

Vedtaksprotokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 27.-29. mai 2015, Scandic Nidelven Hotel, Trondheim

Saksnr 15/1023

Godkjent av sentralstyret 16. 6. 2015

Konstituering av landsstyremøtet

President Hege Gjessing åpnet møtet.

Etter opprop av generalsekretær Geir Riise ble det konstatert at landsstyret var beslutningsdyktig. 140 av 142 representanter var til stede ved konstitueringen. Det kom få permisjonssøknader. Landsstyret var beslutningsdyktig under hele møtet.

Sak 1 Godkjenning av innkallingen

15/1023

Landsstyrets representanter ble innkalt ved epost av 24.2. 2015. Invitasjon til landsstyremøtet for øvrige medlemmer ble inntatt i Tidsskriftet nr 4/ 2015 og på www.legeforeningen.no. Sentralstyret vedtok i møte den 21.4. 2015 å innstille overfor landsstyret på at innkallingen godkjennes.

Vedtak:

Innkallingen til landsstyremøtet 27.-29.5 godkjennes.

Enstemmig vedtatt

Sak 2 Valg av dirigenter

15/1023

Landsstyremøtene skal i henhold til lovenes § 3-1-2 ledes av valgte dirigenter.

Sentralstyret vedtok i møte den 21.10.2014 å innstille overfor landsstyret på at Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2015.

Vedtak:

Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2015.

Enstemmig vedtatt.

Dirigentene tok deretter over møteledelsen.

Sak 3 Forslag til forretningsorden

14/639

I samsvar med lovenes § 3-1-2, 7. ledd har sentralstyret lagt til grunn at det ved hvert landsstyremøte skal vedtas en egen forretningsorden. Med bakgrunn i erfaringer fra landsstyremøtene de senere år var forslaget for 2015 endret sammenlignet med den forretningsorden som ble vedtatt og anvendt i 2014.

Innstilling til forretningsorden ble vedtatt av sentralstyret 12.2. 2015.

Vedtak:

Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2015 godkjennes.

Enstemmig vedtatt

Vedlegg

Forretningsorden for landsstyremøtet 2015

1. Åpne møter

Landsstyrets møter er åpne for Legeforeningens medlemmer og media. I særskilte saker kan landsstyret bestemme at landsstyremøtet lukkes for media (lovene § 3-1-2, 4. ledd).

2. Åpning

Presidenten åpner møtet, vanligvis med en oversikt over Legeforeningens virksomhet (lovene § 3-1-2, 6. ledd).

3. Konstituering, godkjenning av innkalling

Generalsekretæren foretar navneopprop av landsstyrets representanter ved møtestart. Eventuelle endringer i representasjonen i forhold til oppropslisten, må meddeles møteledelsen og/eller behandles etter reglene om permisjon i § 4.

Presidenten avklarer så om det er bemerkninger til innkallingen og inviterer landsstyret til å godkjenne denne.

4. Permisjon

Påmeldte landsstyreprerentanter har møteplikt for hele landsstyremøtet.

Sekretariatet kan innvilge søknader om fravær fra landsstyremøtet i forkant av møtet, forutsatt at det dreier seg om helsemessige, sosiale eller andre vektige velferdsgrunner. Det samme gjelder nødvendige møter med arbeidsgiver, myndigheter eller andre viktige samarbeidsaktører, dersom slike møter ikke kan utsettes.

Ved fravær som kan forutses, må fravær under møtet eller ved tidligere møteavslutning søkes avhjulpet ved melding av tidsbegrenset forfall og innkalling av vararepresentanter i god tid før landsstyremøtet.

Søknad om permisjon under landsstyremøtet kan bare unntaksvis innvilges og må ha sitt grunnlag i årsaker som ikke kunne forutses.

Søknad om permisjon fra landsstyremøtet leveres skriftlig til dirigentene og behandles av landsstyret dirigentene og generalsekretær, eller den generalsekretær bemyndiger. Landsstyret skal informeres om beslutning, men ikke om årsaken til søknaden. Permisjonssøknader som ikke faller inn under unntaket i 2. - 4. ledd, bør avslås.

5. Dirigenter

Presidenten leder valg av dirigenter til å lede møtet (lovene § 3-1-2, 6. ledd, jf 7. ledd nr. 1 og § 3-1-2, 1. ledd). Dirigentene overtar møteledelsen.

6. Forretningsorden

Landsstyret fastsetter egen forretningsorden for hvert landsstyremøte (lovene § 3-1-2, 7. ledd) etter innstilling fra sentralstyret.

7. Tale-, forslags- og stemmerett og stemmeplikt

Landsstyrets representanter har tale-, forslags- og stemmerett. Alle møtende landsstyreprerentanter har stemmeplikt ved voteringer.

Øvrige møtedeltakere (foreningsmedlemmer) som ikke er representanter i landsstyret har tale- og forslagsrett til de konkrete sakene. Det voteses kun over slike forslag dersom forslaget støttes av minst ett av landsstyrets representanter.

Sentralstyret har ikke stemmerett i saker som angår sentralstyrets disposisjoner bakover i tid, herunder årsmelding og regnskap (lovene § 3-1-2, 7. ledd nr 6, 2. setning).

8. Tellekomité

Landsstyret velger tellekomité etter innstilling fra sentralstyret for nødvendig opptelling av avgitte stemmer etter dirigentenes beslutning om opptellingsmåte.

Tellekomiteen trer bare i funksjon dersom elektroniske avstemninger og valg ikke lar seg gjennomføre.

9. Sakliste

Dirigenten avklarer om det er saker utover de saker sentralstyret har foreslått, som landsstyret ønsker å sette på saklisten, og ber om godkjenning av denne. Landsstyret vedtar så saksrekkefølge etter forslag fra dirigentene.

10. Redaksjonskomité

Landsstyret velger redaksjonskomité etter innstilling fra valgkomitéen (lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr. 2). Komiteen består av leder og 2 medlemmer.

Redaksjonskomiteen redigerer og legger frem forslag til vedtak for landsstyret.

Redaksjonskomitéen skal arbeide med det siktemål å fremme forslag til vedtak som kan bli vedtatt i landsstyret. I dette arbeidet skal det iakttas fremsatte forslag, samt innspill fra talerstolen.

Landsstyret vedtar hvilke saker redaksjonskomiteen skal arbeide med; jf for øvrig Legeforeningens lover § 3-1-2, 7. ledd, nr 3:

”Sakene tas opp til votering etter hvert som de er behandlet med mindre ett av landsstyrets medlemmer ber om redigering og forslag til vedtak fra redaksjonskomité valgt i møtet, og/eller orientering og anbefaling til vedtak av sentralstyret.”

Redaksjonskomiteen skal i nødvendig utstrekning konferere med forslagstiller.

Dersom redaksjonskomiteén foreslår vedtak som avviker fra sentralstyrets innstilling til vedtak i saken, skal sentralstyret ha anledning til å vurdere om de ønsker å opprettholde innstillingen til vedtak.

Redaksjonskomiteen skal ha bistand fra sekretariatet.

11. Taletid

Etter forslag fra dirigentene kan det innføres begrensning av taletid og av antall innlegg den enkelte kan fremføre til samme sak.

12. Replikk

Replikker rettes direkte mot siste ordinære innlegg. Det er ikke anledning til å tegne seg for replikk under replikkordskiftet. Det kan innføres begrensning av adgangen til replikkordskifte.

13. Forslag

Forslag skal fremsettes fra talerstolen.

Forslagsstillere skal ha prioritert plass på talelisten, slik at alle forslag blir fremmet tidligst mulig i debatten

Forslag til vedtak skal leveres skriftlig på forslagsark til sekretariatet før forslaget fremlegges fra talerstolen, eller elektronisk dersom dette lar seg gjennomføre. Forslag til vedtak skal være undertegnet av forslagsstilleren og påført dennes registreringsnummer.

Utsettelsesforslag skal tas til votering med en gang de er fremsatt.

Forslag som ikke har sammenheng med den oppførte saken på saklisten behandles ikke.

14. Strek

Når en sak ansees tilstrekkelig belyst, kan det settes strek for debatten til saken.

Alle forslag til vedtak må ha vært fremmet før strek settes. Forslag kan trekkes etter at strek er satt, med mindre et annet medlem av landsstyret krever votering over forslaget.

Når strek er satt, refereres talelisten.

Dersom det fremkommer nye momenter under debatten etter at strek er satt, kan strek oppheves.

15. Votering

Sakene tas opp til votering etter hvert som de er behandlet, med mindre en av landsstyrets representanter ber om redigering og forslag til vedtak fra redaksjonskomiteen, og/eller orientering og anbefaling til vedtak av sentralstyret (lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr 3).

Dirigentene refererer alle innkomne forslag til vedtak før de tilkjennegir at saken er tatt opp til votering. Fra dette tidspunkt har ingen møtedeltakere krav på å få ordet til saken.

Landsstyret er beslutningsdyktig når minst halvparten av representantene er til stede (lovene § 3-1-2, 1. ledd, siste punktum).

Representant i landsstyret må ikke ved løfte til avdeling eller ved pålegg fra noen av disse være bundet i sin stillingtagen til de saker som skal behandles (lovene § 3-1-2, 7. ledd nr 5.).

Votering skjer som hovedregel elektronisk, med mindre dette ikke er praktisk gjennomførbart. Voteringer er åpne med mindre et av landsstyrets medlemmer ber om hemmelig votering.

Dersom det både er fremmet resolusjonsforslag og vedtak i samme sak, skal det først voteres over alle vedtaksforslag før resolusjonen tas opp til votering.

16. Flertall

Vedtak fattes med simpelt flertall (flere stemmer enn et annet forslag, men ikke nødvendigvis 50 % av stemmene) med unntak av:

- a) i saker angående lovendringsforslag hvor det kreves kvalifisert flertall med 2/3 av stemmene blant de stemmeberettigede (lovene § 5-1, 2. ledd)
- b) til valg av president og visepresident hvor det kreves absolutt flertall (mer enn 50 % av stemmene) blant de stemmeberettigede (lovene § 3-2-1, 2. ledd)-
- c) i saker angående eksklusjon (lovene § 2-6 fjerde ledd) hvor det kreves kvalifisert flertall med $\frac{3}{4}$ av stemmene blant de stemmeberettigete.

17. Valg

Valg skjer som hovedregel elektronisk, med mindre dette ikke er praktisk gjennomførbart. Valg skjer ved hemmelig avstemning.

Nærmere regler for fremgangsmåten ved valg fremgår av lovene § 3-1-2, 7. ledd, nr 7:

”Ved valg på sentralstyret og andre organer som landsstyret velger, skal det oppføres like mange navn som antallet plasser som skal besettes. Det skal bare oppføres navn som er foreslått av valgkomiteen eller av en landsstyreprerentant under landsstyremøte, og som ikke er trukket av forslagsstilleren før nomineringen er avsluttet.

Foreslåtte kandidater må være forespurt og ha gitt sitt samtykke før nomineringen.”

Sak 4 Valg av tellekomité

15/1023

I henhold til forretningsorden skal det velges tellekomité for bistand til dirigentene for å avklare avstemningsresultater under landsstyremøtet.

Sentralstyret vedtok i møte den 10.3.2015 å innstille på valg av medlemmer til en tellekomité.

Vedtak:

Som tellekomité ved landsstyremøte 2015 velges:

Torbjørn Mellesmo, ØKAD (leder)

Axel Andersen Restrup, ØKAD

Nina Evjen, FAG

Kari Schrøder Hansen, FAG

Lisbet Kongsvik, SPOL

Lise Johannessen, SPOL

Anders Vollen, SPOL

Kristin Krogvold, JA

Lene Brandt Knutsen, JA

Generalsekretæren gis fullmakt til å supplere listen ved behov.

Enstemmig vedtatt.

Sak 5 Sakliste for landsstyremøtet

15/1023

Sentralstyret vedtok i møte den 21.4.2015 å innstille ovenfor landsstyret om godkjenning av sakliste for landsstyremøtet.

Vedtak:

Slik sakliste godkjennes:

Sakliste for Landsstyremøtet 27.-29.5. 2015

Konstituering av møtet

Sak 1 Godkjenning av innkallingen

Sak 2 Valg av dirigenter

Sak 3 Godkjenning av forretningsorden

Sak 4 Valg av tellekomité

Sak 5 Godkjenning av saklisten

Sak 6 Valg av redaksjonskomité

Helsepolitikk

Sak 7 Helsepolitisk debatt: «Pasientens helsetjeneste. Realitet eller retorikk?»

Legeforeningens organisasjon

- Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1.2014 – 31.12.2014
- Sak 9 Aktuelle tema
- 9.1 Legeforeningens samarbeid med andre
- 9.2 Primærhelsemeldingen
- 9.3 Akutfunksjoner i sykehus
- Sak 10 Forslag om prinsippprogram for 1.9.2015 - 31.8.2019
- Sak 11 Forslag om arbeidsprogram for 1.9.2015 - 31.8.2017
- Sak 12 Forslag til endring i De etiske regler for leger kap. I, § 5
- Sak 13 Lovendringer
- 13.1 Gjennomføring av landsstyremøter - frister for å fremme saker for landsstyret, sakliste på landsstyremøter, avstemming i landsstyret, elektroniske valg
- 13.2 Forslag til endringer av Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) funksjonsperioden for landsstyret
- 13.3 Om betegnelsen lokalforening og forslag om endret betegnelse.
- Sak 14 Tidsskrift for Den norske legeforening
- 14.1 Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier – forslag til landsstyret om nedsettelse av utvalg
- 14.2 Tilsetting av ny sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening
- Sak 15 Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøte 2017
- Sak 16 Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer (*valgkomiteen legger frem sin innstilling onsdag 27.5 kl 1500*)
- Sak 17 Valg av to styremedlemmer med varamedlemmer til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger
- Sak 18 Valg av valgkomite
- Sak 19 Valg av desisorutvalg

Utdanningssaker

- Sak 20 Grunnutdanning for leger – utvikling og harmonisering

Regnskap og budsjett

- (*Regnskapet tidfestes til behandling torsdag 28.5*)
- Sak 21 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2014
- Sak 22 Regnskaper for 2014 til landsstyrets orientering
- Sak 23 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2014
- Sak 24 Budsjett for Den norske legeforening 2016

Enstemmig vedtatt

Etter samråd med sentralstyret fremmet dirigentene forslag om saksrekkefølge.

- Sak 1 Godkjenning av innkallingen
- Sak 2 Valg av dirigenter
- Sak 3 Godkjenning av forretningsorden
- Sak 4 Valg av tellekomité
- Sak 5 Godkjenning av saklisten

Sak 6	Valg av redaksjonskomité
Sak 8	Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet
Sak 9.2	Primærhelsemeldingen
Sak 7	Helsepolitisk tema: Pasientens helsetjeneste. Realitet eller retorikk
Sak 14.1	Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier – forslag til landsstyret om nedsettelse av utvalg
Sak 14.2	Tilsetting av ny sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske Legeforening
Sak 10	Forslag om prinsippprogram for 1.9.2015-31.8.2019
Sak 21	Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2014
Sak 22	Regnskaper for 2014 til landsstyrets orientering
Sak 23	Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2014
Sak 20	Grunnutdanning for leger – utvikling og harmonisering
Sak 16	Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer
Sak 11	Forslag om arbeidsprogram for 1.9.2015-31.8.2017
Sak 17	Valg av to styremedlemmer med varamedlemmer til styret for sykehjelps- og pensjonsordningen for leger
Sak 18	Valg av valgkomite
Sak 19	Valg av desisorutvalg
Sak 9.3	Akutfunksjoner i sykehus
Sak 9.1	Legeforeningens samarbeid med andre
Sak 24	Budsjett for Den norske legeforening 2016
Sak 12	Forslag til endring i De etiske regler for leger kap. I, § 5
Sak 13.1	Gjennomføring av landsstyremøter - frister for å fremme saker for landsstyret, saksliste på landsstyremøter, avstemming i landsstyret, elektroniske valg
Sak 13.2	Forslag til endringer av Legeforeningens lover § 3-3-3 - funksjonsperioden for landsstyret
Sak 13.3	Om betegnelsen lokalforening og forslag om endret betegnelse
Sak 15	Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøte 2017

Enstemmig godkjent

Sak 6 Valg av redaksjonskomité

15/1023

Valgkomiteen hadde i samsvar med vedtatt forretningsorden pkt 10 forberedt valg av leder og to medlemmer til redaksjonskomiteen.

Leder av valgkomiteen, Trond Egil Hansen, innledet og la frem følgende forslag:

Petter Brelin, leder
 Odd Grenager
 Guro-Marte Gulstad Mpote

Vedtak:

Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges:

Petter Brelin, leder

Odd Grenager

Guro-Marte Gulstad Mpoté

Enstemmig vedtatt.

Sak 7 Helsepolitisk debatt - Pasientens helsetjeneste. Realitet eller retorikk

Innledere: Hege Gjessing, president Legeforeningen, Helseminister Bent Høie

Debatt, som i stor grad omhandlet tre hovedtema:

- Pasientens helsetjeneste Realitet eller retorikk?
- Nasjonal helse- og sykehusplan. Trygghet for befolkningen, robuste fagmiljøer og reiseavstand
- Fastlegens rolle i primærhelsetjenesten. Kontinuitet og tilgjengelighet

Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 11.1. 2014-31.12. 2014

15/1785

Innleder: Jon Helle, visepresident

Sentralstyrets årsmelding for 2014 ble i sentralstyremøte 21.4. 2015 godkjent for fremleggelse for landsstyret med forslag om godkjenning.

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. 2014 til 31.12. 2014 godkjennes.

Enstemmig vedtatt.

Sak 9 Aktuelle temaer**9.1 Legeforeningens samarbeid med andre**

14/4349

Innleder: Christian Grimsgaard, sentralstyret

På landsstyremøtet i 2014 ble det vedtatt at landsstyremøte i 2015 skal drøfte hvordan Legeforeningen skal samarbeide med andre.

Sentralstyrets innstilling til **vedtak**:

Forslag for rammer og prinsipper for Legeforeningens samarbeid med andre godkjennes.

Enstemmig vedtatt

Vedlegg

Rammer og prinsipper

Legeforeningen er en frittstående og politisk uavhengig faglig og profesjonell medlemsorganisasjon. Samarbeid med andre kan være formålstjenlig for å ivareta Legeforeningens rolle innen medisinsk fagutvikling og som helsepolitisk aktør. Fagutvikling, fagmedisinske hensyn og foreningens helsepolitikk skal være retningsgivende for valg av samarbeidsformer.

Både Legeforeningen og foreningens organisasjonsledd må være bevisst at samarbeid med omstridte aktører kan skade Legeforeningens omdømme og mulighet for innflytelse. Legeforeningen skal være særskilt varsom for inngåelse av samarbeid med kommersielle aktører.

Legeforeningen har følgende formaliserte prosedyrer for samarbeid med andre;

- Spørsmål om medlemskap i andre organisasjoner skal fremlegges landsstyret, jf. Legeforeningens lover § 1-5.
- Samarbeid med legemiddelindustrien. Alle foreningsledd skal følge landsstyrets retningslinjer for samarbeid med legemiddelindustrien, jf. Loen vedtaket i 2004, og senere justeringer i 2008 og 2011.

For samarbeid med andre utover dette, gjelder følgende prinsipper og prosesser:

- Samarbeide med andre aktører må ligge klart innenfor Legeforeningens kjerneoppgaver og formål. Det vil si at det må ha en klar forankring i Legeforeningens formålsparagraf, prinsipp og arbeidsprogram, og satsingsområder.
- For å bedre folkehelsen er det viktig å samarbeide med aktører utenfor helsetjenesten der folkehelse skapes. Samarbeide med aktuelle pasientforeninger, humanitære og ideelle organisasjoner er ønskelig.
- For å bidra til innovasjon og god tjenesteutvikling må Legeforeningen og fagmiljøene også være i dialog med forskningsmiljøene og tjeneste- og utstysleverandørene i helsetjenesten. Hovedforeningens samarbeid med kommersielle aktører eller deres representanter bør imidlertid forankres i foreningens sentralstyre.
- Legeforeningens sentralstyre skal treffe avgjørelser i saker der foreningen inngår forpliktende samarbeid med andre aktører.
- Det skal være full åpenhet om prosesser og avtaler inklusive honorar knyttet til slike verv.
- Det skal være full åpenhet om verv ledende tillitsvalgte har i slike organisasjoner, uavhengig av hvorvidt man representerer Legeforeningen.

I saker der det er uenighet i sentralstyret om inngåelse av samarbeid, og det er mulige interessekonflikter, er gode prosesser avgjørende.

- Ved uenighet bør foreningen høres gjennom intern høringsprosess før vedtak fattes. Høringsprosess utløses når 1/3 av sentralstyrets medlemmer krever det. Dette gjelder i særlig grad saker der Legeforeningen bidrar økonomisk og i saker der sentralstyret vurderer at inngåelse av samarbeid vil kunne bli gjenstand for en bred uenighet i foreningen.
- I saker av særlig viktig karakter, eller der det foreligger en bred uenighet bør saken bringes opp for foreningens landsstyre før vedtak fattes.

Sak 9.2 Primærhelsemeldingen

Innleder: Marit Hermansen, sentralstyret

7. mai la regjeringen for første gang fram en egen stortingsmelding om primærhelsetjenesten «Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet». Det skulle ikke fattes noen vedtak på bakgrunn av debatten. Landsstyredelegatenes innspill og kommentarer vil bli benyttet i Legeforeningens videre arbeid med primærhelsemeldingen.

Innholdet i meldingen ble debattert. Sentralstyret la frem forslag til resolusjon som senere ble revidert av redaksjonskomiteen.

Forslag 1

Sentralstyrets utkast til resolusjon om primærhelsemeldingen

Fastlegeordningen har gitt pasientene bedre helsetjenester og økt kontinuitet i lege-pasient forholdet. Etter 15 år må ordningen videreutvikles for å møte endrede og nye behov. Legeforeningen forventet en stortingsmelding som synliggjorde mulighetsrommet og bygget videre på det som allerede fungerer godt. Vi savner en tydelig retning som gir en helhetlig primærhelsetjeneste. For å lykkes med dette må det satses helhjertet på fastlegeordningen og de muligheter den gir for samarbeid lokalt og sentralt.

Løsningene i primærhelsemeldingen kan føre til mer fragmentering, sviktende prioritering, lavere kvalitet - og økt press på spesialisthelsetjenesten. Det åpnes i realiteten for enda flere parallelle helsetilbud, og det er en stor fare for at den ene hånden ikke vil vite hva den andre gjør.

Fremtidens primærhelsetjeneste trenger sterke team rundt pasienten hvor fastlegen med sin unike kunnskap om pasienten gis en tydelig og sentral rolle. Meldingen mangler ambisjoner for utvikling av legetjenesten og sår tvil om grunnleggende forhold ved dagens ordning.

Legeforeningen ønsker å samarbeide videre med Helse- og omsorgsdepartementet om en kunnskapsbasert styrking av primærhelsetjenesten.

Forslag 2

Redaksjonskomiteens utkast til resolusjon om primærhelsemeldingen

Fastlegeordningen har gitt pasientene bedre helsetjenester, kontinuitet i lege-pasientforholdet og tydelig ansvars plassering. Etter 15 år må ordningen videreutvikles for å møte endrede og nye behov.

Legeforeningen forventet en stortingsmelding som synliggjorde mulighetene og bygget videre på det som allerede fungerer godt. Vi savner en tydelig retning mot en helhetlig og koordinert primærhelsetjeneste. For å lykkes med dette må det satses helhjertet på fastlegeordningen og de muligheter den gir for samarbeid lokalt og sentralt.

Primærhelsemeldingen åpner i realiteten for enda flere parallelle helsetilbud. Løsningene i meldingen kan føre til mer fragmentering av tjenestene, sviktende prioritering, lavere kvalitet og ansvarspulverisering. Dette kan resultere i overdiagnostikk og overbehandling samt økt press på spesialisthelsetjenesten.

Fremtidens primærhelsetjeneste trenger sterke team rundt pasienten, hvor fastlegen med sin unike kunnskap om pasienten må ha en tydelig og sentral rolle. Meldingen mangler ambisjoner for utvikling av legetjenesten og sår tvil om grunnleggende forhold ved dagens ordning.

Legeforeningen ønsker å samarbeide videre med Helse- og omsorgsdepartementet om en kunnskapsbasert styrking av primærhelsetjenesten.

Forslag 3

Redaksjonskomiteens reviderte utkast til resolusjon om primærhelsemeldingen

Fremtidens primærhelsetjeneste trenger sterke team rundt pasienten, hvor fastlegen med sin unike kunnskap om pasienten har en tydelig og sentral rolle. Det må satses helhjertet på fastlegeordningen og de muligheter den gir for samarbeid lokalt og sentralt.

Fastlegeordningen har gitt pasientene bedre helsetjenester, kontinuitet i lege-pasientforholdet og tydelig ansvarsplassering. Etter 15 år må ordningen videreutvikles for å møte endrede og nye behov.

Legeforeningen forventet en stortingsmelding som synliggjorde mulighetene og bygget videre på det som allerede fungerer godt. Det har vi ikke fått. Vi savner en tydelig retning mot en helhetlig og koordinert primærhelsetjeneste. Vi etterlyser ambisjoner for utvikling av legetjenesten.

Primærhelsemeldingen åpner i realiteten for enda flere parallelle helsetilbud. Den sår tvil om grunnleggende kvaliteter ved dagens ordning. Løsningene i meldingen kan føre til mer fragmentering av tjenestene, sviktende prioritering, lavere kvalitet og ansvarspulverisering. Dette kan resultere i overdiagnostikk og overbehandling samt økt press på spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen ønsker å samarbeide videre med Helse- og omsorgsdepartementet om en kunnskapsbasert styrking av primærhelsetjenesten.

Forslag 4

Redaksjonskomiteens reviderte forslag til resolusjon om primærhelsemeldingen. Vedtatt av landsstyret.28.5.2015

For å sikre pasientene en enhetlig og samordnet primærhelsetjeneste mener Legeforeningen at:

- Fastlegeordningen må videreutvikles og styrkes
- Det må satses på de mulighetene fastlegeordningen gir for samarbeid lokalt og sentralt.
- Fastlegen må ha en tydelig og koordinerende rolle for alle pasientene i primærhelsetjenesten

Fastlegeordningen har gitt pasientene bedre helsetjenester, kontinuitet i lege-pasient forholdet og tydelig ansvarsplassering. Etter 15 år må ordningen videreutvikles for å møte endrede og nye behov.

Legeforeningen forventet en stortingsmelding som synliggjorde mulighetene og bygget videre på det som allerede fungerer godt. Det har vi ikke fått. Vi savner en tydelig retning mot en helhetlig og koordinert primærhelsetjeneste. Vi etterlyser ambisjoner for utvikling av legetjenesten.

Fremtidens primærhelsetjeneste trenger sterke team rundt pasienten, hvor fastlegen med sin kunnskap om pasienten har en sentral rolle.

Primærhelsemeldingen åpner i realiteten for flere parallelle helsetilbud. Den sår tvil om grunnleggende kvaliteter ved dagens ordning. Løsningene i meldingen kan føre til mer fragmentering av tjenestene, sviktende prioritering, lavere kvalitet og ansvarspulverisering. Dette kan resultere i overdiagnostikk og overbehandling samt økt press på spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen ønsker å bidra til en kunnskapsbasert styrking av primærhelsetjenesten.

Enstemmig vedtatt

Sak 9.3 Akuttfunksjoner i sykehus

15/1689

Innledere: Jon Helle, visepresident, Arne-Christian Mohn, leder Norsk kirurgisk forening, Hanne Thürmer, leder Norsk indremedisinske forening.

Forslag 1

Sentralstyrets innspill til resolusjon

Faglig forsvarlighet, nødvendig beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i en ny sykehusstruktur.

- Hovedmodellen for akuttfunksjoner må som et minimum ha indremedisin, generell kirurgi og anesthesiologi, med støttetjenester i radiologi og laboratoriefag.
- Lang reisetid, krevende geografiske forhold og uforutsigbare værforhold er tungtveiende faktorer som kan tilsi at hovedmodellen skal opprettholdes til tross for lavt befolkningsgrunnlag.
- Sykehus med akuttfunksjoner må gis nødvendige ressurser til å sikre god kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må utvikles gode systemer for å opprettholde og videreutvikle personalets kompetanse, skape attraktive arbeidsplasser, og ivareta rekruttering.
- Avvik fra hovedmodellen, hvor sykehusene har begrenset akuttfunksjoner bestående av akutt indremedisin og anesthesi, bør kun forekomme unntaksvis. Det forutsetter at transport til neste sykehus med full akuttberedskap er forutsigbar, reisetiden kort og tjenesten til pasientene har høy kvalitet.

Forslag 2

Forslag til resolusjon fra Ylf:

Resolusjon vedrørende akuttfunksjon i sykehus

Legeforeningen mener at alle sykehus skal inneholde døgnkontinuerlig akuttberedskap innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi med tilgang til støttetjenester for radiologi og laboratoriefag. Dette skal være hovedmodellen for norske sykehus.

Hverken endring av bosettingsmønster eller medisinskfaglig utvikling de senere år gir grunnlag for at denne modellen bør endres.

Legeforeningen mener at akutt-kirurgien ikke skal trekkes ut av lokalsykehuset. Dette mangler faglig forankring.

Legeforeningen jobber for et trygt, helhetlig og rettferdig helsetilbud for hele Norges befolkning. Lokalsykehus med akuttfunksjon er svært viktig i en desentralisert helseberedskap og leverer gode resultater, godt arbeidsmiljø og gode utdanningsarenaer både for turnusleger, leger i spesialisering og et bredt spekter av helsearbeidere. Dette vil vi bevare.

Det er ingen motsetning mellom store og små akuttsykehus. Begge har en viktig rolle i behandlingsskjeden, og sentralisering av avansert kirurgi bør fortsette. På den andre siden er forutsetningene for samarbeid mellom store og små sykehus i samme foretak, bedre enn noen gang. Felles journal, felles undervisning, utveksling av fagpersoner, felles rutiner og beredskapsplaner muliggjør dette. Lokalsykehusene med akuttfunksjon er bedre rustet til å håndtere sykdom og skader på sitt nivå enn noen gang tidligere.

Legeforeningen vil motarbeide at gode lokalsykehus som rekrutterer godt, har gode resultater og sterk lokal støtte nedlegges eller blir vesentlig redusert på grunn av kortsiktige økonomiske eller ledelsesstrategiske vurderinger. En nedbygging av kirurgi vil svekke tilbudet til pasienter med sammensatte lidelser og vil vanskeliggjøre rekruttering til indremedisin og anestesi ved de minste sykehusene.

Dagens sykehusstruktur har store utfordringer. Nasjonal helse- og sykehusplan bør ikke bidra til at situasjonen forverres ytterligere. Endring av sykehusstruktur enkelte steder i landet kan være nødvendig for å sikre et bærekraftig helsevesen, men disse endringene må ikke gå på bekostning av steder der det er et godt og fungerende akutttilbud. Å sikre faglig kvalitet og forsvarlighet på alle sykehus må være hovedfokuset for fremtiden.

Forslaget ble trukket

Forslag 3

Forslag fra Norsk kirurgisk forening ved Arne-Christian Mohn:

Revidert punkt 1 (generell foran kirurgi strøket)

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akutt syke.

Revidert punkt 2 (generell foran kirurgi strøket)

- Akutfunksjon forutsetter døgkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.

Oversendt redaksjonskomiteen. Tatt inn.

Forslag 4

Forslag fra Akershus legeförening ved Toril Morken, vara for Arne Røde:

Det må stilles definerte kvalitetskrav til alle norske sykehus.

Oversendt redaksjonskomiteen. Dekkes av teksten

Forslag 5

Forslag fra Norsk indremedisinsk förening ved Hanne Thürmer:

Kulepunkt 2: Akutt pasienter i stedet for akutt skadde og syke.

Ikke nevne ortopedi, men bruke kirurgi som samlebetegnelse.

Tilføy en setning i kulepunkt 4: Befolkningen må sikres gode akutt tilbud uavhengig av bosted, her har lokalsykehusene en viktig rolle.

Oversendt redaksjonskomiteen. Tatt inn unntatt siste ledd, 3. setning.

Forslag 6

Forslag fra Rogaland legeförening ved Jan Robert Johannessen:

Slå sammen de to første kulepunktene og heller skrive:

God akutt diagnostikk og behandling på lokalsykehus forutsetter en døgkontinuerlig, kombinert og samordnet innsats fra spesialister i indremedisin, kirurgi og anestesi

Oversendt redaksjonskomiteen. Tatt inn.

Forslag 7

Forslag fra FAME ved Kristian Fosså:

Foreslår at det slutten på kulepunkt 3 lyder:systemer som opprettholder og videreutvikler gode og stabile fagmiljøer."

(erstatte altså punktene om kompetanse, rekruttering og en ting til)

Oversendt redaksjonskomiteen Tatt hensyn til i revidert tekst.

Forslag 8

Redaksjonskomiteens forslag til resolusjon

Akutfunksjoner i sykehus

Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur.

Legeföreningen mener:

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, generell kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akutt syke.
- Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre god kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være gode systemer for å opprettholde og videreutvikle personalets kompetanse, skape attraktive arbeidsplasser, og ivareta rekruttering.
- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Lang reisetid, krevende geografiske forhold og uforutsigbare værforhold er tungtveiende faktorer som tilsier lokalsykehus med full akuttberedskap.

Forslag 9

Forslag fra FAME ved Cecilie Risøe:

"Fast bemanning er et kjennemerke på levedyktige lokalsykehus."
foreslås tatt inn i sentralstyrets forslag til resolusjon under kulepunkt 3.

Oversendt redaksjonskomiteen.

Forslag 10

Forslag fra Toril Morken, med støtte fra Jo-Endre Midtbu

Til resolusjon fra Ylf/Dnlf: Det må stilles klare krav til kvalitet ved alle sykehus - store og små.

Oversendt redaksjonskomiteen.

Forslag 11

Redaksjonskomiteens forslag til resolusjon.

Vedtatt av landsstyret 29.5.2015

Akuttfunksjoner i sykehus

Faglig forsvarlighet, god beredskap og trygghet for befolkningen må veie tyngst i landets sykehusstruktur.

Legeforeningen mener:

- Kombinasjonen av spesialitetene indremedisin, kirurgi og anestesi er en forutsetning for god faglig kvalitet på diagnostikk og behandling av akuttpasienter i sykehus.
- Akuttfunksjon forutsetter døgnkontinuerlig beredskap innen indremedisin, kirurgi og anestesi, med tilgang til radiologi- og laboratorietjenester.
- Sykehus må gis nødvendige ressurser til å sikre kvalitet på diagnostikk og behandling. Det må være systemer for å opprettholde og videreutvikle robuste fagmiljøer som rekrutterer godt.
- Befolkningen må sikres gode akutttilbud uavhengig av bosted. Velfungerende lokalsykehus er nødvendige i den akuttmedisinske behandlingsskjeden. Reisetid,

geografi og værforhold er tungtveiende faktorer som krever lokalsykehus med full akuttberedskap.

Enstemmig vedtatt

Sak 10 Forslag om Prinsippprogram for 1.9.2015 – 31.8.2019

15/665

Innleder: Kari Sollie, sentralstyret

Hvert fjerde år beslutter landsstyret nytt Prinsippprogram.

Sentralstyret fattet 21.4.2015 vedtak om følgende innstilling til vedtak:

Forslag til Prinsippprogram 2015-2019 godkjennes.

Forslag til Prinsippprogram 2015-2019 for Den norske legeforening

MED KVALITET OG FAG SOM LEDESTJERNE

I henhold til lovene i Legeforeningen er foreningens formål:

- å arbeide for høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer.
- å samle alle leger og medisinstudenter for å fremme kollegiale og felles faglige, sosiale og økonomiske interesser.
- å verne om medlemmenes psykiske og fysiske helse.
- å fremme kvalitet i legeutdanningen og den medisinske fagutvikling.
- å fremme medisinsk vitenskap, herunder medisinsk forskning og forskningsetikk.
- å fremme tiltak for folkehelsen.
- å arbeide med helsepolitiske spørsmål.

Tittelen for prinsippprogrammet understreker at Legeforeningen i denne programperioden vil sette kvalitet og faget i førersetet. Bedre rammer for fagutvikling og kvalitet vil styrke pasientenes sikkerhet, og sikre nødvendig kompetanseutvikling blant ledere og ansatte i hele helsetjenesten.

Etikk i alt vi gjør

Etikk er grunnleggende for helsetjenesten og legegjerningen. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og nasjonal lovgivning. Medisinsk utvikling, og endrede krav og normer i befolkningen fører til nye etiske utfordringer. Muligheten til å gjøre riktige etiske valg utfordres også av nye prioriteringskrav, effektivitetskrav og omorganiseringer. Legeforeningen mener god profesjonsetikk vil bidra til en bedre helsetjeneste – for pasienter og pårørende.

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet for gode helsetjenester. Norge må prioritere medisinsk forskning og raskere implementering av kunnskap. Andelen

leger i medisinsk grunnforskning må økes. Leger må sikres bedre rammevilkår for medisinsk forskning og fagutvikling. Det er nødvendig for å bedre kvaliteten og sikkerheten på helsetjenestene som gis. Utvikling av kunnskap krever at kvalitets- og forbedringsarbeid prioriteres. Avvikshåndtering i trygge rammer med fokus på pasientsikkerhet må videreutvikles. Det handler om å gjøre jobben og gjøre den bedre. Fagpersoner både i lokale og sentrale kompetansemiljøer må involveres for å oppnå bedre beslutninger og resultater. Det er viktig å sikre at kunnskap raskt kommer pasienten og samfunnet til gode, og at kunnskap deles over landegrenser.

God folkehelse er målet

Målrettet forebyggende og helsefremmende arbeid kan bidra til at flere bevarer god helse i større deler av livet. Gode oppvekstvilkår, deltagelse i arbeidslivet og sosiale relasjoner bidrar til god folkehelse. De viktigste arenaene for å fremme folkehelsen ligger utenfor helsetjenesten. Legeforeningen støtter målet til verdens helseorganisasjon om «helse i all politikk». Helsefremmende arbeid krever samarbeid mellom flere samfunnssektorer. Det er et samfunnsansvar å gjøre sunne valg enklere. Det innebærer å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet, gode kostholdsvaner, og redusere tobakksbruk, alkohol- og annen rusbruk. Betydningen av klima- og miljøendringer for folkehelsen må også følges nøye.

Ulikhet i helse må motvirkes

Helsetjenesten skal sikre gode og likeverdige helsetilbud til alle. I Norge øker den sosiale ulikheten i helse. Frafall fra skole og manglende deltagelse i arbeidslivet er et økende problem. For den enkelte gir det tap av muligheter og økt helserisiko, og samfunnet mister verdifull arbeidskraft. Gode løsninger fordrer bredt samarbeid mellom skole og arbeidsliv, helsetjenesten, politikere og sivilsamfunn. Fattigdomsbekjemping og utdanning er viktige helsefremmende faktorer, også i Norge.

Solidaritet over landegrenser

Ulikhet i helse er også en global helseutfordring. Sult, krig og konflikter krever internasjonalt samarbeid for å ivareta befolkningens grunnleggende helsebehov. Alvorlige epidemier og økt forekomst av livsstilssykdommer er blant de fremste internasjonale trusler mot befolkningens helse. Mange land har ekstra store helseutfordringer på grunn av dårligere infrastruktur, mangel på medisiner, vaksiner, og mangel på leger og annet helsepersonell. Norge må være et foregangsland i arbeidet med globale helseutfordringer. For å forhindre uheldig tapping av helsepersonell fra lav og mellominntektsland må Norge sikre tilstrekkelig egen utdanningskapasitet. Det må legges til rette for at norske leger som ønsker å bidra med medisinsk arbeid i disse landene får mulighet til dette.

Helsetjenesten blir til i møtet med pasienten

Helsetjenesten må bruke større ressurser nær pasienten, og leger må få mer tid til direkte pasientrettet arbeid. Det handler om å gi god behandling, til rett tid, og med riktig kompetanse. God tilgjengelighet og kvalitet er avgjørende for pasientenes tillit til helsetjenesten. Legeforeningen vil styrke en offentlig finansiert helsetjeneste som gir gode og likeverdige tilbud til alle uavhengig av sosial status, inntekt og bosted. Ulike private helsetjenester er viktige supplement til, og i økende grad del av den offentlige helsetjenesten. Det må legges til rette for at medisinsk kunnskap vektlegges i alle helsepolitiske beslutninger. Erfaringer har vist at helsereformer oppnår best resultat når fagpersoner involveres tidlig og tiltakene piloteres. Fastlegereformen er et eksempel på dette.

Utdanning og kontinuerlig kompetanseutvikling er veien videre

Kontinuerlig kompetanseutvikling kjennetegner legeprofesjonen. I takt med den medisinske utviklingen utvikler og fornyer leger høyspesialisert kompetanse gjennom hele yrkeslivet. All videreutdanning av leger skal holde høy kvalitet. Medisinstudiet er første del av legeyrket og må være et dynamisk studium slik at grunnutdanningen til enhver tid gjenspeiler helsetjenestens behov for kompetanse. Spesialisering av leger skal være målrettet, etterutdanningen av spesialistene systematisk, og satsingen på medisinsk forskning offensiv. Det må tilrettelegges økonomisk og faglig for at leger sikres gode muligheter til å oppdatere og utvikle egen kompetanse gjennom hele yrkeslivet.

Gode rammer for yrkesutøvelsen

Legevirkosomhet er arbeidsintensiv og forutsetter høy kompetanse. Leger har stort ansvar, fatter beslutninger under høy risiko og opplever økende arbeidsbelastning. Arbeidstidsordningene må ivareta krav til god fagutøvelse, forsvarlighet, pasientsikkerhet og legers helse. Legeyrket skal være et attraktivt yrkesvalg. Mangfoldet og spisskompetansen blant leger er en styrke. Avtale- og lønnsystemer skal belønne kompetanse, ansvar, innsats, forskning, undervisning og ledelse. Godt arbeidsmiljø er avgjørende for gode, sikre og effektive helsetjenester. En god fordeling mellom kjønnene bidrar positivt i arbeidsmiljøet. Det bør derfor tilstrebes god kjønnsbalanse i medisinstudiet og i de forskjellige spesialitetene. Det er et mål at flest mulig leger og medisinstudenter er tilsluttet Legeforeningen.

God ledelse er en forutsetning for gode helsetjenester

Helsetjenesten skal ledes så godt som mulig. God ledelse er nødvendig for å levere tjenester av høy kvalitet. Helsetjenesten er i dag overstyrt og overadministrert, men underledet. Det må derfor satses på ledelse i både primær- og spesialisthelsetjenesten, og de må gis tilstrekkelig fullmakter. Medisinskfaglig kompetanse gir gode forutsetninger for å lede i helsetjenesten. Legeforeningen har som mål at flere leger går inn i ledelse, og at ledere får mulighet til å utvikle egen lederkompetanse. Helseledere må ha tilstrekkelig administrativ støtte, og tid og rom for å utøve ledelse.

Forslag 1.

Forslag fra Yngre legers forening v/ Torstein Schrøder-Aasen

Avsnitt 3 (Medisinsk forskning...) «Andelen leger i medisinsk grunnforskning må økes" - endres til: «Antallet leger i medisinsk grunnforskning må økes."»

Oversendt redaksjonskomiteen. Forslaget tatt inn.

Forslag 2

Forslag fra Yngre legers forening v/ Torstein Schrøder-Aasen

Avsnitt 7 (Helsetjenesten blir til..). Etter ".pasientens tillit til helsetjenesten" tilføyes

"For å få til dette, må det være tilstrekkelig støttepersonell og optimalt fungerende IKT-løsninger".

Oversendt redaksjonskomiteen. Forslaget tatt inn.

Forslag 3

Forslag fra Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse v/ Hilde Marie Engjom, støttet av delegat 131 Eivind Solheim.

Landsstyret oppmodar alle organisasjonsledd og sekretariatet til å synliggjøre verdiane og måla fra prinsippprogrammet i sitt virke. Foreslås oversendt til sentralstyret.

Forslaget oversendt sentralstyret.

Forslag 4

Forslag fra Norsk medisinstudentforening/nasjonalt styre ved Rasmus Bakken:

Under "god folkehelse er målet": ...om «helse i all politikk». Da klimaendringene er vår tids største trussel mot folkehelsen innebærer dette også å tenke «klima i all politikk. Helsefremmende arbeid krever...

Oversendt redaksjonskomiteen. Forslaget ikke tatt inn.

Forslag 5

Forslag fra Ylf v/ Petter Risøe:

Avsnitt 6 («Helsetjenesten blir til i møtet med pasienten»), etter 3. setning: «Pasientene skal kunne stole på at legers lojalitet ligger hos dem gjennom et sterkt vern av legers yringsfrihet»

Oversendt redaksjonskomiteen. Forslaget tatt inn.

Forslag 6

Forslag fra Ylf v/Anja Fog Heen:

Inkludere under gode rammer for yrkesutøvelse: "Leger skal som hovedregel ansettes fast"

Oversendt redaksjonskomiteen. Forslaget tatt inn.

Forslag 6

Redaksjonskomiteens forslag

Prinsippprogram 2015-2019 for Den norske legeforening inkludert endringer som landsstyret har gitt sin tilslutning til
Vedtatt av landsstyret 28.5.2015

MED KVALITET OG FAG SOM LEDESTJERNE

I henhold til lovene i Legeforeningen er foreningens formål:

- å arbeide for høy faglig og yrkesetisk standard blant foreningens medlemmer.
- å samle alle leger og medisinstudenter for å fremme kollegiale og felles faglige, sosiale og økonomiske interesser.
- å verne om medlemmenes psykiske og fysiske helse.
- å fremme kvalitet i legeutdanningen og den medisinske fagutvikling.
- å fremme medisinsk vitenskap, herunder medisinsk forskning og forskningsetikk.
- å fremme tiltak for folkehelsen.
- Å arbeide med helsepolitiske spørsmål.

Tittelen for prinsippprogrammet understreker at Legeforeningen i denne programperioden vil sette kvalitet og faget i førersetet. Bedre rammer for fagutvikling og kvalitet vil styrke pasientenes sikkerhet, og sikre nødvendig kompetanseutvikling blant ledere og ansatte i hele helsetjenesten.

Etikk i alt vi gjør

Etikk er grunnleggende for helsetjenesten og legegjerningen. Viktige etiske avveininger og krav er implementert i internasjonale konvensjoner og nasjonal lovgivning. Medisinsk utvikling, og endrede krav og normer i befolkningen fører til nye etiske utfordringer. Muligheten til å gjøre riktige etiske valg utfordres også av nye prioriteringskrav, effektivitetskrav og omorganiseringer. Legeforeningen mener god profesjonsetikk vil bidra til en bedre helsetjeneste – for pasienter og pårørende.

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet

Medisinsk forskning og fagutvikling er fundamentet for gode helsetjenester. Norge må prioritere medisinsk forskning og raskere implementering av kunnskap. Antallet leger i medisinsk grunnforskning må økes. Leger må sikres bedre rammevilkår for medisinsk forskning og fagutvikling. Det er nødvendig for å bedre kvaliteten og sikkerheten på helsetjenestene som gis. Utvikling av kunnskap krever at kvalitets- og forbedringsarbeid prioriteres. Avvikshåndtering i trygge rammer med fokus på pasientsikkerhet må

videreutvikles. . Det handler om å gjøre jobben og gjøre den bedre. Fagpersoner både i lokale og sentrale kompetansemiljøer må involveres for å oppnå bedre beslutninger og resultater. Det er viktig å sikre at kunnskap raskt kommer pasienten og samfunnet til gode, og at kunnskap deles over landegrensene.

God folkehelse er målet

Målrettet forebyggende og helsefremmende arbeid kan bidra til at flere bevarer god helse i større deler av livet. Gode oppvekstvilkår, deltagelse i arbeidslivet og sosiale relasjoner bidrar til god folkehelse. De viktigste arenaene for å fremme folkehelsen ligger utenfor helsetjenesten. Legeforeningen støtter målet til verdens helseorganisasjon om «helse i all politikk». Helsefremmende arbeid krever samarbeid mellom flere samfunnssektorer. Det er et samfunnsansvar å gjøre sunne valg enklere. Det innebærer å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet, gode kostholdsvaner, og redusere tobakksbruk, alkohol- og annen rusbruk. Betydningen av klima- og miljøendringer for folkehelsen må også følges nøye.

Ulikhet i helse må motvirkes

Helsetjenesten skal sikre gode og likeverdige helsetilbud til alle. I Norge øker den sosiale ulikheten i helse. Frafall fra skole og manglende deltagelse i arbeidslivet er et økende problem. For den enkelte gir det tap av muligheter og økt helserisiko, og samfunnet mister verdifull arbeidskraft. Gode løsninger fordrer bredt samarbeid mellom skole og arbeidsliv, helsetjenesten, politikere og sivilsamfunn. Fattigdomsbekjemping og utdanning er viktige helsefremmende faktorer, også i Norge.

Solidaritet over landegrensene

Ulikhet i helse er også en global helseutfordring. Sult, krig og konflikter krever internasjonalt samarbeid for å ivareta befolkningens grunnleggende helsebehov. Alvorlige epidemier og økt forekomst av livsstilssykdommer er blant de fremste internasjonale trusler mot befolkningens helse. Mange land har ekstra store helseutfordringer på grunn av dårligere infrastruktur, mangel på medisiner, vaksiner, og mangel på leger og annet helsepersonell. Norge må være et foregangsland i arbeidet med globale helseutfordringer. For å forhindre uheldig tapping av helsepersonell fra lav- og mellominntektsland må Norge sikre tilstrekkelig egen utdanningskapasitet. Det må legges til rette for at norske leger som ønsker å bidra med medisinsk arbeid i disse landene får mulighet til dette.

Helsetjenesten blir til i møtet med pasienten

Helsetjenesten må bruke større ressurser nær pasienten, og leger må få mer tid til direkte pasientrettet arbeid. For å få til dette, må det være tilstrekkelig støttepersonell og velfungerende IKT-løsninger. Da kan leger gi god behandling, til rett tid, og med riktig kompetanse. God tilgjengelighet og kvalitet er avgjørende for pasientenes tillit til helsetjenesten. Legeforeningen vil styrke en offentlig finansiert helsetjeneste som gir gode og likeverdige tilbud til alle uavhengig av sosial status, inntekt og bosted. Ulike

private helsetjenester er viktige supplement til, og i økende grad del av den offentlige helsetjenesten. Det må legges til rette for at medisinsk kunnskap vektlegges i alle helsepolitiske beslutninger. Erfaringer har vist at helsereformer oppnår best resultat når fagpersoner involveres tidlig og tiltakene piloteres. Fastlegereformen er et eksempel på dette.

Utdanning og kontinuerlig kompetanseutvikling er veien videre

Kontinuerlig kompetanseutvikling kjennetegner legeprofesjonen. I takt med den medisinske utviklingen utvikler og fornyer leger høyspesialisert kompetanse gjennom hele yrkeslivet. All videreutdanning av leger skal holde høy kvalitet. Medisinstudiet er første del av legeyrket og må være et dynamisk studium slik at grunnutdanningen til enhver tid gjenspeiler helsetjenestens behov for kompetanse. Spesialisering av leger skal være målrettet, etterutdanningen av spesialistene systematisk, og satsingen på medisinsk forskning offensiv. Det må tilrettelegges økonomisk og faglig for at leger sikres gode muligheter til å oppdatere og utvikle egen kompetanse gjennom hele yrkeslivet.

Gode rammer for yrkesutøvelsen

Legevirksomhet er arbeidsintensiv og forutsetter høy kompetanse. Leger har stort ansvar, fatter beslutninger under høy risiko og opplever økende arbeidsbelastning. Arbeidstidsordningene må ivareta krav til god fagutøvelse, forsvarlighet, legers helse og pasientsikkerhet. For å sikre at legens lojalitet ligger hos pasienten må det være et sterkt vern av legens ytringsfrihet. Legeyrket skal være et attraktivt yrkesvalg. Leger skal som hovedregel ansettes fast. Mangfoldet og spisskompetansen blant leger er en styrke. Avtale- og lønssystemer skal belønne kompetanse, ansvar, innsats, forskning, undervisning og ledelse. Godt arbeidsmiljø er avgjørende for gode, sikre og effektive helsetjenester. En god fordeling mellom kjønnene bidrar positivt i arbeidsmiljøet. Det bør derfor tilstrebes god kjønnsbalanse i medisinstudiet og i de forskjellige spesialitetene. Det er et mål at flest mulig leger og medisinstudenter er tilsluttet Legeforeningen.

God ledelse er en forutsetning for gode helsetjenester

Helsetjenesten skal ledes så godt som mulig. God ledelse er nødvendig for å levere tjenester av høy kvalitet. Helsetjenesten er i dag overstyrt og overadministrert, men underledet. Det må derfor satses på ledelse i både primær- og spesialisthelsetjenesten, og de må gis tilstrekkelig fullmakter. Medisinskfaglig kompetanse gir gode forutsetninger for å lede i helsetjenesten. Legeforeningen har som mål at flere leger går inn i ledelse, og at ledere får mulighet til å utvikle egen lederkompetanse. Helseledere må ha tilstrekkelig administrativ støtte, og tid og rom for å utøve ledelse.

Enstemmig vedtatt.

Sak 11 Forslag om Arbeidsprogram for 1.9.2015 – 31.8.2017

Innleder: Kari Sollien, sentralstyret.

Sentralstyret fattet 21.4.2015 vedtak om følgende innstilling til vedtak:

Forslag til Arbeidsprogram for perioden 2015-2017 godkjennes.

Sentralstyrets forslag til Arbeidsprogram for perioden 1.9. 2015 - 31.8. 2017

MED KVALITET OG FAG SOM LEDESTJERNE

Arbeidsprogrammet for 2015 – 2017 er en konkretisering av Legeforeningens prinsippprogram for 2015-2019. Arbeidsprogrammet utdypet og utfyller prinsippprogrammets mål om å sette kvalitet og faget i førersetet gjennom valgte delmål.

Verdier og profesjonsetikk

Legestandens lange profesjonsetiske historie forplikter. Leger vil alltid stå i dilemmaet mellom pasientens behov og samfunnets prioriteringer.

- *Tid og rom for etisk refleksjon er nødvendig for alle som arbeider i helsetjenesten.*
- *Ved etisk vanskelige veivalg må det legges til rette for god dialog mellom pasient og lege.*
- *Norge må utdanne minst 85 prosent av legene selv for ikke å tappe andre land for nødvendig kompetanse.*

En faglig god utvikling av helsetjenesten

Den norske velferdsmodellen forutsetter en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet.

Helsetjenesten må organiseres, ledes og tilrettelegges for gode pasientmøter.

- *De som arbeider nær pasienten må ha større innflytelse på utvikling av helsetjenesten.*
- *Helsetjenesten må legge til rette for, og ta i bruk legers bredde- og spisskompetanse.*
- *Den offentlige finansierte helsetjenesten må styrkes og videreutvikles. Private helsetjenester bidrar til økt valgfrihet, og skal være et viktig supplement og korrektiv.*

Trygghet og tilgjengelighet

Selv om den norske helsetjenesten gjennomgående holder et høyt nivå må mange pasienter vente for lenge, og noen opplever en helsetjeneste som ikke henger sammen. Tillit til den offentlige helsetjenesten bygges på god tilgjengelighet og forutsigbarhet om hvilke tilbud man kan få.

- *Helsetjenesten må ha gode rammebetingelser. Kapasiteten må bedres, flaskehalsen fjernes og de samlede ressursene utnyttes best mulig.*
- *Det må være tydelig for befolkningen hvilke tilbud som gis i ulike deler av helsetjenesten og på ulike typer sykehus.*
- *Pasientene må ha rett til likeverdig og forutsigbar behandling. Det må være full åpenhet om hvilke pasientgrupper som gis prioritet.*

Forskning og forbedring

Helsetjenesten står ovenfor en medisinsk virkelighet som endres stadig raskere, og en befolkning som etterspør moderne tjenester. Forskning er helsetjenestens grunnpilar og en forutsetning for å takle dagens og morgendagens utfordringer.

- *Medisinsk forskning og helsetjenesteforskning må styrkes.*

- *Nye og bedre utrednings- og behandlingsmetoder må raskere komme pasientene til gode.*
- *All utdanning av leger må holde høy kvalitet.*
- *Det er et mål at alle leger gis mer tid til kunnskapsutveksling og forbedringsarbeid.*
- *Innen IKT og velferdsteknologiutvikling må leger i større grad involveres i behovsanalyser og funksjonsdesign.*

Kvalitet og faglighet

Kvalitet skapes i lærende organisasjoner. Likefullt melder mange av Legeforeningens medlemmer om at en presset økonomi og et høyt arbeidspress går utover kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges på lik linje med økonomi.*
- *Kvalitet må måles, variasjon analyseres, og resultatene brukes til læring og forbedring.*
- *Det må videreutvikles en kultur for åpenhet, for å si fra om og lære av feil.*
- *Det må innføres et forsvarlighetstak på 85 prosent sengebelegg i sykehus.*

Dialog og samarbeid

For den enkelte pasient er det viktig at helsetjenesten gir et helhetlig og sammenhengende tilbud med god tilgjengelighet.

- *Dialog og samarbeid må bedres mellom pasient og helsepersonell, mellom leger i første- og andrelinje-tjenesten, mellom ulike helsepersonellgrupper og mellom helsepersonell og ledelse på alle nivåer.*
- *Fastlegens koordinerende rolle må styrkes.*
- *Ansvars- og oppgavefordelingen må være klar og forutsigbar.*
- *Hensiktsmessige og godt utbygde IKT-verktøy som kommuniserer med hverandre må nå på plass i hele helsetjenesten.*

Involvering og forutsigbarhet

Helsetjenesten har gjennomgått store forandringer, og står overfor nye. Mange ansatte opplever utrygghet og lite forutsigbarhet og en hverdag med økt byråkratisering, mindre tid til pasient-behandling og virkemidler som er uhenksomme.

- *Mer tid til pasientrettet arbeid. Mer merkantilt personell.*
- *Ansatte må i større grad involveres i planleggingen og gjennomføringen av omstillinger.*
- *Avtalesamarbeid og langsiktighet må ligge til grunn for videre utvikling av fastlegeordning og avtalepraksis*
- *Større endringer må, som hovedregel, piloteres.*

Ledelse og ansvar

De siste årene har det kommet viktige forskningsrapporter som viser at ledere med medisinsk kompetanse oppnår bedre kvalitet, høyere pasientsikkerhet, mer fornøyde ansatte og bedre økonomiske resultater. God ledelse gir bedre helsetjenester.

- *Det er et mål å få flere leger til å velge ledelse.*
- *Medisinsk faglige vurderinger må i større grad vektlegges i ledelse, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.*
- *Ledelse er mer enn administrasjon. Ledere må ha tid og rom til å utøve ledelse og tilgang på merkantilt personell for administrative kompetanse og støtte.*

Flere gode leveår

De viktigste tiltak for å fremme folkehelsen er på samfunnsnivå, som å sikre gode oppvekstvilkår, redusere sosial ulikhet i helse og hindre frafall i utdanning og arbeidsliv. Samtidig er det et stort potensiale for å gjøre det enklere for alle å leve helsefremmende liv.

- *For å bedre folkehelsen er det viktig å samarbeide også med aktører utenfor helsetjenesten.*
- *Norge kan og bør ta en ledende rolle i arbeidet mot internasjonale helseutfordringer, som fedme, antibiotikaresistens, og synkende vaksinasjonsgrad.*
- *Gode, helsefremmende arbeidsmiljø minsker risiko for å utvikle arbeidsrelatert sykdom.*

Gode rammer for medisinsk yrkesutøvelse

Faste stillinger, et differensiert arbeidsmarked, avtale og lønnsystemer som ivaretar kompetanse, ansvar, innsats, undervisning og ledelse gir gode rammer for å kunne utøve faget til beste for pasientene.

- *Et godt arbeidsmiljø er grunnlaget for god pasientbehandling og fagutvikling*
- *Ingen skal arbeide alene på legevakt.*
- *Helsetjenesten trenger flere spesialister. Det må legges til rette for god rekruttering av allmennleger, flere avtalespesialister, og flere leger i sykehus.*

Vedlikehold og investeringer

Helsetjenesten er en av velferdssamfunnets grunnpilarer. Halvparten av de offentlige sykehusbyggene er uegnet til sykehusdrift, store deler av det medisinsk-tekniske utstyret er utdatert, og det trengs investeringer i legevakter og sykehjem. Etterslepet i investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr, IKT og ansattes kompetanse går utover pasientbehandlingen.

- *Norge kan og bør bruke mer penger på helse.*
- *Det er nødvendig å øke tempoet i sykehusbygging. Det må derfor lages en nasjonal investeringspakke.*
- *For å realisere samhandlingsreformens mål må det investeres tilstrekkelig i hensiktsmessige bygg i kommunehelsetjenesten.*

Forslag 1.

Forslag fra Ylf ved Torstein Schrøder-Aasen:

Under "Forskning og forbedring" - tillegg til første kulepunkt:

Etter "...må styrkes" tilføyes:

"Det må tilrettelegges for og stimuleres til forskning, slik at flere leger velger å forske."

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 2

Forslag fra Ylf ved Torstein Schrøder-Aasen:

Under "Forskning og forbedring" - tillegg nytt kulepunkt:

" * Veilederkompetansen i spesialiseringen av leger må utvikles."

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 3

Forslag fra Ylf ved Torstein Schrøder-Aasen:

Under "Gode rammer for medisinsk yrkesutøvelse":

Tillegg nytt punkt:

" * Innføring av hovedregelen om faste stillinger for leger i spesialisering må følges videre, og utvides til å gjelde i alle relevante tariffområder."

Forslaget trukket. Anses dekket av redaksjonskomitéens forslag.

Forslag 4

Forslag fra Ylf ved Petter Risøe:

Endring av kulepunkt 3 under avsnitt 5 («Kvalitet og faglighet») fra:

«Det må videreutvikles en kultur for åpenhet, for å si fra om og lære av feil». til:

«Det må utvikles en sterk kultur for åpenhet, for å si fra om og lære av feil.»

Forslag oversendt redaksjonskomiteen.

Forslag 5.

Forslag fra Troms legeforening ved Jo-Endre Midtbu

Nedsettelse av utvalg vedrørende legers rettshjelp

Det nedsettes et utvalg for å se på hvordan rettshjelpen for leger kan videreutvikles.

Utvalget skal vurdere Legeforeningens bistand i saker hvor leger har behov for rettshjelp og regelverket knyttet til dette, herunder evt. endringer i rettshjelpsordningen. Utvalget skal også vurdere hvordan slik bistand skal finansieres herunder evt behov for fondsfinansiering, vurdere egen rettshjelpsforsikring utover dette, samt vurdere størrelsen på medlemskontingenten. Utvalget skal fremlegge en skriftlig rapport som skal diskuteres på Landsstyremøtet i 2016.

Forslaget oversendt sentralstyret.

Forslag 6

Forslag fra Ylf ved Clara Bratholm:

Under tittelen "Forskning og forbedring":

"All utdanning av leger må holde høy kvalitet. Spesialiseringsforløpet bør i større grad struktureres, der Legeforeningen må være en sentral aktør.

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 7

Forslag fra Ylf ved Linn Nybråten Tjønsø:

Overskriften "Forskning og forbedring" endres til: "Forskning, utdanning og forbedring"

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 8

Forslag fra FAME ved Rolf Kirschner:

Under Kvalitet og faglighet

Nytt:

- Kunnskap om kvalitetsforbedringstiltak må læres!
- Kvalitet må måles etc.

Forslaget trukket

Forslag 9

Forslag fra Eldre legers forening ved Anne Larsen:

Til punktet Trygghet og tilgjengelighet:

Pasienter i sykehus må sikres kontinuitet i behandling og oppfølging. Ansvarlig lege må være tydelig for pasient og fastlege.

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 10

Forslag fra Ylf ved Audun Osland Vik-Mo:

Kulepunkt under En faglig god utvikling av helsetjenesten:

- Styrke kollega- og utdanningsveiledning samt fremme skjønnsmessig vurderinger av spesialistgodkjenning for å trygge kvalitet i møte med pasienter.

Forslaget trukket.

Forslag 11

Forslag fra Ellen Deilkås, leder for utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet, støttet av Rolf Kirschner:

Tilleggsforslag til punktet Verdier og profesjonsetikk:

Etisk standard i helsetjenesten kan i større grad belyses med representative eksempler.

Forslaget oversendt redaksjonskomiteen.

Forslaget falt mot 20 stemmer

Forslag 12

Forslag fra Ellen Deilkås, leder for utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet, støttet av Rolf Kirschner:

Tilleggsforslag til punktet Ledelse og ansvar:

Beslutninger fattet av ledere på alle nivåer i helsetjenesten bør reflektere en høyere moralsk og etisk bevissthet.

Forslaget trukket.

Forslag 13

Endringsforslag fra Hilde Marie Engjom, Utvalg for menneskeretter, klima og global helse, med støtte fra Svein Aarseth:

Under Flere gode leveår:

De viktigste tiltak for å fremme folkehelsen er på samfunnsnivå og krever samarbeid innen og utenfor helsetjenesten. Tiltakene må sikre gode oppvekstvilkår, et godt naturmiljø, redusere sosial ulikhet i helse og hindre frafall i utdanning og arbeidsliv.

- Sunne og klimavennlig valg må gjøres enda enklere.

Forslaget oversendt redaksjonskomiteen

Forslag 14

Forslag fra Kristin Hovland, Oslo legeforening

- 3. avsnitt "En faglig god utvikling..."
- 3. kulepunkt: stryk siste setning

Forslag oversendt redaksjonskomiteen. Inn tatt

- 7. avsnitt "Dialog og samarbeid"
- 1. kulepunkt endres til: Det må legges til rette for god dialog og godt samarbeid mellom, osv..

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

- 8. avsnitt " Involvering og forutsigbarhet"
- 4. kulepunkt: Større endringer må, som hovedregel, prøves ut i et pilotprosjekt først.

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

- 9. avsnitt "Ledelse og ansvar"
- 1. setning Legge til: gode lederne med medisinsk osv

Forslag oversendt redaksjonskomiteen

- 3. kulepunkt Stryk siste del av setningen/punktum etter merkantilt personell

Forslag oversendt redaksjonskomiteen. Tatt inn.

Forslag 15

Forslag fra LSA ved Ole Johan Bakke

Nytt kulepunkt:

Ufrivillige, uformelle vakt- og beredskapsordninger må unngås.

Forslag oversendt redaksjonskomiteen. Inn tatt.

Forslag 16.

Redaksjonskomiteens forslag til arbeidsprogram 1.9-2015-31.8.2017

Vedtatt av landsstyret 29.5.2015

MED KVALITET OG FAG SOM LEDESTJERNE

Arbeidsprogrammet for 2015 – 2017 er en konkretisering av Legeforeningens prinsippprogram for 2015-2019. Arbeidsprogrammet utdyper og utfyller prinsippprogrammets mål om å sette kvalitet og faget i førersetet gjennom valgte delmål.

Verdier og profesjonsetikk

Legestandens lange profesjonsetiske historie forplikter. Leger vil alltid stå i dilemmaet mellom pasientens behov og samfunnets prioriteringer.

- *Tid og rom for etisk refleksjon er nødvendig for alle som arbeider i helsetjenesten.*
- *Ved etisk vanskelige veivalg må det legges til rette for god dialog mellom pasient og lege.*
- *Norge må utdanne minst 85 prosent av legene selv for ikke å tappe andre land for nødvendig kompetanse.*

En faglig god utvikling av helsetjenesten

Den norske velferdsmodellen forutsetter en offentlig helsetjeneste av høy kvalitet. Helsetjenesten må organiseres, ledes og tilrettelegges for gode pasientmøter.

- *De som arbeider nær pasienten må ha større innflytelse på utvikling av helsetjenesten.*
- *Helsetjenesten må legge til rette for, og ta i bruk legers bredde- og spisskompetanse.*
- *Den offentlige finansierte helsetjenesten må styrkes og videreutvikles.*

Trygghet og tilgjengelighet

Selv om den norske helsetjenesten gjennomgående holder et høyt nivå må mange pasienter vente for lenge, og noen opplever en helsetjeneste som ikke henger sammen. Tillit til den offentlige helsetjenesten bygges på god tilgjengelighet og forutsigbarhet om hvilke tilbud man kan få.

- *Helsetjenesten må ha gode rammebetingelser. Kapasiteten må bedres, flaskehalsen fjernes og de samlede ressursene utnyttes best mulig.*
- *Det må være tydelig for befolkningen hvilke tilbud som gis i ulike deler av helsetjenesten og på ulike typer sykehus.*
- *Pasientene må ha rett til likeverdig og forutsigbar behandling. Det må være full åpenhet om hvilke pasientgrupper som gis prioritet.*
- *Pasienter i sykehus må sikres kontinuitet i behandling og oppfølging. Ansvarlig lege må være tydelig for pasient og fastlege.*

Forskning, utdanning og forbedring

Helsetjenesten står ovenfor en medisinsk virkelighet som endres stadig raskere, og en befolkning som etterspør moderne tjenester. Forskning er helsetjenestens grunnpilar og en forutsetning for å takle dagens og morgendagens utfordringer.

- *Medisinsk forskning og helsetjenesteforskning må styrkes. Det må tilrettelegges for og stimuleres til forskning, slik at flere leger velger å forske.*

- *Nye og bedre utrednings- og behandlingsmetoder må raskere komme pasientene til gode.*
- *All utdanning av leger må holde høy kvalitet. Spesialiseringsforløpet bør i større grad struktureres og veilederkompetansen utvikles.*
- *Det er et mål at alle leger gis mer tid til kunnskapsutveksling og forbedringsarbeid.*
- *Innen IKT og velferdsteknologiutvikling må leger i større grad involveres i behovsanalyser og funksjonsdesign.*

Kvalitet og faglighet

Kvalitet skapes i lærende organisasjoner. Likefullt melder mange av Legeforeningens medlemmer om at en presset økonomi og et høyt arbeidspress går utover kvalitet og pasientsikkerhet.

- *Kvalitet og pasientsikkerhet må vektlegges på lik linje med økonomi.*
- *Kvalitet må måles, variasjon analyseres, og resultatene brukes til læring og forbedring.*
- *Det må utvikles en sterk kultur for åpenhet, for å si fra om og lære av feil.*
- *Det må innføres et forsvarlighetstak på 85 prosent sengebelegg i sykehus.*

Dialog og samarbeid

For den enkelte pasient er det viktig at helsetjenesten gir et helhetlig og sammenhengende tilbud med god tilgjengelighet.

- *Det må legges til rette for god dialog og godt samarbeid mellom pasient og helsepersonell, mellom leger i første- og andrelinje-tjenesten, mellom ulike helsepersonellgrupper og mellom helsepersonell og ledelse på alle nivåer.*
- *Fastlegens koordinerende rolle må styrkes.*
- *Ansvars- og oppgavefordelingen må være klar og forutsigbar.*
- *Hensiktsmessige og godt utbygde IKT-verktøy som kommuniserer med hverandre må nå på plass i hele helsetjenesten.*

Involvering og forutsigbarhet

Helsetjenesten har gjennomgått store forandringer, og står overfor nye. Mange ansatte opplever utrygghet og lite forutsigbarhet og en hverdag med økt byråkratisering, mindre tid til pasient-behandling og virkemidler som er uhensiktsmessige.

- *Mer tid til pasientrettet arbeid. Mer merkantilt personell.*
- *Ansatte må i større grad involveres i planleggingen og gjennomføringen av omstillinger.*
- *Avtalesamarbeid og langsiktighet må ligge til grunn for videre utvikling av fastlegeordning og avtalepraksis*
- *Større endringer må, som hovedregel, prøves ut i pilotprosjekt.*

Ledelse og ansvar

De siste årene har det kommet viktige forskningsrapporter som viser at ledere med medisinsk kompetanse oppnår bedre kvalitet, høyere pasientsikkerhet, mer fornøyde ansatte og bedre økonomiske resultater. God ledelse gir bedre helsetjenester.

- *Det er et mål å få flere leger til å velge ledelse.*
- *Medisinsk faglige vurderinger og etiske betraktninger må i større grad vektlegges i ledelse, både i spesialist- og kommunehelsetjenesten.*
- *Ledelse er mer enn administrasjon. Ledere må ha tid og rom til å utøve ledelse og tilgang på nødvendig merkantil støtte.*

Flere gode leveår

De viktigste tiltak for å fremme folkehelsen er på samfunnsnivå og krever samarbeid innen og utenfor helsetjenesten. Tiltakene må sikre gode oppvekstvilkår, et godt naturmiljø, redusere sosial ulikhet i helse og hindre frafall i utdanning og arbeidsliv.

- *Norge kan og bør ta en ledende rolle i arbeidet mot internasjonale helseutfordringer, som fedme, antibiotikaresistens, og synkende vaksinasjonsgrad.*
- *Gode, helsefremmende arbeidsmiljø minsker risiko for å utvikle arbeidsrelatert sykdom.*
- *Sunne og klimavennlige valg må gjøres enda enklere.*

Gode rammer for medisinsk yrkesutøvelse

Faste stillinger, et differensiert arbeidsmarked, avtale og lønssystemer som ivaretar kompetanse, ansvar, innsats, undervisning og ledelse gir gode rammer for å kunne utøve faget til beste for pasientene.

- *Et godt arbeidsmiljø er grunnlaget for god pasientbehandling og fagutvikling*
- *Ingen skal arbeide alene på legevakt.*
- *Det må sikres ryddige og forutsigbare vakt- og beredskapsordninger.*
- *Helsetjenesten trenger flere spesialister. Det må legges til rette for god rekruttering av allmennleger, flere avtalespesialister, og flere leger i sykehus.*
- *Faste stillinger må være hovedregelen i alle relevante tariffområder.*

Vedlikehold og investeringer

Helsetjenesten er en av velferdssamfunnets grunnpilarer. Halvparten av de offentlige sykehusbyggene er uegnet til sykehusdrift, store deler av det medisinsk-tekniske utstyret er utdatert, og det trengs investeringer i legevakter og sykehjem. Etterslepet i investeringer i bygg, medisinsk teknisk utstyr, IKT og ansattes kompetanse går utover pasientbehandlingen.

- *Norge kan og bør bruke mer penger på helse.*
- *Det er nødvendig å øke tempoet i sykehusbygging. Det må derfor lages en nasjonal investeringspakke.*
- *For å realisere samhandlingsreformens mål må det investeres tilstrekkelig i hensiktsmessige bygg i kommunehelsetjenesten.*

Videreutvikle en sterk Legeforening

Legeforeningens formålsparagraf fremhever foreningens sterke samfunnsansvar og engasjement, i tillegg til å ivareta medlemmenes interesser.

- *Aktivt videreutvikle Legeforeningen som en troverdig påvirkningsaktør og aktiv forvalter av medlemmenes interesser.*
- *Arbeide for fortsatt høy medlemsoppslutning, bla gjennom å videreutvikle gode medlemstilbud.*
- *Legeforeningen skal sørge for et sterkt og profesjonelt tillitsvalgtapparat og lederutvikling, som gjenspeiler organisasjonen og gir plass på alle relevante arenaer i arbeidslivet.*

Enstemmig vedtatt.

Sak 12 Forslag til endring i De etiske regler for leger kap. I, § 5

15/14

Innleder: Svein Aarseth, leder av rådet for legeetikk,

Sentralstyret behandlet saken i møte 21.4.2015 og vedtok å anbefale landsstyret å fatte følgende vedtak:

Etiske regler for leger kap. I, § 5 endres til: Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensing) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Enstemmig vedtatt

Sak 13.1 - Gjennomføring av landsstyremøter - frister for å fremme saker for landsstyret, sakliste på landsstyremøter, avstemming i landsstyret, elektroniske valg 14/3158

Innleder: Kristian Hamandsen, sentralstyret

Sentralstyret behandlet saken i møte 12.2.2015 og vedtok å anbefale landsstyret å fatte følgende vedtak:

1. *Sentralstyret innstiller ovenfor landsstyret på at forslagene til endringer i Legeforeningens lover § 3-1-2 (5) og (7) samt § 3-2-3 (3) vedtas.*
2. *Sentralstyret endrer prosedyren for sentralstyrets arbeid med å fremme saker for landsstyret.*

Legeforeningens lover § 3-1-2 (5) og (7) samt § 3-2-3 (3) endres til (endringer i fet skrift og overstrøket):

§ 3-1-2 (5) og (7) Landsstyres funksjoner

(5) Saker som ønskes fremmet, må være sendt sekretariatet senest ~~tre~~**fire** måneder før møtet. Sentralstyret kan i spesielle tilfeller dispensere fra denne tidsfrist. Landsstyret kan også unntaksvis vedta å behandle saker som blir fremmet senere.

(7) Landsstyret fastsetter egen forretningsorden, der følgende skal iakttas:

1. Beslutning om møteledelse.
2. Beslutning om redaksjonskomité.

3. Beslutning om sakliste, etter forslag fra sentralstyret

~~3-4.~~ Sakene tas opp til votering etter hvert som de er behandlet med mindre ett av landsstyrets medlemmer ber om redigering og forslag til vedtak fra redaksjonskomité valgt i møtet, og/eller orientering og anbefaling til vedtak av sentralstyret.

~~4-5.~~ Vedtak fattes med simpelt flertall, med mindre annet er bestemt i disse lover. Ved stemmelikhet har presidenten to stemmer.

~~5-6.~~ Representant i landsstyret må ikke ved løfte til avdeling eller ved pålegg fra noen av disse være bundet i sin stillingtagen til de saker som skal behandles.

~~6-7.~~ Alle møtende landsstyremedlemmer ~~skal~~ **har stemmerett og –plikt** ved voteringer. Sentralstyrets medlemmer har likevel ikke stemmerett i saker som angår **sentralstyrets disposisjoner bakover i tid, herunder** årsmelding og regnskap.

~~7-8.~~ Ved valg på sentralstyret og andre organ som landsstyret velger, skal det ~~på stemmeseddelen~~ oppføres like mange navn som antallet plasser som skal besettes.

~~På stemmeseddelen skal det~~ **Det skal** bare oppføres navn som er foreslått av valgkomiteen eller av en landsstyreprerentant under landsstyremøtet og som ikke er trukket av forslagsstilleren før nomineringen er avsluttet.

Foreslåtte kandidater må være forespurt og ha gitt sitt samtykke før nomineringen.

§ 3-2-3 (3) Sentralstyrets oppgaver

(3) Sentralstyrets vedtak kan innankes for landsstyret. Unntak herfra er vedtak fattet i henhold til 1. ledd, nr. 5. For slike saker gjelder ikke fristen etter § 3-1-2 (5).

Enstemmig vedtatt

Sak 13.2 – Forslag til endringer av Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) funksjonsperioden for landsstyret

14/5998

Innleder: Jon Helle, visepresident

Sentralstyret vedtok i møte 21.4.2015 å anbefale landsstyret å fatte følgende vedtak:

Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at det gjøres endringer i Legeforeningens lover § 3-3-3 (2).

Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) endres til (endringer markert med fet skrift):

Valg holdes i år som slutter på ulike tall. Funksjonsperioden følger landsstyreperioden, jf § 3-1-1, 2. ledd. **Landsstyreprerentanter valgt i medhold av § 3-5-4 (1) kan fungere utover funksjonsperioden, for en periode som ikke kan strekke seg lenger enn utgangen av oktober i valgåret, i påvente av nyvalg.** Norsk medisinstudentforening og de fagmedisinske foreninger kan i sine vedtekter fastsette avvikende funksjonsperiode.

Enstemmig vedtatt.

Sak 13.3 Om betegnelsen lokalforening og forslag til endret betegnelse

Innleder: Ivar Halvorsen, sentralstyret

Sentralstyret vedtok i møte 12.1.2015 å anbefale landsstyret å fatte følgende vedtak:

Forslag om å endre betegnelsen lokalforening tilbake til betegnelsen fylkesavdeling forkastes.

Enstemmig vedtatt

Sak 14.1 - Tidsskrift for Den norske legeforenings forhold til Legeforeningen som eierforslag til landsstyret om nedsettelse av utvalg

15/1754

Innleder: Hege Gjessing, president

Sentralstyret ønsker en gjennomgang hvor forholdet mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier klargjøres og anbefalte landsstyret å fatte følgende vedtak:

Landsstyret anmoder sentralstyret om å iverksette en prosess for gjennomgang av alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier. På denne bakgrunn bes sentralstyret om å nedsette et bredt sammensatt utvalg, med representanter både fra Tidsskriftets redaksjon/redaksjonskomiteen for Tidsskriftet og sentrale personer fra Legeforeningens organisasjon.

Utvalget skal vurdere alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier, herunder hvordan Redaktøren for Tidsskriftet kan ivareta utøvelse av sin myndighet og sitt ansvar etter redaktørplakaten og Vancouvererklæringen, redaksjonskomiteens rolle og ansvar, sentralstyrets og landsstyrets rolle og ansvar, kommunikasjonsveier og rapporteringsrutiner, hvordan eventuell uenighet med eier skal håndteres, og eventuelle lovendringer som følge av gjennomgangen.

Sentralstyret bes om å fremlegge innstilling til landsstyret på landsstyremøtet i 2016.

Vedtatt med 137 stemmer.

Sak 14.2 - Tilsetting av ny sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening

15/1753

Innleder: Hege Gjessing, president

Sentralstyret vedtok i møte 21.5.2015 å legge frem følgende innstilling for landsstyret:

Are Brean tilbys ansettelse som sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening.

Enstemmig vedtatt

Sak 15 – Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøtet i 2017

14/5137

Innledere: Eivind Solheim, Hordaland legeforening, Bjarne Storset og Shruti Sharma, Møre og Romsdal legeforening, Tom Ole Øren, Vestfold legeforening

Sentralstyret behandlet saken i møte 21.4.2015 og vedtok å legge frem saken uten innstilling.

Resultat avstemming:

Hordaland	32 stemmer
Møre og Romsdal	49 stemmer
Vestfold	42 stemmer

Møre og Romsdal er valgt til arrangør av landsstyremøte 2017.

Sak 16– Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer

14/5137

Valgkomiteen ved leder Trond Egil Hansen fremla følgende innstilling

President

Marit Hermansen

Visepresident

Jon Helle

Medlemmer

Kari Sollien

Christian Grimsgaard

Christer Mjåset

Anja Fog Heen

Cecilie Alfsen

Kjartan Olafsson

Ole Johan Bakke

Varamedlemmer

Anne Karin Rime

Torstein Schrøder-Aasen

Rasmus Bakken

Det ble under møtet fremsatt følgende kandidater:

Medlemmer

Kirsten Rokstad, forslag fra Ole Henrik K. Bjørkholt, Af - trakk senere sitt kandidatur

Anne-Karin Rime, forslag fra Odd Grenager, Of – trakk senere sitt kandidatur som medlem

Karin Stang Volden, forslag fra Sverre Dølvik, PSL

Torstein Schrøder-Aasen, forslag fra Øyvind Lie, Ylf – trakk senere sitt kandidatur som medlem – fortsatt aktuell som vara

Rasmus Bakken, forslag fra Guro Marte Gulstad, Ylf – trakk sitt kandidatur som medlem – fortsatt aktuell som vara

Valgt ble

Sentralstyret 2015-2017:

President:

Marit Hermansen – valg ved akklamasjon

Visepresident:

Jon Helle – valgt ved akklamasjon

Styremedlemmer:

Christian Grimsgaard 139

Kari Sollien 138

Cecilie Alfsen 137

Christer Mjåset 137

Anja Fog Heen 133

Kjartan Olafsson 130

Ole Johan Bakke 118

Karin Stang Volden 48

140 avgitte stemmer. 1 forkastet.

Varamedlemmer

Valg av første vara

Torstein Schrøder-Aasen 78

Rasmus Bakken 6

Anne-Karin Rime 55

139 avgitte stemmer

Valgt ble Torstein Schrøder-Aasen

Valg av andre og tredje vara

Rasmus Bakken 71

Anne-Karin Rime 69

140 avgitte stemmer

Valgt ble:

Marit Hermansen, president

Jon Helle, visepresident

Christian Grimsgaard

Kari Sollien

Cecilie Alfsen

Christer Mjåset

Anja Fog Heen

Kjartan Olafsson

Ole Johan Bakke

Varamedlemmer:

Torstein Schrøder-Aasen

Rasmus Bakken

Anne-Karin Rime

Sak 17 - Valg av to styremedlemmer med varamedlemmer til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Innleder Synnøve Bratlie, sentralstyret

Sentralstyret vedtok i møte 25.5.2015 å fremme følgende innstilling til landsstyret:

For perioden 2016 – 2019 velges Truls Disen og Arne Laudal Refsum som medlemmer med personlig varamedlemmer Ove Andreas Mortensen og Einar Hysing til styret i Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger.

Valgt ble Truls Disen og Arne Laudal Refsum med personlige varamedlemmer Ove Andreas Mortensen og Einar Hysing.

Valgt ved akklamasjon.

Sak 18 – Valg av valgkomité

15/1023

Det ble i landsstyremøtet fremmet forslag på tre medlemmer av valgkomiteen og leder blant disse.

Innkomne forslag

Arne Refsum - forestått av Jon Helle, Of
Tilde Broch Østborg som medlem i valgkomiteen og Øyvind Haugen Lie – foreslått av
Anja Fog Heen, Ylf
Ivar Halvorsen – foreslått av Knut Johannesen, Af

Valgt ble

Ivar Halvorsen, leder, Arne Refsum, Tilde Broch Østborg

Valgt ved akklamasjon

Varamedlemmer ble valgt to omganger.

Valg av 1. vara

Tone Dorthe Sletten 62 stemmer

Odd Grenager 58 stemmer

Øyvind Haugen Lie 20 stemmer

Tone Dorthe Sletten valgt til 1. vara.

Valg av 2. vara

Odd Grenager 65 stemmer

Øyvind Haugen Lie 67 stemmer

Øyvind Haugen Lie ble valgt til 2. vara

Odd Grenager ble valgt til 3. vara

Valgt ble Tone Dorthe Sletten, Øyvind Haugen Lie, Odd Grenager

Sak 19 – Valg av desisorutvalg

15/1023

Det ble i landsstyremøtet fremmet forslag på tre medlemmer av desisorutvalget og leder blant disse.

Innkomne forslag

Gunnar Ramstad, leder, forslag fremmet av Kari Sollien, Af

Georg Nikolai Johnsen, forslag fremmet av Shruti Sharma, Ylf

Erna Gunn Moen, forslag fremmet av Jon Helle, Of

Valgt ble Gunnar Ramstad, leder, Georg Nikolai Johnsen og Erna Gunn Moen.

Valgt ved akklamasjon

Sak 20 - Grunnutdanning av leger - utvikling og harmonisering. Foreløpig rapport

14/1015

Innleder: Marit Halonen Christiansen, sentralstyret. Stig Slørdahl, Dekan NTNU

Sentralstyret nedsatte 11.3.2014 et utredningsarbeid om grunnutdanning for leger. Prosjektet ledes av Marit Halonen Christiansen, sentralstyret. En foreløpig rapport ble presentert og diskutert. Innspill tas med i det videre arbeidet med ferdigstillelse av rapporten.

Sak 21 - Godkjenning av regnskaper for 2014

14/1588

Innleder: Erling Bakken, sekretariatet. Desisor Georg Nikolai Johnsen.

Regnskapene ble behandlet i sentralstyret 10.3.2015.

Sentralstyrets forslag til **vedtak**:

Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsoverskudd på kr 59 010 631, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2014. Overskuddet avsettes som følger:

Avsetning	Disponering resultat 2014
Overføres til selvpålagte avsetninger	8 810 000
Overføres til Utdanningsfond I	2 330 784
Overføres til Utdanningsfond II	12 594 089
Overføres til Utdanningsfond III	4 249 214
Overføres til Lånefondet	26 479 311
Overføres til Fond for kvalitet og pasientsikkerhet	4 518 941
Overføres til Fond for forebyggende medisin	13 877
Overføres til Fond for kv.legers vitenskapelige innsats	14 416
Overføres til annen formålskapital	0
Totalt	59 010 631

Enstemmig vedtatt.

Sak 22 – Regnskaper for 2014 til landsstyrets orientering

Innledning ved Erling Bakken, sekretariatet.

Regnskapene ble behandlet i sentralstyret 21.4.2015. Det ble fremmet slik innstilling:

1. Caroline Musæus Aarsvolds fond

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Regnskap som viser et årsoverskudd på kr 152 071, tas til etterretning. Resultatet disponeres ved at kr 19 707 overføres til opptjent urørlig egenkapital, mens kr 132 364 overføres til annen egenkapital.

Enstemmig vedtatt

2. Johan Selmer Kvanes legat til forskning og bekjempelse av sukkersyke

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Regnskap som viser et årsoverskudd på kr 622 442, tas til etterretning. Resultatet disponeres ved overførsel til annen egenkapital.

Enstemmig vedtatt

3. Legeforeningens Legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Regnskap som viser et årsoverskudd på kr 282 731, tas til etterretning. Resultatet disponeres ved overførsel til annen egenkapital.

Enstemmig vedtatt

4. Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat for bekjempelse av astmatisk bronkitt

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Regnskap som viser et årsoverskudd på kr 77 047, tas til etterretning. Resultatet disponeres ved overførsel til annen egenkapital.

Enstemmig vedtatt.

Sak 23 - Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2014

Innleder: Hans Kristian Bakke, leder Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger.

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Årsberetningen godkjennes. Regnskapet, som viser et årsunderskudd på kr 149 417 235, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2014.

Enstemmig vedtatt.

Sak 24 – Budsjett for Den norske legeforening 2016

15/1685

Innleder: Hege Gjessing, president

Forslag 1

Sentralstyrets forslag til budsjettvedtak for 2016

Budsjettvedtak 2015

A. Kontingenter og fordeling av kontingentinntekter

1. For fullt betalende medlemmer (spesialister) fastsettes kontingenten til kr 8 380.
2. Følgende kategorier medlemmer innrømmes redusert kontingent slik:
 - Medlemmer uten spesialistgodkjenning: kr 7 420
 - Den ene av ektefeller hvor begge er medlem av foreningen og mottar til sammen ett eksemplar av Tidsskriftet: kr 6 270
 - Nyutdannede leger i tre år etter avlagt embetseksamen: kr 6 270
 - Medlemmer med to embetseksamener dersom vedkommende medlemmer også er medlemmer av annen forening innenfor Akademikerne: kr 6 270
 - Stipendiater i full stilling: kr 6 270
 - Medlemmer bosatt i utlandet: kr 4 180
 - Studentmedlemmer: kr 650
 - Studentmedlemmer med medlemskap i ANSA: kr 525

I henhold til lovene for Den norske legeforening § 4-3 betaler leger som har gått av med alderspensjon og er yngre enn 75 år, 20 % av ordinær kontingent. For 2016 utgjør dette kr 1 680.

Medlemmer som oppfyller flere av kriteriene for kontingentreduksjon, betaler kontingent i henhold til laveste sats.

3. Fordeling av kontingentinntektene for 2016 til avdelingene fastsettes slik:
 - Fagmedisinske foreninger: kr 19 309 646
 - Yrkesforeningene: kr 24 571 761

- Lokalforeningene:	kr	11 221 254
- Regionutvalgene	kr	1 917 901

4. For yrkesforeningene fordeles kr 3,895 millioner som grunntilskudd og ca. kr 2,685 millioner fordeles som tilskudd for kostnader ved praksiskompensasjon/frikjøp. Resterende midler fordeles etter antall medlemmer. Avviket mellom størrelsen på grunntilskuddet til Ylf og øvrige yrkesforeninger er relatert til Ylfs arbeid med oppnevning og oppfølging av Ylfs medlemmer i spesialitetskomiteene.
5. For lokalforeningene fordeles kr 2,66 millioner som grunntilskudd og kr 450 000 fordeles i geografitilskudd. Resterende midler fordeles etter antall medlemmer.
6. For de fagmedisinske foreningene fordeles kr 5,4 millioner som grunntilskudd og ca. kr 1,33 millioner som tilskudd for kostnader ved praksiskompensasjon/frikjøp. Resterende midler fordeles etter antall medlemmer.
7. Norsk medisinstudentforening gis et tilskudd per medlem på kr 680 mens det for medlemmer med rabattert kontingent for dobbeltmedlemskap med ANSA gis kr 555 per medlem.
8. Regionutvalgene gis et samlet tilskudd på kr 1 917 901.
9. Det forutsettes at yrkesforeninger, lokalforeninger, fagmedisinske foreninger og Nmf fremlegger revisorgodkjent regnskap for 2014 før det utbetales kontingentmidler for 2016. Regnskapene gjøres tilgjengelig på Min side.

B. Honorar og kompensasjon for tapt inntekt

1. Presidenten

Ved fulltids engasjement som president ytes presidenten et honorar tilsvarende 22 ganger grunnbeløpet i Folketrygden (22G). Ved deltids engasjement avkortes honoraret i samsvar med den tid som brukes på vervet.

I tillegg til honoraret dekker Legeforeningen pensjonskostnader for presidenten. Dersom presidenten har permisjon fra en stilling hvor det finnes en kollektiv pensjonsordning, vil Legeforeningen betale eventuelt krav fra arbeidsgiver om pensjonsinnskudd for presidenten. For andre ytes et tilskudd til eventuell individuell ordning med fire ganger grunnbeløpet i Folketrygden.

Dersom presidenten er pendler og må ha bolig i Oslo-området for å utføre sine oppgaver, dekker Legeforeningen utgifter til slik bolig. Reiseutgifter mellom Oslo og fast bolig utenom Oslo-området dekkes av Legeforeningen.

Valgperioden for president og sentralstyret er fra 1.9. – 31.8. Dette betyr at honorar og eventuell tilskudd til individuelle ordninger beregnes i månedlig 12-deler av fastsatt årshonorar. Etter fratredelse utbetales honorar til presidenten i like mange måneder som antall år i vervet.

Utbetaling av honorar foretas månedlig.

2. Sentralstyremedlemmer

For sentralstyremedlemmer fastsettes årshonoraret for 2016 til ett og et halvt grunnbeløp i folketrygden (1,5G).

Utbetaling av honorar foretas månedlig.

3. Kompensasjon for tapt inntekt

Kompensasjon for tapt inntekt ytes til sentralstyremedlemmer samt til alle medlemmer som er oppnevnt av sentralstyret til oppgaver i forbindelse med råd, komiteer og utvalg.

Videre ytes kompensasjon for tapt inntekt til landsstyreprerentanter ved deltagelse på landsstyremøtene og for inviterte deltakere ved lederseminar arrangert av sentralstyret.

Kompensasjon gis også til medlemmer som er oppnevnt av sentralstyret til å representere Legeforeningen i utenforstående råd, komiteer og utvalg. Slik kompensasjon avkortes med den kompensasjon som gis av utvalgenes styrende organer. Kompensasjon for tapt inntekt til tillitsvalgte i forbindelse med spesielle oppgaver besluttet av sentralstyret.

Under forutsetning av at mulighetene for kompensasjoner og refusjoner under Hovedavtalen er utnyttet, gis det kompensasjon for tapt inntekt på følgende alternative måter:

- a) Refusjon til arbeidsgiver som følge av fravær. Utbetaling skjer til arbeidsgiver på grunnlag av regning.
- b) Kompensasjon til arbeidstaker for dokumentert trekk i lønn.
- c) Kompensasjon til selvstendig næringsdrivende for inntektstap ved fravær fra praksis. For 2016 fastsettes denne kompensasjonen til kr 7 220 for hele dager og til kr 3 610 for halve dager.

4. Møtegodtgjørelse

Det gis godtgjørelse for deltagelse på møter i Legeforeningens regi. Godtgjørelsen omfatter de samme medlemmer som nevnt under punkt 3 foran og utgjør kr 760 per

møtedag. Det utbetales ikke møtegodtgjørelse sammen med praksiskompensasjon og møtegodtgjørelse utbetales kun i forbindelse med møter utenom ordinær arbeidstid og ikke i kombinasjon med betalte verv.

5. Det gis ikke honorar eller kompensasjon for tapt inntekt til tillitsvalgte som allerede er fullt frikjøpt.

C. Sentralstyrets fullmakter

1. Sentralstyret gis fullmakt til å benytte Konfliktfondet til følgende formål:
 - a) Støtte til medlemmene og dekning av ekstrakostnader i tilfelle av organisasjonsfaglige konflikter, herunder støtte til organisasjoner som Den norske legeforening er medlem av, til bruk i tilfelle av slike konflikter.
 - b) Støtte for medlemmene ved å gi delvis dekning av pådømte oppreisningskrav (tort og svie) i forbindelse med legegjerningen. Støtte kan gis i samsvar med de regler som gjelder i Legeforeningens avtale om kollektiv ansvarsforsikring og i den utstrekning oppreisningskravet er inntrådt før denne forsikringen omfattet oppreisningskrav.
2. Sentralstyret gis fullmakt til å omdisponere midler mellom budsjettposter og formål. Denne fullmakten omfatter imidlertid ikke omdisponeringer som vedrører budsjettvedtakets avsnitt A og B utover fordelingen av kontingentmidler til regionutvalgene.

D. Endring av honorar og godtgjørelser for president og sentralstyre

Budsjettvedtaket bygger på fremlagt forslag fra desisorutvalget og forutsetter landsstyrets tilslutning.

Enstemmig vedtatt.

Forslag 2
Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening

Landsstyret ber sentralstyret utrede behovet og eventuelle metoder for å gi tillitsvalgte på sykehus merkantil støtte.

Oversendes sentralstyret.

Forslag 3
Forslag fra Eivind Solheim, Hordaland legeforening

Kontingenten økes med 100 kr. Disse midlene øremerkes oppbygging og styrking av sekretariatsfunksjoner for de tillitsvalgte på sykehusene.

Forslaget trukket.

Forslag 4

Forslag fra Kirsti Ytrehus

Sentralstyret og sekretariatet oppfordres til å arbeid videre med budsjettmodell for fordeling av kontingent slik at de minste yrkesforeningene gis økonomiske muligheter til å overleve uten å måtte skrive ut ekstra kontingent.

Oversendes sentralstyret.

Programposter utenom saklisten:

27. mai

Åpningsmøte.

Lokal arrangementskomite, Sør-Trøndelag legeforening v/ Marte Walstad ønsket velkommen. Kulturelt innslag ved Svevestøv.

Hilsener fra generalsekretær i World Medical Association Otmar Kloiber, leder av helse- og velferdskomiteen i Trondheim kommune Hilde Eidem, forbundsleder Eli Gunnhild By i Norsk Sykepleierforbund.

Prisutdelinger v/ president Hege Gjessing og visepresident Jon Helle

- To studie og reisestipend fra Caroline Musæus Aarsvold fond a kr 90 000 ble tildelt Leiv Otto Watne, postdoc-stipendiat ved Oslo universitetssykehus Ullevål og Bernt Bøgvald Aarli, PhD-stipendiat, Haukeland Universitetssykehus.
- Marie Spångberg-prisen, kr 30 000, ble tildelt Grete Dyb, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress – Ullevål Universitetssykehus.
- Legeforeningens pris for forebyggende medisin, kr 30 000, ble tildelt Malin Eberhard-Gran, Kari Slinning og Marit Rognerud for deres artikkel *Screening for barseledepresjon – en kunnskapsoppsummering* i Tidsskriftet.
- Kvalitetspris for primærhelsetjenesten, kr 50 000, ble tildelt Odd Kvamme, fastlege, Leirvik legekantor, Stord.
- Kvalitetspris for spesialisthelsetjenesten, kr 50 000, ble tildelt Martin Paulson og Gustav Siqueland, leger i spesialisering, Sykehuset i Vestfold.
- Legeforeningens lederpris ble tildelt Clara Beate Gram Gjesdal, avdelingsdirektør ved Revmatologisk avdeling i Bergen.

Lokalt arrangement på Ringve gård onsdag kveld. Omvisning Ringve Musikkmuseum.

28. mai

Kulturelt innslag ved Foetus Ex Ore.

Foredrag av nobelprisvinner Edvard Moser.

Underholdning ved Frode Gallefoss.

Bankett. Toastmaster ved banketten var Jon Helle. Historiker Daniel Larsen underholdt. Marit Halonen Christiansen takket for maten. Tale v/ Hege Gjessing, president og nyvalgt president

Marit Hermansen. Visepresident Jon Helle takket Hege Gjessing for innsatsen som leder av sentralstyret.

Ivar Halvorsen takket Sør-Trøndelag legeförening for arrangementet.

Konsert: Ida Jenshus Band

29. mai

Kulturelt innslag ved Andreas Aase, klassisk gitar

President Hege Gjessing takket dirigentene, generalsekretær og sekretariat for innsatsen ved årets landsstyremøte. Hege Gjessing takket av avtroppende sentralstyret ble takket av.

Møtet ble avsluttet kl 15.15.