola i april 2001. Det er et klart ønske fra veiledere som arbeider isolert rundt i landet å møtes årlig og det har blitt tradisjon at dette skjer på Sola. I år kom professor og allmennlege Jonathan Silverman fra Cambridge og underviste i kommunikasjonsferdigheter. Mye av aktiviteten var basert på opptak av egne rollespill/konsultasjoner og gruppearbeid hvor disse ble drøftet.

Tre av veilederkoordinatorene deltok på WONCA's verdenskonferanse i Durban i mai og presenterte der en felles poster om utdanning av veiledere : «Norwegian GP education : training the trainers- learning by doing»

5.22 Utredning om hvordan veiledning av medisinske studenter ivaretas i fastlegeordningen

Landsstyret påla sentralstyret i ekstraordinært landsstyremøte 14.11. 2000 å utrede hvordan veiledningen av medisinske studenter ivaretas i fastlegeordningen.

Medisinske studenter skal i løpet av studietiden være ute i allmennpraksis under veiledning av en allmennpraktiker. Oppleggene varierer noe fra fakultet til fakultet.

Sentralstyret behandlet saken 1.3. 2001 og vedtok å skrive brev til fakultetene for å få opplysninger om hva fastlegeordningen og økningen i antall studenter kan få å bety for veiledningen av studentene når de er utplassert i allmennpraksis. Saken er også fulgt opp i møte med dekanene og andre kontakter Legeforeningen har med fakultetene.

Per 1.7. 2001 hadde bare Institutt for samfunnsmedisinske fag ved fakultetet ved Universitetet i Bergen svart. De var bekymret for rekrutteringen fordi lønnsmidlene knapt dekket tapt arbeidsfortjeneste, men var likevel optimistiske. Vel så viktig som lønn er det faglige fellesskapet som utvikles blant praksislærerne. Dessuten kommer studentene med ny kunnskap, noe som er både faglig berikende og utfordrende.

5.23 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Det har i perioden vært avholdt åtte lokale kurs med i alt 136 deltakere.

Legeforeningen har utviklet et selvinstruerende utdanningsprogram for veiledere basert på video, tekstbok og arbeidsbok. På denne måten håper vi at utdanningen av veiledere kan desentraliseres og legges til den enkelte sykehusavdeling. Opplegget er utarbeidet av Kirsten Hofgaard Lycke, Pedagogisk forskningsinstitutt UiO, Marianne Steen, Yngre legers forening, Truls E. Bjerklund Johansen, Norsk overlegeforening og Bjørn Oscar Hoftvedt, sekretariatet. Utdanningsopplegget kan kjøpes for kr 850. I perioden er det solgt 112 eksemplarer.

5.24 Idékatalog for etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Etterutdanningsgrupper er siden 1998 en obligatorisk aktivitet også i resertifiseringen for spesialiteten i allmennmedisin. For å lette etableringen og gi en oversikt over hvilke typer grupper og temaer som er aktuelle, har veiledningskoordinatorene i samarbeid med Nettredaksjonen laget en idekatalog. Denne ligger under utdanning på Legeforeningens sider. Katalogen er blitt jevnlig oppdatert.

5.25 Utdanningshåndbok for spesialistutdanning i sykehus

Høsten 2000 og våren 2001 har redaktør av utdanningshåndboken Guttorm Brattebø i samarbeid med nettredaksjonen i Legeforeningen utarbeidet en egen elektronisk versjon av håndboken.

Utdanningshåndboken har foreløpig ingen tilgjengelig adresse, men denne forventes å ligge på Legeforeningens hjemmeside under utdanning og kurs i løpet av høsten 2001.

5.26 Alternative læringsformer

5.26.1 Kurs for allmennpraktikere på Internett

Foreløpig er det utviklet fire selvgående kurs for Internett: Informasjonssøking ved hjelp av Internett, Introduksjon til regnskap for selvstendig næringsdrivende leger, 24-timers blodtrykksmåling og Spirometri i allmennpraksis. Adressen til programmene er: legeforeningen.no/lupin.

Andre planlagte kurs er:

- Diabetes Mellitus med utgangspunkt i NSAM's handlingsprogram v/Tor Claudi
- Forebygging av hjerte-karsykdommer. Vurdering av risiko og terapieffekter v/Eivind Meland og Irene Hetlevik
- Innføring i arbeidsmedisin v/Bente Moen

5.26.2 Grunnkurs i klinisk kardiologi

Spesialitetskomiteen i indremedisin har besluttet at grunnkurset i klinisk kardiologi skal omarbeides til et kurs som kan tas på Internett. Redaktører for dette kurset er Jan P. Amlie og Ole-Jørgen Ohm. Dette kurset vil i tillegg til leksjoner og tester inneholde opplegg for gruppearbeid og faglig forum på nettet. Den alminnelige danske lægeförening deltar som observatør i arbeidsgruppen. En testversjon av kurset er planlagt ferdig januar/februar 2002.

5.26.3 Medisinsk statistikk på Internett

Det har vært gjennomført to fulltgnede kurs (24 deltakere) høsten 2000 og våren 2001. Professor Petter Laake og stipendiat Harald Fekjær har stått for det faglige innholdet og faglig tilbakemelding til kursdeltakerne. Pedagogisk avdeling har stått for den administrative delen av kurset.

Fra høsten 2001 overføres også det administrative ansvaret til Universitetet i Oslo ved professor Petter Laake. Kursets innhold endres fra ni kursbrev til et innføringskurs og et oppfølgingskurs.

5.26.4 Virtuelt simuleringsprogram

Legeföreningen er med i et prosjekt som ledes av Telenor Fou om utvikling av et virtuelt simuleringsprogram til bruk for medisinstudenter og ferdige leger i håndtering av pasienter med multitraumer. Programmets navn er Matador.

I perioden har det medisinsk-faglige innholdet i programmet blitt ferdig. I tillegg har man teknisk utviklet programvaren så langt at prosjektet er klart for feltforsøk. Dette er det første læringsprogrammet av sitt slag i Norden. Norsk anestesilogisk forening har vært engasjert i tillegg til fagpedagog fra sekretariatet.

5.27 Samarbeid med de medisinske fakultetene

Sentralstyret har lagt stor vekt på et godt samarbeid med de medisinske fakultetene, og det har vært avholdt flere møter med dekanene i perioden. Forskning i spesialistutdanningen har vært et tilbakevendende tema der dekanene og Legeföreningen ikke har nådd enighet fordi Legeföreningen ikke anser en obligatorisk forskningsoppgave av relativt kort varighet (tre måneder) som hensiktsmessig. For øvrig har dekanene og Legeföreningen stått sammen om arbeidet for å styrke norsk medisinsk forskning. Forskning var ett av hovedtemaene under årets dekanmøte som fant sted på Svalbard med fakultetet i Tromsø som vertsskap. Legeföreningen har støttet fakultetene i arbeidet med å få opprettet en forskerlinje ved fakultetene.

I forbindelse med forslag om regionale utdanningspakker i spesialistutdanningen, som Legeföreningen har uttrykt skepsis til, har foreningen vært i dialog med fakultetet i Trondheim (NTNU). Fakultetet ønsker å iverksette et pilotprosjekt med støtte fra Nasjonalt Råd. Legeföreningen har akseptert tilbud om å oppnevne en representant i gruppa som skal evaluere prosjektet.

Under årets fakultetsmøte var Legeföreningen representert med Hans Petter Aarseth, Øyvind Østerås (Nmf), Einar Skoglund og Hans Asbjørn Holm. LVS hadde fått egen invitasjon og var representert ved Kåre Gautvik og Helge Bjørnstad Pettersen.

5.28 Samarbeid med andre organisasjoner

Legeforeningen har en representant i styringsgruppen for prosjektet «Fra erfaring til læring». Dette er et samarbeidsprosjekt mellom fem kronikerorganisasjoner, Norsk Sykepleierforbund og Legeforeningen. I ny lov om spesialisthelsetjenester er opplæring av pasienter og deres pårørende kommet inn som en fjerde oppgave sykehusene skal ivareta. Opplæring kommer i tillegg til medisinsk utredning og behandling, utdanning av leger og annet helsepersonell og forskning og utvikling som er oppgaver sykehusene allerede er pålagt. Målsettingen med prosjektet «Fra erfaring til læring» er å arrangere fem regionale konferanser om læring og mestring av kronisk sykdom med fokus på pasientperspektivet i den nye loven.

Det har vært avholdt månedlige styringsgruppemøter fra Legeforeningen kom med i prosjektet i august 2000. I tillegg har Legeforeningens representant vært aktiv i utformingen av den interaktive metodikken som ligger til grunn for konferansene. De fem regionale konferansene vil bli gjennomført i tidsrommet november 2001 til mars 2002.

Samarbeid med Norges Diabetesforbund

Lærings- og mestringsutvalget i NDF kalles Diabetesforbundets «pedagogiske fagråd». Legeforeningen har vært representert i dette utvalget siden 1995. Det har vært holdt tre møter og to telefonkonferanser i perioden. Utvalget har utarbeidet en egen perm, kalt Veilederen, med råd om strategier og metoder for mestring av egen sykdom.

Deler av utvalget har også utarbeidet egne «Startpakker» til bruk for veiledning av pasienter og pårørende i forbindelse med nyoppdaget diabetes.

I perioden har det vært avholdt to veileder – kurs for helsepersonell og pasienter og et erfaringsseminar for de fylkene som var de som startet først. Ti fylker gjennomfører fortløpende Startprogrammer og flere har forespurt om muligheten for å få kurs. Legeforeningen sin representant har deltatt aktivt i kursene og erfaringsseminaret.

Legeforeningen har vært med å utarbeide opplæringsprogrammet «Bedring» for implementering av nye retningslinjer for behandling av type II diabetes. Det gjennomføres nå et nasjonalt opplæringsprogram hvor sykehusene kjører kurs for bl.a. allmennpraktikere.

I perioden har det vært avholdt to erfaringsseminarer hvor fokus har vært på forbedringspotensialer. Legeforeningen har deltatt på begge disse.

5.29 Avvikle ordningen med gebyrstipend for medisinstudier i utlandet

I møte 18.–20.10. 2000 vedtok landsstyret å pålegge sentralstyret å arbeide for at gebyrstipendordningen for medisinstudenter i utlandet avsluttes. Studenter som allerede er innlemmet i ordningen, skal ikke berøres av eventuell endringer. Bakgrunnen for vedtaket var bekymring for at økningen i antall medisinstudenter ville kunne føre til dårligere kvalitet på turnustjenesten.

Sentralstyret, blant annet ved presidenten, har ved flere anledninger tatt denne saken opp med sentrale politikere. Saken har også vært drøftet i møte med helseminister Tore Tønne.

I brev av 6.2. 2001 foreslo Norsk overlegeforening (Of) at sentralstyret skulle sette ned «et internt utvalg for å formulere Legeforeningens oppfatning av legebehovet i fremtiden og hvordan utdanningskapasiteten bør dimensjoneres etter dette. Videre bør ordningen med gebyrstipend vurderes, før saken forfølges videre».

Sentralstyret behandlet dette forslaget i møte 1.3. 2001. Sentralstyret vedtok blant annet at inntil det foreligger muligheter for å tilby tilfredsstillende turnustjeneste for dem som er under utdanning, vil Legeforeningen arbeide for å avvikle gebyrstipendordningen for nye studenter. Videre bad sentralstyret sekretariatet gjøre en gjennomgang av de forskjellige prognoser og fremskrivninger av legearbeidsmarkedet, vurdere det materialet som ligger til grunn og uteske mulighetene for å utarbeide bedre prognoser enn dem som er tilgjengelige i dag.

Sentralstyret behandlet saken igjen 12.6. 2001. Til dette møtet forelå det et brev av 4.5. 2001 fra Norsk medisinstudentforening (Nmf). Nmf bad sentralstyret sende et brev til Kirke-, Undervisning- og Forskningsdepartementet (KUF) der sentralstyret skulle be om at ordningen med gebyrstipend avvikles for kommende søkere til medisinstudiet i utlandet. Norsk medisinstudentforening hadde selv sendt et tilsvarende brev til KUF.

I tillegg hadde sekretariatet gått gjennom de mest aktuelle prognosene for legearbeidsmarkedet. Sekretariatet mente at prognosene fra Nasjonalt Råd og SNAPS-gruppen (Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor 2000) gir en realistisk fremskrivningen av hvordan legearbeidsmarkedet kan komme til å utvikle seg.

Bortfall av gebyrstipendet skal ikke gjelde studenter som allerede er i gang med studiet. Dette betyr at tiltaket ikke vil få virkning på antall turnusleger før tidligst i 2008 dersom det fjernes fra 2002. I mellomtiden må en finne løsninger som ivaretar kvaliteten på turnustjenesten med økt antall turnusleger.

Prognosene fra Nasjonalt Råd som viser en økning i antall turnusleger fra 795 i 2007 til 815 i 2008, 835 i 2009 og 855 i 2010, forutsetter at tallet på nye utenlandsstudenter i årene 2002 til 2004 øker. Dette er usikkert. Tallet på nye utenlandsstudenter gikk ned fra 377 i 1999 til 285 i 2000. Vi må også regne med et visst frafall underveis slik de endelige tallene på ferdige studenter ved de ulike lærestedene kan bli lavere. Vi har heller ikke ennå sett resultatene av den debatten som har vært rundt mangel på turnusplasser, bekymringen for kvaliteten på turnustjenesten og frykten for usikkert arbeidsmarked. Dette kan føre til at færre søker seg til medisinstudier i utlandet.

På denne bakgrunn vedtok sentralstyret å avvete situasjonen til tallene for nye utenlandsstudenter som studerer medisin med gebyrstipend foreligger høsten 2001 før det foretar seg noe overfor KUF. Sentralstyret mente også at hvilke tiltak myndighetene setter i verk for å løse problemet med turnustjenesten, vil være avgjørende for hvordan Legeföreningen skal arbeide videre for å avvike gebyrstipendordningen.

5.30 Diverse kurs, konferanser, seminarer

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

Legeföreningens årlige fortsettelseskurs for allmennpraktiserende leger i august består av en rekke delkurs. Uken starter med et felles kurs «Terapeutiske fremskritt» mandag og tirsdag. Dette kurset er de to siste år ledet av overlege Steinar Madsen og har stor oppslutning blant landets allmennpraktikere. De siste årene har ca. 150 allmennpraktikere deltatt på fortsettelseskurset.

Ukens tre siste dager er viet kliniske emnekurs som avholdes på forskjellige sykehusavdelinger i Oslo-området. Aktuelle emner er akuttmedisin, belastningssykdommer, barnesykdommer, diabetes, fødselshjelp og kvinnesykdommer, hudsykdommer.

Disse kursene har også stor oppslutning idet de gir tellende emnekurstimer til videre- og etterutdanningen for allmennpraktikere. Spesialitetskomiteen vurderer fra år til år hvilke emner som er aktuelle, etter innspill både fra deltakerne og det offentlige.

I perioden er det arrangert møte med fylkesavdelingenes kurskomiteer. Temaene i januar 2001 var de nye læringsformene i allmennmedisin, Internettkurs, genetikk, Dnlfs reisepolicy, kursutvikling og kursmetoder. På årets kurs deltok 20 leger fra alle landets fylker.

Legeföreningen arrangerer årlig, i begynnelsen av mai, et seminar om spesialistutdanningen. Den 8.–9.5. 2001 ble seminaret gjennomført på Soria Moria. Representanter fra spesialitetskomiteene, spesialitetsrådet, sentralstyret, Yngre legers förening, Norsk overlegeförening m.fl. deltok. Hovedtemaene var; «Viktige helsepolitiske saker», Kvalitet i utdanningen» og Legerollen – etikk og kommunikasjon».

Til Akademisk studieforbund har Den norske lægeförening i 2000 rapportert inn 464 kurs – til sammen 9 365 kurstimer. Dette er inkludert universitetskursene. Totalantallet kurs er sannsynligvis større. Det er neppe samtlige kurs i landet vi har oversikt over.

Sentralstyret har besluttet at fra 2001 utgis ikke kurskatalogen lenger som Tidsskriftnummer. Kurskatalogen blir utarbeidet som før, men som nettutgave på Legeföreningens web-side.

For dem som trenger det, vil det bli anledning til å kjøpe en enkel, trykket versjon.

6 Lønns- og arbeidsvilkår

«Rammevilkårene for utøvelse av faglig god legevirksomhet må sikres alle leger ved at arbeidsbetingelser, lønnsvilkår og arbeidsmiljøet legges til rette. Foreningen vil arbeide for å oppnå nødvendige forbedringer gjennom frie forhandlinger innenfor et hensiktsmessig avtaleverk.»

6.1 Forhandlingsorganisasjon

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

Sentralstyret etablerte imidlertid en særskilt forhandlingsdelegasjon for fastlegeforhandlingene som forhandlet alle sider ved fastlegeordningen, herunder også nødvendige endringer i særavtalen for kommunalt ansatte leger og i særbestemmelsene for kommunalt ansatte leger i Oslo kommune.

Forhandlingsdelegasjonen besto av følgende medlemmer: Hans Petter Aarseth, Hans Kristian Bakke, Øyvind Sæbø, Anette Fosse, Ivar Halvorsen, Gunnar Ramstad og Bente Kristin Johansen.

6.1.1 Regler for Den norske lægeforenings forhandlingsvirksomhet

Det er i perioden ikke vedtatt i lønnsutvalgets sammensetning eller i øvrige regler som regulerer foreningens forhandlingsvirksomhet. I forbindelse med et forslag fremsatt under landsstyrets møte i 2000 har det vært innhentet synspunkter på forhandlingsordningen i Dnlf, samspillet mellom lønnsutvalget og sentralstyret og ev. behov for endringer i forhandlingsreglementet. Sentralstyret er av den oppfatning at det ikke bør gjøres endringer før det er klarlagt hva slags arbeidsgivertilknytning helseforetakene vil ha og hvilke behov som kan oppstå som følge av dette.

6.1.2 Lønnsutvalget for fastlønte leger.

Lønnsutvalget for fastlønte leger har fra 1.1. 2000 og frem til 31.12. 2001 følgende sammensetning: Hans Petter Aarseth (leder), Einar s. Hysing (nestleder), Eirik Bø Larsen, Arne Johannesen, Anne Sofie Syvertsen, Vidar von Düring, Bente Mikkelsen, Anne Larsen, Bente Kristin Johansen, Torkel Steen, Leif Næss, Kaare M. Gautvik, Ørn Terje Foss og Rune Nordpoll. Varamedlemmer for yrkesforeningenes og Norsk medisinstudentforenings representanter er: Åge Henning Andersen, Ernst Horgen, Bjørn Norèn, Brynjulf Ystgaard, Bjørn Busund, Helge Skard Dokka, Just Ebbesen, Gerd Tranø, Anne Mørch Larsen, Christian A. Drevon, Stein Inge Fandrem og Øyvind Hornstuen.

Observatør Torunn Janbu, leder i Oslo lægeforening,

6.1.3 Tariffutvalg for privat praksis

Fra 1.1. 2000 til 31.12. 2001 har tariffutvalget for privat praksis bestått av: Hans Petter Aarseth (leder), Hans Kristian Bakke (nestleder), Gunnar Ramstad, Kjell Maartmann-Moe, Truls Disen, Berit Norling, Per Wærås Tvette, Asle Medhus og Einar S. Hysing. Varamedlemmer: Åge Henning Andersen, Hanne Dinesen, Harald Guldsten, Finn Korsrud, Ivar Halvorsen, Just Ebbesen og Bjørn Busund.

6.1.4 Representasjon i Akademikernes seksjonsorganer

Akademikerne Stat:

Geir Ketil Røste med Signe Gerd Blindheim som varamedlem.

Akademikerne kommune:

Hans Petter Aarseth og Bente Kristin Johansen er foreningens representanter med Odvar Bränden og Per Medalen som varamedlemmer.

Akademikerne Privat:

Per Medalen

Akademikerne Frie yrker:

Åge Henning Andersen og Nils Grytten

6.2 Publikasjoner og informasjon

Avtalesamling

Legeforeningens avtalesamling blir holdt løpende ajour i form av særtrykk av enkeltavtaler.

En ajourført oversikt over Legeforeningens overenskomster, avtaler og regulativer er inntatt i Legeforeningens årbok. Oversikten er ajour pr. 18.2. 2000.

Særtrykk av avtalene er i perioden sendt medlemmene på anmodning, men alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside sammen med annen forhandlingsrelevant informasjon.

Medlemsbrev

Det er i medlemsbrev gitt utfyllende orientering om resultatet av takstforhandlingene og om fastlegeordningen.

Bruk av Tidsskriftet

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

Forhandlingsinformasjon på Internett

Ved siden av at alle avtaler er lagt ut på Legeforeningens hjemmeside, er det også gjennom nyhetssiden presentert viktige og aktuell forhandlingsinformasjon. Hjemmesiden er fortløpende ajourført med fylldige fremdriftsrapporter og resultater for alle forhandlinger – både legevaktsforhandlingene, fastlegeforhandlingene, normaltarifforhandlingene og lønnsoppjøret i offentlig sektor.

Orienteringsmøter på de enkelte sykehus

Det er ikke avholdt orienteringsmøter om sykehuslegeavtalen i inneværende periode siden det ikke har vært endringer av betydning for sykehuslegenes spesielle lønns- og arbeidsvilkår.

Dagsseminar om lokale forhandlinger

Forhandlingsavdelingen arrangerte dagsseminar om lokale forhandlinger 29.8. 2000 og 13.9. 2000 i Oslo med til sammen 140 deltagere.

Særskilt tillitsvalgtkurs i forbindelse med statlig overtakelse av sykehusene

Den 21. og 22.5. 2001 ble det avholdt tillitsvalgtkurs med over 100 deltakere om en del utvalgte temaer i forbindelse med statlig overtakelse av sykehusene og foretaksorganisering. Kurset vektla innføring i juridiske emner i forbindelse med virksomhetsoverdragelse og omstilling, tillitsvalgtarbeid i foretak og konsern og informasjon om utøvelse av arbeidsgiveransvaret. I tillegg ble det informert om reformen og om det fremtidige forhandlingsarbeidet.

6.3 Forhandlinger om lønns- og arbeidsvilkår for fastlønte leger

6.3.1 Generelt om forhandlings situasjonen

Tariffrevisjonen pr. 1.5. 2000, som resulterte i brudd med etterfølgende megling i tariffområdene Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS) og Oslo kommune, omfattet også andre avtaleår (2001). Bortsett fra sentrale justeringsforhandlinger i staten, som ble forhandlet via Akademikerne i april 2001, var det ikke ordinære forhandlinger om innholdet av hovedtariffavtalene.

Det er imidlertid via Akademikerne gjennomført forhandlinger om en rekke sentrale generelle særavtaler i KS området, herunder luftambulansetjenesten og reiseregulativet. Også statlig særavtale for reiser er forhandlet.

6.3.2 Tariffrevisjonen per 1.5. 2000 og 1.5. 2001.

Staten

Generelle tillegg:

Pr. 1.5. 2001 er det gitt et tillegg på regulativet med kr 2200 på hvert lønnstrinn.

Sentrale justeringer:

Justeringsoppgjøret i Staten ble sluttført 5.4. 2001. Forhandlingene hadde en ramme på 1,0 % av lønnsmassen med virkningsdato 1.9. 2001.

Tillegg gitt til koder som ble forhandlet av Akademikerne Stat utgjorde i overkant av 25% av potten. Tilsvarende prosenter var i 2000 ca. 20% og i 1999 ca. 16%.

Akademikergruppen sett under ett representerer i størrelsesorden 12–13% av lønnsmassen i staten.

Det ble tidlig i forhandlingene klart at Staten ved Sosial- og helsedepartementet ikke ønsket å gi tillegg til overlegegruppene ved de statlige sykehusene. Det ble antydning at lønnsutviklingen hos denne gruppen ville bli vurdert i forbindelse med etableringen av statsforetak, en begrunnelse det var vanskelig å akseptere fullt ut, idet både sykepleiere og spesialsykepleiere ved de statlige sykehusene ble gitt vesentlige tillegg også i årets justeringsforhandlinger.

Det ble videre forhandlet med sikte på å oppnå best mulig resultater for assistentleger, leger ansatt i statlige institusjoner utenfor sykehusene og for leger i vitenskapelige stillinger.

Overleger ved institusjoner *utenfor* sykehus fikk ett lønnstrinn, mens fylkeslege, ass. fylkeslege og rådgivende lege ved fylkestyrdkontorene fikk to lønnstrinn. Spennet på professorkoden ble utvidet og alle fikk ett lønnstrinn.

For assistentlegene ble det gitt ett lønnstrinn til alle som var plassert i alternativ fire-13 på lønnsramme 20. I tillegg ble det gitt et ansiennitetsopprykk etter 14 år. Legeforeningens krav var å gi høyest tillegg til assistentleger med kortest ansiennitet, mens statens tilbud tilgodeså de med lengst ansiennitet. Statens tilbud omfattet imidlertid 77 av totalt 164 legeårsverk i LR20, og utgjorde i kroner tre ganger mer enn kostnaden på det kravet Legeforeningen fremmet.

Lokale forhandlinger:

Det ble høsten 2000 ført lokale forhandlinger pr. 1.9. 2000 innenfor en ramme på 0,75% pr. dato. I tillegg ble det forhandlet innenfor en ramme på 0,1% om frigjorte lønnsmidler (som oppstår på grunn av skifte av arbeidstakere). Det ble lagt en sentral føring på forhandlingene om at det skulle tas hensyn til virksomhetens behov for høgskole og langtidsutdannet personell og at kvinner burde få en større andel av potten enn prora-ta fordeling tilsier. For innværende år skal det gjennomføres lokale forhandlinger innenfor en ramme på 0,6% av lønnsmassen (0,5% + 0,1% frigjorte lønnsmidler) med virkning fra 1.10. 2001.

Ferie:

Statsansatte har fått to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger ble opptjent i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Pensjon:

Fjerning av knekkpunktet mellom 8 og 12 G (grunnbeløpet) medførte en betydelig forbedring i pensjonen

for mange av Legeforeningens medlemmer. Frustrasjonen ble desto større for de medlemmer som hadde pensjonert seg på et tidligere tidspunkt, og Legeforeningen har mottatt en rekke henvendelser om dette. På denne bakgrunn har Legeforeningen tatt saken opp med Akademikerne, som i styremøte 7.5. 2001 vedtok å skaffe en oversikt over antall pensjonister som ble pensjonert før 1.5. 2000 med et pensjonsgrunnlag fra 8–12 G og høyere enn 12 G. Det må klargjøres hvilke kostnader som vil være knyttet til å gi ordningen tilbakevirkende kraft slik at den også vil omfatte de som var pensjonister før 1.5. 2000 og de som har fratrudd med oppsatte rettigheter, og deretter om det kan være mulig å få gjennomslag for eventuelle overgangsordninger.

Partssammensatt arbeidsgruppe om statens lønns- og forhandlingsystem:

Gruppen ble nedsatt ved tariffoppgjøret 2000 og skal innen 30.11. 2001 gjennomgå statens lønns- og forhandlingsystem og evaluere og drøfte forslag om endringer i dette.

Legeforeningen har hatt møter med Akademikernes representant i gruppen/forhandlingsleder i stat for å gi innspill til gruppens arbeid. Avlønning av vitenskapelig personale er særskilt vektlagt.

Kommunenes Sentralforbund

Generelle tillegg:

Pr. 1.5. 2001 ble det gitt et tillegg på regulativet med kr 2200 på hvert lønnstrinn.

Lokale forhandlinger:

Det ble ført lokale forhandlinger pr. 1.8. 2000 innenfor en ramme på 1,51 % pr dato.

Det skal i inneværende år føres lokale forhandlinger innenfor en ramme på 0,9 % pr. dato med virkning fra 1.11. 2001. Kravene skal være overlevert innen 1.10. 2001.

Ferie:

Også ansatte i kommunene og fylkeskommunene får to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger ble opptjent i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Pensjon:

Fjerning av knekkpunktet mellom åtte og 12 G medførte en betydelig forbedring i pensjonen for mange av Legeforeningens medlemmer. Frustrasjonen ble desto større for de medlemmer som hadde pensjonert seg på et tidligere tidspunkt, og Legeforeningen har mottatt en rekke henvendelser om dette. På denne bakgrunn har Legeforeningen tatt saken opp med Akademikerne, som i styremøte 7.5. 2001 vedtok å skaffe en oversikt over antall pensjonister som ble pensjonert før 1.5. 2000 og som hadde et pensjonsgrunnlag fra åtte-12G og høyere enn 12G. Det må klargjøres hvilke kostnader som vil være knyttet til å gi ordningen tilbakevirkende kraft slik at den også vil gjelde de som var pensjonister før 1.5. 2000 og de som hadde fratrudd med oppsatte rettigheter, og så om det kan være mulig å få gjennomslag for eventuelle overgangsordninger.

Avtalestruktur og lønnsystem:

Det ble ved tariffoppgjøret 2000 avtalt å nedsette et utvalg som skal vurdere avtalestrukturen og et som skal vurdere lønnsystemet, herunder forhandlingsbestemmelsene. Utvalgene har frist til h.h.v. 31.8. 2001 og 21.12. 2001 med å legge frem sine rapporter.

Oslo kommune

Generelle tillegg:

Pr. 1.5. 2001 ble det gitt et tillegg på regulativet med kr 2200 på hvert lønnstrinn.

Lokale forhandlinger:

Det ble ført lokale forhandlinger pr. 1.6. 2000 innenfor en ramme på 1,45 % pr. dato.

Det skal i inneværende år føres lokale forhandlinger innenfor 0,35% av lønsmassen på årsbasis til lokale forhandlinger med virkning fra 1.7. 2001. Forhandlingene gjennomføres innen 15.6. 2001.

Ferie:

Også ansatte i Oslo kommune får to dager ekstra ferie i 2001. Feriepenger ble opptjent i 2000 med 11,1 % av feriepengegrunnlaget. I år 2002 gis ytterligere to dager. Feriepenger opptjenes i 2001 med 12,0 % av feriepengegrunnlaget.

Pensjon:

Det tok lang tid før vedtektene i Oslo kommunale pensjonskasse ble endret slik at knekkpunktet mellom åtte og 12 G ble fjernet. Da vedtaket endelig forelå ble det gitt samme virkningsdato som i Staten og KS. Når det gjelder forholdet til leger som er pensjonert før 1.5. 2000 viser vi til avsnitt om pensjon under Staten og KS.

Avtalestruktur og lønssystem:

Det ble avtalt å nedsette et utvalg som skal vurdere avtalestrukturen i Oslo kommune. Utvalget har frist til 31.1. 2002. Det vil også bli foretatt en gjennomgang av lønssystem og forhandlingsbestemmelser i Oslo kommune. *Dette utvalgsarbeidet skal være avsluttet i rimelig innen tariffoppgjøret 2002.*

HSH/Apo

Med unntak av to nye overenskomster for barnehager og høyskoler, er hovedtariffavtalene prolongert fram til oppgjøret i 2002.

6.3.3 Revisjon av særavtaler

Særavtale for leger i sykehus (SFS 2306):

Forhandlingene endte med brudd og frivillig nemnd. Kommunenes Sentralforbund presenterte i første runde et omfattende krav hvor hele særavtalen var omskrevet og hvor mange viktige rettigheter som har vært opparbeidet over tid var fjernet. Legeforeningen avviste å forhandle videre på et slikt grunnlag. KS kom da med et siste tilbud som ikke var tilfredsstillende. Dette gikk ut på en opprettholdelse av nåværende avtale med noen små endringer på noen t-trinn, et engangstilskudd til Utdanningsfond III, og forslag om å nedsette et utvalg som skal utrede nye lønnsformer utover dagens regler for leger og andre arbeidstakere i sykehus, herunder en ordning med ekstraordinært organisert arbeid.

Nemndskjennelse forelå 1.9. 2000 og medførte en videreføring av tidligere avtale med noen små justeringer av godtgjøring for PUA, aktivt arbeid på vakt, m. m.

Nemndas flertall kom også til følgende: «For å styrke utdanningsfond III vedrørende sykehusenes støtte til innenlandske, obligatoriske kurs for sykehusleger under spesialistutdanning, innbetaler arbeidsgiver pr. 1. 10. 2000 et engangsbeløp på kroner 800, – pr. legeårsverk til fondet/ordningen. Beregningsgrunnlaget omfatter alle leger som er i arbeid per 1.9. 2000, med unntak av turnusleger.»

Særbestemmelser mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening:

Krav ble overlevert til Oslo kommune 16.6. 2000. Etter flere utsettelse ble Legeforeningen innkalt til forhandlingsmøte 14.9. 2000, med påfølgende møter 20. og 21.9. 2000.

Oslo kommune viste liten imøtekommenhet overfor Legeforeningens krav. Det utkast til tilbud som kommunen la fram inneholdt elementer som på ingen måte var akseptable, og var langt dårligere enn nemndskjennelsen i KS. Oslo kommune ville heller ikke gi noen avsetning til Fond III, tilsvarende det som ble oppnådd i KS. Etter en totalvurdering av forhandlingssituasjonen, i særlig grad for at våre medlemmer skulle få adgang til de lokale forhandlingene hvor det var en betydelig pott, valgte sentralstyret å anbefale hovedtariffavtalen i Oslo med en prolongering av særavtalens bestemmelser.

Særavtale mellom Staten ved Sosial- og helsedepartementet og Den norske lægeforening om spesielle lønns- og arbeidsvilkår for overordnede leger ved de statlige sykehusene og overordnede leger ved Statens institutt for folkehelse som har den vesentligste del av arbeidsoppgavene knyttet til laboratorievirksomhet.

Kravene fra Legeforeningens side at seksjonsledere og stedfortredere for avdelingsoverlegen, skulle være sikret en godtgjøring for funksjonen tilsvarende minimum tre lønnstrinn, selv om dette medførte at man gikk ut over lønsspennet, bedre fritaksbestemmelser for vaktjeneste for leger på 58/60 år, bibehold av

lønn etter tjenesteplan for gravide leger som går ut av vakt i siste trimester og lønnsopprykk for leger med doktorgrad.

Det var dessuten krav om øket godtgjøring på en rekke punkter i særavtalen.

Staten viste ingen imøtekommenhet over Legeforeningens krav, bortsett fra et lite tillegg i forbindelse for aktivt arbeid på vakt. Mangel på imøtekommenhet for Legeforeningens krav, sammenholdt med at Legeforeningen ikke hadde vært i særavtaleforhandlinger siden 1996 (grunnet endring av hovedsammenslutning), gjorde at man brakte resultatet inn for Statens Lønnsutvalg. Kjennelsen derfra gav ikke mer enn det som lå i Statens tilbud. Akademikernes representant i Statens lønnsutvalg støttet Legeforeningens krav.

Ved revisjon av tilsvarende særavtale for underordnede leger (Ylf) ble det heller ikke gjort endringer etter behandling i Statens lønnsutvalg.

6.3.4 Lokale forhandlinger i Staten, Kommunenes Sentralforbund (KS), Oslo kommune og HSH (Apo)

I alle tariffområder har lokale forhandlinger større betydning i forhold til lønnsdannelsen enn tidligere. Dette er i tråd med Legeforeningens politikk gjennom sitt medlemskap og arbeid i Akademikerne.

Resultatene Legeforeningen har mottatt fra de lokale forhandlingene viser at det til dels er oppnådd svært gode resultater. Resultatene tyder på at deltakelsen ved lokale forhandlinger var lav innenfor kommunehelse-tjenesten. I sykehusene synes deltakelsen å ha vært god – dette gjenspeiler seg også i resultatene.

Staten:

De lokale parter gjennomførte forhandlinger innenfor en økonomisk ramme på 0,75% per 1.9. 2000.

KS:

De lokale parter gjennomførte forhandlinger innenfor en økonomisk ramme på 0,63 % per år – eller 1,51 % per 1.8. 2000.

Oslo kommune:

Det ble avsatt en pott på 116 millioner kroner dette utgjør 0,84% per år eller 1,44% per dato. Forhandlingene ble gjennomført med virkning fra 1.6. 2000. HSH-Oslo kommune hadde satt av samme mengde midler til lokale forhandlinger.

6.3.5 Hovedavtaler

Kommunenes Sentralforbund

Gjeldende hovedavtale har i praksis vart siden 1996, og ble prolongert ved Riksmeglingsmannens møtebok av 26.5. 2000 fram til 1.10. 2000. Det pågår et partssammensatt arbeid med sikte på reforhandling. I påvente av dette er avtalen igjen prolongert frem til 15.9. 2001.

Stat

Gjeldende hovedavtale er prolongert t. o. m. 31.12. 2001.

Oslo kommune

Gjeldende hovedavtale har utløpsdato 31.12. 2001.

HSH Apo

Gjeldende hovedavtaler er prolongert fram til tariffoppjøret 2002.

7 Legers ledelsesansvar

«All legevirkosomhet innebærer ledelsesansvar.

Alle medisinske enheter må ledes av én leder.

Det må være klare ansvarlinjer ved virksomheter slik at den som innehar det medisinske ansvar også har tilstrekkelig myndighet.»

7.1 Utdanning i administrasjon og ledelse

Legeforeningen har ikke lenger egne kurs i Administrasjon og ledelse. Senter for helseadministrasjon mottar fra Legeforeningen kr 300 000 som støtte til driften for 2001.

7.2 Rådgivende utvalg for sentralstyret i spørsmål om organisasjon og ledelse i helsevesenet

Utvalget ble opprettet av sentralstyret 25.5. 1999. Initiativet var begrunnet bl.a. i daværende omfattende organisasjonsendringer ved flere store sykehus.

Utvalgets mandat har vært å vurdere de nye organisasjons- og ledelsesmodeller som utvikles for sykehusdrift, og gi råd til sentralstyret hvordan Legeforeningen skal forholde seg til disse. Utvalget skal spesielt gi råd om på hvilke nivå og hvordan det medisinske ledelsesansvar bør forankres for å ivareta god pasientbehandling.

Utvalget hadde i meldingsperioden følgende sammensetning: Gerd Ersdal, Frederik Kristensen, Sissel Mo Lichtenberg og Jan Petter Blomhoff (leder, overtok lederoppgaven etter at Øystein Mæland gikk ut av utvalget våren 2000).

Utvalget har hatt ett møte i meldingsperioden, og avga 18.9. 2000 rapport til sentralstyret. Rapporten drøfter bl.a. spørsmålet om medisinsk ansvar, herunder det individuelle ansvar og det medisinske systemansvar. Utvalget har også drøftet rollen til medisinsk-faglig rådgiver og pasientansvarlig lege.

Sentralstyret sendte rapporten på høring, og behandlet saken på ny 3.4. 2001. Det ble vedtatt at rapporten legges til grunn for Legeforeningens videre arbeid med å utvikle en helhetlig policy på området. Sentralstyret definerte følgende fem sentrale punkter som skal videreutvikles:

- Definisjon av den medisinske enhet eller ansvarsenhet som driver organisert pasientbehandling innenfor et avgrenset medisinsk fagområde
- Definisjon av systemansvar og arbeidet for utdyping av og forståelse for dette.
- Etablering av opplæringstiltak innenfor organisasjon og ledelse i Legeforeningens regi.
- Utvikling av forståelsen for nødvendigheten av leger som ledere og samtidig respekt for kolleger som ledere. Etablering og vedlikehold av et nettsted for tema organisasjon og ledelse.

8 Privat legevirksomhet med offentlig avtale

«Selvstendige legetjenester må sikres gode rammevilkår.»

8.1 Generelt om privat praksis

Forhandlingsarbeidet i perioden har vært sterkt preget av arbeidet med fastlegeordningen.

8.2 Forhandlinger om privat spesialistpraksis

8.2.1 Avtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om privat spesialistpraksis for leger med driftstilskudd

Någjeldende avtale er sagt opp av Legeforeningen. Krav til ny avtale ble etter forutgående behandling i sentralstyret fremsatt overfor KS i mars 2001. KS har på sin side vist til at privatpraktiserende legespesialister med driftstilskudd er omfattet av statens overtagelse av spesialisthelsetjenesten. På denne bakgrunn har KS i stedet foreslått at någjeldende avtale forlenges ut inneværende år.

Selv om KS ikke formelt avslår å innlede forhandlinger med Legeforeningen, må det legges til grunn at Sentralforbundets holdning innebærer at det ikke er realistiske muligheter til å gjennom forhandlinger oppnå substansielle forbedringer i någjeldende overenskomst. Mulighetene til å oppnå ønskede resultater antas å være langt bedre i forhandlinger med ny avtalepart i forbindelse med statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten. Sentralstyret anså det på dette grunnlag som mest hensiktsmessig å prolongere gjeldende avtale,

8.2.2 Rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske lægeforening om privat spesialistpraksis for leger med driftstilskudd

Den tilsvarende rammeavtale for spesialistene i Oslo er ikke sagt opp av Dnlf. Avtalen ble omsider i fjor høst formelt godkjent av politisk organ i kommunen. I etterkant av dette er det foretatt en formell reforhandling av de individuelle avtalene med spesialistene.

Også denne avtale forventes å bli erstattet av ny avtale i forbindelse med den forestående statlige overtagelse av spesialisthelsetjenesten.

8.3 Fastlegeordningen

8.3.1 Generelt

Fastlegeordningen ble innført fra 1.6. 2001. Sosial- og helsedepartementet fastsatte forskrift om fastlegeordningen i kommunene 14.4. 2000 ut fra den forutsetning at fastlegeordningen skulle iverksettes januar 2001. Allerede da forskriften ble fastsatt var imidlertid hele vedtaksprosessen i Stortinget så vidt forsinket at det var nødvendig med ytterligere fem måneders utsettelse av iverksettelsen, ikke minst av hensyn til gjennomføringen i kommunene. Forskriften er utformet under hensyntagen til den inngåtte intensjonsavtalen mellom KS, Oslo kommune og Legeforeningen av 24.6. 1999 som forpliktet partene til å bli enige i forhandlinger om en rekke elementer som ellers ville måtte reguleres i selve forskriften.

KS, Oslo og Legeforeningen har overholdt intensjonsavtalen idet ferdigforhandlet Rammeavtale mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene (heretter kalt Rammeavtalen), samt nødvendige tilpasninger i Avtale om driftstilskudd og takster (heretter kalt Statsavtalen) forelå i september 2000. Tilsvarende av rammeavtale ble deretter inngått for Oslo kommune.

8.3.2 Statsavtalen

I Statsavtalen erstattes tidligere bestemmelser om driftstilskudd for leger med avtale med kommunen med Del II Allmennleger. I denne dels punkt 2.1 er basistilskudd for allmennleger fastsatt, per 1.6. 2001 kr 278 per person per år.

Videre er det gitt bestemmelser om utjamningstilskudd i kommuner under 5 000 innbyggere hvor gjennomsnittlig listelengde per lege er mindre enn 1 200. Dette innebærer at hver listelege i kommunen får et ekstra per capita tilskudd svarende til differansen mellom gjennomsnittslisten i kommunen og tallet 1 200. Legeforeningen anser det som et problem at utjamningstilskuddet har blitt en direkte merutgift for disse småkommunene, idet staten hittil ikke har gått inn med ekstra tilskudd til kommuner som må utbetale utjamningstilskudd slik de fleste involverte parter hadde forutsatt før og under forhandlingene.

Statsavtalen inneholder nærmere regler om automatisk åpning av og tilgang til lukkede lister for bl.a. barn og ektefelle/samboer, samt bestemmelser som hinderer at staten ensidig kan regulere det listetaket som er fastsatt i forskriftens §12 a.

I tilfeller der kommunen må søke om suspensjon fra fastlegeordningen inneholder Statsavtalen bestemmelser om økonomisk tilskudd til leger i suspenderte kommuner.

8.3.3 Rammeavtalen

Rammeavtalen mellom Kommunenes Sentralforbund og Den norske lægeforening om allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunene utfyller forskriften og definerer fastlegeordningen i kommunene nærmere. Det er i rammeavtalen fastsatt at det i kommunen skal være et allmennlegeutvalg for å bidra til samarbeid mellom legene og et samarbeidsutvalg med oppgave å legge til rette for legetjenesten i kommunen og sikre samarbeidet mellom kommunen og legene. Samarbeidsutvalget skal være sammensatt med like mange representanter fra legene og kommunen, og representantene velges for to år av gangen. Det er gitt bestemmelser om hvilke saker utvalget skal befatte seg med.

Rammeavtalen inneholder nærmere bestemmelser om kommunens oppgaver og plikter overfor legene, herunder regler for tildeling av nye og ledige avtalehjemler, organisering av allmennlegetjenesten, informasjon til legene og utbetalinger til legene.

Legenes plikter er definert i avtalens del IV. Det er fastsatt regler om omfanget av legens ansvar overfor egne listepasienter og andre pasienter, plikt til å påta seg kommunale oppgaver, tilgjengelighet, rettigheter til fravær og inntak av vikar. Med grunnlag i disse bestemmelsene er det i ettertid oppstått tvist mellom partene om hvilket ansvar fastlegen har for egne pasienter på dagtid (8–16), men på tider legen ikke selv har kontraktfestet plikt til å være i praksisen. Kommunenes Sentralforbund anser at fastlegen ved hjelp av kollegial avtale må sørge for et tilbud til sine pasienter når vedkommende ikke selv etter kontrakten har kontortid, noe Legeforeningen anser at det ikke er rettsgrunnlag for å kreve.

Det er også tvist om det er kommunen eller allmennlegene som har ansvar for å ta seg av akutthjelp til pasienter som ikke er legens egne faste pasienter. Legeforeningen mener at legen skal sørge for hjelp til pasienter på egen liste i sin kontortid, samt i alle tilfelle prioritere øyeblikkelig hjelp, jf. helsepersonellovens §7. Bistand til andre pasienter må være frivillig og avhengig av den enkeltes kapasitet. Følgelig er det kommunens plikt og oppgave å sørge for annen legehjelp, fortrinnsvis ved at det i store kommuner og kommuner med store sesongmessige svingninger i befolkning etableres organisert beredskap på dagtid. Oslo kommune, for eksempel, nekter å etablere en egen daglegevakt under henvisning til at avtalelegene skal ta seg av behovet for akutt legehjelp på dagtid (8–16).

Inntak av turnuslege i legepraksis er i rammeavtalen gjort til en forhandlingssak mellom kommunen og den enkelte lege/legegruppe. Hensikten har vært å åpne for inntak av tilstrekkelig antall turnusleger ved at det avtales full utgiftskompensasjon. Frivillighet gjør at den enkelte lege kan vurdere om egen praksis er tilpasset og pasientlisten er stor nok til at også turnuslegen kan arbeide der.

I tillegg til rammeavtalen har KS og Dnlf utformet en standard individuell avtale mellom den enkelte lege og kommunen som skal benyttes.

8.4 Forhandlinger om takster og honorar

8.4.1 Forhandlinger om normaltariff og driftstilskudd

Egenandelsökning

I forbindelse med statsbudsjettet for 2001 vedtok Stortinget at egendelen for undersøkelse/behandling hos spesialist skulle økes med 4,5 % fra 1.7. 2001. Av praktiske årsaker ble økningen gjennomført fra 1.6. 2001 da Normaltariffens nye takster trådte i kraft. Konsekvens av dette ble at de allerede framforhandlede refusjonstakster for fastlegeordningen høsten 2000 måtte revideres, og at en vesentlig del av spesialistenes inntektsøkning ble lagt på egenandelstakster.

Normaltariffen

Det er inngått ny Avtale om basistilskudd for allmennleger i fastlegeordningen, driftstilskudd for spesialister og honorartakster med virkning fra 1.6. 2001. Denne avtalen er blitt mer omfattende enn tidligere fordi den nå inneholder bestemmelser om finansiering og listeregulering i fastlegeordningen i tillegg til driftstilskuddsbestemmelsene for privatpraktiserende spesialist med fylkeskommunal avtale.

Forhandlingsresultatet innebærer at de privatpraktiserende legene gjennomsnittlig får samme inntektsvekst som arbeidstakere det er naturlig å sammenligne med. Oppgjøret fikk en økonomiske ramme på 3,5 fra iverksettelsen, som da er tilstrekkelig til å dekke en inntektsvekst på 4,1 % og en kostnadsvekst på 4,2 % fra 2000 til 2001. Overhenget ble beregnet til 2,1%. Driftstilskuddene er derfor øket likt med 3,5%. Takstene er øket med gjennomsnittlig samme %, men lagt på utvalgte takster eller benyttet til å opprette nye takster.

På grunn av overgang til per capita tilskudd som gjennomsnittlig utgjør en mindre andel av allmennlegens omsetning enn driftstilskuddet, innebærer forhandlingsresultatet i tillegg at takstsystemet for allmennlegene er tilført 134 millioner kroner utover de 3,5 % til ordinær inntektsregulering. Avsetningene til Legeforeningens fond ble øket med 3,5 % til 112 millioner kroner på årsbasis.

Den økonomiske rammen ble fordelt forholdsmessig likt mellom allmennleger og spesialister. Av nye takster i allmennpraksis skal nevnes nye tilleggstakster for pasienter med annen fastlege eller uten en egen fastlege og tillegg for second opinion. Den ekstraordinære økning av allmennlegenes takster er, etter at egenandelsøkningen har tatt sitt, lagt på de store og høyfrekvente generelle takstene, samt de alminneligste prosedyretakstene. Laboratorietakstene er ikke gitt noen økning.

For spesialistpraksis gikk en vesentlig del av økningene med til å dekke økede egenandeler. Før øvrig ble det tilstrebet å gi tilnærmet lik inntektsutvikling for spesialitetene. For spesialistenes del er videre takstsystemet tatt i bruk for å presse frem større overgang til henvisningspraksis. Det innebærer at spesialisten ikke får benytte refusjonstakster utover det som refunderes av selve konsultasjonstaksten 3a for pasienter som ikke er henvist. I tillegg kan spesialisten avkreve pasienten et tillegg på kr 170 (ny takst 3c) som trygden ikke dekker, heller ikke om pasienten har frikort.

På den måten forutsettes det at både pasient og spesialist har oppfordring til å sørge for henvisning. En henvisning vil gjelde i ett år. Er det gått mer enn ett år siden siste henvisning, anses pasienten for ikke å være henvist. Det er etablert en overgangsordning på 13 måneder for pasienter som har påbegynt behandling før 1.6. 2001. For å kompensere for antatt tapte inntekter er henvisningstakstene (4-takstene) øket noe.

8.4.2 K-takster

Ved takstforhandlingene i 1999 bevilget staten 15 millioner kroner til opprettelse av visse takster for kirurgiske inngrep innen øye, øre-nese-hals og ortopedisk kirurgi. Det gjaldt i første rekke inngrep med lange køer i de offentlige sykehusene, som for eksempel cataract operasjoner, tonsillektomier og artroskopier i skulder/kne. Bevilgningene og dermed refusjonstakstene er videreført også for avtaleåret 2001/2002 og utgjør på årsbasis nå totalt omkring 75 millioner kroner. Takstene er også øket litt fra 1.6. 2001.

8.4.3 Honorarsatser for legeerklæringer til folketrygd, forsikringsselskaper mv.

L-takstene eller Honorartakster for legeerklæringer til folketrygden reguleres i samsvar med salærforskriftens timesats og ble derfor regulert ganske betydelig, og regnes fra 1.6. 2001 ut fra en timepris på kr 700 (L60).

Det er inngått ny tre-årig avtale med Finansnæringsens Hovedorganisasjon om honorar for diverse legeerklæringer i forsikringsaker. Avtalen gjelder fra 1.6. 2001 og vil gjelde uendret i tre år.

Øvrige honorartakster reguleres med gjennomsnittlig 3,5 % per. 1.6. 2001.

8.4.4 Godkjenning av leger for bruk av spesielle takster

Det er i tidsrommet 1.7. 2000 til 30.6. 2001 godkjent 74 leger til å benytte takst 707b.

8.4.5 Standardavtaler for privat praksis

Fastlegeordningens ikrafttredelse medførte gjennomgående revisjoner og nytegninger av legers samarbeidsavtaler. På denne bakgrunn inngikk Forhandlingsavdelingen et samarbeid med Aplf for å lage en standard internavtale for gruppepraksiser i fastlegeordningen. Avtalen inneholder bestemmelser om rettigheter og plikter, oppsigelse og mislighold m.m. Avtalen er ment som et forslag til hvordan samarbeidet mellom legene kan reguleres, men må justeres i forhold til de reelle forhold på den enkelte legesenter. I tillegg til internavtalen er det utformet en enkel overdragelseskontrakt for overdragelse av legepraksis. Avtalene er lagt ut på Legeforeningens nettsider.

8.5 Forholdet til Rikstrygdeverket

8.5.1 Ny kollektivavtale om direkte oppgjør for utgifter til legehjelp

Etter at det ikke lenger var enighet mellom Legeforeningen og Rikstrygdeverket om Praksisutvalgenes mandat og rolle, med den konsekvens at Legeforeningen trakk sin representanter fra dette utvalget, var det nødvendig å endre kollektivavtalen på punkter som er berørt.

Endringene i avtalen er i første rekke av teknisk karakter og i all hovedsak en konsekvens av at Legeforeningen ikke lenger deltar i praksisutvalgene. RTV har på eget initiativ opprettet nye «Takstutvalg», etter mønster ikke langt unna det Legeforeningen selv foreslo som den fremtidige innretning av Praksisutvalget. De viktigste endringene gjennomgås her i all korthet:

RTVs rådgivende takstutvalg

Endring av punkt 7.4. avsnitt. Tidligere var det et obligatorium at alle tilbakekrevingssaker skulle forelegges Praksisutvalget. I det dette nå er et internt, rådgivende utvalg for trygdens forvaltningsapparat er det naturlig at det er trygden selv som avgjør hvorvidt en sak skal bringes inn for dette organ.

Foreldelse

Endring av punkt 4.2. Legens krav mot trygden foreldes seks måneder etter at fordringen oppstod. Av praktiske årsaker er det tatt inn et tillegg hvor det heter at fristen «skal regnes fra utgangen av den måned hvor behandlingen fant sted». Dette innebærer i realiteten en noe forlenget foreldelsesfrist for legene.

Journalinnsyn

RTV har ment at nedleggelsen av praksisutvalget også skal ha betydning for legens rett til å fremlegge journalmateriale som dokumentasjon på sin takstbruk. Legeforeningen har avvist dette, men presisert at fremleggelsesadgangen gjelder adekvat og relevant journaldokumentasjon. Denne forståelsen av avtalen ble det oppnådd enighet om og er gjengitt i pkt 6.2. fjerde ledd. Dette er ikke tale om en realitetsendring, i det taushetsplikten under alle omstendigheter vil være til hinder for fremleggelse av ikke-relevant journalmateriale.

Overprøving i klageinstansen

I tidligere avtales pkt 9 annet ledd, er det inntatt en passus om at klageinstansen ikke skal foreta en overprøving av praksisutvalget medisinske vurdering. I praksis har denne passusen medført at klageomgangene i disse sakene i realiteten har vært verdiløse. Partene var derfor under forhandlingene enig om å ta ut dette avsnittet i den nye avtalen.

Veiledning og informasjon

Tidligere protokolltilførsler vedrørende samarbeid mellom trygd og lege, samt deltagelse på kurs, er tatt inn i pkt 11 i avtalen. Dette har ingen realitetsendringer i forhold til tidligere avtale.

8.6 Skatte- og avgiftsmessige forhold av betydning for privat legepraksis

8.6.1 Tilordning av inntekter

Sosial – og helsedepartementet uttalte i et brev til finansdepartementet 20.9. 1999 at driftsavtaler i allmennlegepraksis skal inngås mellom den enkelte lege og kommunen og at leger ikke kan overdra denne avtalen til et aksjeselskap. Det samme skulle gjelde avtale om trygderefusjon.

Denne uttalelsen medførte at Skattedirektoratet i januar 2000 besluttet at leger ikke kunne organisere seg i aksjeselskap.

Legeforeningen bestred denne konklusjonen og det rettslige grunnlaget for den og arbeidet for å endre Skattedirektoratets vedtak. Argumentasjonen fra Legeforeningens side var at det ikke forelå rettslige hindringer for at leger kan organisere sin virksomhet i ulike driftsformer – og at det er de reelle omstendigheter som skal legges til grunn for beskatning, m.a.o. at inntekten skal tilordnes selskapet dersom legen driver sin virksomhet i et selskap. Den subsidiære argumentasjon var at det i fastlegeavtalen ble inntatt en passus om at avtalene ikke skal være til hinder for å organisere virksomheten i eget selskap.

Ultimo november 2000, mottok Legeforeningen et brev fra Skattedirektoratet om at vedtaket fra januar samme år ble endret i samsvar med Legeforeningens standpunkt. Dette vil også gjelde tilsvarende for privat spesialistpraksis.

8.6.2 Merverdiavgiftsreformen

Det ble innført merverdiavgift på tjenester fra og med 1.7. 2001. Spørsmålet har vært hvilken betydning dette vil få for omsetning av legers tjenester.

I henhold til merverdiavgiftsloven § 5 b første ledd nr. 1, jf. annet ledd er det gjort unntak fra merverdiavgiftsplikten for så vidt gjelder omsetning av helsetjenester. Det skal derfor ikke beregnes merverdiavgift ved omsetning av helsetjenester. Begrepet helsetjenester omfatter blant annet behandling i offentlige og private sykehus samt behandling utført av autorisert helsepersonell som leger, tannleger, psykologer kiropraktor, fysioterapeuter mv.

Det var i forkant av reformen spørsmål om i hvilken grad andre tjenester enn kurativ behandling legen yter er omfattet av dette unntaket. Etter Forskrift om avgrensning av merverdiavgiftsunntaket for omsetning av helsetjenester unntas også akupunktur, homøopati, samt andre alternative behandlingsformer når de utøves av helsepersonell med autorisasjon eller lisens. Unntaket omfatter også bedriftshelsetjeneste. Unntaket omfatter også andre tjenester og varer som institusjonen mv. omsetter som et naturlig ledd i ytelsen av en helsetjeneste. Det er i den forbindelse et vilkår at leveringen skjer fra den som yter helsetjenesten. Prøvetaking og analyse som foretas av lege som ledd i behandlingen anses som helsetjeneste etter forskriften. Det samme gjelder prøver og undersøkelser ved laboratorier og røntgeninstitutter. Allmenne helseundersøkelser, mammografi, veiledning i familieplanlegging og øvrig familie- og foreldreveiledning og kontrollundersøkelser under svangerskap i godkjent helsestasjon, er unntatt avgiftsplikt.

Det var i den forutgående høringsrunden tvil om hvorvidt avgiftsunntaket skulle omfatte alle typer legeerklæringer, samt inngrep vesentlig begrunnet i kosmetiske hensyn. Legeforeningen påpekte i sin høringsuttalelse at det lett kunne oppstå tilnærmet umulige grensdragninger dersom det ble oppstilt skiller mellom f.eks ulike typer legeerklæringer. I det endelige opplegget er det klart at avgiftsunntaket omfatter begge disse forhold fullt ut. Det vil si at legers utstedelse av sakkyndig- og legeerklæringer er omfattet av unntaket, også i tilfeller hvor det ikke foreligger et lege – pasientforhold. Inngrep begrunnet i kosmetiske hensyn er også innlemmet i unntaket fra merverdiavgiftsplikten. Det trekkes imidlertid en grense mot annen avgiftspliktig skjønnhetspleie som pedikyr, behandling mot håravfall mv.

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

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret har oppnevnt et særskilt fondsutvalg til å treffe beslutninger om de enkelte lånetildelinger. I dette utvalg er også Sosial- og helsedepartementet representert.

Sentralstyret er fondstyret for låneordningen og har gitt fondsutvalget fullmakt til å yte lån etter fastsatte retningslinjer. For tiden kan det ytes etablerings/reetableringslån inntil kr 400 000. I særskilte tilfeller kan ytes ytterligere kr 200 000 til søkere som representerer en instrumentkrevende spesialitet. I henhold til ved-

tektene er utlånsrenten en prosent under den til enhver tid gjeldende rente på førsteprioritets pantelån. Avdragstiden er inntil ti år.

Lånefondsutvalgets funksjonsperiode er fire år. For perioden 1.1. 1999 til 31.12. 2002 har lånefondsutvalget slik sammensetning:

Oppnevnt av sentralstyret: Kjell Erik L'Abée-Lund (leder), med personlig vararepresentant Erik Halvorsen, Hanne Dinesen med personlig vararepresentant Anne Korsæth, Kjell Gisholt med personlig vararepresentant Gunnar Alm og Rita Kolvik med personlig vararepresentant Kai Tjerransen.

Oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet: Gunnar Fossan med personlig vararepresentant Mona Kåsa Østberg.

I perioden 1.7. 2000 til 30.6. 2001 har fondsutvalget behandlet 247 søknader om etableringslån og 133 søknader om reetableringslån. Det er innvilget 242 lån til etablering og 128 lån til reetablering. De tilsvarende tall i forrige periode var 164 søknader om etableringslån og 113 søknader om reetableringslån. Av disse ble 157 lån til etablering og 109 lån til reetablering innvilget

Per. 1.7. 2001 var det i alt 1 960 løpende lån i Lånefondet.

8.8 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er et selvstendig rettssubjekt underlagt lov om stiftelser. Ordningen står under tilsyn av Sosial- og helsedepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Den norske lægeforenings landsstyre til godkjenning.

Formålet med SOP er å yte bidrag til sykehjelp og pensjonering for leger og deres etterlatte. Det ytes sykehjelp ved arbeidsuførhet og stønad under permisjon i forbindelse med nedkomst og adopsjon til privatpraktiserende leger. Ordningen yter også pensjon og stønad til etterlatte når et medlem av ordningen faller fra. Videre støtter SOP kollektive sykdomsforebyggende og sosiale tiltak samt forskning på områder som er innenfor SOPs interesseområde.

Styret i SOP har fire medlemmer, hvorav leder og to medlemmer med varamedlemmer velges av landsstyret. Sosial- og helsedepartementet oppnevner det fjerde styremedlem med varamedlem. For perioden 1.1. 2000 – 31.12. 2001 var styret sammensatt slik: Knut Eldjarn (leder), Håkon Ebbing (nestleder), Truls Disen og Tomas Berg. Personlige varamedlemmer var Bjørg Sørensen, Bernt Einar Østensen, Kristina Johannessen og Tor Iversen.

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

På grunnlag av styrets beretning og regnskap for 2000 gis følgende informasjon:

Det ble i 2000 utbetalt ytelser fra SOP med 104,8 millioner kroner. Av dette utgjorde pensjoner 52,7 millioner kroner, mens det til sykehjelp, svangerskapsstønad og omsorgsstønad ved adopsjon ble utbetalt i alt 40,6 millioner kroner. Til engangsstønad ved død til etterlatte ble det utbetalt 6,1 millioner kroner mens 5,4 millioner kroner ble brukt til prosjektstøtte. Prosjektstøtten omfattet Legeforeningens forskningsinstitutt, Villa Sana ved Modum Bad, støttegruppene i fylkesavdelingene og pensjonistforberedende kurs.

Ved årsskiftet 2000/2001 var pensjonistbestanden i SOP slik:

| <i>Pensjonsart</i> | <i>Antall</i> |
|-------------------------|---------------|
| <i>Alderspensjon</i> | <i>461</i> |
| <i>Ektefellepensjon</i> | <i>526</i> |
| <i>Uførepensjon</i> | <i>89</i> |
| <i>Barnepensjon</i> | <i>25</i> |
| <i>I alt</i> | <i>1 101</i> |

Driftsresultatet for 2000 viste et underskudd på 32,7 millioner kroner, mens reduksjon i avsetningene resulterte i et positivt årsresultat på 324,5 millioner kroner.

9 Privat legevirkosmhet uten offentlig avtale

Det vises til punkt åtte foran, som omtaler privat legevirkosmhet både med og uten offentlig avtale.

10 Likestilling

«Likestilling er et mål for Legeforeningens virksomhet.»

10.1 Likestillingsutvalget

For perioden 2000 –2001 ble oppnevnt følgende medlemmer: Torunn Janbu (leder), Camilla Arnesen, Catarina Falck, Øystein Hagtvedt og Arne Kristian Myhre. Anne Stålaker i sekretariatet er sekretær for utvalget. Fra januar 2001 er Arne Kristian Myhre erstattet av Per-Henrik Randsborg.

10.2 Likestillingsutvalgets arbeid

Det har vært avholdt fire møter og fire telefonmøter i perioden.

Kvinner og ledelse

Likestillingsutvalget har deltatt i prosjektet initiert av Norsk overlegeforening for å øke andelen kvinnelige leger i ledende stillinger. Forprosjektet er avsluttet og i henhold til dette er det planlagt et mentor-adept prosjekt som avventer behandling i Sentralstyret.

Informasjon/utdanning av tillitsvalgte

Forelesninger: Utvalget har utarbeidet et hefte med oversikt og kommentarer over lover og avtaler som vedrører likestilling. Torunn Janbu holdt forelesning over dette på to tillitsvalgtkurs Trinn II høsten 2000.

Temanummer: I samarbeid med Ylf laget utvalget et temanummer av Ylf-Forum om likestilling høsten 2000.

Svangerskapspermisjon og vikariater

Utvalget får fortsatt henvendelser fra leger som har problemer med ansettelsesforhold i forbindelse med svangerskap. I møte med likestillingsombudet i desember 2000, sammen med Ylf, ble dette tema samt spesielle problemer for turnusleger som blir gravide og lønn til far under omsorgspermisjon drøftet.

«Kvinner viser vei»

Legeforeningen var sterkt og aktivt markert på messen i Stavanger i juni 2001 – med debatter, helsetorg og på stand. Utvalget hadde i arbeidet meget god støtte av informasjonsavdelingen og leger i Rogaland.

Arbeid for øvrig

Spørsmål om forbigåelser på bakgrunn av kjønn ved ansettelse og i lønnsoppgjør.

8. mars foredrag på Universitetet i Trondheim.

Høringsuttalelse til «Forslag om retningslinjer om kjønn som variabel i medisinsk forskning.»

Oppfølging av Legeforeningens prinsipp om kjønnsfordeling i utvalg.

11 Legeforeningens organisasjon

«Foreningens oppbygging skal være slik at den tjener medlemmenes interesser best mulig og stimulerer til bredt engasjement slik at beslutningene kan være i pakt med medlemmenes meninger.

Legeforeningen vil tilstrebe åpenhet om egen virksomhet overfor medlemmene og samfunnet for øvrig.»

11.1 Medlemstall

30.6. 2001 var antallet medlemmer 20 226, hvorav 3 252 studentmedlemmer. Fra 1.7. 2000 til 20.4. 2001 er 82 medlemmer avgått ved døden.

Legemedlemmer (ikke inkludert studentmedlemmer) fra 1920 til 2000:

| | |
|------|--------|
| 1920 | 1 103 |
| 1925 | 1 317 |
| 1930 | 1 530 |
| 1935 | 1 898 |
| 1940 | 2 264 |
| 1945 | 2 332 |
| 1950 | 2 986 |
| 1955 | 3 525 |
| 1960 | 3 808 |
| 1965 | 4 372 |
| 1970 | 5 126 |
| 1975 | 6 495 |
| 1980 | 8 178 |
| 1985 | 10 134 |
| 1990 | 11 854 |
| 1995 | 13 775 |
| 1996 | 14 138 |
| 1997 | 14 520 |
| 1999 | 15 547 |
| 2000 | 16 092 |

11.2 Landsstyret

Det har i perioden vært av holdt ett ordinært landsstyremøte og to ekstraordinære landsstyremøter.

Det ordinære landsstyremøtet ble avholdt på Lillehammer 18.–20.10. 2000.

14.11. 2000 ble det avholdt ekstraordinært landsstyremøte i Sandvika med hovedtema fastlegesaken.

13.6. 2001 ble det avholdt ekstraordinært landsstyremøte i Oslo. Ny regnskapslov krever at Legeforeningens regnskaper skal være godkjent innen utgangen av juni måned, og dette var hovedtema for møtet.

11.3 Sentralstyret

For perioden 1.1. 2000 til 31.12. 2001 har sentralstyret bestått av: President Hans Petter Aarseth, visepresident Hans Kristian Bakke.

Øvrige medlemmer: Anette Fosse, Einar Hysing, Bente Mikkelsen, Leif Næss, Anne Grethe Olsen, Helge B. Pettersen og Gerd Tranø.

Varamedlemmer: Lars Andreas Nesje, Tone Skeie Jensen og Halvard Wannag Sele.

11.4 Sekretariatet

Per 1.7. 2001 var det i alt 103 fast ansatte i sekretariatet, hvorav seks hadde permisjon. Omregnet utgjorde dette 100 årsverk. I tillegg til de fast ansatte var det i alt 15 tidsbegrensede stillinger som utgjorde ti årsverk.

I tillegg til ansatte i sekretariatet kommer de ansatte ved kontorene for koordinatorvirksomhet vedrørende legers videre- og etterutdanning. Til disse kontorene er det i alt knyttet fire leger i bistilling samt fire sekretærer i heltidsstillinger. Dessuten var det per 1.7. 2001 engasjert fire veilederkoordinatorer i bistilling.

11.5 Avdelingene

Fra og med 1.1. 1994 har Legeforeningen 20 avdelinger, 19 fylkesavdelinger og avdelingen Norsk medisinstudentforening.

Sentralstyret holdt det årlige lederseminar 4.–5.4. 2001. Avdelingenes og yrkesforeningenes ledere deltok her sammen med sentralstyret og representanter for sekretariatet. Leder av Eldre lægers forening samt spesialforeningens fellesutvalgs ti representanter i landsstyret var ved denne anledning også invitert.

Hovedtemaene for møtet var «Legeforeningens samfunnsmessige rolle, profil og image» og «Den fremtidige sykehusstruktur og konsekvenser for Legeforeningen». Til det første tema innledet redaktør Hilde Haugsgjerd, Dagsavisen. Til det annet tema innledet Hans Petter Aarseth.

11.6 Yrkesforeningene

Legeforeningen har syv yrkesforeninger. Disse er:

- Alment praktiserende lægers forening (ApLf)
- Foreningen for Leger i Vitenskapelige Stillinger (LVS)
- Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf)
- Norsk overlegeforening (Of)
- Offentlige legers landsforening (OLL)
- Praktiserende spesialisters Landsforening (PSL)
- Yngre legers forening (Ylf)

Legeforeningens lover § 13 omtaler yrkesforeningene og fastslår hovedregelen for medlemstilhørighet: «Legeforeningens medlemmer med unntak av de som tilhører NmF, tilknyttes den yrkesforening som i hovedsak representerer medlemmenes fagforeningsinteresser.» Sentralstyret har med hjemmel i samme bestemmelse i lovene fastsatt nærmere retningslinjer for praktiseringen av den. Retningslinjene er gjengitt i Årboken 2000/2001 side 43.

11.7 Spesialforeningene

Legeforeningen har 59 spesialforeninger. Disse er:

- Den norske patologforening
- Eldre lægers forening
- Forening for norske leger i utlandet
- Medisinsk forening for mental retardasjon og habilitering
- Norsk anesthesiologisk forening
- Norsk barnekirurgisk forening
- Norsk barnelegeforening
- Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening
- Norsk cardiologisk selskap
- Norsk dermatologisk selskap
- Norsk endokrinologisk forening

- Norsk forbund for klinisk kjemi
- Norsk forening for allergologi og immunopatologi
- Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering
- Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- Norsk forening for håndkirurgi
- Norsk forening for immunologi og transfusjonsmedisin
- Norsk forening for infeksjonsmedisin
- Norsk forening for intervensjonsradiologi
- Norsk forening for klinisk farmakologi
- Norsk forening for klinisk nevrofysiologi
- Norsk forening for lungemedisin
- Norsk forening for maxillofacial kirurgi
- Norsk forening for medisinsk genetikk
- Norsk forening for medisinsk mikrobiologi
- Norsk forening for medisinsk rusmiddelproblematikk
- Norsk forening for medisinsk utdanning
- Norsk forening for nukleærmedisin
- Norsk forening for otorhinolaryngologi/hode & halskirurgi
- Norsk forening for palliativ medisin
- Norsk forening for pediatrik radiologi
- Norsk forening for reumakirurgi
- Norsk forening for sjøfartsmedisin
- Norsk forening for ultralyd-diagnostikk
- Norsk gastroenterologisk forening
- Norsk geriatrisk forening
- Norsk gynekologisk forening
- Norsk idrettsmedisinsk forening
- Norsk indremedisinsk forening
- Norsk karkirurgisk forening
- Norsk katastrofemedisinsk forening
- Norsk kirurgisk forening
- Norsk militærmedisinsk forening
- Norsk nevrokirurgisk forening
- Norsk nevrologisk forening
- Norsk nevreradiologisk forening
- Norsk nyremedisinsk forening
- Norsk oftalmologisk forening
- Norsk onkologisk forening
- Norsk ortopedisk forening
- Norsk plastikkirurgisk forening
- Norsk psykiatrisk forening
- Norsk radiologisk forening
- Norsk revmatologisk forening
- Norsk selskap for allmennmedisin
- Norsk selskap for hematologi
- Norsk thoraxkirurgisk forening
- Norsk trygdemedisinsk forening
- Norsk urologisk forening

11.8 Årbok for Den norske lægeforening

Årbok for Den norske lægeforening for perioden 2000/2001 ble sendt medlemmene i april 2000. Årboken er også presentert på Legeforeningens nettsider.

11.9 Referat fra Legeforeningens landsstyremøter

Vedtaksprotokollen fra det siste ordinære landsstyremøtet på Lillehammer er referert i Tidsskriftet nr. 29/2000. Vedtaksprotokollen fra det ekstraordinære landsstyremøtet 14.11. 2000 er referert i Tidsskriftet nr. 2/2001. Vedtaksprotokoll fra det ekstraordinære landsstyremøtet 13.6. 2001 vil bli publisert etter at sentralstyret i sitt augustmøte har godkjent den.

11.10 Prinsipp- og arbeidsprogram

Landsstyremøtet i Oslo, oktober 1999, vedtok nytt prinsipp- og arbeidsprogram for Den norske lægeforening for perioden 2000/2001.

Prinsipp- og arbeidsprogrammet for perioden 2000/2001 foreligger som egen trykksak. Programmet er også trykket i Tidsskriftet gjennom bekjentgjøringen av vedtaksprotokollen fra landsstyrets forhandlinger oktober 1999.

11.11 Lovene

Under landsstyremøtet oktober 2000 ble det gjort endringer av lovenes paragrafer 4, 16, 17 og 20. De revide lovtekster er gjengitt i vedtaksprotokollen fra møtet, pkt. 16.3.

Under det ekstraordinære landsstyremøtet juni 2001 ble det gjort endringer av foreningens lover, paragrafene 3, 5, 6, 11, 13 og 14. Vedtaksprotokollen fra dette møtet offentliggjøres etter at sentralstyret i sitt augustmøte har godkjent den.

11.12 Valgregler og instruks for Den norske lægeforening

Gjeldende valgregler og instruks for Den norske lægeforenings tillitsvalgte er fastsatt av sentralstyret 27.9. 1993. Reglene er gjengitt i Årboken 2000/2001 side 75 og 76. Reglene er også gjengitt i Tillitsvalgthåndboken.

Sentralstyret har i møte april 2001 gjort følgende tilføyelse til reglenes punkt 4: Dekning av tillitsvalgtes utgifter:

«Når tillitsvalgtsvervet må utføres ved fravær fra legens arbeid, dekker avdelingen eventuelt tap av lønn/gir avdelingen praksiskompensasjon i henhold til Legeforeningens satser.»

11.13 Kollegial støtte for leger – helsetjeneste for leger

Sentralstyret har for perioden 2000–2003 oppnevnt følgende som medlemmer til Legeforeningens koordinerende helse- og omsorgsutvalg: Bjørg Sørensen (leder), Finn Georg Birkeland, Erik Falkum, Tone Sparr og Inger Størmer Thaulow. Åsmund Hodne er sekretær for utvalget.

Utvalget har som mandat å koordinere fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte og helsetjenestevirksomheten, å utvikle kurstilbud overfor dem som av fylkesavdelingene er utpekt til å arbeide med henholdsvis støtte- og helseproblematikk innenfor avdelingen og å fremme forslag overfor sentralstyret til søknader overfor Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger om økonomiske tilførsler til Legeforeningens støtte- og helsetjenestearbeid overfor medlemmene.

I alle fylkesavdelinger er det opprettet støttegrupper for leger. Stadig flere fylkesavdelinger har også fått organisert en faglig-medisinsk lege for lege-lege tjeneste.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har under forberedelse et nytt kurs på Soria Moria med temaet Helse og sykkelighet blant leger – legen som kollegabehandler.

Ved årsskiftet 2000/2001 avholdt Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg en årssamling for medlemmer av støttegruppene/avdelingsrådgiverne. Under årssamlingen ble det blant annet redegjort for en rapport fra Sosialdepartementet om det offentliges behandling av klagesaker, det ble redegjort for Legeföreningens bistand i klagesaker på leger og det ble gitt redegjørelse for den nye helsepersonell-lovs konsekvenser for fremtidig klagebehandling innenfor Helsetilsynet og Fylkeslegeetat. Under samlingen ble også nærmere redegjort for hvordan tilbudet ved ressurscenteret på Modum Bad ble benyttet.

Det pedagogisk-rekreative tilbud ved Modum Bads nervesanatorium er blitt etablert i samarbeid med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger. Et eget bygg – Villa Sana – er reist blant annet for dette formål. Tilbudet er et tre-årig prøveprosjekt og går ut over sommeren 2001.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har initiert en evaluering av virksomheten i samarbeid med Legeföreningens forskningsinstitutt. På grunnlag av evalueringsrapporten fra Forskningsinstituttet har Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg anbefalt overfor sentralstyret at det rettes søknad overfor Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger om midler til å videreføre prosjektet. Utvalget anbefalte sentralstyret å søke prosjektet videreført i seks år.

Sentralstyret har rettet slik søknad til Sykehjelps- og pensjonsordningen som anbefalt av utvalget.

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger har imøtekommet søknaden om midler til seks års videre drift. I den nye samarbeidsavtale mellom Legeföreningen og Modum Bad er det imidlertid presisert at styret i SOP vil vurdere grunnlaget for videreføringen av støtten dersom medlemmenes utnyttelse synker betydelig.

Ressurscenterets videre helårstilbud vil bli basert på følgende forutsatte fordeling:

- 12 ukes-kurs for åtte personer av gangen
- 20–25 uker til rådgivning
- Fire-åtte uker med planlegging, administrasjon og intern virksomhet rettet mot senterets målgruppe

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har videre i samarbeid med Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger, utviklet et særskilt kurstilbud overfor medlemmer som nærmer seg pensjonsalder. Kurset omtaler temaet «Fra yrkesliv og fremover mot et liv som hel eller delvis pensjonist». Målsettingen med seminaret er å øke bevisstheten på hvilke spørsmål og endringer man står foran de neste år, avklare eventuelle spørsmål om pensjoner, jus etc. og å gi deltakerne ideer til – og kanskje bidra til avklaring av spørsmål omkring hva den enkelte kunne tenke seg å gjøre i tiden fremover.

Hvert kurs tar i mot 20–25 leger med ledsagere. I perioden er det avholdt tre slike kurs. Kurset er utarbeidet av en kurskomite bestående av Tore Koksvik, Finn Georg Birkeland, Knut Eldjarn, Verner Bakke (Senter for seniorplanlegging) og Åsmund Hodne.

Etter forslag fra Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg er det endelig fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger blitt stilt økonomiske midler til rådighet i utvalgets oppnevningssperiode (2000–2003) for drift av Legeföreningens støttegrupper i fylkene, for kurs/årssamling for medlemmer av avdelingenes støttegrupper/avdelingsrådgiverne, samt til kurs for leger som skal fungere som kollegabehandlere.

Det koordinerende helse- og omsorgsutvalg har innledet samarbeid med tilsvarende organer innenfor de øvrige nordiske legeföreninger. I denne nordiske kontaktgruppen holdes det ett årlig møte.

11.14 Legeföreningens medlemskap i andre organisasjoner

Legeföreningen er medlem av Akademikerne. Legeföreningen deltar dessuten i samarbeidsorganet Tobakksfritt.

Når det gjelder Legeföreningens relasjon til internasjonale organisasjoner, vises til kapittel 14.

Til landsstyremøtet 2001 foreligger som særskilt sak forslag om å gjeninnmelde Legeföreningen i Norsk sykehus- og helsetjenesteförening.

11.15 Kommunal Kompetanse

Årsmeldingen for Kommunal Kompetanse for år 2000 viser en omsetningsvekst på 28%.

13 000 ansatte i kommunesektoren har deltatt på opplærings tiltak i fylkene. Virksomheten er godt konsolidert i de fleste fylker, men har vært lite utnyttet av Legeföreningens organer. Driftsinntekter i år 2000 var

27,7 millioner og driftsresultatet et underskudd på ca. 1,3 millioner som var 800 000 mindre enn budsjettet. Virksomheten er forventet å gå i balanse i år 2001.

Hans Asbjørn Holm har vært Legeforeningens representant i styret i perioden med Einar Skoglund som vararepresentant.

11.16 Tillitsvalgtkurs

Tillitsvalgtkursene har som målsetting «å gi de tillitsvalgte kunnskaper om, ferdigheter i og motivasjon for funksjonen som tillitsvalgt». Opplæringen skjer i tre trinn. Trinn I og Trinn II tar primært sikte på opplæring av hovedtillitsvalgte, mens Trinn III er rettet mot sentrale tillitsvalgte. Trinn I og Trinn II gir innføring i Legeforeningens organisasjonsmessige oppbygging og virkefelt, aktuelle avtaler mellom Legeforeningen og ulike arbeidsgiversammenslutninger, forhandlingsprosedyrer og – teknikker, forholdet til media etc. I tillegg inngår også en programpost hvor ett av sentralstyrets medlemmer informerer om aktuelle saker og svarer på spørsmål fra deltakerne. Programmet for de enkelte kursene er tilpasset ulike grupper tillitsvalgte.

I tidsrommet 1.7. 2000 til 30.7. 2001 har det vært avviklet ett Trinn I kurs med 29 deltakere, to tradisjonelle Trinn II kurs med til sammen 36 deltakere, ett Trinn II kurs med hovedtema «statlig overtakelse av sykehusene» med 94 deltakere, ett Trinn II kurs med hovedtema «fastlegeordningen» med 33 deltakere, samt ett Trinn III kurs med 33 deltakere.

11.17 Håndbok for tillitsvalgte

Siste tillitsvalgthåndbok kom ut i ny utgave høsten 1998. Håndboken sendes fortløpende fra sekretariatet til alle hovedtillitsvalgte/tillitsvalgte på det enkelte arbeidssted.

Håndboken er for tiden under revisjon. Ny håndbok vil foreligge for de nyvalgte tillitsvalgte som begynner sin funksjonstid i januar 2002.

11.18 Legeforeningens turnusråd

Turnusrådet har bestått av: Marta Ebbing (leder), Olav Thorsen (nestleder), Åse Brinchmann-Hansen, Tor Steinar Raugstad, Bente Kristin Johansen, Jana Midelfart, Bjørn Ove Kvavik, Mona Søndena, Vinjar Fønnebø, Mona Fenstad (2000) og Øyvind Østerås (2001). Varamedlemmer har vært Fred A. Mürer, Anne Mørch Larsen, Kjartan Stormark, Aina A. Nyborg, Reidar Høifødt, Per Omvik, Synne Torkildsen, Unni Aanes, Per-Henrik Randsborg (2000) og Synne Torkildsen (2001).

Turnusrådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 27 saker. I tillegg har leder, nestleder og flere av medlemmene hatt forskjellige arbeidsmøter, reist på besøk til sykehus og fastlegepraksiser, og deltatt i møter i andre deler av Legeforeningen.

Hensikten med turnusrådets arbeid er å bidra til en allmenn informasjon og prinsipiell diskusjon om turnustjenesten, og å bidra til at Legeforeningen har et godt grunnlag for sine standpunkt og videre innsats vedrørende turnustjenesten.

Turnustjenesten for leger har vært under et stort press de siste årene, først og fremst som følge av de voksende turnuslegekullene og den manglende forutsigbarheten i systemet for oppretting av turnusplasser og fordelingen av turnusleger til plassene. Legeforeningen mener likevel at turnustjenesten må bestå og at den må innebære legearbeid under ekstra god veiledning og supervisjon, slik at de unge legene lærer å ta ansvar.

Den store økningen av antallet medisinske kandidater som melder seg til turnustjeneste i Norge, har gitt helsemyndighetene økende problemer med å skaffe tilstrekkelig mange turnusplasser. I løpet av 2001 er det fremskaffet 653 plasser til turnusleger i sykehus. I følge Legeforeningens kapasitetsundersøkelse for turnustjenesten er dette det antall turnusplasser som det er mulig å opprettholde gitt at faglige kravene til turnustjenesten skal kunne innfris. I løpet av år 2002 ventes det at nærmere 750 nye norske kandidater melder seg til turnustjeneste i sykehus. I tillegg kan det ventes at et ukjent antall utenlandske kandidater melder seg til tjeneste her. Når det gjelder turnustjenesten i kommunen, er det per 20. juni enda ikke klart hvor mange fast-

leger som har inngått avtale med kommunene om å være veileder for turnusleger i kommunehelsetjenesten fra og med 15.7. 2000.

På tross av at kapasitetsproblemet har vært forutsett i flere år, er det ikke tatt noen politisk beslutning om hvor mange turnusleger vi skal utdanne i Norge per år. Det er heller ikke tatt noen politisk beslutning om hvordan turnustjenesten skal følges opp med hensyn til faglig innhold og kvalitet. Dette gir grunn til turnusrådets bekymring for turnustjenestens fremtid, og derved de unge legenes mulighet for å tilegne seg tilstrekkelig kunnskap, ferdigheter og holdninger for å kunne fylle kravene til autorisasjon som lege i Norge.

Legeforeningens landsstyre deler turnusrådets bekymring og gjorde følgende enstemmige vedtak oktober 2000:

Det faglige utbyttet av turnustjenesten er i stor grad avhengig av at turnuslegene får ansvar som leger for et visst antall pasienter. Kapasiteten for turnustjeneste i Norge er altså ikke ubegrenset. Dersom det blir for mange turnusleger i systemet, kan det faglige utbyttet av turnustjenesten bli så svekket at kvalitetsstempel autorisasjon som lege i Norge må redefineres. Dette er i så fall beklagelig, og vil kunne få negative konsekvenser både for pasienter, legeprofesjon og helsetjeneste.

På denne bakgrunn vil landsstyret be sentralstyret sørge for en fremskynding og prioritering av Legeforeningens arbeid med å analysere utviklingen av arbeidsmarkedet for leger i Norge fremover, herunder en drøfting av den totale utdanningskapasiteten (dvs. turnustjeneste og spesialistutdanning) for leger i landets helsetjeneste. Analysen bør så danne grunnlag for en bred organisasjonsmessig behandling, inklusive i landsstyret.

For at turnustjenesten skal kunne bidra til å sikre at alle autoriserte leger i Norge er gode nok til å drive legevirksomhet, ser turnusrådet det som grunnleggende at turnustjenesten får en kontinuerlig systematisk faglig oppfølging. Turnusrådet er derfor tilfreds med at Legeforeningen høsten 2000 søkte helseministeren om mandat og midler til å evaluere turnustjenesten. Helseministeren har sagt seg enig i at det er viktig at kvaliteten i turnustjenesten sikres, men stiller seg nølende til om Legeforeningen, som part i turnustjenesten, skal stå for en slik løpende evaluering. Turnusrådet tviler imidlertid på om det finnes andre aktører enn Legeforeningen som kan og vil utføre denne oppgaven.

Sosial- og helsedepartementet avga en rapport med utkast til ny forskrift om turnustjenesten for leger desember 2000, (Turnusrapport I 1004 B), som var til høring blant partene med høringsfrist mars 2001. Turnusrådet håper departementet i sin sluttbehandling vil konkludere at en løpende evaluering av turnustjenesten som nevnt ovenfor skal iverksettes. Videre håper turnusrådet at den nye turnusforskriften, som vil tre i kraft i løpet av 2002, definerer retten og plikten til turnustjeneste for leger, og at den hjemler effektive sanksjoner overfor turnusplasser som ikke fyller vilkårene for slik turnustjeneste.

Uegnethet blant turnusleger er sannsynlig et lite problem av omfang, men uegnete leger er likevel et betydelig problem for dem det virkelig gjelder, nemlig pasientene. På bakgrunn av flere aktuelle saker har turnusrådet diskutert temaet og hva som bør gjøres for å sikre at systemet fanger opp turnusleger som har alvorlige problemer med å utøve sitt yrke forsvarlig. Det synes som om vi vil måtte arbeide videre med denne problemstillingen.

Det er turnusrådets ønske å være tilgjengelig med råd og innspill i forhold til deler av Legeforeningen som har interesser eller forpliktelser vedrørende turnustjenesten for leger. Spesielt håper turnusrådet på fortsatt god kommunikasjon med Legeforeningens politiske og administrative ledelse om oppfølgingen av Landsstyrets vedtak på området.

For nærmere informasjon om turnusrådet og hvordan vi kan kontaktes, viser vi til vår hjemmeside på www.legeforeningen.no

11.19 Informatikkutvalget

Legeforeningen har ikke oppnevnt informatikkutvalg for perioden.

Sentralstyret initierte høsten 1998 et prosjektarbeid vedr. foreningens engasjement med hensyn til informasjonsteknologi i helsevesenet, og det ble utarbeidet en rapport. I påvente av sentralstyrets behandling av rapporten er det ikke foretatt oppnevning av nytt informatikkutvalg. Sekretariatet har benyttet det tidligere

utvalgets leder Bjarte Solheim som intern høringsinstans i noen saker. (Se også omtale under pkt. 12.1- Informasjonsteknologi).

11.20 Informasjonsvirkosomheten

11.20.1 Profilutvalgets arbeid

Landsstyret vedtok i oktober 1997 i Bergen å nedsette et profilutvalg. Utvalget som ble ledet av Cecilie Piene Schröder, avga innstilling til sentralstyret i mai 1999 og innstillingen ble behandlet på landsstyremøtet i oktober 1999. Der ble det fattet et vedtak om at landsstyret sluttet seg til intensjonene i profilutvalgets innstilling.

Helsepolitiske saker som legges fram til vedtak av sentralstyret ledsages av forslag til informasjonsstrategi, der hvor dette er aktuelt.

Mulighetene for et fastere strukturert samarbeid med ledende helsejournalister utredes

Leger i ulike fagområder med det formål å kunne bistå foreningen og medier med innsiktsfull informasjon i fagmedisinske spørsmål benyttes som et tilbud overfor pressen.

Foreningen spilte ut en egen statusrapport for helsetjenesten i tilknytning til start- og sluttfasen i regjeringens budsjettarbeid. Denne ble presentert på en pressekonferanse, samt sendt til beslutningstakere i kommunal, fylkeskommunal og statlige organer, samt sendt tillitsvalgte.

En mer omfattende medie- og debattrening for lederne av og evt. styremedlemmer i fylkesavdelingene med sikte på sterkere engasjement i lokale helsepolitiske saker iverksettes.

11.20.2 Dnlf-nytt

Dnlf-nytt er et nyhetsbrev med hovedtillitsvalgte i primær- og institusjonshelsetjenesten og ved universitetene samt fylkesavdelingenes og yrkesforeningenes ledere og styremedlemmer og spesialforeningenes ledere. Hensikten er å holde disse gruppene oppdaterte på saker Legeforeningen jobber med og er involverte i. Det ble utgitt syv Dnlf-nytt i 2000 og fire våren 2001. Dnlf-nytt legges også ut på Legeforeningens hjemmesider og enkeltsaker løftes også frem som egne nyhetssaker.

Legeforeningen har vært representert i den sentrale informasjonsgruppen om fastlegereformen som var opprettet av Sosial- og helsedepartementet, hvor også de øvrige parter var representert.

11.20.3 Presseinformasjon for Tidsskriftet

Fra og med Tidsskriftet nr. 7/1997 har informasjonsavdelingen sendt ut presseinformasjon før hver utgivelse av Tidsskriftet. I forkant av hver utgivelse av Tidsskriftet sammenfattes ca. fire av artiklene til korte, poengterte nyhetsmeldinger med tillatelse fra forfatteren og påføres forfatteren som kontaktperson. De om lag 100 redaksjonene som mottar presseinformasjonen, kan kontakte forfatteren for å lage intervju, og/eller ringe informasjonsavdelingen for å få oversendt hele artikkelen. Hver pressemelding resulterte i 2000/2001 i snitt 20 større eller mindre presseomtaler der medisinsk forskning og Tidsskriftet ble profilert.

11.20.4 Kurs i hvordan forholde seg til media

Informasjonsavdelingen mottar flere henvendelser fra fylkesavdelinger/spesialforeninger som ønsker foredrag om hvordan man bør forholde seg til media. Slike kurs holdes som regel av informasjonssjefen i samarbeid med en journalist. En kort versjon av kurset inngår også i tillitsvalgotopplæringen. Det har vært gjennomført et trinn III-kurs på Sørmarka kurscenter våren 2001.

11.20.5 Mediekontakt

Legeforeningens policy er at medisinske spørsmål fra pressen besvares av leger. Dette skjer enten ved at en av legene i sekretariatet besvarer saken, eller at et medlem eller en tillitsvalgt benyttes. Dersom det er en sak med lokal tilknytning, formidles ofte kontakt til lokale tillitsvalgte. Sentrale helsepolitiske spørsmål besvares oftest av foreningens tillitsvalgte, men kan unntaksvis besvares av medarbeidere i sekretariatet dersom den beste innsikten i saken finnes der. Når det er saker av mer faglig karakter, benyttes en liste som er utarbeidet over pressekontakter i spesialforeningene. Denne listen ble fornyet i perioden, og er også tilgjengelig på Legeforeningens nettsider så journalister selv kan lete seg frem til medisinsk ekspertise.

Informasjonsavdelingen har i perioden bistått avdelinger og spesialforeninger i Legeforeningen som har avholdt større konferanser av allmenn interesse, der det har vært et uttalt mål å få ut informasjon om konferansene til befolkningen. Det har da vært laget pressemeldinger, og man har tatt direkte kontakt til ulike redaksjoner.

Avdelingen er kontinuerlig i kontakt med helsejournalister og tipser og bistår disse om saker som angår Legeforeningen. Det har i perioden vært avholdt flere pressekonferanser, som har resultert i større medieopplag.

11.20.6 Overvåking av mediabildet

Våren 2000 ble det startet et prøveprosjekt der et utvalg presseklipp om Legeforeningen hver dag sammenfattes og gjøres tilgjengelig for Dnlfs tillitsvalgte og medlemmer via Internett. Ønsket var at flere skulle kunne nyte godt av medieovervåkingen, og at den skulle være mer aktuell. Tjenesten har vært i løpende utvikling. Man har besluttet å gå over til en ren elektronisk klipptjeneste fra 1.8. 2001. Dette gir økonomiske besparelser og bedre tilgjengelighet.

11.20.7 Medieberedskapsgruppen

Sekretariatet har en medieberedskapsgruppe som består av Hans Petter Aarseth, Harry Martin Svabø, Åsmund Hodne og Ellen Juul Andersen, som hjelper medlemmene med å håndtere vanskelige mediesaker. I tillegg kontaktes fylkesavdelingens leder/yrkesforeningens leder dersom det er behov for dette. I denne perioden er sakene blitt løst ved telefonisk bistand fra sekretariatet.

Henvendelser fra medlemmer til sekretariatet om hvordan forholde seg til pressen i en aktuell sak, håndteres ved rådgivning til legen, og at sekretariatet etter avtale med vedkommende kontakter journalist eller redaktør i avisen for å utdype fakta. Slike henvendelser må oftest håndteres raskt på grunn av tidsfrister.

11.20.8 Informasjon om fastlegordningen (FLO)

Informasjonsavdelingen utarbeidet en egen informasjonsplan og fremdriftsplan for informasjon vedrørende fastlegeordningen, som blant annet inkluderte produksjonen av et eget nyhetsbrev FLO-nytt. Det har utkommet ti utgaver av FLO-nytt til sammen. FLO-nytt sendes alle tillitsvalgte i primærhelsetjenesten, samt Aplf- tillitsvalgte. Det legges ikke ut på nettet, da det skal formidle organisasjonspolitiske vurderinger til våre tillitsvalgte.

I samarbeid med Helse- og sosialdepartementet har Dnlf laget informasjonspermer om FLO til kommunene og alle landets allmennleger.

Det har også blitt utarbeidet et foredrag med overheads om FLO som er sendt alle fylkesavdelingene.

Informasjonsavdelingen innhentet ekstern ekspertise for å bistå med informasjonsarbeidet i forbindelse med fastlegeordningen. Informasjonsflyten om fastlegeordningen har vært krevende fordi forhandlingene og fremdriften har vært preget av utsettelse. Da ordningen ble utsatt, fikk man bedre tid, og sekretariatet hadde da kapasitet til selv å håndtere informasjonstiltakene

11.20.9 Kvinner Viser Vei

Legeforeningen deltok på Akademikernes stand under messen Kvinner Viser Vei i Stavanger i juni 2001. Legeforeningens likestillingsutvalg hadde ansvaret for programmet lørdag 16.6. Foreningen hadde to temaer på helidekk og ett tema på scenen. I tillegg hadde Legeforeningen en rekke temaer på standen hvor leger foreleste. Deltakelsen var en fin mulighet for å profilere legeyrket og Legeforeningen. Tilbakemeldingene har vært svært positive. Det ble fra publikums side etterspurt mer helseinformasjonsstoff.

11.20.10 Akademikernes informasjonsnettverk

Akademikerne har opprettet et eget informasjonsnettverk med informasjonsansvarlige i medlemsforeningene som deltakere. Det har vært fire møter høsten 2000 og fire møter våren 2001. De viktigste sakene som har vært behandlet er forberedelsene til Akademikernes konferanser, utarbeidelse av informasjonsmateriell, forhandlingsinformasjon, deltakelse på messen Kvinner Viser Vei og presserelasjoner.

11.20.11 Rekruttering av nye medlemmer

Sentralstyret fikk i møte 13.11. 2000 forelagt et bakgrunns/strateginotat hvor det var redegjort for om hvordan beholde og rekruttere medlemmer. I dette notatet ble målet utkrystallisert til at en i løpet av 2001 skulle snu en medlemsutvikling som de siste årene har vært mindre positiv og tydeliggjøre fordelene ved å være medlem. Det hadde dukket opp et behov for å øke medlemstallet innen årsskiftet for å kunne styrke organisasjonens innflytelse i bl.a. hovedsammenslutningen Akademikerne. Det medlemssegmentet hvor det er størst potensiale er blant medisinstudentene, hvor organisasjonsprosenten blant utenlandsstudenter er på vel 55 %, samt blant leger i sykehus.

Kampanjen hadde som målsetting å få 500 nye medlemmer/passere 20 000 medlemmer per 31.12. 2000.

Sentralstyret vedtok å avsette 250 000 kroner til kampanjen som bl. annet besto av en ny vervefolder rettet mot studentene, plakater, distribusjon av vervefolder, nettsider, støtte til gjennomføring av møter med studentene i utlandet og Norge, deltakelse på møter ved de fire studiestedene i Norge, Irland, Ungarn og Polen, samt oppfølging av møtene. Utsendelse av lister til tillitsvalgte på sykehus med oppfordring om å kontakte leger som ikke er medlemmer av foreningen for å få disse til å melde seg inn.

Resultatet av kampanjen som innebar stor innsats fra NMFs tillitsvalgte i utland og Norge, er at målet om 20.000 medlemmer ble nådd 29.11. 2000. Det ble benyttet brev fra presidenten til alle tillitsvalgte og i sluttspurten ble også e-post brev fra presidenten til medlemmer i utlandet benyttet. Kampanjen må vurderes som vellykket, men den kunne vært iverksatt noe tidligere, slik at man hadde hatt bedre tid til å forberede deler av organisasjonsapparatet.

11.21 Fond for rettshjelpsordningen for leger

Årsmelding for rettshjelpsordningen for leger 1.7. 2001 til 30.6. 2001

Generelt

I overensstemmelse med vedtekter for Den norske lægeforenings fond for rettshjelpsordningen har anvendelsen av fondets midler i perioden vært ivaretatt av sentralstyret og utvalget for rettshjelpsordningen. For anvendelsen av fondets midler har sekretariatets forhandlingsavdeling utført sekretariatsfunksjoner for sentralstyret og for rettshjelpsutvalget.

Sentralstyret har ivaretatt forvaltning og plassering av fondets midler. Dnlfs økonomiavdeling har utført sekretariatsfunksjonen for denne del av virksomheten, forestår utbetalinger fra fondet og fører regnskap for fondet.

Utvalget for rettshjelpsordningen har i perioden hatt følgende medlemmer oppnevnt etter forslag fra yrkesforeningene: Anne Larsen, Of, (leder), Torgeir Haugen, PSL, (nestleder), Lise Heiberg, Ylf, Roar Dyrkorn, Aplf, Harald Natvig, Oll, Anne-Lise Bjørke Monsen, LVS, Svein Bjørneby, Namf og Line Kathrine Lund, Nmf.

Det har ikke vært skifte av utvalgsmedlemmer i perioden. Oppnevningen gjelder frem til 31.12. 2002.

Vedtektsendringer

Med bakgrunn i helsepersonellovens ikrafttredelse 1.1. 2001, er vedtektene ajourført med de endringer som ble vedtatt av landsstyret i 1999. Ved siden av de nødvendige formelle endringer omfatter nå rettshjelpsordningen også administrative reaksjoner som kan resultere i advarsel og vedtak om begrensning i autorisasjon, dvs, i saker som kan bringes inn for Statens helsepersonellnemnd.

Utvalgets arbeid

(tall fra forrige periode er satt i parentes)

Utvalget har avholdt fem møter (syv) i perioden.

Utvalget har behandlet 44 ordinære saker (54).

Sekretariatet har i tillegg bistått medlemmene i en del saker som ikke har foranlediget behandling i utvalget eller hvor det ikke eksplisitt er søkt om bistand fra rettshjelpsordningen.

De saker utvalget formelt har behandlet fordeler seg etter saksområde i vedtektenes § 6 slik:

| | 1996/97 | 1997/98 | 1998/99 | 1999/00 | 2000/01 |
|---|---------|---------|---------|---------|---------|
| Antall møter | 9 | 8 | 10 | 7 | 5 |
| Antall saker | 121 | 97 | 89 | 61 | 44 |
| De saker utvalget formelt har behandlet fordeler seg slik: | | | | | |
| Godkjenning av referat fra utvalgsmøter | 9 | 8 | 10 | 7 | 5 |
| Andre administrative vedtak | 6 | 7 | 8 | 2 | 3 |
| § 6.1. Administrative reaksjoner | – | – | – | 1 | 2 |
| § 6.2. Tilbakekall av lisens/autorisasjon | 32 | 29 | 23 | 9 | 3 |
| § 6.3. Straff etter legeloven | 9 | 18 | 10 | 13 | 5 |
| § 6.4. Ærekrenkelseser | 5 | 7 | 4 | 2 | 3 |
| § 6.5. Tap av rett til trygderefusjon | 10 | 3 | 2 | 14 | 6 |
| § 6.6. Oppsigelse av driftstilskudd | 1 | 0 | 7 | 1 | 5 |
| § 6.7. Tvist i arbeidsforhold | 25 | 17 | 10 | 9 | 11 |
| § 6.8. Oppsigelse/avskjed ved legen som arbeidsgiver | 11 | 1 | 3 | 1 | 2 |
| § 6.9. Oppreisningskrav | 11 | 6 | 4 | 1 | 2 |
| § 6.10. Erstatningskrav for ærekrenkelse | 1 | 1 | 1 | 2 | |

19 av vedtakene (17) omhandler avslag, de fleste fordi saksforholdet ikke omfattes av vedtektene eller fordi søknad var sendt for sent i henhold til vedtatte retningslinjer.

I de fleste saker som omhandler søknad om økonomisk støtte, fatter utvalget vedtak om bistand innenfor en angitt beløpsgrense.

Behandling av rettshjelpssaker i sentralstyret.

Sentralstyret skal etter vedtektene og tidligere beslutning av landsstyret fatte vedtak i saker som angår anke til høyere rettsinstans, anke over utvalgets vedtak, søknader om bevilgning utover beløpsgrenser fastsatt av sentralstyret.

Sentralstyret har i perioden i alt behandlet 22 saker (13) som kan karakteriseres som rettshjelpssaker. Av disse er seks saker (fem) om tilbakebetaling av trygderefusjon.

Virkninger av rettshjelpsordningen.

Først og fremst gir ordningen med advokatbistand medlemmene følelse av større rettssikkerhet når medlemmene uforskyldt eller som følge av feil handlemåte blir trukket inn i rettslige- og/eller forvaltningsprosesser som kan gi grunnlag for reaksjoner i yrkesutøvelsen.

Av hensyn til medlemmenes krav på konfidensialitet i disse sakene er det ikke grunnlag for å kommentere enkeltavgjørelser.

Generelt må det allikevel konstateres at utfallet i mange saker blir påvirket til medlemmenes fordel på grunn av kyndig bistand fra de advokater som blir engasjert gjennom rettshjelpsordningen.

Antall henvendelser og søknader om rettshjelp har trolig sunket noe, men de tall som fremgår av denne årsmelding er bare relatert til behandlingen av saker i sentralstyret og i rettshjelpsutvalget. I tillegg behandler sekretariatets jurister et stort antall saker direkte som ellers kunne gitt grunnlag for søknad om økonomisk støtte til juridisk bistand. Dette gjelder særlig saker hvor sekretariatet mener å ha god kompetanse, for eksempel i stillingsvernsaker (oppsigelse/avskjed) og saksforhold som har sitt utspring i lov om helsepersonell. Sekretariatet har også bistått i enkelte straffesaker, spesielt i etterforskningsfasen.

Økonomi

Fondet får i 2000 og 2001 tilført kr 200 fra hvert yrkesaktive medlem. Dette medfører en kapitaltilførsel i 2000 på ca. 2.9 millioner kroner og i 2001 på ca. 3.0 millioner kroner. Det ble i 2000 utbetalt advokathonorarer på ca. 1.1 millioner kroner. I første halvår i 2001 er det utbetalt ca. 330 000 kroner.

| | Kontingent/ Innbetalinger | Bevilgning Rettskjelpsutvalget | Bevilgning Sentralstyret | Samlet bevilgning | Påløpte Advokatutgifter |
|------|--------------------------------------|---|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| 1995 | 2 409 800 | 1 132 125 | 385 000 | 1 517 125 | 522 294 |
| 1996 | 2 515 350 | 1 449 213 | 751 092 | 2 200 305 | 1 196 445 |
| 1997 | 2 564 750 | 1 345 184 | 617 217 | 1 962 401 | 1 461 523 |
| 1998 | 2 656 100 | 1 406 161 | 529 430 | 1 935 591 | 1 200 203 |
| 1999 | 2 813 936 | 975 491 | 1 095 677 | 2 071 168 | 1 805 307 |

Historikk – regnskapstall for perioden 1.1. 1995 – 30.6. 2001:

| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 1. h. 2001 | Totalt |
|---------------------|------------------|----------------|---------------|----------------|-----------------|----------------|-------------------|------------------|
| Kontingenter | 2 409 800 | 2 515 350 | 2 564 750 | 2 656 100 | 2 813 936 | 2 886 825 | 1 550 700 | 17 397 461 |
| Renteinntekter | 54 893 | 36 791 | 41 036 | 104 478 | 64 763 | 77 977 | 65 236 | 445 174 |
| Sum inntekter | 2 464 693 | 2 552 141 | 2 605 786 | 2 760 578 | 2 878 699 | 2 964 802 | 1 615 936 | 17 842 635 |
| Administrasjon Dnlf | 450 000 | 780 000 | 946 000 | 1 100 000 | 1 200 000 | 1 390 000 | 700 000 | 6 566 000 |
| Utbet. honorarer | 522 294 | 1 196 445 | 1 461 523 | 1 200 203 | 1 805 307 | 1 122 745 | 333 921 | 7 642 438 |
| Fondsutvalget | 58 021 | 116 098 | 117 239 | 202 735 | 139 349 | 140 096 | 10 803 | 784 341 |
| Andre utgifter | 1 020 | 7 461 | 15 787 | 12 797 | 11 631 | 14 000 | - | 62 696 |
| Sum utgifter | 1 031 335 | 2 100 004 | 2 540 549 | 2 515 735 | 3 156 287 | 2 666 841 | 1 044 724 | 15 055 475 |
| Resultat | 1 433 358 | 452 137 | 65 237 | 244 843 | -277 588 | 297 961 | 571 212 | 2 787 160 |

Informasjon om rettskjelpsordningen

Etter vedtak i rettskjelpsutvalget har det vært inn tatt i Tidsskriftet en fyldig orientering om rettskjelpsordningen og om prosedyren for søknad om bistand. Orienteringen er senere lagt ut på Legeforeningens hjemmeside under «medlemsinformasjon».

11.22 Reisepolicy og –rutiner i Den norske lægeforening

Målet med den nye reisepolicyen som ble effektivt tatt i bruk fra 1.4. 2000 var å utnytte Legeforeningens samlede medlemspotensial til effektivisering og besparelse. Retningslinjene gjelder alle reiser og opphold som betales av Den norske lægeforening eller av de fondsmidler som disponeres av Legeforeningen til legers videre- og etterutdanning, og kvalitetssikringsfond. Det er et krav at alle reiser skal bestilles gjennom Via Flyspesialisten som i år 2000 kjøpte opp NSB Reisebyrå.

Som avtalepart innen overnatting har Legeforeningen valgt Rainbow Hotels og har for øvrig en del spesielle avtaler med andre hoteller. Det er videre inngått en god avtale med Soria Moria i Oslo både om kurspriser og om individuelle priser på et meget rimelig nivå. På transportsiden har Legeforeningen avtale med Braathens og NSB.

Den nye reisepolicyen har ført til meget gunstige resultater så langt, i siste halvdel av år 2000 oppnådde vi en gjennomsnittlig flyreiserabatt på 20% på innland og mer enn 50% på utland. I tillegg har foreningen mottatt en volum- og destinasjonsbonus fra Braathens i etterhånd som utgjør mellom 20 og 30% av samlet flyomsetning med selskapet. Bonussatsene er progressivt stigende avhengig av volum. På hotellsiden har pris for overnattinger sunket fra 945 kroner i 1999 til 750 kroner i 2000. Innsparingene kommer utdanningsfondene til gode.

Samarbeidet med Via Flyspesialisten har på hotellsiden og ved gjennomføring av kurs- og konferanser ikke ennå gått seg ordentlig til, ettersom Via Flyspesialisten i enkelte tilfelle ikke har vært konkurransedyktige med lokale kursarrangører. Dette håper en å få en bedring på i fremtiden. I de få tilfeller hvor Via Flyspesialisten ikke har vært konkurransedyktige har generalsekretæren gitt dispensasjon for de bedre tilbudene.

11.23 Soria Moria – Den norske lægeforenings konferanse- og utdanningscenter

Soria Morias styre består for tiden av: Roar Nomme (leder), Hans Petter Aarseth, Karin Straume og Harry Martin Svabø. Året 1999 og år 2000 var vanskelige år for hotellnæringen og kurs- og konferansemarkedet i Oslo. Soria Moria som hadde et moderat regnskapsmessig underskudd i 1999 hadde et tilsvarende positivt resultat i år 2000. Utsiktene for driften i 2001 ser bedre ut. Legeforeningens egen andel og bruk av senteret har vist en ubetydelig økning i år 2000. Soria Moria har et meget fordelaktig tilbud på kurs- og konferansesiden for Legeforeningens organisasjonsledd, og har i tillegg et meget attraktivt tilbud til individuelle medlemmer med familie.

11.24 Tidsskrift for Den norske lægeforening

Produksjon og opplag

Tidsskriftet utkom i 2000 med 4 734 sider, hvorav ledige stillinger 909 sider og andre annonser 825 sider. I tillegg kommer 128 klebede og 70 løse (upaginerte) annonsebilag. Til sammenlikning ble det i 1999 publisert 4 682 sider, hvorav ledige stillinger 838 og andre annonser 873. I tillegg kom 93 klebede og 61 løse (upaginerte) annonsebilag.

Tidsskriftets trykte opplag er nå 21 800 (juli 2001).

Organisering og bemanning

Tidsskriftets organisasjon er ikke endret siste året. Redaktør Magne Nylenna ble i mai 2001 tilsatt som ny generalsekretær i Den norske lægeforening med tiltredelse 1.1. 2002. Ny redaktør forventes tilsatt under Legeforeningens landsstyremøte i oktober 2001. Tidsskriftet er organisert i fem seksjoner:

En medisinsk redaksjon som ledes av Pål Gulbrandsen, som også er redaktørens stedfortreder, har fem fagredaktører (leger) i deltidsstilling.

Nyhetsredaksjonen, som ledes av nyhetsredaktør Nina Husom, har tre journalister (hvorav en for tiden er lege i fast stilling, de to andre er i engasjementer) samt en bokredaktør.

Redaksjonssjef Aagot Somdalen har ansvar for drift og produksjon. I denne gruppen inngår to manuskriptredaktører og to sekretærer.

Nettredaksjonen, som ledes av vikarierende nettsjef Stine Nesje, har to medarbeidere.

Annonse- og markedsavdelingen ledes av markedsjef Maud Kaino og har foruten henne tre medarbeidere.

Fra 2000 består redaksjonskomiteen av: Steinar Westin (leder), Per Brodal, Anette Fosse, Marit Bjartveit Krüger, John Leer, Steinar Solberg, Rune Ulvik og Harry Martin Svabø.

I 2000 ble nettredaksjonen og nyhetsredaksjonen samlokalisert i en åpen kontorlandskapsløsning (populært kalt «Nytt og nett»). Dette gir større muligheter for samarbeid mellom Tidsskriftets nyhetsredaksjon og foreningens Internett-tjenester.

Redaksjonelt

I juni 2000 introduserte Tidsskriftet en ny spalte, Legemidler i praksis, og fra januar 2001 har spalten Rett og urett vært gjennom en ansiktsløftning. En rekke temaserier er publisert, bl.a. om diabetes, fysisk aktivitet, genterapi, pediatri og «forstand og forståelse i medisinen».

Høsten 2000 ble en serie tidligere publiserte artikler om medisinsk historie samlet og utgitt som et temahefte med tittelen *Medisin og helse i tidligere tider*.

Tidsskriftets redaksjonelle drift har i hovedsak vært uendret siste år. Konkurransen er økende, både med hensyn til lesernes og annonsørenes oppmerksomhet, men Tidsskriftet har befestet sin stilling som den viktigste informasjonskanal for norske leger og et sentralt debattforum i norsk medisin.

11.25 Internettaktiviteter

Nettredaksjonen har ansvaret for drift, vedlikehold og utvikling av Legeforeningens og Tidsskriftets nettsider, og er organisert som en seksjon i Tidsskriftet. Den bemannes av to medarbeidere; en nettsjef og en nettredaktør.

Det daglige arbeidet i nettredaksjonen består i produksjon og publisering av nyheter, innhenting og publi-

sering av nyheter fra andre medier under presseklipp, samt oppdatering og innlegging av annen informasjon.

Fra og med nr 1/2000 er Tidsskriftet tilgjengelig i fulltekst på nettet gjennom en parallellpubliseringsløsning. Det siste året har det vært arbeidet med å sikre stabilitet i denne løsningen.

Økt satsning på nettnyheter

Høsten 2000 ble nett- og nyhetsredaksjonen samlokalisert i et redaksjonslandskap, blant annet med tanke på økt nyhetsproduksjon. Det har blitt lagt ut én til tre nyheter på nettet hver dag – ofte nyheter som ikke brukes i papirutgaven. I tillegg til nyhets- og nettredaksjonen har informasjonsavdelingen bidratt med nyheter.

Nytt design og publiseringsverktøy

I februar ble et nytt og moderne databasebasert publiseringsverktøy – Gloria – tatt i bruk. Dette letter det daglige arbeidet med nettsidene og gir nye muligheter blant annet i forhold til søk. Gloria forutsetter ikke kjennskap til nettpublisering, og egner seg derfor godt også for underforeninger som vil ha egne nettsider. I mai 2001 ble det arrangert et kurs i nettpublisering og Gloria i samarbeid med Akershus lægeforening. Etter dette har ett tyvetalls foreninger valgt å bruke Gloria til nettpublisering, med mer eller mindre start-hjelp fra nettredaksjonen.

Da det nye publiseringsverktøyet ble tatt i bruk fremsto nettsidene med nytt, friskt design. Dette designet er også utgangspunkt for underforeningene som benytter Gloria.

Domenenavn

Som følge av en oppmykning i reglene rundt domenenavn som ender på .no søkte og fikk Tidsskriftet tildelt domenenavnet *www.tidsskriftet.no* våren 2001. Dette er bare ett av flere domenenavn som Legeforeningen og Tidsskriftet er eier av.

Statistikk

Nettsidene har hatt i gjennomsnitt 2 300 unike brukere hver dag det siste halve året. På ukedager ligger besøket opp mot 3 000 unike brukere. Hver utgave av Tidsskriftet på nettet har per juli 2001 hatt omlag 4 500 unike brukere. Dette telles kontinuerlig etter som alle nummer ligger tilgjengelig på nettet.

11.26 Legenes hus

Legenes hus i Akersgaten 2 eies av selskapet Christiania Torv AS. Aksjene i selskapet eies av Den norske lægeforening og Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger med 50% av aksjene til hver. Styret for selskapet er: Hans Petter Aarseth, Knut Eldjarn, Håkon Ebbing og Harry Martin Svabø. Ledervervet i styret alternerer mellom eierne. NEAS AS forestår selskapets daglige drift. Legenes hus fungerer tilfredsstillende både når det gjelder kontorfasilitetene til våre ansatte og når det gjelder møtelokaler til våre yrkes- og spesialforeninger. Legeforeningen må i 2001 redusere sin leieandel med ca. 120 m² på grunn av at en opsjon om et utvidet leieareal for Advokatfirmaet Hjort DA må innfris. Man antar imidlertid at dette vil kunne realiseres uten store problemer. Christiania Torv AS har også i år 2000 styrket sin egenkapital gjennom et overskudd på driften.

11.27 Ansettelse av ny generalsekretær fra 2002

Landsstyremøtet 2000 vedtok en rekke lovendringer vedr sentralstyrets, presidentens, visepresidentens og generalsekretærens/sekretariatets stilling og oppgave-/rollefordeling. Dertil avga landsstyret 20.10. 2000 følgende uttalelse vedr det videre arbeid med rekruttering og ansettelse av generalsekretær:

Landsstyret vil uttale at ansettelse av ny generalsekretær er en viktig sak for Den norske lægeforening og at sentralstyret må gi saken høy prioritet med sikte på å finne en så god kandidat som mulig.

Landsstyret slutter seg til sentralstyrets forutsetninger om å nedsette et internt rekrutteringsutvalg, som med bistand av ekstern konsulent gjør de praktiske forberedelser til ansettelsen. Med henblikk på å mobilisere poten-

sielle søkere forutsetter landsstyret at saken gis fylldig omtale i foreningens tidsskrift før kunngjøring med tilstrekkelig søknadsfrist finner sted.

Landsstyret forutsetter at foreningens ansatte ledere gis anledning til å utse observatør i rekrutteringsprosessen med anledning til å uttale seg om kvalifikasjons- og personvurderinger.

Landsstyret forutsetter at ansettelsesformen – løpende arbeidsavtale eller åremål – vurderes nøye i samråd med aktuelle kandidater og at arbeidsavtalen under enhver omstendighet gir grunnlag for evt å avslutte arbeidsforholdet på en hensiktsmessig måte dersom avtalte forventninger ikke innfris og/eller tillitsforhold svikter.

Landsstyret viser til de lovendringer som er foretatt. Det forutsettes at sentralstyret på grunnlag av de endrede institusjonelle rammebetingelser for generalsekretærstillingen utarbeider et revidert instruksverk for generalsekretæren og sekretariatet, som utfyller lovbestemmelsene på nødvendig måte, og at dette instruksverk danner basis for drøftingene med aktuelle kandidater og gjøres gjeldende for fremtidig generalsekretær.

Sentralstyret behandlet den videre rekrutteringsprosess i møte 13.11. 2000, herunder spørsmålet om det valgte konsulentfirma og ansattes medvirkning i utvelgesarbeidet. Sentralstyret vedtok å nedsatte innen sin midte et rekrutteringsutvalg, ledet av presidenten og ga utvalget et detaljert mandat mht gjennomføringen av rekrutteringsprosessen.

Stillingen ble annonsert i Tidsskriftet nr 1/01 og nr 3/01 med søknadsfrist 5. 2. 2001, senere forlenget til 12.2. Det innkam syv søknader. I tillegg gjennomførte rekrutteringsutvalget sammen med konsulenten en omfattende vurderings- og aktiv søkeprosess med 16 personer. Antall potensielle kandidater/søkere ble gjennom videre vurderinger og intervjuer etter hvert ble redusert til åtte, dernest fire og endelig tre, som alle bekreftet sitt kandidatur.

I en delrapport av 2.5. 2001 til sentralstyret ga utvalget en inngående redegjørelse over sitt arbeid og for de kriterier som var lagt til grunn for vurdering av søkere og mulige kandidater for øvrig.

Endelig rapport med innstilling til ansettelse ble avgitt i sentralstyrets møte 10.5. 2001. I samsvar med innstillingen vedtok sentralstyret enstemmig å ansette nåværende redaktør av Tidsskrift for Den norske lægeforening, dr. med. Magne Nylenna, som ny generalsekretær. Det ble i samme møte sluttet arbeidsavtale mellom partene og vedtatt nytt instruksverk for sekretariatet og generalsekretæren, gjeldende fra Nylennas tiltrædelse primo januar 2002.

12 Helsepolitikk

«Helsetjenesten er en nasjonal oppgave som i hovedsak bør ivaretas av det offentlige.

Helsetjenestetilbudet på alle nivåer må tilpasses befolkningens behov. Henvendelser til helsetjenesten bør skje gjennom primærlegen.

Finansieringen av helsetjenestene må bygge på individuelle rettigheter i tråd med grunnlaget for folketrygden.

Bedre legefördeling er et viktig helsepolitisk mål

Stimuleringstiltak er effektive virkemidler for å sikre bedre geografisk fordeling av legetjenester, og bør brukes målrettet.»

12.1 Statusrapport for helsetjenesten

På sentralstyremøtet 4.5. 2000 ble det besluttet at sekretariatet skulle starte et prosjekt for at foreningen skal kunne lage en egen statusrapport for helsetjenesten i tilknytning til start- og slutfasen i regjeringens budsjettarbeid.

Formålet med en slik statusrapport skal være:

- Formålet med rapporten må være å påvirke gjennom dokumentasjon, øve påtrykk på pasientens vegne gjennom mediabildet, forfølge saker gjennom partifraksjoner og sosialkomité
- Gevinsten vil være å profilere legeforeningen som en sentral helsepolitisk aktør, som med utgangspunkt i befolkningens beste holder et våkent øye med myndighetene sentralt og lokalt, kikker systemet i kortene og sier i fra som en årvisst foreteelse
- Innhold: Må ikke være en avhandling, men mer kortfattet og temabasert situasjonsbeskrivelse. Spissformulert og vinklet for å bringe det/de tema vi velger opp på den helsepolitiske dagsorden. Viktig å understreke at dette må være en rapport «ingen andre kan lage» – det unike legeperspektivet må være fremtredende – og det kan være nødvendig å trekke inn legeforeningens organisasjonsledd i dette, avhengig av tema.

Den første rapporten kom i oktober 2000 og hadde tittelen «En sammenhengende helsetjeneste. Fra stykkevis og delt, til fullt og helt.» Forut for rapporten inviterte Legeforeningen til et tenkemøte med representanter fra yrkesforeningene og aktuelle ressurspersoner for å få hjelp til å finne frem til de sentrale problemstillingene som skulle fokuseres i rapporten. Rapporten, som var på 38 sider, inneholder bl.a. Legeforeningens 8 punkts program for en bedre helsetjeneste.

Legeforeningens åtte punkts program for en bedre helsetjeneste

1. LEON-prinsippet må på nytt fremheves i helsetjenesten. Dette innebærer at behandling skal skje på Laveste Effektive Omsorgsnivå.
 - Rett pasient på rett nivå
2. Behandlingskjeden må fungere som et sammenhengende hele
 - Alle ledd i behandlingskjeden må bli «verdskapende» dvs. som minstekrav tilføre noe nytt i behandlingen av pasienten
3. Staten må initiere utvikling av interkommunale «helsekommuner»
 - Mange kommuner er for små til å sikre en fullverdig primærhelsetjeneste
 - Det er behov for utvikling av differensierte tilbud i gråsonen mellom første og andrelinjertjenesten
4. Sykehusene må bli statlige

- Fylkeskommunene er ikke lenger et egnet forvaltningsnivå for å sikre befolkningen en fullverdig spesialisthelsetjeneste.
5. I det nye statlige sykehusvesenet må sykehusene bli selvstendige
 - Sykehusene må få utstrakte fullmakter knyttet til både personale og økonomiske driftsprioriteringer, innenfor rammer gitt av staten
 6. Sykehusene må tilrettelegge for legens møte med pasienten på en bedre måte enn i dag
 - Mer av legers tid må brukes til pasientrettet legearbeid.
 7. Det bør forskriftsfestes at alle sykehus skal ha elektronisk pasientjournal innen 1.1. 2002
 - Potensialet i informasjonsteknologien er langt fra utnyttet i helsevesenet
 8. Finansieringsordningene må dekke reelle kostnader for ulike pasientgrupper
 - En fast andel av finansieringen til helsevesenet (mellom 5 og 10%) må gå til forskning og utdanning for å sikre at vi har kompetanse til å møte fremtidens utfordringer
 - Innsatsstyrt finansiering må utbetales direkte til sykehusene

På sentralstyremøtet 1.3. 2001 ble det besluttet at tema for årets rapport skal være Helsetjenesten for eldre. Tilsvarende som i fjor høst inviterte Legeforeningen til et tenkemøte som ble avholdt 15.6. 2001.

12.2 Arbeid for å forebygge trygdemisbruk, kontrollere og følge opp riktig bruk av trygdens midler

Sosialministeren inviterte 19.12. 2000 Rikstrygdeverket og Legeforeningen til møte for å forebygge og kontrollere trygdemisbruk. Bakgrunnen for møtet var at noen leger i Oslo regionen er under etterforskning på grunn av mistanke om trygdesvindler for egen vinnings skyld. Møtet konkluderte med at Rikstrygdeverket og Den norske lægeforening skulle komme med innspill til det videre arbeidet med å forhindre trygdemisbruk. Legeforeningens brev om dette til Sosialdepartementet er datert 6.2. 2001, og ble presentert på en pressekonferanse 9.2. 2001 som sosialministeren hadde invitert til og der trygdedirektøren redegjorde for trygdeetatens ønske om forsterket kontroll.

I brevet av 6.1. 2001 uttrykker Legeforeningens innledningsvis at det er uakseptabelt og sterkt klanderverdig når leger, med forsett og for egen vinnings skyld, misbruker og utnytter trygden. Det ble presisert at dette gjelder et fåtall og at de fleste leger utøver funksjoner i forhold til trygden på en samvittighetsfull måte.

Samtidig mente Legeforeningen at trygdemisbrukproblemet er større og mer komplekst enn bare å dreie seg om noen få «uhederlige» leger. I vårt trygdesystem ligger det et sentralt element av tillit og solidaritet mellom samfunnet og den enkelte – og mellom samfunnet og legene. Folketrygden er ikke et vannrett system som kan regulere alle trygdeforhold. Debatten om misbruk av trygdemidler er minst like gammel som folketrygden selv. Den har oftest dreid seg om de uføre, de sykemeldte og de enslige forsørgerne. Selv om legeprofesjonen har en sentral «portvokter-rolle» i den norske trygdesystemet, er det i forhold til misbruks-problematikken viktig også å belyse at det er (minst) fire faktorer som er viktige i dette forholdet; Legene, trygdeadministrasjonen, pasientene og spørsmålet om hvordan stønads-systemet samlet sett fungerer. Legeforeningen mente det er viktig å påpeke dette som et bakgrunnsteppe for vurderingene av hvordan trygdemisbruk bør forebygges.

For å forebygge feilbruk er det videre nødvendig å erkjenne at det finnes glidende overganger mellom:

- Riktig praksis
- Ulik praksis
- Uriktig praksis, og
- Misbruk

Arbeidet for å forhindre trygdemisbruk må ikke bare fokusere på misbrukskategorien. Den utilsiktede og

uønskede andelen av ulik og uriktig praksis som forekommer er det vel så viktig å forebygge. Flere undersøkelser har avdekket ulik/uriktig praksis i såvell legers skjønns- utøvelse som i trygdekontorenes regelutøvelse. Legeforeningen mente at noe av det viktigste i arbeidet for å forhindre feilbruk og trygdemisbruk blant leger for det første er en grundig opplæring i gjeldende lover og regler, deretter å lage læringsystemer for tilbake-melding til den enkelte lege om ulik praksis/uriktig praksis bl.a ved et godt, profesjonelt veiledersystem.

12.3 Nye helselover med forskrifter

Fire nye helselover ble vedtatt av Stortinget våren 1999: Lov om helsepersonell, Lov om pasientrettigheter, Lov om psykisk helsevern og Lov om spesialisthelsetjeneste. Lovene trådte i kraft 1.1. 2001.

Legeforeningen har vært bidragsyter i hele prosessen, gjennom høringer, formelle og uformelle møter/kon-takter. Legeforeningen har også bidratt med konkrete endringsforslag (lovtekst/forskriftstekst). Nedenfor føl-ger en oversikt over hovedpunktene i den i nye lovgivning.

12.3.1 Lov om helsepersonell

Dette er en personansvarslov, dvs. grunnlag for rettslig ansvar overfor tilsynsmyndighetene og Statens helse-personellnemnd (ny klagenemnd for helsepersonell). Den kan også være grunnlag for straffeansvar. Med hel-sepersonelloven oppheves ni profesjonslover (herunder legeloven) og åtte profesjonsforskrifter. Det er i loven besluttet at ti nye grupper skal autoriseres (totalt 27). I tillegg vil enhver som yter helsehjelp i helsetjenesten regnes som helsepersonell og således være omfattet av loven og være underlagt tilsyn. Taushetsplikt mv. gjel-der også for disse. Dette har betydning for leger som ansetter ikke-autorisert personell. Enkelte bestemmelser i loven retter seg mot virksomheter.

- Ny terminologi: Begrepet offentlig godkjenning forbeholdes spesialistgodkjenning. Heretter benytte begre-pet autorisasjon om alle grupper, det heter for eksempel autorisert sykepleier. Lisens er benevnelsen på en begrenset autorisasjon. Begrepet pasientjournal erstatter legejournal – sykepleierkardex mv, og omfatter det som dokumenteres om pasienten i henhold til dokumentasjonsplikten.
- Ansvar for leger og annet helsepersonell er i all hovedsak en videreføring av tidligere rett (lovgivning, forvaltningspraksis og rettspraksis). Plikten til forsvarlighet (§ 4), til å beholde taushet om pasientinforma-sjon (§ 21) og til dokumentasjon (§ 39) står helt sentralt. I forsvarlighetsbestemmelsen er leger tillagt rett og plikt til å treffe beslutninger i medisinske spørsmål i samarbeidssituasjoner (nytt). Øyeblikkelig hjelp plikten gjelder alle etter «evne» og suspenderes ikke av at pasienten motsetter seg slik hjelp, *med unntak* for de tre situasjoner som er omtalt i pasientrettighetsloven § 4-9 (retten til å nekte: blodoverføring, liv-reddende behandling for døende og til å avbryte pågående sultestreik). Det er etablert en meldeplikt til arbeidsgiver om inntak av legemidler (§ 8) og om bierverv (§ 19 – når arbeidstakeren mener det er i inter-essekonflikt eller dersom arbeidsgiveren ber om slik informasjon). Det er også etablert en meldeplikt for den enkelte til tilsynsmyndighetene om uforsvarlige forhold i helsetjenesten (§17 og § 38). Det er inntatt en særskilt bestemmelse om forholdet mellom helsepersonell og industri (§ 9).
- Ansvarsposisjoner er i hovedtrekk regulert i tjenestelovgivningen (i den grad det er regulert). I helseperso-nelloven angis to ansvarsposisjoner: – Legens plikt og rett til å treffe avgjørelser i medisinske spørsmål i samarbeid med andre (§ 4) og koordineringsansvar for informasjon i helseinstitusjoner – overfor pasient og pårørende (§ 10), overfor sosialtjenesten og barneverntjenesten (§ § 32 og 33) og i pasientjournal (§ 39, 2. ledd).
- Reaksjonssystemet er endret både i innhold og ved krav til prosedyrer. Helsepersonell gis en rett til å på visse vilkår få begrenset autorisasjon (lisens) som alternativ tilbakekall (§ 59). Vilklårene for å benytte straff skjerpes (§ 67). Det opprettes en helsepersonellnemnd som klageinstans for helsepersonell på beslutninger av Helsetilsynet (og av autorisasjonskontoret).
- Endringer i 2000: Legeforeningen har arbeidet aktivt overfor departement og Storting i 1999 og 2000, for å gjennomføre visse endringer og presiseringer i loven. Formålet var å oppnå øket fokus på systemansvar og kvalitetsutvikling (i stedet for å refse enkeltpersoner) og å styrke rettssikkerheten til leger og annet hel-sepersonell. Stortinget vedtok endringer i helsepersonelloven i desember 2000. Plikten til å dokumentere ble presisert til å være «nødvendige» opplysninger i stedet for «fullstendige». Dette var i samsvar med for-

slag fra Legeforeningen. Adgang til å gi tilrettevisning ble opphevet. I tilfeller med mindre alvorlige lovbrudd skal det i stedet gis veiledning for å skape trygghet for at «feil» kan benyttes i læringsøyemed. Denne endringen var i samsvar med forslag fra Legeforeningen. Vilåårene for advarsel ble skjerpet (§ 55), slik at denne reaksjonene nå skal forbeholdes grove overtredelser, det bl.a. må påvises skyld og fare for sikkerheten (ev. belastning for pasient).. Dette var i samsvar med forslag fra Legeforeningen. Sammen med etableringen av helsepersonellnemnda som klageinstans legger lovens bestemmelser grunnlag for en grundigere saksbehandling og mer enhetlig praksis i de alvorligere saker hvor administrative reaksjoner er påkrevet. Disse endringene er i samsvar med forslagene fra Legeforeningen. Med disse endringene skiller Norge seg fra de andre nordiske land i retning av mer veiledning og systemfokusering i tilsynsarbeidet og mindre muligheter til å irettesette leger og annet helsepersonell.

Det er gitt seks nye forskrifter til helsepersonelloven, mens de øvrige er videreført med hjemmel fra Legeloven med justeringer ihht helsepersonelloven.

12.3.2 Lov om pasientrettigheter

Pasientrettighetsloven samler rettsregler som tidligere var dels ulovfestet og dels lovfestet i flere lover, i en lov. Det gis enkelte nye rettigheter og etableres et særskilt klagesystem. For øvrig er det et generelt trekk at kravene til informasjonsbehandling er øket. I pasientrettighetsloven er dette gjennomført ved styrkede rettigheter for pasient og pårørende til informasjon og innsyn.

- Nye rettigheter: – Pasientens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (§2-1). Rettigheten er utdypet i forskrift, se nedenfor. Pasientens rett til vurdering/fornytt vurdering (§ 2-2-, §2-3), – Pasientens rett til valg av sykehus (§ 2-4) – Pasientens rett til individuell plan (§2-5). Her foreligger det også en forskrift. Pasientens rett til å nekte helsehjelp i særlige situasjoner (§ 4-9), ved at myndige pasienter kan nekte blodoverføring mv. En døende kan også nekte livreddende behandling. Foreldre kan ikke nekte blodoverføring på barns vegne. Den nye loven gir imidlertid ikke grunnlag for å opprettholde dagens praksis med at foreldreansvaret overføres barnevernet i disse situasjoner, da legen kan beslutte å gi blod.
- I loven innebærer klagesystem (§ § 7-1 flg.) at det må trekkes et skille mellom klage på manglende oppfyllelse av rettigheter og generell misnøye med helsepersonells behandling (nå omtalt i loven som anmodningsrett ikke klagerett). Legeforeningen arbeidet aktivt for at dette skille skulle etableres. Det ble gjort ved at pasientens rettigheter i tilsynssaker er svært begrenset, mens klageretten for øvrig er styrket (på å få helsehjelp). Enhver fylkeskommune skal ha pasientombud § § 8-1 flg.
- Loven innebærer en generell styrking av pasienters rett til medvirkning og informasjon, noe som innebærer at leger og annet helsepersonells plikt til å gi informasjon, ta pasienten med i vurderinger mv. økes. Pasientens adgang til å hindre utlevering av informasjon er også styrkes, ved for eksempel adgangen til å nekte utlevering av journalopplysninger. Pasienters rett til innsyn er styrkes (§ 5-1) – det gjelder også nærmeste pårørendes rett på informasjon etter pasientens død. Det er gjort enkelte endringer i informasjonsansvaret når pasienten er mindreårig. Hovedregelen er at både barn og foreldre informeres dersom barnet er under 16 år (unntak: egen skjønnsregel for info. når barnet er mellom 12 og 16 år), men at barn over 16 år kan hindre at foreldre gis informasjon. Det er nytt at informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret (barnelovens def.) likevel skal gis (inntil 18 år), for eksempel at barnet/ungdommen er i sykehus, eller at vedkommende må følges opp pga. narkotikamisbruk.
- Det er gitt særskilte regler for pasientens samtykkekompetanse – barn (§ 4-4) – ungdom (§ 4-5) – umyndiggjorte (§ 4-7) og når pasienten ikke er i stand til å samtykke (§ 4-6)

Det er til denne loven kun gitt en forskrift; forskrift om prioritering av helsetjenester og rett til helsehjelp, med hjemmel i lovens § 1-2 første ledd og § 2-1 femte ledd.

12.3.3 Lov om spesialhelsetjenesten

Loven er statter sykehusloven og stiller krav til å tilby og til å organisere spesialhelsetjenester. Loven omfatter også finansiering og legefördeling. Legeforeningen uttalte seg svært kritisk til at loven ikke stilte krav til forsvarlig medisinsk ledelse, men overlater dette til arbeidsgiver. Legeforeningen uttalte seg også kritisk til at til-

synsmyndighetene ikke ble gitt effektive sanksjonsmidler overfor systemene: dvs. overfor eier og driftsansvarlig for tjenestene, for eksempel ved adgang til tvangsmulkt.

- De viktigste endringer: – Plikten for eier av virksomhet til opplæring, etterutdanning og videreutdanning (§ 2-7), helsepersonells plikt til å veilede kommunehelsetjenesten – § 7-4, (både ansatt og helsepersonell med driftsavtale), plikten for eier av helseinstitusjon til å gi informasjon slik at pasienter får tilgang på helsetjenester (§ 2-8), plikten til forsvarlige journal og info. systemer (§ 3-2), pasientansvarlig lege (§ 3-7 : forskrift), enhetlig ledelse (§ 3-9). Fylkeskommunen skal utarbeide individuell plan (§ 2-6: for pasienter med behov for langvarige og koordinerte tilbud og skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen – helhetlig)

Særskilt om forskrift om pasientansvarlig lege

- Forskriften gir en nærmere regulering av både det organisatoriske og materielle sider ved pasientansvaret etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-7. Forskriften overlater likevel i stor grad til institusjonene kriteriene for utpeking og de oppgaver vedkommende skal ha.
- Forskriften åpner for to alternativer til at pasientansvarlig er lege. Innenfor psykisk helsevern kan pasientansvarlig være psykolog, og i tilfeller hvor annen person enn lege/ psykolog ivaretar de aktuelle funksjoner trenger ikke lege/ psykolog oppnevnes.
- Forskriften gir for øvrig få kriterier for hvem som skal utpekes. Det følger av funksjonen som kontaktpunkt at dette må være en lege som antas å treffe de fleste beslutninger overfor pasienten, samt har den nødvendige tilgjengelighet til pasientopplysninger uten hinder for taushetsplikten.
- Etter forskriften *kan* behandlingsansvarlig lege utpekes til å være pasientansvarlig lege, men hvorvidt dette skal gjøres overlates til leder for avdelingens/ enhetens hensiktsmessighetsskjønn. Likedan er det opp til vedkommende å avgjøre hvorvidt de øvrige ansvarsposisjoner (journalansvar og informasjonsansvar) bør samles på samme hånd.

12.3.4 Lov om psykisk helsevern

Regulerer tvang innenfor psykisk helsevern, for øvrig gjelder de andre lover også innen denne tjenesten. Den nye psykisk helsevernloven er i stor grad en videreføring av tidligere lovgivning. Psykisk helsevernloven er hovedsakelig en rettsikkerhetslov. Den gir materielle vilkår, samt personelle og prosessuelle grenser for bruken av tvang. Dette er nå tydeliggjort ved at generelle organisatoriske bestemmelser er regulert i spesialisthelsetjenesteloven. Legeforeningen arbeidet aktivt for at det i loven ble stilt krav til medisinske kvalifikasjoner for å kunne treffe tvangsvedtak. Dette ble inntatt i loven, men siden svekket i forskrift, se nedenfor.

- Den viktigste endring i forhold til tidligere rettstilstand er at det er gitt hjemmel for bruk av tvang også overfor pasienter som oppholder seg utenfor institusjon. Bruken av tvang utenfor institusjon begrenser seg imidlertid til avhenting av pasienten på dennes bopel dersom vedkommende ikke møter til behandling.
- Det er nytt at overlastkriteriet for bruk av tvang er tatt ut. Det er nå tatt inn i loven at det skal foretas en helhetlig vurdering av hensiktsmessigheten av bruken av tvang i forhold til pasienten (§ 3-3). Dette innebærer ingen endring av rettstilstanden, ettersom dette fulgte av langvarig rettspraksis også etter den gamle loven. For øvrig stiller loven strengere krav til dokumentasjon enn dagens loven.

12.3.5 Ny helseregisterlov

Legeforeningen uttalte seg sterkt kritisk til forslaget til ny helseregisterlov slik det forelå i Ot. prp. nr. 5 (1999–2000). Forslaget ga departementet blankofullmakt til å etablere både lokale, regionale og sentrale helseregistre med personidentifiserende kjennetegn uten at det var gitt anvisning på nærmere kriterier eller behovsprøving. Legeforeningen uttrykte streke motforestillinger mot at opprettelsen av et register på dette grunnlaget utløste opplysningsplikt for leger og annet helsepersonell. Departementet var uenig med Legeforeningen, og fremmet lovforslaget for Stortinget. Legeforeningen fortsatte arbeidet med å få endret loven overfor Stortinget.

Legeforeningen utarbeidet konkrete endringsforslag i form av en ny helseregisterlov. Stortinget endret loven. Loven, som trer i kraft 1.1. 2002, stiller krav om pasientens samtykke for at personidentifiserende kjennetegn kan behandles i helseregistre, dersom noe annet ikke er vedtatt av Stortinget. I helseregisterloven gis det en oppregning av de registre som ikke krever samtykke, dødsårsaksregisteret, krefregisteret, medisinsk fødselsregister, meldesyste-

met for infeksjonssykdommer, det sentrale tuberkoloseregisteret, SYSVAK, fødselsregisteret, dødsårsaksregisteret mv. Ved forskrift kan det imidlertid etableres registre med pseudonyme eller aidentifiserte opplysninger.

12.3.6 Ny pasientskadelov

Helt siden etableringen av den midlertidige ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) i 1988 var det meningen å lovfeste egne regler om pasientskadeerstatning. Arbeidet med lovfesting viste seg å bli langvarig, noe som bl.a. skyldes at den midlertidige ordningen har fungert etter intensjonene. 13 år etter at den midlertidige ordningen ble etablert er nå pasientskadeloven vedtatt av Stortinget.

Legeforeningen har vurdert ordningen om pasientskadeerstatning som positiv fordi den både sikrer pasienten rett til erstatning ved feilbehandling, samtidig som den endrer fokuset fra legens personlige ansvar til systemansvaret og forebygging av skader. Foreningens arbeid med å endre loven, både gjennom høringsuttalelser og direkte kontakt med Stortingets Helse- og sosialkomité, har derfor vært konsentrert om legens rettssikkerhet i pasientskadesaker. Ett sentralt tema har vært formuleringen av hovedvilkåret for erstatning. I proposisjonen lød vilkåret «skade» som følge av «feil eller svikt» i helsetjenesten. Det er et viktig poeng ved hele ordningen at den gir rett til erstatning uten at det nødvendigvis foreligger skyld, mao et objektivt ansvar.

Legeforeningen har derfor vurdert det som helt sentralt at formuleringen av erstatningsvilkåret ikke skal gi grunnlag for drøfting av subjektiv skyld, men snarere konsentreres om hvorvidt det har skjedd en skade eller ei. Ved Stortingets behandling ble begrepet «feil» fjernet fra lovteksten, noe som var i samsvar med Legeforeningens synspunkter. Den manglende konstatering av skyld innebærer at det skal mer til før erstatnings-saken kan få betydning for legens arbeidsavtale, eventuelt fastlegens individuelle avtale med kommunen.

Pasientskadeloven slik den nå foreligger er i stor grad en videreføring av bestemmelsene i den midlertidige ordningen. Den viktigste endringen er at loven vil omfatte både ambulansetjenesten og alt helsepersonell som yter helsehjelp i henhold til offentlig autorisasjon eller lisens. For privatpraktiserende leger vil det gjelde en forsikringsplikt for det ansvar loven innebærer. Alle krav skal likevel behandles av Norsk Pasientskadeerstatning, og ikke det enkelte forsikringsselskap.

12.4 Nærmere om forskriftsarbeidet til nye helselover

12.4.1 Forskrift til lov om helsepersonell m.v.

Forskrift om statens helsepersonellnemnd mv.

Legeforeningen har arbeidet aktivt for å få opprettet en uavhengig klageinstans for reaksjoner fra Statens helsetilsyn og hadde flere synspunkter på hvordan denne burde være innrettet. Flere av disse synspunktene var allerede innarbeidet i høringsnotatet. I høringen ga vi ytterligere innspill på sammensetning og organisering av nemnden, saksbehandlingskrav, herunder bruk av sakkyndig kompetanse mv.

Svært mange av forslagene ble fulgt opp av departementet.

Det ble understreket at spørsmålet om nemndas organisering må sees i sammenheng med oppnevningen av uavhengige sakkyndige og at det utfra de ulike profesjoner som omfattes av nemndas virksomhet, vil være av sentral betydning for rettssikkerheten ved ordningen at man anvender en stor grad av sakkyndig ekspertise i spørsmål av faglig karakter. Dette gjelder også om saken er sakkyndig utredet av Helsetilsynet, da det ofte er den vurdering som her er lagt til grunn som er omtvistet og trenger en «second opinion». Det ble foreslått at helsepersonellet også burde få uttale seg om valget av sakkyndig.

Departementet fulgte opp forslagene fra Legeforeningen.

Legeforeningens ba også om en nærmere presisering i forskriften av hvilken saksbehandlings- og bevisførselsform som skal ligge til grunn for nemndsvedtakene. Det bør f eks vurderes om partene skal ha anledning til å møte for nemnda for å avgi forklaring, og om, og eventuelt i hvilken grad, man skal åpne for vitneførsel i nemndsmøtene. Legeforeningen la til grunn at nemnda skulle ha et sekretariat med heltidsansatte, men mente at dette ikke burde være til hinder for muntlighet og bevisførsel i nemndsmøtene, der dette anses hensiktsmessig. Dette vil være lite aktuelt i suspensjonssaker, men bør derimot kunne benyttes i tilbakekallssaker, dvs. ved tilbakekall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og tap av rekvireringsretten. Departementet fulgte opp Legeforeningens forslag.

Legeforeningen foreslo at det ble etablert en rett for det helsepersonell som er part i saken til å møte per-

sonlig i nemndsmøtet, ledsaget av prosessfullmektig. Departementet har ikke forskriftsfestet en slik rettighet, men overlatt spørsmålet til lederen for nemnden (Dommer i Gulating lagmannsrett: Nina Mår Tapper).

Legeforeningen foreslo også at nemndsleders myndighet ble nærmere regulert, bl.a. til å treffe vedtak i prosessuelle spørsmål for å motvirke lang saksbehandlingstid. Departementet fulgte opp Legeforeningens forslag.

Legeforeningen etterlyste også normering av saksbehandlingstid og påpekte viktigheten av at saksbehandlingen i HPN blir rask og effektiv. På bakgrunn av nemndas kompetanse til å treffe svært inngripende vedtak, foreslo Legeforeningen at nemndsmedlemmene skulle være underlagt de strengere habilitetsregler i domstoloven §§ 106-108, i stedet for forvaltningslovens bestemmelser. Dette ble ikke fulgt opp.

Etter at forskriften var vedtatt ga Legeforeningen innspill på medlemmer av nemnda som ble tatt til følge.

Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell – Høringsnotat tre

I hovedsak var det fra departementet bemerket at forskriften om spesialistgodkjenning av helsepersonell i hovedsak var ment å være en videreføring av gjeldende rett. I §§3 og 4 ble det omtalt hvilke råd og innstillinger som skal innhentes før Sosial- og helsedepartementet treffer vedtak om legespesialiteter eller odontologiske spesialiteter.

I Legeforeningens høringsuttalelse ble det påpekt at det var påfallende at Den norske lægeforening og de medisinske fakulteter ikke skal komme med en innstilling om vedtak om legespesialiteter før vedtak fattes. Legeforeningen viste til at i dagens situasjon fremmes som oftest saker om opprettelse av nye eller nedleggelse av eksisterende spesialiteter fra faglige organer; spesialitetskomiteene eller spesialforeningene. Legeforeningen har en grundig faglig saksforberedelse av slike saker med høring blant berørte spesialitetskomiteer i andre spesialiteter, behandling i spesialitetsrådet som er et partssammensatt organ (universitetene, pasientforeningen, SHT, KS og Legeforeningen) før endelig anbefaling fra sentralstyret til overordnet instans (som siden 1999 har vært Nasjonalt Råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling). Legeforeningen fremmet derfor et konkret forslag om at innstilling fra Den norske lægeforening skal foreligge før saken sluttbehandles.

Endelig forskrifter.

Legeforeningens anmerkning er spesielt omtalt i forskriftens merknader §3 og det henvises der til at det ikke vil være nødvendig å nevne Legeforeningens rolle, da Nasjonalt råd vil måtte innhente Legeforeningens synspunkter.

Forskrift om lisens til helsepersonell. Høringsnotat fire

Utkast til forskrift bygde i hovedsak på en videreføring av regler som gjelder i dag, med en del forenklinger. Den eneste realitetsendring var at lisensordningen for leger eldre enn 75 år ble endret. Departementet foreslo at det fra legen fyller 75–80 år, gis lisens for en tidsperiode på inntil to år ad gangen. Etter fylte 80 år gis lisens for inntil ett år ad gangen dersom kriteriene for øvrig er oppfylt.

Legeforeningen foreslo at det for leger mellom 75–80 år kan søkes om lisens for inntil tre år ad gangen, mens man støttet forslag om at leger over 80 år kan få lisens for inntil ett år ad gangen.

Endelig forskrift.

Opprinnelig tekst i forskriften er opprettholdt.

Forskrift om praktisk tjenesteturnus for leger, fysioterapeut, jordmor og ortopedi-ingeniør.

Høringsnotat fem

På grunnlag av at ny forskrift om turnustjeneste for leger var under bearbeidelse omhandlet ikke denne forskriften turnustjeneste for leger. Legeforeningen fant det derfor ikke aktuelt å avgi noen spesifikk høringsuttalelse.

Forskrift om dokumentasjonsplikt og behandling av pasientjournal – Høringsnotat seks

Legeforeningen bidro med forslag til innholdet i journalforskrift på flere stadier. Det ble fremhevet at regelverket må innrettes slik at pasientjournaler kan fungere som et nødvendig og godt arbeidsredskap for legen.

Legeforeningen understreket betenkeligheter i forhold til den utvidede adgang til å slette dokumentasjon, men viste samtidig til at vi er kjent med at vilkårene for sletting er en implementering av en internasjonal konvensjon, og vedtatt av Stortinget i helsepersonelloven: Departementet ble imidlertid bedt om å i større grad innta retningslinjer for hvordan dette skal praktiseres.

Dette ble fulgt opp til en viss grad i forskriften.

Legeforeningen viste til at journalforskriften omfatter alt helsepersonell i alle typer helsetjenester, privat og offentlige, og ba om at det ble inntatt et særskilt kapittel i journalforskriften om journalhåndtering i sykehus, der de store uklarheter og problemer ofte oppstår. Legeforeningen ba dernest om at det forskriftsfestes at det er lege som gis journalansvaret etter helsepersonelloven § 39, 2. ledd, i sykehus. Dette ble begrunnet med at det er leger som treffer avgjørelser om behandling og oppfølging av pasienten. Det ble også vist til at taushetsplikten og forsvarlighetskravet vil være førende for hvem som skal gis ansvaret. I og med at journalansvarlig skal ha tilgang på all informasjon i journalen, vil taushetsplikten være til hinder for at dette er andre enn leger i sykehus. Og at en eksplisitt regulering av dette vil motvirke uriktig praktisering. Det ble under dette punktet vist til Legeforeningens forslag til forskrift om pasientansvarlig lege m.m.

Departementet fulgte ikke opp denne anbefalingen.

Legeforeningen oppfordret departementet til å kreve elektroniske journaler i alle helseinstitusjoner, med begrunnelse i effektiviseringshensyn og hensynet til pasientens personvern. Legeforeningen oppfatter at elektroniske journaler er en forutsetning for forsvarlig og lovlig oppbevaring. Det ble vist til at et elektronisk journalsystem kan i langt større grad enn hva tilfellet er for papirbaserte journaler, sikre mot unødvendig spredning av informasjon, bl.a. gjennom å utarbeide tilgangsnivåer basert på helsepersonellens tilgangsbehov.

I forskriften ble nødvendigheten av å ha elektroniske journaler sterkere betont, uten at det ble stilt som krav.

Legeforeningen reagerte sterkt på den foreslåtte bestemmelse i § 12, annet ledd hvoretter det ikke skulle gis rett til betaling for utlevering av journalopplysninger dersom det foreligger melde- eller opplysningsplikt med hjemmel i lov eller forskrift. Det ble påpekt at dette innebærer at privatpraktiserende leger skal arbeide vederlagsfritt for samfunnet, noe som ikke kan begrunnes i at plikten er lovfestet, særlig på bakgrunn av de mange opplysnings- og meldeplikter som pålegges leger. Det ble vist til at det stilles stadig strengere og utvidede krav til legers opplysningsplikt og at mer av legens tid går til å oppfylle slike lovpålagte plikter.

Denne bestemmelsen ble endret.

12.4.2 Forskrifter til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Høringsnotat seks – Etablering av tvunget psykisk helsevern

Legeforeningen var i hovedsak enig i forskriften, men hadde kommentar til §3 der det heter at hvis den antatt syke unndrar seg undersøkelse som nevnte i §2, kan kommunelegen etter nærmere vilkår i psykisk helsevern-lov §3-5 vedta tvunget legeundersøkelse. Legeforeningen påpekte her noen uklarheter og mente det var behov for å klargjøre de spesielle unntakssituasjoner der loven skulle komme til anvendelse.

I henhold til §6 i forskriftene ble det foreslått at den faglig ansvarlige for vedtak måtte ta stilling til spørsmål om tvunget psykisk helsevern senest 24 timer etter pasientens ankomst. Dette mente Legeforeningen var en positiv paragraf som ga en styrking av pasientens rettssikkerhet og ville redusere unødig ventetid. Med hensyn på §7 om øyeblikkelig hjelp, mente Legeforeningen at den samme 24 timers fristen også bør gjelde skriftlige dokumenter (lege- og tutorerklæring).

I §10 som omhandler vedtak om overføringer påpekte Legeforeningen at disse var noe uklare med hensyn på hvilke overføringer som omfattes av forskriften og som dermed utløser behov for nye innleggelsesprosedyrer. Legeforeningen mente i denne sammenheng at kravet om nytt vedtak som hovedregel ikke bør gjelde overføringer innenfor samme institusjon og mellom enheter med felles faglig ledelse.

Endelige forskrifter.

I de endelig forskrifter er det fortsatt noen uklarheter, men i hovedsak synes Legeforeningens kommentarer etterkommet eller at forskriften fremstår klarere.

Høringsnotat sju – Kontrollkommisjonenes virksomhet

Til dette dokumentet hadde Legeforeningen kommentarer til §1 om virkeområder og Legeforeningen ba derfor om at Kontrollkomiteens generelle tilsynsfunksjon ble tydeligere formulert i forskriftens merknader.

I en kommentar til §2-3: Fremsettelse av klage, foreslo Legeforeningen at det måtte bli et tydeligere krav om at klagen skal skrives ned og at den som mottar klagen har et selvstendig ansvar for skriftlighet.

De endelig forskrifter.

I hovedsak er Legeforeningens kommentarer tatt hensyn til i de endelige forskrifter.

Høringsnotat åtte – Pasienter i privat forpleining i den psykiske helsevern

Til dette dokumentet hadde Legeforeningen ingen spesifikke kommentarer.

Høringsnotat ni – Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet

Forskriften om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet er den niende forskriften innen det psykiske helsevern, og forskriftsutkastet er i det vesentlige en revidering og tilpasning av gjeldende forskrift til nytt lovverk. I tillegg inneholder forskriften en veiledning om hvilke tilstander som utløser plikt til å yte øyeblikkelig hjelp overfor pasienter med psykiske lidelser.

Legeforeningens høringssvar kommenterte i første rekke §2 samt spørsmålet om tvungen legeundersøkelse.

I merknadene til § 2 heter det: «Den undersøkelse som skal foretas ved avdelingen vil i de aller fleste tilfeller måtte foretas av lege. Hvorvidt annet personell, f.eks spesialist i klinisk psykologi kan foreta denne undersøkelsen må i den enkelte konkrete sak avgjøres ut fra vanlig krav til forsvarlighet». Legeforeningen bemerket i sitt høringssvar at en forutsetning for at institusjonene skal kunne motta øyeblikkelig hjelp pasienter er at de til enhver tid har lege tilgjengelig for å gjøre en helhetlig vurdering av hvilke behandlingstiltak som skal iverksettes.

Når det gjelder spørsmålet om tvungen legeundersøkelse ville departementet ikke videreføre dagens forskrift på dette punktet, da den nye psykiske helsevernloven krever at for tvungen undersøkelse hos lege må kommunelegen treffe særlig vedtak om dette. I høringssvaret uttrykte Legeforeningen at det er uklart hva departementet her mener, og at gjeldende forskrifts mulighet for at undersøkelse ved avdelingens lege kan gjennomføres uten pasientens samtykke, bør videreføres i ny forskrift.

12.5 NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering, et inkluderende arbeidsliv. Høring

Dette såkalte Sandman-utvalget hadde som mandat å utrede årsakene til den sterke veksten i sykefraværet og tilgang til uførepensjon, samt foreta en vurdering av iverksatte tiltak og foreslå tiltak som kan redusere sykefraværet og tallet på nye uførepensjonister.

Utvalget har foreslått en helhetlig tiltakspakke som bl.a. består av følgende elementer: tidligere intervensjon, bedre oppfølging av sykmeldte på arbeidsplassen, bruk av funksjonsvurdering med vekt på hva arbeidstakeren kan gjøre på tross av sykdom, utvidet adgang til å bruke egenmelding ved sykdom, oppfølgingsplan for den enkelte arbeidstaker, større offentlig innsats og støtte til virksomhetene, bedre oppfølging fra trygdeetaten, styrking av ordningen med trygdeetatens kjøp av helsetjenester, samt endringer i dagens sykelønnsordning.

I sin høringssuttalelse uttalte Legeforeningen at utredningen representerer en helhetlig tilnærming som bør støttes, selv om detaljer i tiltakene krever nyansering og flere forutsetninger for gjennomføringen trenger nærmere analyse. Foreningen uttalte videre at endringer i regelverket ikke må føre til at sentrale prinsipper i den norske velferdsstaten fravikes slik at utsatte grupper kommer enda dårligere ut.

Etter foreningens syn burde sykdomsbegrepet vært problematisert i utredningen, ettersom svært mange sykmeldinger utløses av en vanskelig livssituasjon kombinert med yrkesaktivitet. Det savnes også en problematisering av den jevne manns holdninger i forhold til sykdom og spørsmålet om hvilke tilstander som skal kunne utløse lønnet fravær fra arbeidet.

Legeforeningen støttet oppfatningen om at det er på arbeidsplassen forholdene må legges til rette for å snu trenden i sykefravær og uførepensjonering, og Legeforeningen er enig i at partene i arbeidslivet i langt større grad må akseptere at arbeidsoppgavene må tilrettelegges slik at bedriftene kan nyttiggjøre seg arbeidstakeres restarbeidsevne.

Legeforeningen er enig i at egenmeldingsretten utvides, men er ikke enig i at arbeidstaker skal finansiere 20% av sykepengene de første 16 dagene.

Foreningen er enig i at man skal legge større vekt på en funksjonsvurdering, men mener det er klare begrensninger for hvordan dette skal kunne gjennomføres, ettersom kompetanse til slike vurderinger i liten grad finnes i trygdeetaten og arbeidsmarkedsetaten. Legene har også lite kunnskap om vurdering av funksjon, og foreningen

uttalte at arbeidet med å utvikle en standard prosedyre for enkel funksjonsvurdering må gis høy prioritet. Legeforeningen er ikke enig i at trygdens rolle skal begrenses til å bistå arbeidsgiver så lenge det arbeides med at sykmeldte arbeidstakerne skal komme tilbake i bedriften. Staten bør ha hovedansvar for å hjelpe arbeidstaker tilbake til arbeidet. Videre støttet foreningen forslaget om utvidet adgang til kjøp av helsetjenester, men uttalte at dette ikke må skje på bekostning av utbygging av et generelt godt helsetilbud. Legeforeningen er enig i forslagene på uføreområdet, men er uenig i at det bør vurderes om andre former for behandling enn tradisjonelt medisinske bør kunne godkjennes som behandlingstiltak og gi rett til utvidede behandlingspenger.

12.6 Fornyelse av den sentrale statlige helseforvaltningen – høringsbrev

Sosial- og helsedepartementet sendte i mars 2001 ut høringsnotat ledsaget av en pressemelding hvor det bl.a. ble understreket at formålet med omorganiseringen er bedre samordning av ressurser og innsats som retter seg mot felles målgrupper. Departementet understreket imidlertid at Regjeringen kan organisere sine underliggende etater med grunnlag i alminnelig instruksjons- og organisasjonsmyndighet, og at det foreliggende notat derfor ikke ble sendt på ordinær høring etter utredningsinstruksen, men var sendt ut for å få faglige innspill.

Departementet foreslo at 11 statlige etater omorganiseres i tre nye etater. 1) Det nye Sosial- og helsedirektoratet, som skal ha ansvar for utøvende oppgaver, iverksetting av tiltak samt rådgivning og andre tiltak rettet mot kommunene og befolkningen. 2) Det nasjonale folkehelseinstituttet, som skal ha oppgaver knyttet til de sentrale helseregistre og befolkningsundersøkelser, samt ha spisskompetanse innenfor epidemiologi, smittevern og miljømedisin. 3) Det nye Statens helsetilsyn, som skal omorganiseres slik at tilsynsoppgavene tydeliggjøres og styrkes og også skal omfatte tilsyn etter Lov om sosiale tjenester. Direktorsoppgaver fra det nåværende Helsetilsynet overføres til det nye Sosial- og helsedirektoratet.

I notatet tar ikke Sosial- og helsedepartementet stilling til endelig organisering av den regionale stat, altså fylkeslegens og fylkesmannens rolle, men drøfter forskjellige måter disse funksjonene kan samordnes på.

I sin uttalelse ga Legeforeningen støtte til intensjonen bak de endringene som foreslås, idet foreningen anser at en forenklet etatstruktur kan bidra til klarere ansvarsforhold, mindre dobbeltarbeid og bedre mulighet for koordinering innenfor forvaltningen. Legeforeningen ville spesielt fremheve forslaget om å skille tilsyns- og kontrollfunksjoner fra utøvende funksjoner. Legeforeningen savnet imidlertid konkrete anvisninger på hvordan den nødvendige kompetanse i forvaltningen skal bygges opp og beholdes, og uttalte at det er helt nødvendig at den øverste helseforvaltning besitter tilstrekkelig faglig kompetanse til å få nødvendig legitimitet og respekt hos aktørene i den utøvende helsetjeneste.

Legeforeningen understreket at profesjons- og yrkesorganisasjonene har bygget opp betydelig kompetanse innenfor fagutvikling, og at disse organisasjonene må være selvsagte samarbeidspartnere for helseforvaltningen for å sikre at standarder og andre tiltak får den nødvendige legitimitet i fagmiljøene. Legeforeningen omtalte spesielt forskningens rolle innenfor fremtidig helseforvaltning og understreket bl.a. at det er viktig at det drives forskning som ikke bare er basert på forventet hurtig økonomisk inntjening.

Vedr. den regionale stat anbefalte Legeforeningen at fylkeslegen ikke legges inn under fylkesmannen, men overtar tilsynsoppgaver fra fylkesmannen. Legeforeningen er ikke enig i at Det nasjonale folkehelseinstitutt tillegges ansvar for drifts og utviklingsoppgaver i forbindelse med nasjonale medisinske kodeverk m.m., og foreslo at dette legges under det planlagte Sosial- og helsedirektoratet.

12.7 Statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten – Høring

Sosial- og helsedepartementet oversendte 18.1. 2001 høringsnotat om statlig overtagelse av spesialisthelsetjenesten. Kjernen i høringsnotatet er at staten skal overta eierskapet til spesialisthelsetjenesten og organisere tjenesten i mellom fem og ti helseforetak. Disse helseforetakene kan så organisere virksomheten under seg i datterforetak.

I høringsuttalelsen uttrykte Legeforeningen innledningsvis støtte til de grep som nå gjøres. At ansvaret for spesialisthelsetjenesten samles på statens hånd kan bidra til klarere ansvarsforhold og mindre «svarteperspill» mellom forvaltningsnivåene. Innføring av helseforetak/ datterforetak vil kunne dreie styring over mot overordnede rammer og legge til rette for at sykehusene kan bli mer selvstendige gjennom utvidede fullmakter. Samlet vil disse grepene kunne bidra til en bedre helsetjeneste for pasientene, der ressursene brukes på en mer hensiktsmessig måte. Dette er positivt, og Legeforeningen understreket at vi vil medvirke til at reformen blir vel-

lykket. Helsetjenesten er blant kjerneområdene i det offentlige velferdstilbudet. Legeforeningen ønsker at det fortsatt skal være slik, og mener derfor at det er spesielt viktig at man her griper fatt i behovet for reformer.

Videre påpekte imidlertid Legeforeningen at det foreliggende høringsnotat illustrerer at det er mye som ikke er på plass i denne reformen. Høringsnotatet presenterer i første rekke en lovregulering som muliggjør statlig overtagelse og innføring av foretaksmodellen. Hvordan andre virkemidler skal understøtte reformen (eks. finansieringsmodeller, tariffavtaler, avtaler med foretakene, funksjonsfordeling mellom sykehusene mv) sies det lite om, og forutsettes utsatt til en fase to i reformen.

Selv om Legeforeningen uttrykte forståelse for at denne prosessen må skje fort ble det i høringsuttalelsen påpekt at dersom denne reformen skal bli vellykket må de strukturelle reformer som er presentert i denne omgang kombineres med en innholdsreform som tar utgangspunkt i de faglige aspektene i helsetjenesten. Videre i høringsuttalelsen ble behovet for faglig forankring ytterligere konkretisert gjennom følgende områder som så ble drøftet mer inngående:

- Faglighet i oppfølging og gjennomføring
- Sikring av forskning, videre- og etterutdanning
- Fleksibilitet i avtaleverket
- Problematikken i hovedstadsområdet

12.8 Sykehusorganisering, foretaksorganisering og konkurranseutsetting.

12.8.1 Omdanning av sykehus til aksjeselskap

Oslo kommune har tidligere fattet prinsippvedtak om at Ullevål sykehus og Aker sykehus skal skilles ut som eget aksjeselskap. Ullevål sykehus er i 2001 skilt ut som et kommunalt foretak – Ullevål Universitetssykehus. Oslo kommune valgte den kommunale foretaksmodellen istedenfor å organisere sykehuset etter lov om fylkeskommunale sykehusselskap.

12.8.2 Lov om fylkeskommunale sykehusselskap

Lov om fylkeskommunale sykehusselskaper m.m. – fremlagt som Ot.prp 25 1999/2000 ble vedtatt sanksjonert 8.9. 2001. Loven er vedtatt opphevet i forbindelse med overføring av sykehusene til statlig eierskap og innføring av Lov om helseforetak av 15.6. 2001.

12.8.3 Statlig overtakelse av sykehusene – organisering av sykehusene som foretak.

Regjeringen har helt fra tidspunktet for tiltredelsen hatt som mål å etablere en mer robust og mer effektiv modell for sykehusdrift. Statsministeren presenterte i sin tale i Bergen 6.6. 2000 tankene om statlig overtakelse av sykehus.

12.11. 2000 ble det truffet vedtak på Arbeiderpartiets landsmøte om at sykehusene skal overføres til Staten og organiseres som statlige foretak.

18.1. 2001 ble det fra Sosial- og helsedepartementet fremlagt et høringsnotat om endringer i sykehusorganiseringen. Regjeringen foreslår her en egen lov om statlige helseforetak. Sykehusene skal etter dette ikke lenger være en del av forvaltningen. Fylkeskommunene fritas for ethvert ansvar når det gjelder spesialisthelsetjenesten. Høringsfristen var seks uker. Mange beklaget den korte fristen. Legeforeningen støttet reformen, og hadde ingen innvendinger mot at tempoet måtte være høyt. På den annen side ble det i Legeforeningens høringsuttalelse lagt vekt på kravene til faglighet i reformen og kravene til medisinsk fagkompetanse i styringen både på regionalt nivå og i de enkelte foretak.

6.4. 2001 ble Ot.prp.nr 66 med forslag til lov om helseforetak fremlagt for Stortinget. I forhold til høringsnotatet var det kun mindre justeringer.

6.6. 2001 behandler Stortinget lovforslaget. Lov om helseforetak blir i all hovedsak vedtatt i tråd med regjeringens forslag.

6.7. 2001 fastsetter regjeringen administrasjonssteder, utpeker styrer og fastsetter arbeidsgivertilknytning for de regionale helseforetakene.

De regionale helseforetakene blir lokalisert til henholdsvis Skien, Hamar, Stavanger, Stjørdal og Bodø. Arbeidsgivertilknytning blir NAVO. Styresammensetningen er sett fra Legeforeningens side tilfredsstillende og med fagkompetanse representert i alle styrene. I tillegg har Legeforeningen etter samarbeid med andre

større organisasjoner i helsesektoren fått anledning til å utpeke en av tre representanter for de ansattes organisasjoner i hvert av styrene i de regionale foretakene, frem til det kan finne sted et ordinært valg av ansattes representanter i henhold til loven. Denne representasjonsordningen ble 22.6. 2001 nedfelt i en avtale mellom Staten v/ Sosial- og helsedepartementet og samtlige arbeidstakerorganisasjoner om medbestemmelse inntil loven trer i kraft og om styrerepresentasjon i regionforetakene frem til de ansatte selv kan forestå valg.

12.8.4 Konkurransetsetting

Legeforeningen har i perioden ikke registrert at det har blitt iverksatt ordninger med konkurranseutsetting innenfor sykehussektoren, men har konstatert at det er et økende antall kommuner som setter ut driften av sykehjem etc. i fri konkurranse mellom private og offentlige tilbydere. Vi har ikke registrert at forsøket med konkurranseutsetting av laboratorietjenester i Oslo kommune ble iverksatt.

12.9 Informasjonsteknologi

12.9.1 Informasjonsteknologi i helsevesenet, Legeforeningens engasjement

Sentralstyret fattet i mai 1998 et vedtak som bl.a. lyder: «Sentralstyret konstaterer at informasjonsteknologien i økende grad vil påvirke legenes arbeidssituasjon i den medisinske hverdag. Det blir derfor stadig viktigere for Legeforeningen å holde seg orientert om hvilke implikasjoner informasjonsteknologien vil og kan medføre for den kliniske hverdag både ved sykehus og i primærhelsetjenesten.» Det ble engasjert to prosjektmedarbeidere som utarbeidet rapporten *Informasjonsteknologiens innflytelse på den medisinske hverdag. Forslag til engasjement og koordinering av arbeidet med informasjonsteknologi*. Rapporten gir konkrete tilrådinger på hvordan Legeforeningen bør håndtere IT-relaterte spørsmål. Det foreslås bl.a. at en person med kompetanse i både medisin og informasjonsteknologi i komplekse organisasjoner engasjeres som ressursperson. Rapporten foreslår også at det etableres en referansegruppe som støtte for ressurspersonen og sentralstyret. Rapporten ble lagt fram for sentralstyret høsten 1999, ble sendt på intern høring, og i en ny sentralstyrebehandling 16.11. 1999 vedtok sentralstyret å utsettes avgjørelse i saken i påvente av nærmere avklaring med hensyn til oppgaver og tilknytningsform for en ressursperson. Det har vist seg vanskelig å finne økonomisk dekning for utvidet innsats på området, og saken har ikke vært fremmet for sentralstyret i perioden.

12.9.2 Samordningsgruppen for medisinske kodeverk og klassifikasjoner (SMKK)

Samarbeidsgruppen ble opprettet av Sosial- og helsedepartementet i 1993 og består av representanter fra departementet, Folkehelse, Helsetilsynet, Statistisk Sentralbyrå og Den norske lægeforening. Gruppen er rådgivende for departementet, og arbeider for å koordinere og prioritere arbeidet med medisinske kodeverk og klassifikasjoner. Gruppen utredet i 1999 et forslag til fremtidig, permanent organisering og ansvarsfordeling av dette arbeidet. I forbindelse med statens omorganisering av den sentrale helseforvaltning er det lagt fram forslag til mer permanent forankring av dette arbeidet. I påvente av omorganiseringen har departementet besluttet å holde et noe lavere nivå på innsatsen for 2001 innenfor rammen av sin IT-tiltaksplan. Det planlegges oversettelse og tilrettelegging av kodeverk for rehabilitering (ICIDH-2), samt videreutvikling av alfabetisk indeks for diagnosekodeverket ICD-10.

Det er en vedvarende utfordring for samarbeidsgruppen at utgiftene til drift og brukerstøtte har økt betydelig, og andelen av midler til utvikling av nye kodeverk og vedlikehold av eksisterende kodeverk er derfor mindre enn ønskelig. Av rammen for 2001 vil mindre enn 1/3 gå til utviklingsiltak, mens resten vil gå til drift.

12.9.3 Elektronisk pasientjournal (EPJ). Standard, arkitektur, arkivering og sikkerhet. Høring

Standardutkastet er et ledd i Sosial- og helsedepartementets prosjekt omkring standardisering av informasjon- og kommunikasjonssystemer i helsevesenet. Prosjektet skal utarbeide standarder for utvalgte deler av elektronisk pasientjournal, og komme med anbefalinger til videre standardiseringsarbeid. Det praktiske arbeid gjennomføres av Kompetansesenter for IT i helsevesenet (KITH). I prosjektgruppen har det vært fire representanter oppnevnt av Den norske lægeforening: Eva Gerdts, Svein Gjelstad, Anders Grimsmo og Helge Vogt. Formålet med denne standarden som er et delprosjekt er begrenset til å beskrive grunnleggende krav til alle EPJ-systemer og den inneholder derfor få krav til journalens innhold av EPJ-systemets funksjonalitet.

I sin høringsuttalelse mente Legeforeningen at de fleste områdene var godt gjennomarbeidet med hensyn

på teoretisk beskrivelse av EPJ, men det ble påpekt at språkbruken imidlertid var noe vanskelig tilgjengelig uten å besitte spesialkunnskaper på området. Foreningen uttalte ellers at det er en svakhet at alle helsepersonellkategorier skal omfattes av en felles standard for journal, og foreningen påpekte at det er betydelige forskjeller i hvordan forskjellige yrkesgrupper registrerer og henter ut informasjon fra journalen.

12.10 Standard for intensivmedisin.

Standard for intensivmedisin ble vedtatt av sentralstyret i november 1997, og av vedtaket fremgikk at *standard* skal revideres hvert annet år. En arbeidsgruppe nedsatt våren 1998 har gjennomført revisjonsarbeidet. Gruppen har bestått av: Nils Smith-Erichsen (Norsk anesthesiologisk forening), Elisabeth Siebke (Ylf), Knut Kvernebo (Norsk kirurgisk forening), Tor Indrebø (Norsk indremedisinsk forening) og Petter Schou, leder (Norsk overlegeforening).

Som ledd i arbeidet gjennomførte gruppen to spørreskjemaundersøkelser i somatiske sykehus for å kartlegge kjenneskaper til og utbredelse av standard. Det ble også spurt om ansvarslinjer og samarbeidsform omkring behandling av intensivpasienter, samt om innhold i og omfang av virksomheten.

Forslaget til revidert standard ble lagt frem for sentralstyret høsten 1999. Sentralstyret utsatte endelig vedtak i saken i påvente av en utredning av eventuelle konsekvenser for *standard* som vil følge av den nye helselovgivningen, spesielt forskrift om pasientansvarlig lege.

Nytt lovverk med forskrifter forelå høsten 2000. Sekretariatet har vurdert standardutkastet, og har i samråd med gruppen gjort noen små endringer i dokumentet. Sentralstyret ga i møte 3.4. 2001 sin tilslutning til at den reviderte *Standard for intensivmedisin* betraktes som veiledende på området.

12.11 Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort.

Sosial- og helsedepartementet har utarbeidet forslaget med bakgrunn i Stortingsvedtak i forbindelse med behandling av Innstilling til Stortinget nr. 202 (1999–2000) fra Sosialkomiteen. Stortingsvedtaket ble begrunnet med behov for å utrede andre former for utnyttelse av helsepersonell enn dagens trygdeordninger legger opptil. Stortingsflertallet forventet at forslaget vil medføre en avlastning av leger i primærhelsetjenesten og en besparelse i trygdens utbetalinger. I oppfølgingen av forsøksordningen ble det opprettet en referansegruppe med deltakelse fra Norsk kiropraktorforbund, Norske fysioterapeuters forbund, Norsk pasientforening og Kommunenes Sentralforbund.

Privatpraktiserende fysioterapeuters forbund og Den norske lægeforening ble også invitert til å oppnevne representanter til referansegruppen. Sentralstyret oppnevnte to representanter, men da departementet ikke fant å kunne innvilge praksiskompensasjon/møtegodtgjørelse vedtok sentralstyret å trekke foreningens representasjon fra referansegruppen.

Det gjennomføres nå et forsøk over to år i et representativt utvalg av fylker. Departementet foreslår at kiropraktor og manuell terapeut bl.a. får

- behandle på trygdens regning uten henvisning fra lege
- sykmelde pasienter på nærmere betingelser
- henvise pasienter til lege/spesialist
- rekvirere fysikalsk behandling som utløser rett til refusjon

I sin høringsuttalelse uttalte Legeforeningen bl.a. at departementet i for liten grad redegjør for hvilke kriterier som skal vektlegges i evalueringen av prosjektet. Legeforeningen stilte prinsipielt spørsmål omkring primærlegens fortsatte rolle som portvokter og koordinator av helsetjenestene og den som ivaretar helheten for pasienten. Foreningen uttalte videre at forsøksprosjektet er særdeles uklart med hensyn på hvordan sykmeldingsrutiner skal legges opp når kiropraktorens tid for sykmelding er overskredet, samt påpekte at det ikke fremgår klart hvilke pasientgrupper som skal omfattes. Legeforeningen konkluderte med at før forsøksprosjektet settes ut i livet bør det gjøres et mer omfattende arbeid for å definere hvilke tilstander som kiropraktor/manuell terapeut skal kunne sykmelde og henvise til spesialist.

I forbindelse med evalueringen av prosjektet har Legeforeningen blitt invitert til å være med i en referansegruppe. Sentralstyret vedtok etter en totalvurdering å være representert i referansegruppen og oppnevnte Håkon Lie og Gunhild Sundal. Praksiskompensasjon betales til disse fra Legeforeningen.

12.12 Organisasjonskontakt – Akademikerne

12.12.1 Akademikernes utredningsnettverk

Nettverket består av en representant fra hvert av sekretariatene i medlemsforeningene, og skal bidra med saksforberedelse til styret i Akademikerne. Nettverket har månedlige møter som ledes av utredningsleder i Akademikerne. Nettverket har bl.a. nedsatt ad-hoc arbeidsgrupper for å lage utkast til høringsuttalelser, og Legeföreningen har deltatt i utarbeidelse av utkast til uttalelse til oppgavefordelingsutvalgets rapport og til Sandmanutvalgets rapport.

12.12.2 Akademikernes faggruppe helsepolitikk

Akademikerne har opprettet vinteren 2001 en rekke faggrupper, bl.a. faggruppe helsepolitikk, som skal komme med forslag til hvordan Akademikerne skal nå sine mål innenfor dette området. Faggruppe helsepolitikk skal videreutvikle/konkretisere Akademikernes politikk med utgangspunkt i policydokument om fornyelse av offentlig sektor, samt skal følge med i samfunnsdebatten og komme med forslag til policyvedtak og tiltak for å få gjennomslag for Akademikernes politikk på området.

Faggruppen skal levere utkast til utredningsnettverket, som forbereder videre behandling i Akademikernes styre. Styret har utpekt en kontaktperson som skal følge arbeidet i hver enkelt faggruppe. Den norske lægeförening er tillagt ansvaret for faggruppe helsepolitikk, som har deltagere fra seks av Akademikernes medlemsforeninger. Faggruppen ble etablert våren 2001 og har hatt ett møte.

12.13 Legemiddelområdet

12.13.1 Liste over utbyttbare legemidler i henhold til apoteklovens §6-6, annet ledd

I henhold til Apoteklovens §6-6, annet ledd, heter det at apoteket uten hinder av første ledd, kan bytte rekvirert legemiddel med generisk likeverdig legemiddel og med et parallellimportert legemiddel hvis departementet har godkjent legemidlene som byttbare. Slikt bytte kan ikke skje i strid med rekvirentens eller kundens uttrykkelige ønske. Apoteket skal meddele rekvirenten at slikt bytte er foretatt.

Et dokument av 18.12. 2000 redegjorde for legemiddelmyndighetenes syn på de preparater som anses som medisinsk likeverdige og dermed byttbare.

I sin høring påpekte Legeföreningen nok en gang de faglige argumenter som taler mot en generell substitusjonsadgang. Legeföreningen pekte på fire preparatgrupper der man var uenig med myndighetene om likeverdighet. Det gjaldt nitropreparater (C01DA14), NSAIDs (M01AC01) og 5-ASA (A07ECO2). Til slutt anmerket Legeföreningen at man hadde forståelse for at det kunne være hensiktsmessig å lage en liste over preparater hvor det faktisk og reelt er en mulighet for ubyttbarhet der hvor navn, form, farge og dose er identisk eller tilnærmet identisk.

Endelige retningslinjer

I de endelige retningslinjer til ubyttbarhet har Statens legemiddelverk redegjort for hvordan apotekerne i praksis kan gjennomføre ordningen med å bytte ut et forskrevet legemiddel med et annet.

12.13.2 Generisk substitusjon ved apotek. Brev til medlemmene

I april 2001 sendte Legeföreningen et medlemsbrev som redegjør for hvordan legene kan forholde seg til den nye Apotekloven for å sikre riktig bruk av legemidler. Det ble bl a. foreslått at legene oppretter en rubrikk på reseptene der legen kan krysse av om apoteket kan foreta et bytte til et annet likeverdig legemiddel eller ikke.

Apotekerforeningen reagerte på Legeföreningens utspill og skrev til Sosial- og helsedepartementet der de ba om departementets syn på Legeföreningens utspill. Legeföreningen oversendt sine kommentarer på brevet til Departementet. Svarbrevet fra departementet på tolkes slik at dersom legene oppretter slik avkryssingsrubrikk på reseptene vil det måtte medføre at det ikke kan forskrives mer enn et legemiddel på hver resept, evt. at det lages et stempel til å stemple inn en avkryssingsrubrikk under hvert forskrevet legemiddel på resepten.

12.14 Uttalelser til offentlige utredninger m.v.

12.14.1 Høringer i perioden 1.7. 2000 – 1.7. 2001

- Utredning om helsevesenets framtidige håndtering av symptomer antatt relatert til elektriske og/eller magnetiske felt.
- Faglig vurdering av alternative treningsopplegg som Doman-metoden o.l. for barn med hjerneskader.
- Faktarapport om årsaker til psykiske plager og lidelser.
- Elektronisk pasientjournal (EPJ) standard: Arkitektur, arkivering og sikkerhet.
- NOU 2002:2 Behandlingsreiser til utlandet – et off. ansvar?
Tillegg i henhold til uttalelse fra Norsk revmatologisk forening.
- Vurdering av sopper med innhold av psilocybin og psilocin for oppføring på narkotikalistene.
- Forskrifter til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern – tre nye høringer.
- Forslag til ny forskrift til gjennomføring av lov av 13.6. 1975 nr. 50 om svangerskapsavbrudd.
- Utkast til forskrift om medisinsk laboratorie- og røntgenvirksomhet.
(Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.)
- Forskrifter om refusjonskrav mot pasientens bostedsfylke (gjestepasientoppgjøret).
- Utkast til forskrift om autorisasjon av yrkesutøvere i nye regulerte helsepersonellgrupper
(Forskrift til helsepersonelloven – høringsnotat to)
- Forskrift om lisens til helsepersonell. (Forskrift til helsepersonelloven – høringsnotat fire)
- Forskrift om spesialistgodkjenning av helsepersonell. (Forskrift til helsepersonelloven – høringsnotat tre)
- Utkast til forskrift om praktisk tjeneste/turnus for lege m.fl.
(Forskrift til helsepersonelloven – høringsnotat fem)
- Forskrift om øyeblikkelig hjelp i det psykiske helsevernet. (Høringsnotat 9)
- Ny dødsattest.
- Forskrift om individuelle planer.
- Forslag til forskrift om forsøksordning hvor henvisningskravet fra lege til kiropraktor faller bort m.v.
- Individbasert pleie- og omsorgsstatistikk (IPLoS) i Kostra – Forslag til informasjonssystem for pleie- og omsorgstjenesten.
- Forskrift om habilitering og rehabilitering.
- Nye forskrifter på helse-, miljø og sikkerhetsområdet i petroleumsvirksomheten på kontinentalsokkelen.
- Begrenset høring om rapport fra arbeidsgruppe om ICIDH-2.
- Forslag til retningslinjer for bruk av astmamedisinen Singulair.
- NOU 2000:27 Sykefravær og uførepensjonering.
- Liste over utbyttbare legemidler i henhold til apoteklovens §6-6 annet ledd.
- Sykehusenes interne organisering – spørreskjema.
- Spesifikasjon av datasystemer for medisinsk nødmeldetjeneste.
- Apotekforskriften.
- Regelprosjektet i Sosial- og helsedepartementet.
- Forslag til retningslinjer om kjønn som variabel i medisinsk forskning.
- Forsikringselskapenes innhenting, bruk og lagring av helseopplysninger – samt bruk av sakkyndige leger ved saker om erstatning for personskade.
- Statlig overtakelse av spesialisthelsetjenesten.
- Forslag om endringer i Lov av 19. juni 1997 nr. 62 om familievernkontorer.
- Revisjon av Retningslinjer for industristøy.
- Fornyelse av den sentrale sosial- og helseforvaltningen.
- Rogalandsforskningens evaluering av gjennomføring av handlingsplan mot HIV-AIDS epidemien 1996–2000.
- Utkast til forskrifter til lov om helsemessige og sosial beredskap.
- Kravspesifikasjon for elektronisk journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

12.15 Organisasjonskontakt til stortingskomiteer, departement og Statens helsetilsyn

Legeforeningen har i løpet av årsmeldingsperioden hatt flere høringsmøter med sosialkomiteen, både fraksjoner og hele komiteen. Legeforeningen har dessuten deltatt på møte med finanskomiteen om statsbudsjettet 2001.

Ved siden av formelle og offisielle møter har det også være en rekke uformelle kontakter mellom representanter fra Legeforeningen og Statens helsetilsyn, Sosial- og helsedepartementet og stortingsrepresentanter om ulike tema knyttet til helse- og sosialpolitikk. Legeforeningen har ellers deltatt særlig aktivt i utforming av ulike forskrifter som er utarbeidet i tilknytning til de fire nye helselovene.

12.16 Statsbudsjettet 2001

I forslag til statsbudsjett for 2001 reagerte Legeforeningen på flere forhold som både er tatt opp med Stortingets finanskomite og sosialkomiteen.

12.16.1 Økte egenandeler

I budsjettforslaget for 2001 ble det fremmet forslag om en økning av egenandelene på 4,5% som var begrunnet i en tilsvarende gjennomsnittlig økning av lønnsinntektene. Legeforeningen anmerket til dette at det er nettopp de grupperinger i samfunnet som ikke følger den vanlige lønnsutviklingen som pådrar seg de største helseutgiftene. Derfor vil en gjennomsnittlig økning av egenandelene bli en hardere belastning nettopp for disse grupper enn for den øvrige del av befolkningen.

For øvrig påpekte Legeforeningen at normaltariffen allerede var ferdigbehandlet per 1.6. 2001 i forbindelse med fastlegeordningen og at en økning av egenandelen ville bety en ny tung forhandlingsrunde for å prøve og innplassere egenandelene på en måte som gjør at det ikke medfører noen inntektsforskyvning.

Legeforeningen foreslo derfor at det ikke ble lagt opp til noen egenandelsøkning i 2001 og at egenandelene ble justert i henhold til den rapport som skal utarbeides etter at sosialkomiteen i forbindelse med statsbudsjettet 1999 ba om en gjennomgang av de samlede utgifter til egenandeler for brukerne.

Resultat

Egenandelsøkningen på 4,5% ble vedtatt av Stortinget og ble innlemmet i normaltariff-forhandlingene og fikk virkning fra 1.6. 2001.

12.16.2 Innsatsstyrt finansiering

I statsbudsjettet for 2001 påpekte Sosial- og helsedepartementet at det er et fortsatt potensiale knyttet til mer effektiv drift av sykehusene og la derfor inn et effektiviseringskrav på 100 mill. kroner, eller 0,9% i enhetsprisen. Legeforeningen bemerket at man vanskelig kunne se noen begrunnelse for dette effektiviseringskravet, særlig med utgangspunkt i at et flertall i sosialkomiteen i forbindelse med statsbudsjettet for 2000 uttrykte at det burde være en økning av enhetsprisen. Videre ba Stortinget om at Regjeringen måtte vurdere tiltak som gjør statens refusjoner mer forutsigbare for sykehusene. Særlig har dårlig forutsigbarhet vært knyttet til håndtering av kryptaket og til endring av enhetspris og kostnads-vekter. Legeforeningen ba derfor om at effektiviseringskravet i enhetsprisen måtte fjernes for å gjøre finansierungsordningen mer forutsigbar.

Videre var det i statsbudsjettet foreslått av kryptaket i innsatsstyrt finansiering skulle justeres ned med 1% til 4% for å ta høyde for økt pasienttyngde fra 2000 til 2001. Legeforeningen beklaget sterkt at Regjeringen ikke hadde foreslått å fjerne kryptaket, noe som også et flertall i sosialkomiteen hadde uttalt i innstilling S. nr. 241 (1999–2000) der det fremheves som et siktemål kan være å fjerne kryptaket når en har nådd nødvendig kvalitet på registreringsmessige forhold knyttet til DRG-kodingen.

Med henvisning til en forskningsmessig gjennomgang som indikerer at kryptakene rammer sykehus som har hatt en reell økning i pasienttyngde, oppfordret Legeforeningen sosialkomiteen til å fjerne kryptaket.

I statsbudsjettet ble det ellers vist til at regionsykehusene skulle få kompensasjon for «tunge» oppgaver og at det derfor ble gitt en økning på 104 mill. kroner i det særskilte tilskuddet til regionsykehusene. Etter Legeforeningens syn var dette bare en ren prisregulering og ikke noen tilføring av friske penger. Legeforeningen påpekte derfor at det var nødvendig å øke dette beløpet betydelig.

Resultat

Budsjettforslaget ble vedtatt uten endringer.

12.16.3 Uklarheter vedrørende moms

I moms-reformforslaget som var lagt frem som en del av statsbudsjettet var det svært mange uklarheter og Legeforeningen tok særlig opp problemstillinger knyttet til moms på forskning og moms på bedriftshelsetjenester i fellesordninger.

Legeforeningen anmodet om at forskning, herunder kliniske utprøvinger og bedriftshelsetjenestevirksomhet, ble unntatt fra merverdiavgiftsberegningen.

Resultat

Stortinget vedtok at helsetjenesten skulle unntas fra merverdiavgift på generelt grunnlag, jfr. pkt. 8.6.2

12.16.4 Konjunkturavgiften

I statsbudsjettet ble det fremmet et forslag om en konjunkturavgift på 1,5% som i realiteten innebar en økning på 1,5% i arbeidsgiveravgift og 1,5% høyere skatt på netto næringsinntekt.

For leger i privat praksis ville dette bety økte utgifter som ville komme på toppen av moms på konsulent-tjenester, advokathjelp og Edb-tjenester. Legeforeningen påpekte at disse kostnader ville bety en inntektsreduksjon da legene er unntatt fra momspålegg og således sluttbrukere. Legeforeningen anmodet derfor om at den foreslåtte konjunkturavgiften ble fjernet.

Resultat

Under budsjettforhandlingene i Stortinget ble hele forslaget om konjunkturavgift forhandlet bort mellom partiene.

12.16.5 Trygderettens kompetanse til å omgjøre til ugunst

I forbindelse med statsbudsjettet var det også meningen at Stortinget skulle ta stilling til et forslag om at Trygderetten skulle tillegges kompetanse til å omgjøre til ugunst.

Legeforeningen støttet Trygderettens egne synspunkter og mente at den foreslåtte endring var dårlig utredet og burde være gjenstand for høring. Legeforeningen foreslo derfor at forslaget i sin nåværende form måtte avvises og utredes nærmere.

Resultat

Stortinget vedtok under behandlingen å be departementet utrede denne problemstillingen nærmere og sende den på høring. Departementets notat har vært på høring sommeren 2001.

13 Forebyggende og helsefremmende arbeid

«Forebyggende og helsefremmende arbeid gir størst gevinst for folkehelsen. Forebyggende og helsefremmende arbeid skal være en del av helsetjenesten på alle nivåer.

Legeforeningen skal levere medisinske premisser for samfunnsplanlegging som ivaretar forebyggende og helsefremmende arbeid.»

13.1 Nasjonalforeningen for folkehelsen

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

13.2 Elisabeth og Knut Knutsen O.A.S. Fond for kreftforskning

Økonomiforvaltning og regnskapsførsel for dette fond ivaretas av sekretariatet.

Sentralstyret har oppnevnt en komité bestående av Jahn Nesland, Ingbjørg Storm-Mathisen samt en representant fra sekretariatet til å forestå utdeling av midler fra fondet en gang årlig. Komitéen har fungert i perioden 1996–1999, og er av sentralstyret gjenoppnevnt for perioden 2000–2003.

13.3 Dnlfs og LMIs råd for legemiddelinformasjon

Rådet for legemiddelinformasjon er opprettet i henhold til samarbeidsavtalen mellom Den norske lægeforening og Legemiddelindustriforeningen av desember 1999. Vedtektene for Rådets virksomhet er undertegnet av partene november 2000.

Rådets hovedoppgave er å forvalte retningslinjer for samarbeid mellom legestand og farmasøytisk industri. Rådet har overtatt de oppgaver som tidligere tillå Rådet for vurdering av legemiddelinformasjon.

Legeforeningen er representert i Rådet for legemiddelinformasjon ved klinikkoverlege Else Wiik Larsen og overlege Erik F. Ellekjær.

Legemiddelindustriforeningen har som Legeforeningen to medlemmer i Rådet. Ett medlem representerer funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Rådets leder oppnevnes av LMI og Legeforeningen i fellesskap og har ingen relasjon til de to foreninger. For tiden er lagdommer Hans Kr. Bjerke Rådets leder.

Både LMI og Legeforeningen utpeker en fast sekretær til Rådet. Da langt de fleste saker vedrører LMIs medlemmer ivaretar LMI koordineringen av sekretariatets oppgaver.

Legeforeningens sentralstyre har vedtatt at Legeforeningen internt skal vurdere om samarbeidsreglene trenger revisjon og/eller om interne regler i Legeforeningen bør justeres for et bedre samspill mellom interne regler og samarbeidsreglene.

13.4 Den Norske Kreftforening

Legeforeningen er i perioden 2000–2003 representert i Den Norske Kreftforenings representantskap ved Magne Nylenna.

13.5 Statens eldreråd

Legeforeningen er for perioden 1998–2001 representert i Statens eldreråd ved Jens B. Andersen.

13.6 Den norske lægeforenings rusmiddelpolitiske utvalg

Utvalget har som mandat å være et rådgivende organ for sentralstyret i spørsmål som gjelder rusmidler. Utvalget skal ha sin oppmerksomhet rettet mot forhold av betydning når det gjelder rusmidler og helse. Spesielt skal utvalget arbeide for at legers kunnskaper om skadevirkninger av rusmidler blir ivarettatt i tilstrekkelig grad i grunn-, videre – og etterutdanning.

Utvalget består av: Geir Riise (leder), John E. Berg, Jens Chr. Bull Engelstad, Tone Tveit, Erik Waale Næss, Kristina Kjørheim og Helge Bell. Kari Bolling i Legeforeningens sekretariat er utvalgets sekretær.

Utvalget har fortsatt sitt arbeid med å vurdere tiltak for å styrke rusmiddelundervisningen i grunnutdanningen. Det har vært tatt kontakt inn mot universitetsmiljøene i Norge. Videre har utvalget vært opptatt av legemiddellassistert rusmiddelbehandling og at slik behandling må inngå som en del av en samlet plan for rehabilitering. Utvalget har planlagt en egen konferanse om dette høsten 2001. Utvalget har også drøftet de helsefaglige utfordringer på rusmiddelområdet, herav også forvaltningsstrukturen i forhold til første- og andrelinjetjenesten.

13.7 Forebyggende helsearbeid blant barn og unge (FHAB)

En arbeidsgruppe nedsatt av sentralstyret i Legeforeningen avga i 1998 rapporten *Legens rolle i det helsefremmende/sykdomsforebyggende arbeid for barn og unge*. Rapporten inneholdt et forslag til handlingsprogram hvor bl.a. følgende elementer inngikk:

- Utvikle gode og formålstjenlige samarbeidsformer mellom første- og andrelinjetjenesten og knytte videre- og etterutdanningsprogrammene for allmennmedisin til disse.
- Legeforeningen skal ta initiativ til at det nedsettes en gruppe fra aktuelle forskningsinstanser fra ulike fagområder som utarbeider et forslag til organisering og program for forskning, fagutvikling og evaluering av FHAB.

Sentralstyret ga sin tilslutning til handlingsprogrammet.

13.7.1 Arbeidsgruppe FHAB/samarbeid

Norsk barnelegeforening, Norsk selskap for allmennmedisin (NSAM), Alment praktiserende lægers forening (Aplf), Offentlige legers landsforening (Oll) og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening ble anmodet om å oppnevne representanter i en arbeidsgruppe. Følgende har deltatt i arbeidet: Jon Lunde (leder), Astrid Dolva, Bent Folkvord, Svein Lie og Marit Hafting.

Arbeidsgruppen har hatt ett møte i perioden, og la høsten 2000 frem sin rapport. Det fremmes der en rekke forslag til tiltak, bl.a. foreslås at områdepediatri legges til grunn for samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten. Utvalget oppfordrer Legeforeningen til å ta flere konkrete initiativ, samt å sørge for at FHAB formaliseres i videre- og etterutdanningen av allmennpraktikere og i spesialistutdanningen av barneleger og barnepsykiatere.

Rapporten ble sendt på intern høring, og kom til ny behandling i sentralstyret 12.6. 2001. Sentralstyret vedtok at rapportens forslag til tiltak skal iverksettes, bl.a. ved at berørte spesialforeninger tilskrives med anmodning om å følge opp rapportens innhold innenfor sine fagområder.

13.7.2 Arbeidsgruppe FHAB/forskning

Med utgangspunkt i handlingsprogrammet tok Legeforeningen initiativ til at det ble nedsatt en arbeidsgruppe fra Norges forskningsråd, Helsetilsynet og Folkehelsa. Deltagere har vært: Prof. Leif Edvard Aarø, Universitetet i Bergen og forsker Kristin Scheldrup Mathisen ved Regionsenter for barn og ungdomspsykiatri i Oslo (for Norges forskningsråd). Forsker og lege Kari Kveim Lie og prosjektleder helsesøster Ragnhild Hovengen (fra Folkehelsa) og underdirektør Lena Engfeldt og fagsjef Svein Sander Bratland (fra Helsetilsynet). Prosjektleder Kari Glavin ved Forprosjekt for oppretting av forsknings- og utviklingscenter for helsestasjon og skolehelsetjenesten i Oslo har i forståelse med sentralstyret senere tiltrådt arbeidsgruppen.

Gruppen har hatt fem møter i perioden. Arbeidsgruppens rapport ble lagt frem vinteren 2001, og konkluderer blant annet med at det er behov for årsaksrettet epidemiologisk forskning for å avdekke forebyggingspotensialet for somatisk sykdom og helseskader hos barn, at informasjon samlet inn i helsestasjon- og skole-

helsetjeneste bør systematiseres, at en del av de metoder som anvendes for å forebygge somatisk sykdom bør evalueres vitenskapelig, samt at det er behov for et eget forskningsprogram knyttet til problemstillinger innen FHAB. Gruppen mener det er særlig behov for mer forskningsbasert kunnskap om forstadier til tilpasningsvansker, om selektive forbindelser mellom risikofaktorer og vansketyper, samt om forhold som beskytter mot utvikling av vansker. Det er også behov for forskning av omfanget av forebygging av antisosial adferd og mobbing og det bør forskes på spiseforstyrrelser, bl.a. metoder for tidlig intervensjon. Arbeidsgruppen understreker at det er viktig at forskning om tiltak foregår i nært samarbeid mellom praktikere og forskere.

Sentralstyret tok i møte 1.3. 2001 rapporten til foreløpig orientering, og vedtok å sende den på begrenset intern høring. På grunnlag av innkomne kommentarer vil sentralstyret vurdere Legeforeningens videre oppfølging av rapporten.

13.8 Akademisering av samfunnsmedisin.

I 1993 vedtok sentralstyret i Legeforeningen å donere midler til opprettelse av professorater i samfunnsmedisin og miljømedisin ved to universiteter. Det ble etter søknad foretatt en vurdering og sentralstyret valgte å gi midler til Universitetet i Oslo og NTNU i Trondheim over en 5-års periode.

På grunn av fondenes vanskelige økonomiske stilling vedtok sentralstyret i 1999 å fryse nivået på utbetalinger til akademisering av samfunnsmedisin. Dette medførte at kun de stillinger som var besatt pr. 15.1.1999 ble videreført som Legeforeningens donasjon.

Ved NTNU, som ansatte professorene Jostein Holmen og Anders Grimsmo i 1996, vil to faste stillinger bli konvertert til faste stillinger på universitetsbudsjettet i 2001. Roar Johnsen ble ansatt i fast stilling i 1997. Stillingen i miljømedisin ble besatt fra 1.2. 1998 og innehas av Øystein Krüger. I en rapport fra NTNU beskrives av akademiseringen av samfunnsmedisin er vesentlig styrket i midt-Norge gjennom Legeforeningens satsing. Første prioritet har vært å bygge opp forskningsaktiviteter innenfor anvendt samfunnsmedisin hvor det kan rekrutteres nye samfunnsmedisinere som tilegner seg akademisk kompetanse og som igjen vil være nye miljøbyggere. Innenfor feltene helsetjenesteforskning, forebyggende medisin og trygdemedisin er det håp om at det vil være livskraftige miljøer som kan videreutvikles. De har i dag mer enn 11–12 stipendiater innenfor disse forskningsfeltene som er i ferd med å kvalifisere seg.

Til slutt i oppsummeringen nevnes det at det er fakultetets målsetting å videreutvikle anvendt samfunnsmedisin og at forskningsmiljøene skal være synlige både nasjonalt og internasjonalt i løpet av neste fem-års periode.

Ved universitetet i Oslo er Arild Bjørndal tilsatt med de midler som ble donert fra Legeforeningen. Han har overtatt som undervisningsleder i samfunnsmedisin og leder også fagplanutvalget i allmenn- og samfunnsmedisin. Han har også laget en ny lærebok (Tenkemåter og arbeidsmåter i medisin) som er utgangspunkt for en forelesningsserie i samfunn og metode som studentene følger. Ellers har han på forskningssiden startet et stort prosjekt med hensyn på å hjelpe samfunnsmedisinen i kommunen å finne fram til relevant informasjon for sitt arbeid.

13.9 Tobakksfritt

Samarbeidsorganet Tobakksfritt består av representanter fra Den Norske Kreftforening, Landslaget Mot Tobakk, Nasjonalforeningen for Folkehelsen, Norges Astma- og Allergiforbund, Norges Idrettsforbund og Olympiske komité, Samarbeidsorganet for helsefremmende oppgaver (SOHO), Den norske jordmorforening, Den norske tannlegeforening, Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke og Den norske lægeforening.

Tobakksfritt har i perioden hatt fem møter. Tobakksfritts ledelse har hatt møter med Helseministeren, med politisk ledelse i Arbeids- og administrasjonsdepartementet, med Stortingets finanskomite, med Stortingets sosialkomite, med avholdsfolkets landsnemnd, pressekonferanse, to høringsnotater. Møte med undervisningsministeren ble utsatt til over sommerferien 2001.

Tore Sanner er valgt til leder for de neste to årene.

Tobakksfritt og Avholdsfolkets Landslag er enige om å holde hverandre gjensidig orientert om utspill og at man burde ha to – tre årlige møter for å diskutere erfaring og mulig samarbeid.

Tobakksfritt har laget et forslag til høringsnotat i forbindelse med endringen i alkoholloven og tobakkska-

deloven som ble sendt til medlemsorganisasjonene og observatørene. Høringsnotatet som senere ble sendt Sosial- og helsedepartementet støttet departementets forslag.

Møte med Stortingets finanskomite 17.10. 2000 hvor Ellen Juul Andersen (nestleder) og Karl Erik Lund (medlem av AU) deltok. Tobakksavgiften var den viktigste saken.

På møtet 14.11. 2000 med Stortingets sosialkomite deltok Tore Sanner (leder) og Karl Erik Lund (medlem av AU). Det var utarbeidet et notat til møtet. Mesteparten av tiden ble benyttet til diskusjon av tobakksavgiftene. Betydningen av å øke avgiftene på rulletobakk og snus ble understreket. Mens det i budsjettet var foreslått at avgiften på ferdigsigaretter skulle øke med fem øre per gram tobakk, var det for rulletobakk og snus bare foreslått en økning på henholdsvis tre og ett øre per gram. Videre ble betydningen av økte bevilgninger til arbeid for å redusere bruken av tobakk påpekt. Det ble også påpekt at SOHO er foreslått nedlagt og at dette ville skape problemer for organisasjoner som arbeider med forebyggende helsearbeid. SOHO har tidligere bevilget midler til arbeid mot tobakk og støttet Tobakksfritt. Videre ble effektiviseringen av 18-års grense for kjøp av tobakk tatt opp, og det ble påpekt betydningen av å innføre bevilling. Beskyttelse mot passiv røyking på serveringssteder ble diskutert. Det ble påpekt at serveringssteder bør være røykfrie, men at det bør være mulig å bygge røykerom hvor gjestene kan ta en røyk og eventuelt ta med seg kaffe/andre drikkevarer ved behov.

I møtet med Helseministeren 27.10. 2000 var Tore Sanner, Ellen Juul Andersen og Karl Erik Lund tilstede. Helseministeren fikk overlevert en del særtrykk som omhandlet tiltak for å effektivisere 18-års grensen og innføring av røykfrie serveringssteder. Betydningen av forebyggende helsearbeid generelt ble diskutert, og det ble påpekt at forebygging og dermed høyere levealder ikke belaster det offentlige helsevesen med større utgifter. Det ble også understreket at forebygging og helseskader er langt billigere enn å reparere skadene etter at de er oppstått. Betydningen av innføring av bevilling ved salg av tobakk for å hindre mindreårige å kjøpe tobakk ble understreket. Et slikt tiltak vil også kunne gjøre det vanskeligere å selge smuglersigaretter fra de vanlige tobakksutsalgene. Det ble påpekt at avgiften for bevilling kunne dekke Statens utgifter. Videre ble det påpekt betydningen av innføring av helt røykfrihet i forbindelse med serveringssteder.

Andre temaer som har vært drøftet

Finansiering av Tobakksfritt

Tobakksfritt har vært finansiert ved bevilgninger fra SOHO som nå er nedlagt. Tobakksfritt har fått en bevilgning på kr 100 000 fra Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet til dekning av driftsutgifter i 2001.

Det nye røykeavvenningprogrammet til Legeforeningen ble demonstrert. Programmet hadde stor interesse for mange av medlemsorganisasjonene.

Pressekonferanse

Pressekonferansen «Røykfrie restauranter ble holdt i Tostrup-kjelleren mandag 19.3. 2001. Før seminaret ble det foretatt en Opinionsundersøkelse om holdningene til røyking på serveringssteder. På pressekonferansen ble følgende temaer belyst: skadevirkningene ved passiv røyking og arbeidsmiljøet til servitørene. Det ble understreket at passiv røyking representerte en større helserisiko for røykere enn ikke-røykere og at servitørene var den eneste yrkesgruppen som ikke hadde beskyttelse mot passiv røyking samt at servitører var på topp når det gjaldt hyppighet av kreft, alle typer til sammen såvel som når det gjaldt lungekreft. En redegjørelse for undersøkelsene som Statens tobakksskaderåd hadde foretatt og konkluderte med at under visse forutsetninger ville serveringsstedene tjene på å bli helt røykfrie. En presentasjon av meningsmålingen som Tobakksfritt hadde fått foretatt hos Opinion viste at tilslutningen til røykfrie serveringssteder var økt med av størrelsesorden ti prosentpoeng etter Statens tobakksskaderåds undersøkelse for omkring to år siden. Et flertall ønsket nå helt røykfrie serveringssteder. Reiselivsbedriftenes Landsforening redegjorde for arbeidsgiverens syn på røykfrie serveringssteder og Hotell- og Restaurantarbeiderforbundet redegjorde for arbeidstakerorganisasjonens syn. Begge var positive til røykfrie serveringssteder. Eierene av serveringsstedene ville spare penger på mindre sykefravær blant de ansatte, på mindre reparasjon av stoler, bord, duker o.l., og de ansatte ville få et betydelig bedre arbeidsmiljø. Hotell- og Restaurantarbeiderforbundet hadde allerede vedtatt på sitt landsmøte å arbeide for røykfrie serveringssteder. Arrangementet fikk god pressedekning. Det ble på møtet påpekt at det var viktig at prosjektet med røykfrie serveringssteder ble fulgt opp.

Tobakksfritt hadde 15.2. 2001 et møte med en av statsråd Jørgen Kosmo i Arbeids- og administrasjonsdepartementets personlige rådgivere samt to saksbehandlere. Tema: om røykfrie serveringssteder.

Tobakksfritts årsmøte ble avholdt 14.6. 2001. Ellen Juul Andersen, Legeforeningen ble gjenvalgt som nestleder.

Det har siden Tobakksfritt ble dannet i 1994, blitt en økning fra om lag fire millioner kroner til om lag 40 millioner kroner i 2000 i bevilgningene til Statens tobakkskaderåd.

13.10 Legeforeningens eget tobakksengasjement

Legeforeningen fikk i 1999 gjennomslag hos helsemyndighetene for en egen takst for røykeintervensjon i allmennpraksis. Legeforeningens dataprogram om røykeintervensjon i allmennpraksis selges til allmennlegene. Det har vært omtale av programmet i dagspressen og i NRK- Dagsrevyen i forbindelse med en reportasje fra et legesenter som brukte dette programmet.

Programmet finnes i en engelsk versjon og WHO har vist interesse for programmet til bruk i andre land. Også den svenske og den danske legeforeningen har henvendt seg til Legeforeningen med forespørsel om å få informasjon om programmet.

Legeforeningen har hatt møte med helseminister Tore Tønne om tobakksarbeidet i Norge. Legeforeningen understreket at den mener nye tiltak bør iverksettes og at det må avsettes økte midler til dette.

Legeforeningen har uttalt at regjeringen bør fremme forslag om røykfrihet på serveringssteder. Videre har foreningen gitt uttrykk for at salg av tobakk bør skje gjennom bevilling.

Legeforeningen har hatt møter med de parlamentariske lederne for den tidligere sentrumsregjeringen i april, hvor Kjell Magne Bondevik, Lars Sponheim, Odd Enoksen, samt stortingsrepresentantene Gunnhild Voie Duesund, Are Næss og Ola D. Gløtvold deltok. Temaer på møtet var bl.a. økte bevilgninger, samt lovtiltak.

Legeforeningen, Norges Forskningsråd, Den norske kreftforening og Statens tobakkskaderåd planlegger en felleskonferanse om tobakk i februar 2002. Forberedelsene har startet opp og Lise B. Johannessen er Legeforeningens representant i arbeidsgruppen.

13.10.1 Statens tobakkskaderåd

Legeforeningen har gjennom Tobakksfritt arbeidet for at rådet skal få økte ressurser. Legeforeningen er opptatt av at planmessige aktiviteter av et annet omfang enn tidligere kan iverksettes. Det er gledelig at bevilgningene til rådet er økt. Tobakkskaderådet har nå om lag 40 millioner kroner til disposisjon til tobakksforebyggende arbeid for 2000.

13.10.2 Verdens røykfrie dag

Verdens røykfrie dag ble markert den 31.5. 2001. Statens Tobakkskaderåd hadde hovedansvaret for markeringen. Satsingsområder var røykfrie restauranter, idrettsarenaer, helseinstitusjoner og skolegårder. I tillegg gikk fylkeslegenes kontor sammen med VÆR røykFRI-klasser om utdeling av gerbera som oppfordring til røykfrihet. Gjennom annonsering i aviser, ukeblader og bussplakater ble det fokusert på barn og passiv røyking.

Fra Legeforeningen ble det sendt ut informasjon og en oppfordring til lederne i fylkesavdelingene, om å delta aktivt i markeringen av dagen. Det ble også sendt ut en pressemelding der Legeforeningens president oppfordret regjeringen til å fremme forslag om helt røykfrie serveringssteder med den begrunnelse at hensynet til helsen for de ansatte i serveringsbransjen må gå foran gjesters behov for å røyke.

14 Internasjonalt arbeid

«Legeforeningen vil delta i internasjonalt samarbeid om helsefaglige og helsepolitiske temaer.

Legeforeningen vil bidra til at leger uten hindringer kan yte hjelp der det er behov, og at legehjelp gis i samsvar med anerkjente etiske prinsipper.»

14.1 Generelt

Legeforeningens internasjonale engasjement har utviklet seg gradvis opp gjennom årene, men virksomheten har aktivitetsmessig blitt prioritert i forhold til alle andre viktige gjøremål i organisasjonen. Arbeidet foregår stort sett på tre forskjellige plan: I nordisk sammenheng, i europeisk sammenheng og gjennom WMA i det store globale perspektiv. Utover dette har Legeforeningen samarbeid på ad hoc basis med en rekke andre legeforeninger rundt omkring i Europa og for øvrig. De viktige tema innenfor dette samarbeidet er fortsatt medisinsk etikk og menneskerettighetsspørsmål generelt. Men spesielt på det europeiske plan vektlegges arbeid med legers grunn-, videre- og etterutdanning, kvalitetssikring og standardiseringsarbeid, og også spørsmål av betydning for legers lønns- og arbeidsforhold. For øvrig merker en også i alt internasjonalt arbeid, både på europeisk og nasjonalt nivå, at utformingen av helsepolitikken og spørsmål som har med rammevilkårene for legers yrkesutøvelse å gjøre, vinner stadig større terreng i diskusjoner leger i mellom.

I år 2000 arrangerte Legeforeningen et seminar om det internasjonale engasjement for de organisasjonsledd som er engasjert i dette arbeidet. Hensikten er å få til en informasjonsutveksling og en bedre koordinering av det store engasjement og de store ressursene som nå nedlegges i internasjonalt arbeid. Sentralstyret har vedtatt å avholde et nytt seminar i september 2001.

14.2 Nordisk samarbeid

14.2.1 Nordisk legeråd

Det har vært avholdt to møter i perioden. Det ene møtet i Oslo og det andre i Stockholm. Det nordiske legerådet har i perioden vært opptatt av å drøfte en felles holdning til juridisk service til medlemmer av de nordiske legeforeninger. I tillegg til dette har det vært arbeidet med utarbeidelsen av en felles nordisk lovbok for dokumentasjon av egen utdanning. Her foregår det for tiden noen pilotprosjekter på tre steder i Norge, som ventelig vil kunne bli en del av grunnlaget for det videre arbeidet med forslaget til en felles nordisk lovbok.

Nordisk legeråd har også hatt en bred debatt om spørsmålet uhell og feil i medisinsk praksis og eventuelle varslingsystemer som grunnlag for kvalitetsarbeid og selvevaluering. Det er et tydelig behov for større innsats fra legeforeningens side, både intern profesjonell kontroll med kvaliteten i legearbeidet både i institusjon og utenfor. En har også vært opptatt av og drøftet spørsmålene «bad apples» og «whistle blowing», og vil sette disse tema samt pasientsikkerhet til et hovedtema på det neste nordiske sentralstyremøte som skal avholdes i Bergen fra 21. til 23.6. 2002.

14.2.2 Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

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

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

De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd på Gotland i juni 2000.

Rapporten over legemarkedet inneholder en beregning av tilgang av og etterspørsel etter leger frem til år 2020, både for hvert land og for Norden som helhet.

Rapporten er en trendfremskrivning basert på nåværende data og utvikling. De fremlagte data tyder på at

det kan bli et moderat legeoverskudd i Norge ca. 2005, og som vil være avtagende etter 2010, og sannsynlig balanse igjen ca. 2020. Etterspørselen etter leger er imidlertid vanskelig å forutsi.

I Norden som helhet synes det å være rimelig balanse mellom tilgang og etterspørsel til ca. år 2000, mens det blir et lite overskudd frem til ca år 2010. Da synker tilgangen, slik at det på nytt synes å kunne bli et underskudd av leger.

Det vises for øvrig til artikkel i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 17, 2000 side 2030 og nr. 26, 2000 side 3216 m.v.

Arbeidsgruppen har også fornyet sitt hefte («Gula boken») med oversikt over spesialistutdanningen og spesialistreglene i de nordiske land supplert med oversikt over spesialitetene i EU-landene.

Siden 1994 utgir arbeidsgruppen også en pamflett med «nordiske legefakta», dvs. tallmateriale over leger i de nordiske land, bl.a. antall leger i de 25 største spesialitetene, opptak til medisinsk studium, antall medisinske fakulteter, antall leger, innbyggere per lege m.v. Den sendes hvert år ut sammen med Tidsskriftet.

I 1998 ble det fra SNAPS-gruppen også utarbeidet et nytt dokument: «Att arbeta som läkare i Norden». Her er samlet de mest nyttige opplysninger for leger som ønsker å arbeide i et annet nordisk land. Dokumentet er laget for nordiske statsborgere med nordisk legeautorisasjon og som omfattes av Nordisk overenskomst om felles arbeidsmarked. Dels gis det også opplysninger for leger innenfor EØS-området. Ny versjon er under utarbeidelse.

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

14.2.3 Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning

Legeforeningen har beholdt sitt medlemskap i Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning i perioden. Alle de finske fakultetene som meldte seg ut våren 2000, er kommet tilbake som betalende medlemsorganisasjoner.

President og generalsekretær er henholdsvis Dagfinn Øgreid og Eivinn Drange. De har flyttet sekretariatet fra Bergen til Stavanger hvor begge har sitt daglige arbeid.

Det har vært stor aktivitet i føderasjonen i løpet av høsten 2000 og våren 2001. Det årlige undervisningsmøtet med generalforsamling ble avholdt i Helsinki i mai 2001. Til møtet hadde den lokale kurskomiteen hentet kjente forelesere fra inn- og utland, og utdanningsmøtet omtales som et av de beste i føderasjonens historie.

Dagfinn Øgreid representerer Legeforeningen som styremedlem i Nordisk Føderasjon for Medisinsk Undervisning.

14.3 Norsk helselovgivning, seminarer i Russland.

Etter invitasjon fra *Senter for medisinske studier, Moskva*, ved Universitetet i Oslo har Legeforeningen i samarbeid med Helsetilsynet, Universitetet og Verdens helseorganisasjon deltatt i planlegging og gjennomføring av to seminarer om norsk helsevesen og helselovgivning. Seminarene fant sted i Moskva og i Saratov ved Volga. Seminarene har vært videreføring av tidligere års seminarer, som fra sekretariatet har vært planlagt av Anne Kjersti Befring og Audun Fredriksen. Tema har vært orientering om den norske velferdsstaten og helsevesenet, strukturen på norsk helselovgivning, samt hvordan lovgivningsprosessen skjer. Prinsippene for regulering av helsepersonells yrkesutøvelse er drøftet med vekt på spørsmålet om profesjonelle standarder eller regulering via lovgivning er best egnet til å sikre helsepersonells opptreden og tjenestens kvalitet. Smittevernlovgivning har vært omtalt fra norsk side og fra WHO. Pasientrettigheter har vært spesielt belyst av professor Asbjørn Kjøenstad. Ved seminaret i Moskva var de fleste deltakerne helsepolitikere og administratører, som i Russland oftest har bakgrunn som leger. I seminaret i Saratov var det også et stort innslag av jurister.

14.4 Den norske lægeforenings utvalg for menneskerettigheter

Menneskerettighetsutvalget har bestått av: Sverre Varvin (leder), Kristian Hagestad, Birgit Lie, Mons Lie, Sidsel Rogde, Jan Helge Solbakk og Eline Thorleifsson.

Utvalget har hatt fem møter.

Eldreomsorg i Norge – respekteres menneskerettighetene?

Utvalget var sammen med Rådet for legeetikk medarrangør av et seminar om etikk og menneskerettighets-spørsmål i eldreomsorgen 26.9. 2000. Hovedarrangører var Senter for medisinsk etikk og Institutt for menneskerettigheter ved Universitetet i Oslo. Hensikten med seminaret var å fremme en åpen debatt om menneskerettighetene brytes i eldreomsorgen. Seminaret skulle også identifisere forbedringsmuligheter i forhold til eksisterende praksis og regelverk. Seminaret var åpent for alle som arbeider i eldreomsorgen og samlet ca. 100 deltakere. Sosial- og helsedepartementet støttet seminaret økonomisk.

Seminar om «Treatment of serious psychotraumatic disorders»

Utvalget arrangerte i samarbeid med Den tyrkiske legeforening og Human Right Foundation et seminar om «Treatment of serious psychotraumatic disorders» i Izmir 7.–8.10. 2000. Seminaret var en oppfølging av to seminarer holdt tidligere i Ankara og Diyarbakir. Over 50 tyrkiske leger deltok på seminaret. Disse er i hovedsak knyttet til Human Right Foundation i Izmir og arbeider på frivillig basis med rehabilitering av torturofre. Også representanter fra de andre rehabiliteringssentrene i Tyrkia deltok. Seminaret er omtalt i Tidsskrift for Den norske lægeforening 30/2000. Utenriksdepartementet finansierte seminaret.

Seminar om «Psychosocial rehabilitation of refugees»

Utvalget arrangerte i oktober 2000 i Igalo en oppfølging av et seminar innenfor samme tema som ble arrangert i Palic i Jugoslavia i april 2000. Målgruppe for seminaret var allmennpraktikere som arbeider med flyktninger i Serbia og Montenegro. Seminaret som ble arrangert i samarbeid med Institute of Mental Health i Beograd, Den serbiske legeforening og Den montenegrinske legeforening samlet 40 deltakere. Utenriksdepartementet finansierte seminaret. Det er omtalt i Tidsskrift for Den norske lægeforening 29/2000.

Seminar om helsemessige og menneskerettslige konsekvenser av sanksjoner med eksempler fra Jugoslavia og Irak

Utvalget arrangerte 8.2.01 et seminar om helsemessige og menneskerettslige konsekvenser av sanksjoner med eksempler fra Jugoslavia og Irak. Seminaret ble holdt i Nobelinstituttet og samlet ca. 30 mennesker fra ulike organisasjoner. Seminaret ble positivt mottatt, men utvalget var noe skuffet over liten interesse fra pressen. Innledere var statssekretær Raymond Johannessen, Utenriksdepartementet, forsker Henrik Thune, Norsk utenrikspolitisk institutt, direktør Dan Smith, Institutt for fredsforskning, Bente Aschim, medlem av gruppe som besøkte Irak i 1999 og Kristian Hagestad, medlem av utvalg for menneskerettigheter. Seminaret er omtalt i artikkelen «Sanksjonspolitikk er helsepolitikk» av Nina Husom i Tidsskrift for Den norske lægeforening nr. 7/2001. Innleggene er lagt ut i fulltekst på <http://www2.legeforeningen.no/mskrett/aktuelt.htm>.

Dokumentasjon av torturskader «Følger etter tortur» – veileder i diagnostikk og behandling av torturskader

Utvalget skal bidra til å utarbeide et hefte som beskriver diagnostikk og behandling av torturskader. Hovedansvarlig for heftet er Psykososialt team sør. I første omgang skal det lages en liten folder til hjelp for allmennleger ved helseundersøkelser av flyktninger og asylsøkere.

«Health care systems in transition – ethical and human right issues»,

I Sarajevo 30.7. 1999 ble Stabilitetspakten for Sørøst-Europa vedtatt. Stabilitetspakten har blant annet som formål å styrke samarbeidet mellom landene i området. Alle landene står overfor store utfordringer når det gjelder endringer i helsevesenet. Til nå har helsevesenet vært dominert av spesialisttjenester, mens det har vært lagt mindre vekt på å bygge ut en primærhelsetjeneste. På denne bakgrunn arrangerte utvalget et seminar om helsevesen i forandring i Palic i Jugoslavia 20.–22.4. 2000. Hensikten med seminaret var å skape et nettverk

for utveksling av erfaringer og for å lære av hverandre i de endringsprosessene landene står overfor. På seminaret deltok legeföreningene i Albania, Bosnia og Hercegovina, Bulgaria, Makedonia, Romania og Serbia. Seminaret konsentrerte seg om fem hovedområder: Helsevesen i forandring, organisasjonsmessige prioriteringer og dilemmaer, etiske og menneskerettslige aspekter i et helsevesen i forandring, videre- og etterutdanning for allmennpraktikere og legeföreningenes rolle i endringsprosessene. Tilbakemeldingene fra deltakerne tydet på at seminaret hadde vært utbytterikt, og utvalget vurderer ulike former for oppfølging. De legeföreningene som deltok på seminaret, ble også oppfordret til å foreslå oppfølgingsprosjekter. Seminaret ble finansiert med støtte fra Utenriksdepartementet. Se også omtale i Tidsskrift for Den norske lægeförening 15/2001.

14.5 EU-direktivet om beskyttelse av bioteknologiske oppfinnelser.

Som det også ble beskrevet i årsmeldingen for perioden 1.7. 1999 – 30.6. 2000 har Legeföreningen vært opptatt med å danne en internasjonal opinion mot deler av direktivet om beskyttelse av bioteknologiske oppfinnelser. Det har særlig vært artikkel 5 i dette direktivet som gir åpning for å ta patent på humane gener under visse betingelser, som har fått Legeföreningen til å reagere. Legeföreningen har videreført sin argumentasjon om at dette vil kunne medføre negative konsekvenser både for forskning og for tilgjengelighet for helsetjenestetilbud. Legeföreningen har holdt innlegg og fått støtte for sitt syn både i European Forum of Medical Associations and WHO og i CP. Legeföreningen har dessuten vært representert i Brussels i møte mellom CP og EFPIA (den europeiske sammenslutningen av legemiddelindustrien) og har også vært tilstede på møte mellom styret i den tyske legeföreningen og den tyske legemiddelindustriföreningen.

14.6 European Forum og National Medical Associations and World Health Organisation (EFMA/WHO)

Dette forum er et samarbeidsforum mellom nasjonale europeiske legeföreninger og Verdens Helseorganisasjon for Europa. Forumet er et særlig møtested der legeföreningene fra de vestlige land møter legeföreningene i de tidligere østsonelandene og Verdens Helseorganisasjons representanter. Det er også et møtested hvor helsepolitiske trender drøftes og WHO kan fremme sine synspunkter på utviklingen og hvordan WHO mener helsetjenesten kan utvikles overfor legene som den viktigste profesjonsgruppe. Det holdes et årlig arrangement, som i år 2001 fant sted i Ljubljana. Mellom disse årlige forummøtene drives samarbeidet av et arbeidsutvalg (Liaison Committee). Innenfor rammen av forumets virksomhet er det etablert flere arbeidsgrupper som arbeider med tema som legenes faglige autonomi, kvalitetssikring av medisinsk virksomhet og tobakksforebyggende arbeid. Den norske lægeförening utarbeider på vegne av forumet hvert år en håndbok om de europeiske legeföreninger der det fremgår hvem som er president, visepresident, generalsekretær o.l. og de viktigste aktiviteter som drives av den enkelte förening.

Som representanter fra Den norske lægeförening på forummøtet i Ljubljana deltok Hans Petter Aarseth, Harry Martin Svabø og Terje Vigen. Terje Vigen er dessuten Legeföreningens faste observatør i Liaison Committee.

14.7 World Medical Association (WMA)

Organisasjonen fortsetter sin positive utvikling og sitt viktige arbeid for å ivareta legenes profesjonsinteresser og for å ivareta legeetiske spørsmål og menneskerettighetsspørsmål hvor særlig leger er involvert. En ny revidert versjon av Helsinki-deklarasjonen ble ferdigstillet på World Medical Association Assembly-møte i Edinburgh i begynnelsen av oktober 2000. Etter reaksjonene å dømme har denne revisjonen vært vellykket. Den norske lægeförening hadde besøk av generalsekretæren i World Medical Association, Delon Human, i februar 2001. I denne forbindelse ble det blant annet avholdt møter med Utenriksdepartementet, hvor Legeföreningens og WMAs arbeid med menneskerettighetsspørsmål og etikkspørsmål både på Balkan og i Tyrkia ble drøftet. Generalsekretær Delon Human var også, assistert av Legeföreningens president og generalsekretær, foreleser for fredagsmøtet på Rikshospitalet.

Generalsekretær Harry Martin Svabø, som i en periode har vært medlem av World Medical Association's

Council ble på et møte i Divonne i Frankrike i april 2001 valgt som leder av etikk-komiteen i WMAs Council for en periode på to år. På et Assembly-møte i New Dehli vil det foreligge en sluttversjon av dokumentet om legers integritet og kliniske uavhengighet hvor Den norske lægeforening har hatt en ledende rolle for utvikling av dokumentet.

14.8 Allmennpraktiserende legers europeiske forening – Union Européenne des Médecins Omnipracticiens (UEMO)

UEMO's oppgave er blant annet å bidra til at allmennlegetjenesten i Europa holder en høy standard, og å ivareta allmennmedisinske interesser i det europeiske helsevesen.

UEMO var opprinnelig en sammenslutning av allmennpraktikernes yrkesorganisasjoner i EU.

Etter hvert er de alle fleste Vest-europeiske- og noen Øst-europeiske land blitt medlemmer.

UEMO har nå 23 medlemsland etter at San Marino's søknad om medlemskap ble imøtekommet i mai 2000. Fem land har observasjonsstatus, Croatias søknad om medlemskap skal behandles høsten 2001.

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

Siden april 1999 har Claudio Cricelli fra Italia vært foreningens president. Presidenten velges for en fire-års periode.

UEMO har sekretariat i det av medlemslandene som har presidentembetet, nå Italia. I tillegg til presidenten velges fire visepresidenter. Disse rekrutteres fra de øvrige medlemslandene og har også en funksjonstid på fire år.

UEMO har halvårlige møter av to-tre dagers varighet hvorav halve tiden er en politisk del med saksbehandling og vedtak, mens resten av tiden benyttes til arbeidsmøter i parallelle grupper inndelt etter temaer. Som eksempel på hvilke temaer det arbeides med, kan nevnes videre- og etterutdanning/continuous medical education (CME), allmennlegens rolle i diabetesomsorg, lindrende behandling, medikamentforskrivning og forebyggende medisin, allmennlegetjenester til underprivilegerte befolkningsgrupper, telemedisin og kvalitets-sikring av allmennmedisinsk virksomhet. Man tilstreber å utarbeide helsepolitiske manifeste som uttrykker UEMO's standpunkter i de forskjellige saker.

I år er det avholdt et møte på Malta i juni, og årets andre møte arrangeres i oktober i Venezia.

Mellom de halvårlige møtene bearbeider presidentskapet, gruppelederne og enkelte valgte representanter fra minst tre forskjellige land de saker generalforsamlingen har vedtatt at det skal arbeides med fram mot neste møte.

Det er nylig utarbeidet og vedtatt nye statutter for foreningen, og det arbeides med å utrede muligheten for å opprette et permanent sekretariat for UEMO i Brussel for å kunne spille en mer synlig og aktiv rolle i den helsepolitiske debatt i Europa.

UEMO har vært en pådriver for innføringen av krav til tre års obligatorisk veiledet tjeneste i allmennmedisin for å kunne praktisere selvstendig som allmennlege.

Organisasjonen er de siste år blitt mer aktiv i bruk av Internett og e-post ved kommunikasjon mellom landene og innad i arbeidsgruppene. Det er dessuten opprettet en egen hjemmeside (www.uemo.org). I tillegg utgir UEMO årlig en referansebok med forskjellig informasjon om organisasjonen og medlemslandene. Boka finnes også på diskett og kan fås ved henvendelse til Aplf's sekretariat.

UEMO's totalbudsjett er på ca. to millioner kroner.

Det er behov for en nærmere kommunikasjon med EU's sekretariat og EU-kommisjonen. Dette er bakgrunnen for at det nå utredes å etablere et permanent sekretariat i Brussel.

I UEMO diskuteres for øvrig kontinuerlig ulike aktuelle forhold knyttet til allmennmedisinske tjenester i Europa. I enkeltsaker samarbeider man blant annet med UEMS, PWG og CP.

Nyvalgt president i CP er allmennlegen Reiner Brettenthaler som i dag er leder av den østerrikske delegasjonen til Uemo, og nyvalgt president i WONCA Europa er Philip Evans fra den britiske delegasjonen til UEMO.

UEMO er medarrangør for en kongress om telemedisin i Barcelona april 2002.

14.9 Comité Permanent (CP)

Legeforeningen har i perioden vært representert ved Hans Petter Aarseth, Bente Mikkelsen og Hans Asbjørn Holm, som fortsatt leder CP's komité for utdanning og kvalitetsutvikling.

CP har gjennomgått en positiv, organisasjonsmessig utvikling under ledelse av presidenten Markku Ääri-maa og generalsekretæren Grethe Aasved. Det er spesielt lagt stor vekt på bedre kontakt med EU kommisjonen for å gi legene større innflytelse på utvikling av helse og medisinsk utdanning i Europa.

Reiner Brettenthaler fra Østerrike overtar som president ved årsskiftet 2001/2002.

I perioden har det vært nedlagt et stort arbeid for å klargjøre de konsekvenser for medisinsk utdanning som utvidelsen av EU vil få. Arbeidet tar sikte på, i samarbeid med leger fra søkerlandene, å utrede mulige kvalitetsforbedringstiltak i de respektive lands helsevesen og utrede hvilken støtte CP vil kunne gi til legeorganisasjoner i søkerlandene.

CP har vedtatt et policy dokument som understreker EU-borgernes rett til behandling i det EU-land de selv måtte ønske og at de skal få denne behandlingen dekket i samsvar med «the ethical considerations and legal framework of their own social security system».

CP har fortsatt arbeid med å få endret EU-direktivet som gjelder patentering knyttet til det menneskelige genom.

CP har engasjert seg sterkt i en konsultasjonsrunde om etablering av et såkalt «European Health Forum» som kommisjonen har tatt initiativ til.

CP er nå blitt invitert til å delta i arbeidet i European Health Forum, som er et gjennombrudd for CP når det gjelder mer formalisert kontakt med arbeidet i kommisjonen.

En av de viktigste sakene på utdanningssiden har vært forsøk på å få større innvirkning på arbeidet med de medisinske direktiv som følge av at dette har vært sterkt forsømt av de offisielle EU-myndigheter.

CP har vedtatt å iverksette en utredning med tanke på å kunne gi et tilbud til kommisjonen om kvalifisert rådgivning knyttet til det såkalte «medical directive» som regulerer de gjensidige spesialistutdanningene innenfor EU/EØS.

Informasjon om CP finnes på websiden www.cpme.be.

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

En rekke av Legeforeningens spesialforeninger er aktive innenfor UEMS-paraplyen ved sin deltakelse i de såkalte Specialist Sections. Etterutdanning for spesialister er fortsatt en av hovedtemaene som diskuteres, og flere seksjoner har utarbeidet eller er i ferd med å utarbeide retningslinjer på dette området. De norske delegatene gjør en meget god innsats i de ulike seksjonene. I mai 2001 var Norsk Barnelegeforening vertskap for den pediatrike seksjonen i UEMS.

Lederen av spesialitetsrådet, Jørgen Jørgensen og Hans Asbjørn Holm har representert Legeforeningen i UEMS Management Council. Holm er også en av fire visepresidenter i UEMS.

I perioden har arbeidet i Management Council blitt omorganisert ved at den tidligere «Harmonisation Committee» er nedlagt og i stedet er det etablert fem arbeidsgrupper som dekker følgende områder:

- Postgraduate Training
- CME/CPD
- Sections and European Boards
- Quality of Patient Care
- Specialist Practising Current Health Care Systems

Disse arbeidsgruppene er å betrakte som adhoc grupper og vil bare bestå så lenge Management Council er tilfreds med det som produseres.

14.11 Den europeiske overlegeforeningen– European Association of senior Hospital Physicians (AEMH).

Den norske representasjonen i AEMH ivaretas av Norsk overlegeforening ved at styret til et årlig plenumsmøte sender tre-fire representanter; vanligvis leder, en-to styremedlemmer og sekretariatsleder.

Plenumsmøtet har 35 representanter. Høsten 2000 ble plenumsmøtet holdt i Ljubljana, Slovenia. Av temaer som ble satt på dagsorden var retningslinjer for kvalitetssikring i medisinsk virksomhet, beskyttelse av medisinske data, CME (Continuing Medical Education), telemedisin og fremtidens sykehus.

Delegater fra de forskjellige medlemsland deltar i arbeidsgrupper mellom møtene.

Presidentvervet innehas av Dr. Raymond Lies, Luxemburg. AEMHs sekretariat er flyttet fra Düsseldorf til Brussel. AEMH har hjemmeside på Internett.

14.12 Permanent Working Group of European junior doctors (PWG)

PWG er et samarbeidsforum for yrkesforeningene for leger under utdanning i Europa. Organisasjonens hovedmålsetning er å fremme yngre legers interesser ved å utveksle informasjon og utvikle en felles plattform for hvordan yngre legers arbeidsbetingelser og spesialistutdanning skal styrkes, samt arbeide for forbedring i de europeiske lands helsetjenester. Den norske representasjonen i PWG ivaretas av Ylf ved at styret sender leder, et styremedlem og en sekretariatsansatt til PWGs to årlige plenumsmøter. I forkant av plenumsmøtene deltar de forskjellige medlemslands representanter i ulike arbeidsgrupper. Presidentvervet innehas fortiden av Eduardo F. Marquês fra Portugal, som også har sekretariatet.

Da fjorårets høstmøte i Nederland ble avholdt samtidig som Dnlfs landstyremøte i Lillehammer, vedtok styret i Ylf at det ikke kunne prioritere representasjon i PWG foran vår representasjon på landstyremøtet.

Vårens plenumsmøte ble avholdt i Stockholm. Her ble det bestemt at PWG skal arbeide for videreføring av PWGs prinsipperklæring angående CME/CDP (Continuing Medical Education/Continuous Professional Development) som ble presentert i Lisboa våren 2000, og forsøke å få denne akseptert som felles mål innad i CP. PWGs prinsipperklæring angående CME/CDP har vært en av PWGs mest prioriterte oppgaver de siste årene. Andre temaer som ble behandlet var arbeidsledighet/mangel på leger i de europeiske landene, forskning i spesialistutdanningen og hvilke konsekvenser EU-direktiv om 48 timers arbeidsuke har for yngre leger og gjennomføringen av dette direktivet.

Presidentperioden til Eduardo F. Marquês avsluttes ved årsskiftet 2001–2002, og Nina Tiainen fra Finland ble valgt til ny President for neste tre-årige presidentperiode. Finland vil også overta sekretariatsfunksjonen.

Vedtaksprotokoll

fra ekstraordinært landsstyremøte 14. november 2000

Sak 5 Fastlegeordningen

Forslag fra Nordland legeforening v/Henning Aanes:

Landsstyret pålegger sentralstyret å vurdere fastlegeordningens innvirkning på allmennpraktikerens deltagelse og ansvar i det totale tilbudet i kommunehelsetjenesten.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Forslaget blir ivaretatt ved den evaluering av fastlegeordningen som er iverksatt gjennom SHD.

Forslag fra Nmf v/Per-Henrik Randsborg:

Landsstyremøtet pålegger sentralstyret å utrede de faglige og økonomiske konsekvensene FLO vil få for veiledningen av medisinske studenter i allmennmedisin.

Forslaget ble trukket.

Sentralstyrets forslag:

Landsstyret pålegger sentralstyret å utrede hvordan veiledningen av medisinske studenter ivaretas i fastlegeordningen, ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Sentralstyret har sendt brev til fakultetene der det ber om opplysninger om hva fastlegeordningen og økningen i antall studenter kan få å bety for veiledningen av studentene når de er utplassert i allmennpraksis. Saken er også fulgt opp i møte med dekanene og andre kontakter Legeforeningen har med fakultetene.

Per 1.7. 2001 hadde bare Institutt for samfunnsmedisinske fag ved fakultetet ved Universitetet i Bergen svart. De var bekymret for rekrutteringen fordi lønnsmidlene knapt dekket tapt arbeidsfortjenste, men var likevel optimistiske. Vel så viktig som lønn er det faglige fellesskapet som utvikles blant praksislærerne. Dessuten kommer studentene med ny kunnskap, noe som er både faglig berikende og utfordrende.

Forslag fra OLL v/Arne Johannesen:

Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide for et konkurransedyktig fastlønnsalternativ for kurativt, forebyggende og samfunnsmedisinsk arbeid i primærhelsetjenesten ved neste lønnsoppgjør.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Forslaget er dels ivaretatt gjennom forhandlingene om fastlegeordningen og vil videre bli fulgt opp i forbindelse med tariffrevisjonen 2002.

Forslag fra OLL v/ Arne Johannesen, støttes av YLF:

Landsstyret pålegger sentralstyret å evaluere konsekvensene for det samfunnsmedisinske arbeidet i kommunene ved innføring av fastlegeordningen.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Forslaget blir ivaretatt ved den evaluering av fastlegeordningen som er iverksatt gjennom SHD.

Forslag fra OLL v/ Arne Johannesen, støttes av YLF:

Landsstyret pålegger sentralstyret å evaluere konsekvensene av en markedsbasert goodwill for rekrutteringen til allmennpraksis.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Det er for tidlig å evaluere konsekvensene siden reglene ble innført 1.6. 2001.

Forslag fra YLF v/ Jana Midelfart Hoff:

Landsstyret pålegger sentralstyret å sørge for at informasjonsmateriell vedr. fastlegeordningen og turnustjenesten lages og utsendes til turnuslegene som skal ut i kommunehelsetjenesten. Dette bør gjøres innen 31.12. 2000.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

I sak 513/ 2000 ble sentralstyret orientert om at Sosial- og helsedepartementet sendte brev og informasjonssperm til turnuslegene ca. 15.11. 2000. Departementet prioriterte de leger som var i turnustjeneste fram til januar 2001. Det ble sendt ut 279 permer.

Departementet sendte også ut informasjon til turnuskandidatene som kom ut i kommunehelsetjenesten i januar 2001.

Legeforeningen sendte brev til turnuslegene 9.11. 2000 og orienterte om turnusleger og fastlegeordningen.

Sentralstyret tok saken til etterretning.

Forslag fra YLF v/Bente Kristin Johansen, støttet av OLL:

Landsstyret pålegger sentralstyret å nedsette et samarbeidsutvalg som skal utrede utdanningsstillinger med veiledning i allmennmedisin og samfunnsmedisin.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Sentralstyret har vedtatt å be Aplf å oppnevne to personer, Ylf en person og OLL en person for å utrede utdanningsstillinger med veiledning i allmenn- og samfunnsmedisin. Det er forventet en innstilling før 1.10. 2001.

Forslag fra Ylf v/Just Ebbesen:

Pasientenes opplevelse av tilgjengelighet, faglig innhold og mulighet for bytte av lege må vektlegges i evaluering av FLO.

Forslaget ble trukket, men opprettholdt av annen landsstyredelegat.

Forslaget ble **vedtatt** mot 1 stemme.

Bemerkning:

Forslaget blir ivaretatt ved den evaluering av fastlegeordningen som er iverksatt gjennom SHD.

Forslag fra Oslo legeforening / LVS v/Per Thorsby:

Landsstyret pålegger sentralstyret å bidra til at det gis muligheter for reduserte lister for leger som i sin hovedstilling driver aktiv forskning.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Forslaget er ivarettatt gjennom de avtaler som er inngått i fastlegeordningen.

Forslag fra Hordaland legeförening v/Ola Jøsendal:

Landsstyret i Dnlf forutsetter at det i en FLO er slik at alle legehjemler – også turnusleger – er med i beregningsgrunnlaget for gjennomsnittlig listestørrelse i kommunene.

Sentralstyret foreslo forslaget oversendt sentralstyret.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret mot 14 stemmer.

Bemerkning:

Forslaget er forsøkt fulgt opp gjennom forhandlingene om fastlegeordningen.

Forslag fra Oslo lægeförening v/Torun Janbu og

Bemerkning:

Forslaget blir ivarettatt ved den evaluering av fastlegeordningen som er iverksatt gjennom SHD.

Vedtak/oversendelsesvedtak av landsstyret 2000, som sentralstyret ble forutsatt å arbeide videre med

Sak 7 Utfordringer i allmennlegestjenesten – fastlegesaken m.v.

Forslag fra Møre og Romsdal v/Ottar Grimstad: Landsstyret ber sentralstyret vurdere problemer med rekruttering til leiarstillingar i primærlegetjenesta og i samband med dette forholdet mellom spesialitetane i allmenntillegisin og samfunnsmedisin.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Sentralstyret har bedt Legeforeningens forskningsinstitutt, i samarbeid med representanter fra Aplf, Oll, Of og NSAM, å gjennomføre et forprosjekt der problemstillinger som bør undersøkes og plan for gjennomføring beskrives. Arbeidet med forprosjektet er igangsatt av forskningsinstituttet.

Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske lægeforenings virksomhet fra 1. juli 1999 til 30. juni 2000

Landsstyret **vedtok** å ta sentralstyrets melding om Den norske lægeforenings virksomhet fra 1.7. 1999 til 30.6. 2000 til etterretning.

I forbindelse med gjennomgangen av årsmeldingen ble det fremsatt flg. forslag og truffet følgende vedtak som kommenteres nedenfor:

Pkt. 6 – Lønns- og arbeidsvilkår – forslag fra Torkel Steen:

- 1) Landsstyret vil understreke lønnsutvalgets stilling i lønns- og avtalespørsmål.
- 2) Lønnsutvalget utgjøres av sentralstyret med tillegg av representanter oppnevnt av yrkesforeningene, slik at hver yrkesforening er representert i henhold til deres andel av foreningens yrkesaktive medlemmer. Utvalget skal behandle foreningens lønnspolitiske mål og strategier. Utvalgets drøftelser og vedtak ligger til grunn for forhandlingsdelegasjonens arbeid. Vedtak har status som sentralstyrevetdatt.

Torkel Steens pkt 1) i forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Torkel Steens pkt. 2) ble trukket til fordel for sentralstyrets forslag som ble enstemmig **vedtatt**, sålydende: «Landsstyret pålegger sentralstyret i samarbeid med yrkesforeningene å gjennomgå lønnsutvalget og tariffutvalgets funksjon, mandat og sammensetning samt samspillet med sentralstyret. Resultatet fremlegges for landsstyret».

Bemerkning:

Det foreligger eget saksfremlegg til landsstyret.

Pkt. 11.1 Medlemstall

Forslag fra spesialforeningenes fellesutvalg v/Rolf Schøyen: «På det ordinære landsstyremøtet i 2001 settes medlemsutviklingen i Legeforeningen opp som egen sak. Medlemmenes holdninger til foreningen og ønsker om endringer forsøkes kartlagt slik at diskusjonen kan bli mest mulig korrekt og faktaunderbygget». Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Det vil bli utarbeidet et eget saksfremlegg til landsstyremøtet 2001 om dette tema.

Pkt. 11.14 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

Forslag fra spesialforeningenes fellesutvalg v/Rolf Schøyen: «Landsstyret ber sentralstyret på nytt å vurdere Legeforeningens medlemskap i NSH (Norsk sykehus og helsetjenesteforening) med tanke på ny innmelding som medlem».

Forslaget ble **vedtatt** mot en stemme.

Bemerkning:

Saken foreligger som særskilt sak for landsstyremøtet oktober 2001.

Pkt. 11.17 Håndbok for tillitsvalgte

Forslag fra Kjell Maartmann-Moe: «Sentralstyret pålegges å revidere Håndbok for tillitsvalgte og sende den reviderte utgave til alle tillitsvalgte med varamedlemmer innen det ordinære landsstyremøtet høsten 2001.»

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Arbeidet med revisjon av tillitsvalgthåndboken er i gang. Da det finner sted skifte av tillitsvalgte pr. 1.1. 2002 vil den nye tillitsvalgthåndboken bli utsendt i forbindelse med dette skiftet. Håndboken vil også bli lagt ut på nettet.

Pkt. 11. Legeforeningens organisasjon

Forslag fra Just Ebbesen / Torkel Steen: «Sentralstyret pålegges å utrede forslag til alternative organisatoriske modeller som kan forhindre at motstridende interesser medfører dårlig måloppnåelse i Legeforeningen (eks. konflikt mellom fagforening, fag og forvaltningsoppgaver). Ulike forslag legges frem for neste ordinære landsstyremøte.»

Forslaget ble trukket til fordel for sentralstyret forslag: «Landsstyret pålegger sentralstyret å utrede dagens organisasjonsformer med henblikk på å identifisere mulige konfliktområder mellom fagforening, fag og forvaltningsoppgaver. Utredningen legges frem for neste ordinære landsstyremøte.

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Saken foreligger som særskilt sak for landsstyremøtet 2001.

Pkt. 12 Helsepolitikk

Forslag fra Rogaland legeforening v/Per Egil Haavik: «Landsstyret pålegger sentralstyret å utrede om behovet for rekruttering, kompetanseutvikling og formell godkjenning i nye medisinske disipliner (f.eks. palliativ medisin, intensivmedisin, rusmedisin og smertebehandling) kan ivaretas gjennom opprettelse av nye tverrfaglige grenspesialiteter.»

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret, mot to stemmer.

Bemerkning:

Sentralstyret vedtok 1.3. 2001 å anmode spesialitetsrådet om å utrede saken. Spesialitetsrådet vedtok 29.3. 2001 å nedsette et arbeidsutvalg til å utrede spesialitetsstrukturen og herunder den problemstilling Haavik reiser.

Sak 9 Debatt om aktuelle temaer i relasjon til prinsipp- og arbeidsprogrammet

– Store legekull – kvaliteten i turnustjenesten

– Fremtidig organisering av sykehusvesenet

Følgende forslag ble fremsatt til de to ovenstående hovedtemaer:

Forslag fra Marta Ebbing (støttet av landsstyremedlem nr. 82 Elisabeth Sætnan og nr. 87 Kåre Morten Gautvik):

«Det faglige utbyttet av turnustjenesten er i stor grad avhengig av at turnuslegene får ansvar som leger for et visst antall pasienter. Kapasiteten for turnustjeneste i Norge er altså ikke ubegrenset. Dersom det blir for mange turnusleger i systemet, kan det faglige utbyttet av turnustjenesten blir så svekket at kvalitetsstempelen autorisasjon som lege i Norge må redefineres. Dette er i så fall beklagelig, og vil kunne få negative konsekvenser både for pasienter, legeprofesjon og helsetjeneste.

På denne bakgrunn vil landsstyret be sentralstyret sørge for en fremskynding og prioritering av Legeforeningens arbeid med å analysere utviklingen av arbeidsmarkedet for leger i Norge fremover, herunder en drøfting av den totale utdanningskapasiteten (dvs. turnustjeneste og spesialistutdanning) for leger i landets helsetjeneste. Analysen bør så danne grunnlag for en bred organisasjonsmessig behandling, inklusive i landsstyret.»

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Kapasiteten i turnustjenesten er grundig drøftet i «Utredning om turnustjenesten». Rapporten viste at kapasiteten for turnustjeneste i Norge ville bli betydelig mindre enn det antatte behovet for turnusplasser i nær fremtid. Utredningen var til høring i Legeforeningen før den ble behandlet i sentralstyret 24.5. 2000.

Forholdet mellom kvantitet og kvalitet ble også grundig drøftet i Legeforeningens høringsuttalelse til Sosial- og helsedepartementet på «Rapport om turnustjeneste for leger med forslag til forskrifter». Høringen ble behandlet av sentralstyret 10.3. 2001.

For bedre å kunne vurdere kvaliteten i turnustjenesten har Legeforeningen i brev av 16.11. 2000 foreslått for Sosial- og helsedepartementet at Legeforeningen kan påta seg ansvaret for en systematisk evaluering og faglig oppfølging av turnustjenesten. En slik evaluering ble også drøftet med helseminister Tore Tønne i et møte der også andre problemstillinger i forbindelse med turnustjenesten ble tatt opp.

Når det gjelder analyse av det framtidige legearbeidsmarkedet har en i forbindelse med vedtaket om å avskaffe gebyrstipendordningen, gått gjennom de mest aktuelle prognosene for legearbeidsmarkedet. Sentralstyret mener at prognosene fra Nasjonalt Råd og SNAPS-gruppen (Samnordisk Arbetsgrupp för Prognos- och Specialistutbildningsfrågor 2000) gir en realistisk fremskrivning av hvordan legearbeidsmarkedet kan komme til å utvikle seg. Se også punkt 5.28 i årsmeldingen.

Vi har i dag lite konkret kunnskap om hva som kreves av klinisk arbeid for å få en god spesialistutdanning. Det planlegges en undersøkelse av utdanningskapasiteten i spesialistutdanningen og konsekvenser av nye store legekull i forhold til pasienterfaring, prosedyrer, veiledning m.v. og det totale læringsmiljø. Med utgangspunkt i dagens situasjon vil vi ha et sikrere grunnlag for å vurdere den reelle utdanningskapasitet for spesialistutdanningen.

Forslag fra Nmf v/Per-Henrik Randsborg:

«Landsstyret pålegger sentralstyret å arbeide for at gebyrstipendordningen for medisinstudenter i utlandet avsluttes. Studenter som allerede er innlemmet i ordningen skal ikke berøres av eventuelle endringer.»

Forslaget ble **vedtatt** mot 24 stemmer.

Bemerkning:

Sentralstyret, blant annet ved presidenten, har ved flere anledninger tatt denne saken opp med sentrale politikere. Saken har også vært drøftet i møte med helseminister Tore Tønne.

Sentralstyret avventer videre oppfølging av saken til tallene for nye utenlandsstudenter som studerer medisin med gebyrstipend foreligger høsten 2001 Sentralstyret vil også se hvilke tiltak myndighetene setter i verk for å løse problemet med turnustjenesten.

Forslag fra Akerhus legeförening v/Grethe Aasved støttet av landsstyredelegat nr.16 Arne Hjemmen:

«Landsstyret pålegger sentralstyret å utarbeide modeller for organisering og finansiering av sykehus, basert på utgangspunktet pasient-lege-relasjonen («bottom-up»-organisering/finansiering.) Modellene skal brukes i det helsepolitiske arbeid overfor nasjonale helsemyndigheter, samt kunne brukes som hjelpemiddel for tillitsvalgte på sykehus under omorganisering.»

Forslaget ble enstemmig **vedtatt**.

Bemerkning:

Forslaget er to ganger drøftet i sentralstyret og lagt inn som et egent punkt i oppfølging av problemstillinger omkring ledelse. Det har så langt vist seg vanskelig å finne eksempler på sykehus som er organisert med spesiell vektlegging av lege-/pasientmøtet, og det kan bli nødvendig med noe reisevirksomhet. Det kan også bli aktuelt å engasjere en ressursperson til å bistå sekretariatet. Sentralstyret ga i møte 12.6. 2001 sekretariatet fullmakt til å vurdere hvordan landsstyrevedtaket fra 2000 kan utredes nærmere. Arbeidet forutsettes avsluttet i løpet av september 2001.

Ytterligere ble fremsatt to forslag til pkt. 2 i Prinsipp- og arbeidsprogrammet, pasientrettigheter, fra Vestfold lægeförening v/Sjur Rød-Larsen, Brynhild Braut,

og Arne Aarflot:

«Legers pasientrettigheter sikres særskilt i fastlegeordningen ved at leger og legers familie får fortrinnsrett til plass på liste hos allmennlege som er registrert som lege-lege.»

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret:

Bemerkning:

Forslaget er fulgt opp i forbindelse med innføring av fastlegeordningen.

Forslag fra Berit K. Norling: Landsstyret pålegger sentralstyret å utrede og foreslå nødvendige endringer i Legeföreningens lover slik at samtlige yrkesföreninger blir representert i sentralstyret. Forslag til nødvendige lovendringer fremlegges for neste ordinære landsstyremøte.

Forslaget ble **vedtatt oversendt** sentralstyret.

Bemerkning:

Sentralstyret har avgitt slik uttalelse til Berit K. Norling:

Det fremsatte forslag innebærer en prinsipiell annen stillingtagen til spørsmålet om hvorledes Legeföreningens øverste organ, landsstyret, skal velge sammensetningen av sentralstyret, enn det som lovene i dag hviler på.

Spørsmålet om sentralstyret prinsipielt bør settes sammen annerledes enn på fritt grunnlag slik dagens lover fastslår, inngikk i den brede organisasjonsdebatt som skjedde i Legeföreningen i tidsrommet 1990 til 1994. I dette tidsrom fremla tre forskjellige organisasjonsutvalg, på oppdrag fra forskjellige landsstyremøter, sine innstillinger og anbefalinger.

Landsstyret fant under denne prosess ikke grunnlag for å endre prinsippet for sammensetningen av sentralstyret og som innebærer at det er enkeltpersoner egnet til oppgaven en skal votere inn, uavhengig av hvilket organisasjonsledd vedkommende måtte representere.

Det er for tiden oppe til utredning enkelte vedtatte delforslag fra landsstyremøtet oktober 2000 som berører organisatoriske sider i Legeföreningen. Disse utredninger vil som forutsatt bli fremlagt for landsstyret oktober 2001.

Dette oversendelsesforslaget er imidlertid av en helt annen karakter innholdsmessig sett og vil ikke kunne bli vurdert uten i tilfelle i sammenheng med at landsstyret vedtar å sette i gang en fornyet organisasjonsdebatt hvor den samlede Legeforenings struktur, herunder organisasjonens beslutningsapparat, blir tatt opp til fornyet gjennomgang.»
Praktiserende spesialisters landsforening ved sin leder Berit K. Norling, har reist denne sak som særskilt sak for landsstyremøtet oktober 2001.

Sak 10 Godkjenning av regnskaper for 1999

Sak 10.4 Den norske lægeforenings fond til sykehuslegers videre- og etterutdanning Regnskapet, som viser et årsunderskudd på kr 15 227 945, ble godkjent og fastsatt som fondets regnskap for 1999. Underskuddet dekkes ved overføring fra egenkapitalen.

Videre ble fremsatt forslag fra Hordaland legeforening v/Freddy Hestholm: Landsstyret anbefaler at fondsutvalget for fond III gjenoppretter refusjonsrettighetene, men med en fortsatt nøktern profil. Det er særlig viktig å fjerne begrensningene på antall for kurs spesialistkandidater, øke rammene for oppholdsutgifter, samt noen grad åpne for refusjon også for spesialister.

Forslaget ble **vedtatt** mot en stemme.

Bemerkning:

Fondsutvalget for utdanningsfond III har vedtatt med virkning fra 1.1.2001 at videreutdanning kan refunderes med inntil tre kurs per år, utgifter til overnatting refunderes med inntil kr 600 per natt etter regning, og ferdige spesialister kan få refundert ett kurs/kongress/hospiteringsopphold med inntil kr 8000 per år, eller tilsvarende to med inntil kr 4000 per år. Det er valgfritt om kurset er i Norge eller i utlandet. Utgifter til diett eller kursavgift dekkes fortsatt ikke.

Sak 13 Budsjett for Den norske lægeforening for 2001

Forslag fra Hordaland legeforening v/ Steinar Fosse: Alle regnskaps- og budsjettoppstillinger legges frem for landsstyret med regnskapstall for de foregående to regnskapsår.

Forslaget ble **vedtatt**.

Bemerkning:

Vedtaket er fulgt opp ved fremleggelsen av regnskapene for 2000 i landsstyrets møte i juni 2001. Ved fremleggelsen av sentralstyrets forslag til budsjett for 2002 vil vedtaket ytterligere bli fulgt opp.

Forslag fra Rogaland legeforening v/Norvald Lundetræ: Landsstyret ber sentralstyret for fremtiden å øke praksiskompensasjonen til selvstendig næringsdrivende, slik at de ikke taper penger på å påta seg oppgaver som tillitsvalgte.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Forslaget følges opp ved fremleggelsen av sentralstyrets forslag til budsjett for 2002.

Det samlede budsjettvedtak for 2001 er oppdelt i fem hovedpunkter. I pkt. B og D kommenteres to vedtak som nedenfor vist:

B Tilskudd til avdelinger og yrkesforeninger

5 Sentralstyret pålegges i 2001 å nedsette et utvalg til å vurdere den økonomiske ansvarsdelingen mellom hovedforeningen og yrkesforeningene. Vurderingen skal også omfatte organisasjonsleddenes bruk av midler til honorering og godtgjørelser. Yrkesforeningslederne inviteres til å delta i utvalget. Utvalget rapporterer til sentralstyret som forutsettes å funksjonere som styringskomité. Sentralstyrets vurderinger og konklusjoner legges frem for landsstyret i 2001 i forbindelse med budsjettet for 2002.

Bemerkning:

Pålegget er fulgt opp gjennom et utvalgsarbeid med Hans Kristian Bakke som leder. Rapporten fra utvalget sammen med sentralstyrets foreløpige vurderinger er sendt til organisasjonsmessig behandling med svarfrist 1.9. 2001. Sentralstyrets endelige vurderinger og konklusjoner legges frem for landsstyret i oktober 2001 i forbindelse med budsjettet for 2002.

D Sentralstyrets fullmakt

4 Sentralstyret får fullmakt til i samarbeid med styret i SOP, å utrede alternative organisasjonsformer for Legeforeningens forskningsinstitutt. Fullmakten omfatter også iverksettelsen av eventuell ny organisasjonsform.

Bemerkning:

Rapport om fremdriften i arbeidet fremlegges for landsstyret i oktober 2001 i forbindelse med budsjettet for 2002.

5 Sentralstyret får fullmakt til å iverksette en eventuell overgang til nytt medlemsregister og kontingentsystem i 2001. Kostnadene til dette prosjektet forutsettes aktivert og avskrevet over fem år.

Bemerkning:

Arbeidet med innføring av nytt medlemsregister og kontingentsystem er i gang og forventes slutført innen mars 2002. Kostnadene for prosjektet vil bli omtalt i sentralstyrets budsjettforslag for 2002.

Sak 15 Legeforeningens fagforeningspolitikk – Forslag fra Hordaland legeforening om vedtak i landsstyret 2000

Forslag fra Hordaland legeforening v/ Ola Jøsendal: Sentralstyret vil få til behandling saker som samtidig er av stor betydning for Dnlf, og er kontroversielle i Dnlf. Når slike saker kommer, pålegger landsstyret sitt arbeidsutvalg (sentralstyret) å gjennomføre saksbehandling internt i organisasjonen før man aktivt involverer andre samtaleparter.

Det vil si at yrkesforeningene og avdelingsstyrene skal informeres om at saken eksisterer, og at sentralstyret orienterer om planer for videre behandling av slike saker.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret.

Bemerkning:

Sentralstyret har avgitt slik uttalelse i sakens anledning:

«Sentralstyret er enig i at store og evt. kontroversielle saker som berører ett eller flere av organisasjonsleddenes medlemsgrupper skal forelegges disse organisasjonsledd til kommentar før Legeforeningen fremkommer med en konkluderende uttalelse.

Legeforeningens lover bygger på denne forutsetning og påpeker derfor rent prinsipielt det samme. Det vises til lovenes §§ 12, 1. ledd, 13, 7. ledd, og 14, 3. ledd, om avdelingene, yrkesforeningene og spesialforeningene. I samtlige av disse tre bestemmelser uttrykkes følgende:

Styret skal fra sekretariatet få seg forelagt alle viktige saker som angår «vedkommende forening» og har også rett til å gi muntlig uttalelse til sentralstyret i det møte vedkommende sak behandles».

Sentralstyret og sekretariatet søker til en hver tid å etterleve bestemmelsens intensjoner.

Bestemmelsen er imidlertid ikke til hinder for at sentralstyre og sekretariat fører løpende kommunikasjon med representanter for offentlige myndigheter og organisasjoner og private organisasjoner.

Hvis Legeforeningen skal oppnå resultater, er organisasjonen – som tilsvarende organisasjoner – helt avhengig av å oppnå tillit for å få løpende kunnskap så langt råd er om kommende politiske og faglige problemstillinger som krever Legeforeningens oppmerksomhet og påvirkningskraft.

En strikt etterlevelse av innholdet i oversendelsesforslaget vil føre til at Legeforeningen blir handlingslammet og uten påvirkningspotensiale i de løpende prosesser som må foregå før Legeforeningen i samråd med berørte organisasjonsledd utformer endelige faglige og politiske uttalelser.

Sentralstyret vil ha sin oppmerksomhet på at organisasjonsleddene tidlig og hensiktsmessig kommer inn i de relevante saker.»

Sak 18 Forslag om endring av spesialistregler m.v.

18.1 Forslag om endring av spesialistreglene i ortopedisk kirurgi

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot 53 stemmer slikt **vedtak**:

Forslag fra spesialitetskomiteen i ortopedisk kirurgi om å fjerne kravet til 1/2 års obligatorisk tjeneste i nevrologi/ nevrokirurgi i spesialistutdanningen i ortopedisk kirurgi.

Forslag fra Henrik Hofgaard og Cecilie P. Schrøder:

Forslaget fra spesialitetskomiteen vedtas.

Forslaget ble **vedtatt** forkastet.

Bemerkning:

Spesialitetskomiteen har fremmet nytt forslag som forberedes for landsstyret 2001.

18.2 Forslag om endring av spesialistreglene i øyesykdommer

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot 31 stemmer slikt **vedtak**:

Forslaget fra spesialitetskomiteen i øyesykdommer om å fjerne kravet til 1/2 års obligatorisk tjeneste i nevrologi/nevrokirurgi i spesialistutdanningen i øyesykdommer, avslås.

Bemerkning:

Spesialitetskomiteen har fremmet nytt forslag som forberedes for landsstyret 2001.

Forslag fra ApIf v/Anne Mathilde Hanstad: I tillegg til «Fritaksregler gjelder ikke»:*«Etter særskilt søknad kan fritak fra vakt vurderes. Den enkelte søknad avgjøres av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.»*

Forslaget ble **vedtatt** og inkludert i endelig vedtak.

I tråd med sentralstyrets forslag m/tillegg om fritaksregler, fattet landsstyret mot 4 stemmer slikt **vedtak**:

Spesialistreglene i allmennmedisin – *videreutdanningen* – suppleres med følgende: Legevakt som obligatorisk element i videreutdanningen.

Det kreves gjennomført 40 legevakter. Man kan bare få meritt for en vakt per døgn. En vakt tilsvarer den vaktlengde som til enhver tid gjelder i aktuelle vakt-distrikt.

Fritaksregler gjelder ikke.

Etter særskilt søknad kan fritak fra vakt vurderes. Den enkelte søknad avgjøres av spesialitetskomiteen i allmennmedisin.

Kravet innføres fra 1.1. 2004.

Det påhviler utdanningskandidaten å føre oversikt over vakter og få disse dokumentert av kommunelege I eller tilsvarende.

Legevakt som annet allmennmedisinsk arbeid i tillegg til deltidspolis.

Legevaktarbeid blir i denne sammenheng å betrakte som et «annet allmennmedisinsk arbeidsområde» med de regler som allerede gjelder for slik tjeneste, dvs. minimum halv tids åpen, uselektiv allmennpraksis kombinert

med legevakt teller som spesialistutdanning i allmenntidmedisin.

Etterutdanningen suppleres med følgende:

Legevakt som tjeneste i etterutdanningen.

Inntil 2 måneder av minimumskravet på 12 måneders allmennpraksis per fem års periode kan utgjøres av legevaktarbeid. Beregning av arbeidstid følger den til enhver tid gjeldende omregningstabell for vaktklasseberegning. Slik vakttjeneste må attesteres av kommunelege I i vaktkommunen.

Det påhviler hver enkelt utdanningskandidat å føre oversikt over vaktene og gjøre omregning av vakter i forhold til den til enhver tid gjeldende omregningstabell for vaktklasseberegning.

Antall vakttimer per år divideres på antall arbeidsuker per år og legges til kontorarbeidstiden slik tilfelle er med «øvrige allmenntidmedisinske arbeidsområder». Slik tjenesteberegning krever attestasjon av kommunelege I/den lege som er administrativt ansvarlig for legevakten i kommunen.

Status for størrelse av stilling beregnes ikke for kortere perioder enn tre måneder.

Bemerkning:

Forslaget er senere bifalt av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefördeling og er innarbeidet i reglene.

18.4 Forslag om endring av de generelle spesialistreglene

Forslag om nedleggelse av hospitantutvalget

Forslag om endring i Bestemmelser for spesialistutdanningen, kap I, Generelle bestemmelser:

§1. – Spesialitetskomiteer, tredje, fjerde, femte og sjette ledd.

Sentralstyret trakk forslag til endring av §1.

Forslaget sendes ut på organisasjonsmessig behandling.

Bemerkning:

Saken ble på nytt behandlet av sentralstyret i møte 15.12. 2000 Sentralstyret besluttet å la saken bero inntil videre.

Bente Kristin Johansen foreslo at det tas inn i §6, annet avsnitt: ... allerede er i utdanningsstilling / turnustjeneste ved avdelingen.

Forslag fra Ylf v/Torkil Steen: I §6, 2. ledd gjøres følgende tilføyelse:

... i utdanningsstilling *eller turnustjeneste.*

Forslagene ble enstemmig **vedtatt** inkludert i det endelig vedtak.

Forslag fra Ylf v/Bente Kristin Johansen: Landsstyret mener at ulønnet tjeneste som lege og turnuslege ikke skal forekomme i lover, avtaler eller ved praktiseringen av disse.

Forslag fra Gerd Tranø om supplement av § 5, nytt 3. ledd: For spesialistkandidater i allmenntidmedisin skal tjenesten inneholde alle oppgaver i arbeidsforholdet, herunder legevakttjeneste.

Forslaget ble **vedtatt** oversendt sentralstyret for videre behandling.

Bemerkning:

Saken har vært tatt opp til ny behandling ved at det har vært innhentet synspunkter fra enkelte organisasjonsledd og saken ble behandlet i spesialitetsrådets møte 14. juni 2001.

Saken behandles videre i sentralstyret med tanke på utsending av saken på organisasjonsmessig behandling og deretter landsstyrebehandling.

I forslag til endring av §6, første avsnitt, trakk sentralstyret sitt opprinnelige forslag og fremmet spesialitetsrådets formulering som sitt forslag.

I tråd med sentralstyrets forslag, supplert med forslag fra Bente Kristin Johansen og Torkil Steen, fattet landsstyret enstemmig slikt **vedtak**:

§ 3. Behandling av søknad om spesialistgodkjenning (tillegg)

Søknad om spesialistgodkjenning fra leger med statsborgerskap og opprinnelig spesialistgodkjenning fra et EØS-land der spesialiteten kan konverteres i henhold til EØS-avtalen eller Nordisk overenskomst, skal være utfylt med personalia og generelle opplysninger. Den skal vedlegges bekreftede kopier av statsborgerskap, norsk autorisasjon og opprinnelig spesialistgodkjenning.

§ 5, andre ledd, Krav til tjeneste (tillegg)

Se for øvrig § 6, Krav til stillinger, under hospitering.

§ 6. Krav til stillinger, første ledd

Utdanningen skal foregå i godkjent opprettet utdanningsstilling ved godkjent utdanningsinstitusjon.

§ 6. Krav til stillinger, siste ledd

Tjeneste i ikke ordinær assistentlegestilling godkjennes unntaksvis, etter forhåndsgodkjenning (se under). Forutsetningen er at kandidaten har et klart, lønnet tilsetningsforhold, der arbeidsgiver inngår avtale med annen arbeidsgiver for å ivareta behovet for supplerende medisinske kunnskaper på et spesielt felt som er av betydning for kandidatens fagområde. Dette gjelder særlig når det er vanskelig å skaffe seg slik tjeneste gjennom ordinær utdanningsstilling. Når slik tjeneste skal brukes i spesialistutdanningen, må det være en forutsetning at det vesentlige av utdanningen allerede er tilbakelagt. Tjenesten må være godkjent av spesialitetskomiteen i vedkommende spesialitet på forhånd.

Tjenesten må verken hindre eller forsinke opprettelse av nødvendige legestillinger. Den må heller ikke redusere utdanningstilbudet for de leger som allerede er i utdanningsstilling eller turnustjeneste ved avdelingen. Det må foreligge tilstrekkelig med arbeidsoppgaver både for de som allerede er tilsatt på avdelingen og den som tjenestegjør gjennom en egen avtale. Det er nødvendig at disse forutsetninger attesteres av avdelingens overlege og av Den norske lægeforenings tillitsvalgte for underordnede sykehusleger før søknaden behandles av spesialitetskomiteen som representerer faget for vedkommende sykehusavdeling.

§ 7, første ledd, Utdanning i utlandet

Statsborgere i EØS-land med opprinnelig spesialistgodkjenning i et EØS-land gis etter søknad også spesialistgodkjenning i Norge i henhold til EØS-avtalen. For nordiske borgere med spesialistgodkjenning godkjent av et nordisk land, gis konvertering av spesialiteten til norsk spesialistgodkjenning også i henhold til Nordisk overenskomst.

§ 7, tredje ledd, Utdanning i utlandet:

Søkere vil få sin utdanning individuelt vurdert med hensyn til eventuell tilleggsutdanning i Norge. Utenlandsk tjeneste godkjennes på linje med tjeneste i Norge forutsatt at tjenesten er utført i godkjent utdanningsstilling ved en utdanningsinstitusjon og at tjenesten ellers er i samsvar med norske spesialistregler. Søkere med statsborgerskap og utdanning fra EØS-land kan meddeles spesialistgodkjenning uten tilleggsutdanning i Norge dersom vedkommende oppfyller de norske utdanningsvilkår for denne spesialiteten.

§ 7, fjerde,ledd, Utdanning i utlandet

Tjeneste utenfor EØS bedømmes i hvert enkelt tilfelle.

Hospitantutvalget nedlegges som organ for vurdering av tjeneste utenom ordinære utdanningsstillinger og denne oppgaven overføres til spesialitetskomiteen som representerer faget for vedkommende sykehusavdeling.

Bemerkning:

Alle endringene er senere bifalt av Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

18.5 Nytt system for godkjenning av utdanningsinstitusjonene – erstatte krav til 18 måneders gruppe I-tjeneste med 12 måneders akademisk tjenestetilgodkjent prosjektarbeid m.v.

Opplæring i vitenskapsteori og -metodologi som ledd i spesialistutdanningen

I tråd med sentralstyrets forslag fattet landsstyret mot to stemmer slikt **vedtak**:

Landsstyret tar til etterretning den foreliggende utredning om opphør av gruppeføringen og krav til utdanningsinstitusjoner, krav til akademiske avdelinger, krav til innhold i akademisk tjeneste og krav til prosjektarbeid.

Landsstyret gir sin tilslutning til at spesialistutdanningen utvikles i tråd med Bakke II-utvalgets innstilling og at dette fremmes videre overfor Sosial og helsedepartementet og Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling.

Vedtaket fra 1994 om å innføre obligatorisk kurs i vitenskapsteori og -metodologi fremmes ikke videre.

Nødvendig kunnskap om vitenskapsteori -metodikk og -etikk forutsettes formidlet til utdanningskandidatene gjennom tjeneste ved akademisk avdeling eller i godkjent prosjektarbeid.

Bemerkning:

Sosial- og helsedepartementet er orientert om landsstyrets vedtak og det påfølgende arbeid med gjennomgang av utdanningsinstitusjonene.

Til tross for anbefalingen fra flertallet i Nasjonalt råd om innføring av obligatorisk fordypningsoppgave over 12 uker (inklusive to ukers metodekurs), står sentralstyret fast ved Legeforeningens anbefaling om opphør av gruppeføringen og definering av akademiske avdelinger med krav til 12 måneders tjeneste ved akademisk avdeling, eller alternativt seks måneders prosjektoppgave. Spesialitetskomiteene ble således ved brev av 11.1. 2001 gitt oppdraget å gjennomgå samtlige utdanningsinstitusjoner, definere disse ut fra erfaringsområder og tellende tjenestetid, samt særskilt definere de akademiske avdelinger. Spesialitetskomiteene har i løpet av det siste halve året nedlagt et stort arbeid i å gjennomgå utdanningsinstitusjonene og utarbeide anbefalinger om tellende tjenestetid for den enkelte institusjon, definere erfaringsområder og akademiske avdelinger. Komiteene var gitt en frist til 1.6. 2001, men arbeidet er per 4.7. 2001 foreløpig ikke avsluttet i alle spesialitetskomiteene. Komiteenes arbeid har også en varierende kvalitet, og det er behov for en del etterarbeid før saken kan fremmes for sentralstyret.

Vurderingene er forelagt de angjeldende sykehusavdelinger (820) og sentralstyret vil høsten 2001 ta stilling til saken før den oversendes Sosial- og helsedepartementet.

Økonomiske nøkkeltall 2000

Beløp i hele tusen kroner

| Regnskap | Drifts- inntekter | Drifts- utgifter | Netto finans- inntekter | Andre inntekter/ kostn. 1) | Års- resultat | Pr. 31.12. 2000 Egen- kapital | Total- kapital |
|--|----------------------|---------------------|-------------------------------|----------------------------------|------------------|-------------------------------------|-------------------|
| A. Sentralstyrets styreansvar | | | | | | | |
| 1 Den norske lægeforening | 156 311 | 126 813 | 1 704 | – | 31 202 | 75 923 | 97 993 |
| 2 Utdanningsfond I | 31 547 | 39 447 | 8 959 | – | 1 059 | 123 949 | 128 574 |
| 3 Utdanningsfond II | 23 302 | 24 680 | 4 956 | – | 3 578 | 110 807 | 110 940 |
| 4 Utdanningsfond III | 29 259 | 16 882 | 2 211 | – | 14 588 | 51 777 | 51 777 |
| 5 Lånefondet | – | 1 913 | 21 638 | – | 19 725 | 492 516 | 492 616 |
| 6 Kvalitetssikringsfond I | 5 091 | 4 300 | 406 | – | 1 196 | 7 344 | 7 364 |
| 7 Kvalitetssikringsfond II | 5 249 | 4 466 | 249 | – | 1 031 | 5 172 | 5 688 |
| 8 Rettshjelpsordningen | 2 887 | 2 667 | 78 | – | 298 | 2 216 | 2 362 |
| 9 Fond for forebyggende medisin | – | 32 | 47 | – | 15 | 830 | 921 |
| 10 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats | – | 31 | 42 | – | 11 | 867 | 899 |
| 11 C. M. Aarsvolds fond | – | 222 | 489 | – | 267 | 6 940 | 7 561 |
| 12 Fond til kreftforskning | – | 15 | 19 | – | 4 | 298 | 298 |
| I alt sentralstyrets ansvar | 253 646 | 221 468 | 40 798 | – | 72 974 | 878 639 | 906 993 |
| B. Kvalitetssikringsfond III | | | | | | | |
| | 17 440 | 17 641 | 261 | – | 60 | 6 951 | 7 007 |
| C. Stiftelsen Soria Moria | | | | | | | |
| | 52 317 | 48 746 | -3 662 | -138 | -229 | 76 127 | 149 472 |
| D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) | | | | | | | |
| | 200 | 111 737 | 111 504 | 324 574 | 324 541 | 2 204 077 | 3 837 580 |
| E. Eiendomsselskaper | | | | | | | |
| 1 Christiania Torv AS | 10 418 | 2 395 | -7 314 | -170 | 539 | 28 985 | 180 164 |
| 2 DNMS Eiendoms- selskap A/S | 954 | 889 | -463 | – | -398 | -102 | 10 4154 |
| 3 Høgda Trygghetsgrend A/S | 891 | 1 067 | 3 | – | -173 | -140 | 178 |

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

a) For Stiftelsen Soria Moria netto skattekostnad.

b) For Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger omfatter beløpet endring i avsetninger til pensjonsforpliktelser m.v.

c) For Christiania Torv AS skattekostnad.