

Sak 1
Godkjenning av innkalling



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021002735

Dato: 16-04-2021

Sak 1 - Godkjenning av innkalling

Landsstyret skal på landsstyremøtet fatte vedtak om å godkjenne om innkallingen har skjedd i samsvar med Legeforeningens lover, § 3-1-2.

Tidspunkt og sted for landsstyremøtet har vært kunngjort på Legeforeningens nettsider siden desember 2020, da det ble bestemt at landsstyremøte 2021 flyttes fra Stavanger til Lillestrøm.

Innkalling av landsstyrets representanter skjedde ved e-post av 17. februar 2021 med frist for påmelding 5. april 2021.

Som følge av usikkerhet om det er mulig å gjennomføre et arrangement på denne størrelsen i månedsskiftet mai/juni ble det lagt til grunn at delegater ved påmeldingsfristen kunne velge om de ønsker å delta digitalt eller fysisk.

Vararepresentanter er fortløpende innkalt straks etter mottatt forfallsmelding. Delegater som ikke har besvart møteinnkallingen får tilsendt påminnelser fram til møtestart.

Sentralstyret behandlet godkjenning av innkalling i møte 12.4.2021 og vedtok å godkjenne innkallingen.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 2
Valg av dirigenter



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021000664

Dato: 10-05-2021

Sak 2 - Valg av dirigenter

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

Sentralstyret behandlet saken i møte den 19.1.2021.

Sentralstyret vedtok å innstille overfor landsstyret på at Anne Mathilde Hanstad og Kristian Fosså velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2021.

Begge er forespurt og har sagt seg villige.

Innstilling til **vedtak**:

Anne Mathilde Hanstad og Kristian Fosså velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2021.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 3
Forretningsorden



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021002732

Dato: 16-04-2021

Sak 3 - Godkjenning av forretningsorden

I samsvar med lovenes § 3-1-2, 7. ledd har sentralstyret lagt til grunn at det ved hvert landsstyremøte skal vedtas en egen forretningsorden.

Sentralstyret behandlet forslag til forretningsorden i møte 12.4.2021. Legeforeningens landsstyremøte gjennomføres 1.-3. juni 2021. Det må legges til grunn at det blir et hybrid møte der noen deltar digitalt og noen møter fysisk. I forbindelse med den helsepolitiske debatten planlegges det for at spørsmål kan forberedes i forkant, og det er derfor lagt til et punkt 18 i forretningsorden, tilsvarende som i 2018 da den helsepolitiske debatten var planlagt på samme måte. Utover dette er forretningsorden lik som for landsstyremøte november/desember 2020.

Innstilling til **vedtak**:

Forslag til forretningsorden godkjennes.

Forslag til forretningsorden vedlegges.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
Generalsekretær

Anne Torill Nordli

Dokumentet er godkjent elektronisk

Forretningsorden

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. Opprop kan gjøres digitalt.

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

4. Permisjon

Påmeldte landsstyrerepresentanter 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 bemyndiget. 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 dirigent(er) til å lede møtet (lovene § 3-1-2, 6. ledd, jf 7. ledd nr. 1 og § 3-1-2, 1. ledd). Dirigent(ene) 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 landsstyrerepresentanter har stemmeplikt ved voteringer.

Øvrige møtedeltakere (foreningsmedlemmer) som ikke er representanter i landsstyret har tale- og forslagsrett til de konkrete sakene. Det votes 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(e) avklarer om det er saker utover de saker sentralstyret har foreslått, som landsstyret ønsker å sette på sakslisten, og ber om godkjenning av denne. Landsstyret vedtar så saksrekkefølge etter forslag fra dirigenten(e).

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 forslagstillere.

Dersom redaksjonskomiteen 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. Replik

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 til sekretariatet enten elektronisk via møteapplikasjonen dersom denne benyttes, eller på e-post, før forslaget fremlegges fra talerstolen. 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 tilkjennevir 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. Voteringsprosedyrer 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 ¾ 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 landsstyrerepresentant 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.”

Først velges president, deretter visepresident, sentralstyremedlemmer og til sist varamedlemmer.

18. Helsepolitisk debatt

Helsepolitisk debatt kan organiseres ved at landsstyredelegatene melder inn sine spørsmål på forhånd. For å sikre god representasjon og spredning som speiler landsstyret og den saken som debatteres, er spørsmålene fordelt på ulike foreninger og faggrupper. En slik gjennomføring av helsepolitisk debatt skal være gjort kjent for landsstyret i forkant.

Sak 4
Godkjenning av saklisten



Deres ref.:

Vår ref: SAK2021002502

Dato: 16-04-2021

Sak 4 - Godkjenning av saklisten

Landsstyret skal i henhold til vanlig praksis, jfr. lovenes § 3-1-2, 5. ledd og punkt 9 i den forretningsorden som landsstyret normalt vedtar hvert år, fastsette saklisten for møtet.

Sentralstyret behandlet forslag til sakliste i møte 12.4. 2021

Innstilling til **vedtak**:

Slik sakliste godkjennes:

- 1 Godkjenning av innkallingen
- 2 Valg av dirigenter
- 3 Forretningsorden
- 4 Godkjenning av saklisten
- 5 Valg av redaksjonskomite

Helsepolitikk

- 6 Helsepolitisk debatt - Helse og trygghet først

Organisasjon

- 7 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 2020
- 8 Tidsskriftet. Orienteringer v/ sjefredaktør
- 9 Aktuelle sak: Sykehusbygg og sikring av ansattes medvirkning
- 10 Arbeidsprogram 2021-23
- 11 Endringer reglement Rådet for legeetikk

- 12 Forslag om observatørstatus i sentralstyremøtene for Akademikernes leder Kari Sollien
- 13 Valg av lokal arrangør landsstyremøte 2023
- 14 Avvikling Norske lægers begravelseskasse

Lovendring

- 15 Forslag om lovendring vedrørende medlemskap i tidligere hovedspesialitetsforening

Valg

- 16 Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer
- 17 Valg - SOP
- 18 Valg Rådet for legeetikk
- 19 Valg - valgkomite
- 20 Valg - desisorutvalg

Regnskap og budsjett

- 21 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2020
- 22 Regnskaper for 2020 til landsstyrets orientering
- 23 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for SOP 2020
- 24 Budsjett for Den norske legeforening 2022

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Den norske legeforening • Postboks 1152 Sentrum • NO-0107 Oslo • legeforeningen@legeforeningen.no • Besøksadresse:
Christiania torv 5 • www.legeforeningen.no • Telefon: +47 23 10 90 00 • Org.nr. NO 960 474 341 MVA

Sak 5
Valg av redaksjonskomite



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 12-5-2021

Sak 5 - Valg av redaksjonskomite

I samsvar med forslaget til forretningsorden, pkt 10, skal landsstyret velge redaksjonskomité bestående av leder og to medlemmer, som velges av landsstyret etter forslag fra valgkomiteen.

Valgkomiteen er i arbeid med å fremme innstilling på leder og to medlemmer av redaksjonskomiteen.

Dersom valgkomiteens innstilling foreligger før landsstyremøtet, vil denne bli ettersendt på e-post til påmeldte deltakere.

Generalsekretæren har besluttet at redaksjonskomiteen skal ha bistand av: Adel Heilemann, Ida Øygard Haavardsholm, Linda Markham og Gisle Bruknapp fra sekretariatet.

Innstilling til **vedtak**:

Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges:

X, leder

Y

Z

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 6
Helsepolitisk debatt - Helse og trygghet først



Til Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.: SAK2020007252

Dato: 3.5.21

Helsepolitisk debatt – Helse og trygghet først

Den helsepolitiske debatten på landsstyremøtet gjennomføres tirsdag 1. juni 2021 fra klokken 13.30-16.30, med 30 min. pause fra kl. 15.00. President Marit Hermansen ønsker velkommen og Markus Moe, ansvarlig redaktør i Dagens Medisin, vil være ordstyrer for debatten.

Deltakerne i årets debatt er:

- Helse- og omsorgsminister Bent Høie (Høyre)
- Første nestleder i helse- og omsorgskomiteen og helsepolitisk talsperson for Senterpartiet (Sp) Kjersti Toppe
- Helsepolitisk talsperson for Arbeiderpartiet (Ap) Ingvild Kjerkol
- Helsepolitisk talsperson for Fremskrittspartiet (Frp) Morten Stordalen

Om temaet: Helse og trygghet først

Høsten 2020 lanserte Legeforeningen den politiske påvirkningskampanjen "Helse og trygghet først". Kampanjen ble presentert for organisasjonen på landsstyremøtet den 30. november 2020. Formålet med kampanjen er å få helsepolitikk høyt på den politiske agendaen frem mot Stortingsvalget 2021 og statsbudsjettet for 2022, samt få gjennomslag for Legeforeningens politikk. Det overordnede målet er å sikre at helsetjenesten gis et varig økonomisk løft. Det er en vanlig misoppfattelse at Norge er blant landene i verden som bruker mest penger på helse, men tall fra både [OECD](#), [Menon](#) og SSB viser at dette ikke stemmer.

Den pågående koronapandemien er også et sentralt bakteppe for kampanjen. Pandemien har satt helsetjenestene på en krevende prøve – og vist oss hvor sårbare vi er. Problemstillingen aktualiseres ytterligere gjennom [Legeforeningens underveisrapport om covid-19](#), som ble lansert 7. april 2021.

For å underbygge argumentasjonen om at helsetjenesten trenger et varig økonomisk løft er det utviklet politiske budskap knyttet til sentrale helsepolitiske saker. Målgruppene for "Helse og trygghet først"-kampanjen er opinionen, media, politiske myndigheter og beslutningstakere.

Under den helsepolitiske debatten på landsstyremøtet ønsker sentralstyret å løfte følgende fire tema, i hver sin bolk:

Bolk 1: Sykehus: Vi må slutte å bygge for små sykehus.

Bolk 2: Primærhelsetjenesten: En sterk og velfungerende fastlegeordning og styrket kommuneoverlegerolle er en forutsetning for god beredskap i kommunene.

Bolk 3: Psykisk helsevern: Vi må prioritere å ivareta de sykeste pasientene.

Bolk 4: Behov for varig økonomisk løft til helsetjenesten: Vi må investere nå for å løse fremtidens utfordringer.

Viktig informasjon om gjennomføringen av årets helsepolitiske debatt

Som følge av usikkerhet rundt covid-19-pandemien i juni er det ikke endelig bestemt om den helsepolitiske debatten vil foregå med fysisk deltakelse eller om den blir helt eller delvis digital. Dette vil det bli gitt mer informasjon så snart beslutningen foreligger.

En sentral del av den helsepolitiske debatten på landsstyremøtet hvert år er spørsmål fra landsstyredelegatene til politikerne som deltar. Det tilstrebes at dette hensynet ivaretas også i år. Usikkerheten rundt fysisk eller digital gjennomføring legger imidlertid noen begrensninger for hvordan spørsmål kan stilles. For å sikre at både helsepolitikere og landsstyredelegater kommer til ordet innenfor formatet og den planlagte tidsrammen, legges det derfor i år opp til at landsstyredelegatene **sender inn spørsmål de ønsker å stille på forhånd.**

Det er vurdert at det er tid til totalt 20 spørsmål. De innsendte spørsmålene vil bli sortert etter tema for de ulike bolkene, med ca. fem spørsmål per bolke. Dette gjøres for å sikre at alle tema blir dekket på en god måte, at så mange landsstyredelegater som mulig får utfordre helsepolitikere, samtidig som politikerne gis anledning til å svare og debattere seg imellom.

Sentralstyret har vedtatt en fordeling av antall spørsmål til de ulike foreningsleddene med mål om å sikre god representasjon og spredning, og ut fra antall delegater og grad av representasjon i landsstyret:

- **Allmennlegeforeningen – 3 spørsmål**
- **Overlegeforeningen – 3 spørsmål**
- **Yngre legers forening – 3 spørsmål**
- **Leger i samfunnsmedisinsk arbeid – 2 spørsmål**
- **Praktiserende spesialisert landsforening – 1 spørsmål**
- **Fagmedisinske foreninger – 4 spørsmål**
- **Lokalforeningene – 3 spørsmål**
- **Norsk medisinstudentforening – 1 spørsmål**

Den helsepolitiske debatten er i år på landsstyremøtets første dag. Vi oppfordrer delegasjonene til å drøfte aktuelle spørsmål på sine styremøter og formøter, og beslutte hvem som skal stille spørsmålene og innretningen på disse. De fagmedisinske foreningene må bli enige om hvilke foreninger som får anledning til å stille spørsmål.

Det bes om at spørsmålene utformes så kort og konkret som mulig, da det sikrer bedre svar og diskusjon med politikerne. Det settes en tidsramme på maksimalt 1 minutt per spørsmål. Legeforeningens sekretariat bistår gjerne med råd og veiledning rundt utforming av spørsmål.

Aktuelle spørsmål for diskusjonen kan være:

Basert på de politiske budskapene i "Helse og trygghet først" kan aktuelle spørsmål og temaer for diskusjon eksempelvis være:

- *Siden utbruddet av pandemien har det ikke blitt etablert flere intensivplasser på sykehusene. Hva er årsaken til at intensivkapasiteten ikke har økt i løpet av pandemien?*
- *Hvordan påvirkes den norske helseberedskapen ved bygging av for små sykehus?*
- *Hvordan sikre at vi også ved neste pandemi har en velfungerende fastlegeordning?*
- *Hvordan sikre tilstrekkelig kapasitet og tilgang på riktig personell for å ivareta de sykeste pasientene innen psykisk helsevern?*
- *Hvilke investeringer i helsetjenesten må gjøres nå for å løse fremtidens utfordringer?*

Sekretariatet ber om å få tilsendt **spørsmål og navn på spørsmålsstiller innen 31. mai kl. 16.00**. Spørsmål og andre hevendelser om den helsepolitiske debatten sendes til sekretariatet v/Ingvild Bjørgo Berg (ingvild.bjorgo.berg@legeforeningen.no).

Vi ser frem til årets helsepolitiske debatt!

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt



Geir Riise
generalsekretær



Jorunn Fryjordet
avdelingsdirektør samfunnspolitisk
avdeling

Saksbehandlere:
Ingvild Bjørgo Berg
Seniorrådgiver helsepolitikk

Gisle Bruknapp
Seniorrådgiver helsepolitikk

Sak 8
Tidsskriftet
Orienteringer v/ sjefredaktør



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 18-05-2021

Sak 8- Tidsskriftet. Orienteringer ved sjefredaktør

I henhold til Legeforeningens lover § 3-1-3 Landsstyrets oppgaver pkt. 2 skal sjefredaktøren gi melding om Tidsskriftets virksomhet.

Sjefredaktør Are Brean vil gi en muntlig orientering til landsstyret om Tidsskriftets virksomhet i 2020. Kortfattet oversikt over Tidsskriftets virksomhet foreligger i Legeforeningens årsmelding.

Redaksjonell årsrapport for 2020 følger vedlagt.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Redaksjonell årsrapport 2020

Innhold

- 3 Innledning
- 4 Redaksjonelle og innholdsmessige forhold
- 6 Strategiske forhold, prosjekter og hovedsatsninger
- 7 Miljøstrategi
Samarbeid med sekretariatet
- 8 Redaksjonskomiteen
Økonomiske forhold
Tidsskriftets synlighet
- 9 Kommunikasjonsmessige forhold
Internasjonalt engasjement
- 10 Oppsummering

Innledning

Dette er Tidsskrift for Den norske legeforenings redaksjonelle årsrapport for året 2020. Rapporten gir en oversikt over redaksjonens arbeid og Tidsskriftets resultater i året som har gått, og danner grunnlag for Tidsskriftrådets årlige evaluering av sjefredaktøren.

Redaksjonelle og innholdsmessige forhold

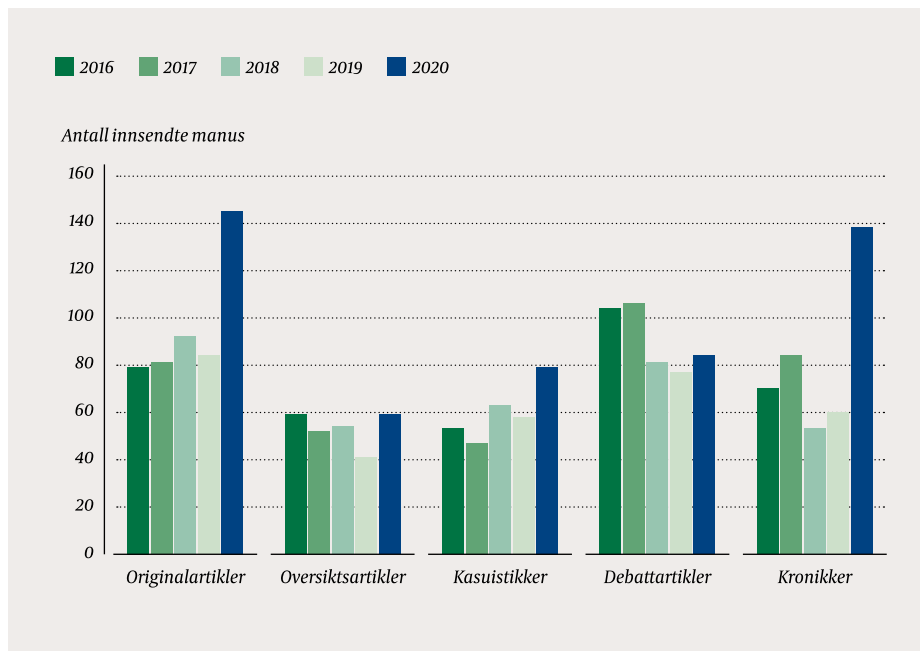
Tidsskrift for Den norske legeforening redigeres etter Redaktørplakaten, følger anbefalingene fra International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) samt er medlem av Fagpressen og Committee on Publication Ethics (COPE).

Tidsskriftet publiseres på nett og på papir. I 2020 ble 18 papirutgaver utgitt, med et gjennomsnittlig opplag på 33 200 eksemplarer. Sammenlagt sidetall på papir var 1 960, mot 1 840 i 2019. Nettsiden www.tidsskriftet.no hadde i 2020 10 174 millioner sidevisninger, mot 9 458 millioner i 2019. Dette er en økning på 7,6 % (se også punkt 8 om synlighet). I 2020 lanserte Tidsskriftet sin nye podkast, Stetoskopet, og det ble produsert 24 episoder. Totalt har det vært 51 121 avspillinger (se også punkt 3 og 8).

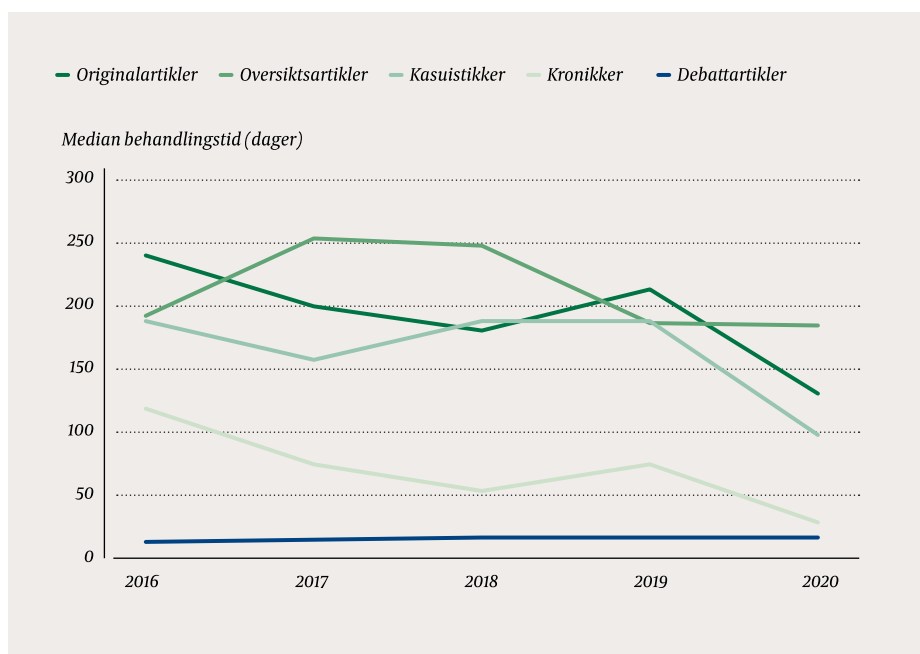
Tidsskriftet publiserer en rekke ulike artikkeltyper. De vitenskapelige artiklene sendes inn av forfattere/forskere og gjennomgår ekstern fagvurdering før eventuell publisering. Debattstoffet er også skrevet eksternt og gjennomgår redaksjonell behandling (stort sett) uten fagfelleevaluering. Vi publiserer i tillegg en del kortere nyhetsaker, intervjuer og andre saker som i hovedsak er produsert av Tidsskriftets medarbeidere.

Covid-19-pandemien satte et sterkt preg på hvordan vi arbeidet og hva vi publiserte i 2020 (se redaksjonell strategi). Fra slutten av februar la vi om en rekke rutiner, slik at vi kunne publisere nyhetsaker, debattstoff og vitenskapelige artikler raskt nok til å møte norske legers behov for oppdatert kunnskap om både covid-19 generelt og om forholdene i Norge spesielt. Samtidig skulle vi sørge for fortsatt å produsere innhold som omhandlet andre fagfelt og viktige forhold i medisinen. Arbeidet ga en rekke positive ringvirkninger i 2020:

Økt tilfang av manuskripter. I 2020 fikk Tidsskriftet innsendt i alt 283 vitenskapelige artikler til vurdering. Dette er en økning på mer enn 50 % sammenlignet med tidligere år. Økningen var særlig stor for artikler basert på originale data (originalartikler) (figur 1). Selv hvis vi ser bort fra artikler relatert til covid-19, har vi fått flere vitenskapelige artikler til vurdering i 2020 enn tidligere (data ikke vist). Dette er spesielt gledelig. Etter mange års nedgang klarte vi på midten av 2010-tallet å øke tilfanget av manuskripter, og denne trenden ser ut til å fortsette uavhengig av den pågående pande-



Figur 1 Innsendte manuskripter i perioden 2016-20.



Figur 2 Behandlingstid for godkjente vitenskapelige artikler, kronikker og debattartikler i perioden 2016-20.

mien. Vi hadde også en betydelig økning av innsendt debattstoff (figur 1).

Redusert behandlingstid. Redaksjonen har i flere år arbeidet med å redusere behandlingstiden for innsendte manuskripter, noe vi har lyktes med. For originalartikler som ble akseptert, var median behandlingstid

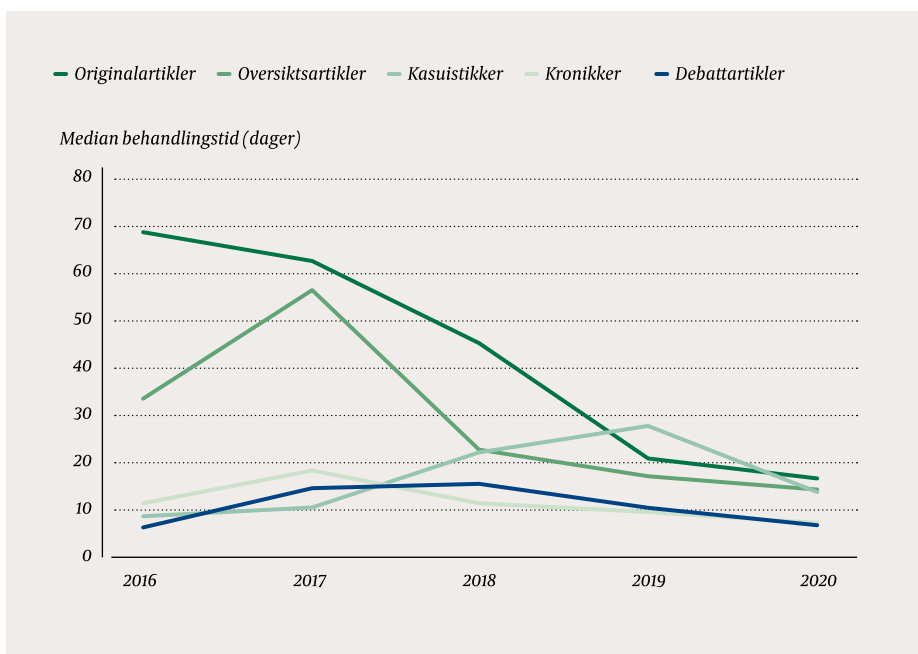
132 dager i 2020, mot 214 i 2019 (figur 2). Manuskripter om covid-19 hadde en særlig rask behandlingstid (median 32 dager for originalartikler), men også behandlingen av andre typer manuskripter gikk raskere enn i 2019 – i tråd med vår langsiktige strategi (data ikke vist). Enkelte manuskripter som

var av særlig klinisk betydning, behandlet vi på 3–4 dager. Så rask behandling (inkludert fagfelleevaluering) bør imidlertid forbeholdes situasjoner der det er særlig viktig at kvalitetskontrollert faglig informasjon kommer raskt ut. I 2020 har vi også lyktes i å ha relativt kort behandlingstid for manuskripter som ender med å bli refusert (figur 3). Det har vært et viktig mål for oss at forfattere skal få beskjed så raskt som mulig hvis vi ser at vi ikke kommer til å gå videre med manuskriptet deres. Median behandlingstid for vitenskapelige manuskripter som ikke ble sendt til fagvurdering, var i underkant av to uker.

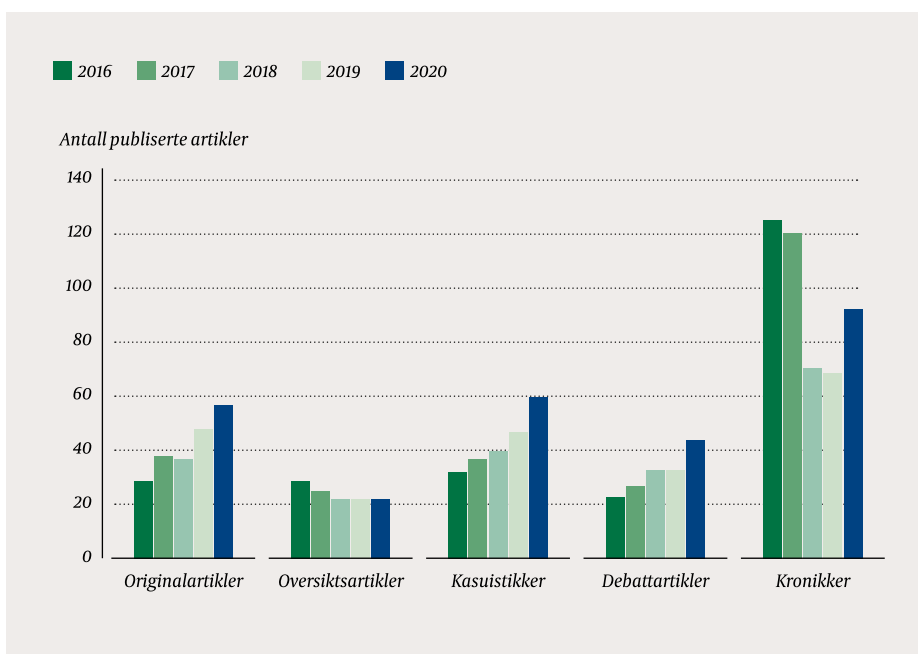
Flere publiserte artikler. I 2020 publiserte vi betydelig flere artikler innen alle artikkeltyper, med unntak av oversiktsartikler (figur 4). Økningen var særlig stor for kasuistikker og debattartikler. Dette reflekterer et vitenskapelig tidsskrifts rolle når det oppstår en ny og ukjent sykdom: De første artiklene vil gjerne være omtale av enkeltpasienter og meningsytringer om tiltak, behandling og helsevesenets rolle.

Høyere refusjonsrate. Det betydelig økte tilfanget av manuskripter førte naturlig nok til en høyere refusjonsrate i 2020 enn tidligere (data ikke vist). Dette er en ønsket utvikling, fordi det gir oss bedre anledning til å publisere artikler med høy relevans og kvalitet.

Lederartiklene våre skrives enten av redaksjonen eller av inviterte eksperter innen ulike felt. De sistnevnte omhandler enten et aktuelt tema eller kommenterer en vitenskapelig artikkel i samme nummer av Tidsskriftet. Gode lederartikler er viktige for alle vitenskapelige tidsskrifter, og i år har det vært særlig viktig å hente inn informative og meningsbærende bidrag knyttet til den pågående pandemien. Vi bruker derfor mye ressurser på å innhente og bearbeide disse. I 2020 publiserte vi til sammen 51 lederartikler med eksterne forfattere, hvorav omkring en tredjedel omhandlet covid-19. Den første lederartikkelen (som varslet om at epidemien ville ramme Norge) publiserte vi allerede 29. januar, én måned før det første tilfellet kom til landet.



Figur 3 Behandlingstid for refuserte vitenskapelige artikler, kronikker og debattartikler i perioden 2016–20.



Figur 4 Antall publiserte artikler i perioden 2016–20.

Strategiske forhold, prosjekter og hovedsatsninger

Redaksjonell strategi

Strategiske satsninger i 2020 ble i stor grad styrt av covid-19-pandemien. Vår hovedprioritet dette året har vært å raskt publisere uavhengig og kvalitetssikret informasjon om pandemien og samtidig opprettholde produksjon av artikler om andre viktige medisinske temaer. For å frigjøre nødvendige ressurser ble de aller fleste igangsatte prosjekter frosset i februar/mars 2020. Situasjonen krevde en betydelig omlegging av den daglige driften, samtidig som alle i redaksjonen jobbet fra hjemmekontor under høyt arbeidspress. Arbeidsmiljørettede tiltak ble dermed også en viktig satsning gjennom året.

Koronapublisering

Redaksjonen definerte tidlig som sin oppgave å kvalitetssikre og løpende bringe kliniske erfaringer, original forskning og kvalitetssikret kunnskap om covid-19 til norske leger og annet helsepersonell, med den generelle allmennhet som sekundærmålgruppe. En vitenskapelig redaksjon arbeider imidlertid etter omfattende kvalitetskriterier, der det kan ta flere måneder fra innsending av et manuskript til publisering. Den nye situasjonen krevde et annet tempo. De fleste pågående prosjekter ble satt på vent, og redaksjonen gjorde om sin arbeidsform fra februar 2020. Tidsskriftet etterspurte artikler i egenannonser og ved å kontakte sentrale fagmiljøer. Vi tilbød gratis engelsk oversettelse av artikler om covid-19, noe vi også så som en av våre internasjonale forpliktelser. Vi var i daglig kontakt med kliniske miljøer om kommende manuskripter. Aktuelle fagfelleverdurer ble varslet på forhånd og forpliktet seg til å vurdere manuskripter i løpet av få dager. Daglige covid-19-møter, interne hasterutiner og tett samarbeid mellom redaktører, journalister og andre ledd i og utenfor redaksjonen sørget for at aktuelle manuskripter ble behandlet svært raskt (se punkt 2 om redaksjonelle forhold).

Allerede 29. januar publiserte Tidsskriftet lederartikkelen «Koronavirus epidemien vil ramme Norge», skrevet av Preben Aavitsland. I løpet av 2020 publiserte vi over 150 artikler samt flere podkaster om covid-19. Mange av artiklene fikk mye oppmerksomhet i norsk presse, og noen ble også mye lest internasjonalt. Tidsskriftet ble ifølge Retriever sitert hele 1 129 ganger i norsk presse i 2020, og det ble registrert om lag 60 000 treff fra PubMed på artikler i Tidsskriftet.

Selv om artikler om covid-19 naturlig nok fikk høy prioritet i 2020, betyr ikke det at andre temaer ble mindre viktige. Vi opprettholdt vanlige behandlingssløyer for ordinære manus, blant annet ved at noen medisinske redaktører hadde dette som dedikert oppgave.

Podkast

Tidsskriftet lanserte sin nye podkast, Stetoskopet, i 2020. Første episode ble sluppet 16. januar, og den siste 24. desember. Totalt har det vært 51 121 avspillinger fordelt over 24 episoder. Lyttertallene var langsomt stigen gjennom året, og etter hvert kom vi opp i et gjennomsnitt på ca. 3 500 lyttere i måneden. 27. oktober ble det besluttet at podkast skulle avsluttes som prosjekt og gå over til å være en ordinær driftsoppgave, gjeldende fra 1. januar 2021.

Andre satsninger

Drupal 8. Tidsskriftet har i 2020 arbeidet sammen med sin nettsideutviklingspartner Ramsalt med å flytte Tidsskriftet.no til ny versjon av publiseringssystemet Drupal. Slik programvare oppgraderes gjerne i større operasjoner med mange års mellomrom, og vi har derfor måttet gjenskepe dagens nettsted på Drupal 8-plattformen. Resultatet vil bli et enda mer brukervennlig og funksjonsrikt nettsted, og målet er lansering i løpet av mai 2021. Drupal er en åpen kildekode, altså gratis. Vi planlegger derfor å dele systemet bak Tidsskriftet.no med andre vitenskapelige tidsskrifter, både som bidrag til den internasjonale, vitenskapelige publiseringverdenen og fordi vi håper at flere brukere av systemet vil føre til hyppigere forbedring og utvikling.

Publons. Som for andre tidsskrifter er det til tider vanskelig å få gode fagvurderere til de vitenskapelige manuskriptene. Fagvurdering (peer review) er arbeid som ikke honoreres, er lite synlig og er noe forskere og klinikere ofte må bruke fritiden sin på. Tidsskriftet tok i 2020 i bruk Publons, et system som gir fagvurdererne en samleside som dokumenterer hvilke fagvurderinger de har utført.

Åpen tilgang. Alle vitenskapelige artikler innsendt etter 1.1.2020 blir publisert under Creative Commons-lisensen CC BY-ND 4.0. Denne lisensen innebærer at forfatterne innehar kopirettighetene, men andre kan kopiere, distribuere og spre artikkelen i et hvilket som helst medium eller format til et hvilket som helst formål, inkludert kom-

mersielle. I 2020 søkte Tidsskriftet om å bli, og ble, registrert i Directory of Open Access Journals (DOAJ). Med disse to grepene oppfyller Tidsskriftet kriteriene for å være godkjent publiseringskanal for vitenskapelige artikler i henhold til kravene i Plan S.

Mangfold. Tidsskriftet skal være relevant for alle norske leger, og dette bør gjenspeiles også i bidragsytere. Vi har fortsatt arbeidet med å bedre kjønnsbalansen, bl.a. ved bevisst å invitere flere kvinner til å skrive lederartikler. Likevel var andelen kvinnelige forfattere i denne sjangeren i 2020 kun 33 %.

Arbeidsmiljø. I et annerledes år var det nødvendig å tenke annerledes også om arbeidsmiljørettede tiltak. De fleste har jobbet fra hjemmekontor store deler av året, og vi har derfor sett behov for hyppige digitale treffpunkt – med både faglig og sosialt innhold. Hele redaksjonen har to faste felles ukentlige digitale møter. Flere av seksjonene har innført daglige morgenmøter. Vi har daglig kaffepause som et fast punkt i alles kalendere. Andre tiltak har vært sommer- og julekahoot, mat brakt hjem ved spesielle anledninger, julekalender og, ikke minst, en sterk oppfordring om ta en tur ut i frisk luft i løpet av arbeidsdagen. I tillegg har Legeforeningen bidratt med bl.a. fysisk tilrettelegging av hjemmekontorene. Redaksjonens årlige avdelingsmøte ble avholdt fysisk 7.–9. september 2020.

Kommersiell strategi

Tidsskriftet er en sterk merkevare med en unik posisjon blant norske leger. Annonseinntekter er hovedsakelig fra helseforetak og kommuner (stillingsannonser), nyetablerte rekrutteringstjenester og legemiddelprodusenter (produktannonser).

Legejobber.no

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal. Portalen ivaretar viktige funksjoner både for jobbsøkende leger og de som rekrutterer. I tillegg ivaretas Legeforeningens ønske om å sikre et nasjonalt stillingsmarked for leger. På bakgrunn av betydelig endrede forhold i legestillingsmarkedet er Legejobbers konsept videreutviklet for å møte fremtidige behov.

Nye digitale tjenester er utviklet, bl.a. CV-registrering, som er en individuell digital karriereprofil. CV-en kan konverteres til PDF og lastes ned som vedlegg til jobbsøknader. Den er skreddersydd for leger og fremhever den viktigste nøkkelinformasjonen om legens kompetanse. Dette er en stor hjelp

Miljøstrategi

både for jobbsøkeren og arbeidsgiveren som skal behandle søknaden.

Utllysning av egne vikariater er lansert på den nye digitale plattformen App.legejobber.no. Denne skal gjøre det enklere for privatpraktiserende allmennleger å finne vikar og for jobbsøkere å finne vikariater. I tillegg ble Legejobber rekrutteringstjenester etablert i mai. Pågangen fra landets kommuner er massiv, og behovet er stort.

Legejobber jobber med å markedsføre de nye tjenestene overfor medlemmene, og kapasiteten vil bli utvidet i takt med behovet i markedet. Nye digitale karrieretjenester vil i tillegg fortsatt videreutvikles på Legejobber og på App.legejobber.no i 2021.

Legespesialister.no

Legespesialister.no ble etablert for å digitalisere papirannonsene for privatpraktiserende spesialister og være en søkbar samleside for fastleger, sykehusleger, publikum og praktiserende spesialister. Prosjektet ble utviklet i tett samarbeid med PSL. Nettstedet har i dag 1 812 registrerte spesialister, hvorav 32 av disse har en betalt oppføring med mer utfyllende informasjon om praksisen og erfaring. Legespesialister.no er etter alt å dømme den mest komplette oversikten over privatpraktiserende spesialister, og trafikken på nettsiden øker.

Produktannonser

Tidsskriftet tilbyr annonseplass både på papir og nett. Vår prisstrategi tar utgangspunkt i at vi har en klart definert og samlet målgruppe, og prisnivået er derfor høyere enn ellers i mediemarkedet. Tidsskriftet jobber kontinuerlig strategisk for å videreutvikle tilbudet og dermed øke konkurranseevnen både på nett og papir.

Bærekraft er en sentral del av Tidsskriftets strategi. Trykkeriet vi bruker, er sertifisert i tråd med kravene til miljømerket Svanen og oppfyller nordisk miljømerkings krav til blant annet papirkvalitet, bruk av kjemikalier, løsemidler og fargestoffer. Tidsskriftet trykkes på papir sertifisert av FSC (Forest Stewardship Council - Forests For All Forever) og PEFC (Programme for the Endorsement of Forest Certification). Eventuelle bilag blir pakket i 100 % biologisk nedbrytbar biofilm, som skal sorteres som matavfall. Produksjon, trykking, adressering, pakking og distribusjon gjøres av leverandører som ligger i kort avstand fra hverandre i Norge. Tidsskriftet sampakkes dessuten med andre utgivelser fra Fagpressen. Mer effektiv pakking og korte avstander er mindre belastende for miljøet.

Tidsskriftet.no drives på servere i Strasbourg-datasenteret til OVH Cloud, som ligger i verdenstoppen innen energieffektiv serverdrift, med en strømforbrukseffektivitet (PUE) på 1,09. Miljøhensyn, inkludert valg av transport, tas alltid med i vurderingen ved planlegging av egne møter og arrangementer og ved deltagelse på andres. På våre arrangementer blir det servert miljøvennlig mat, i tråd med anbefalinger fra Stiftelsen Miljøfyrtårn (gjennom konseptene Grønne konferanser og Grønne arrangementer).

Samarbeid med sekretariatet

Tidsskriftets redaksjon er lokalisert i Legenes hus sammen med de øvrige delene av Legeforeningens sekretariat. Redaksjonen samarbeider regelmessig med:

- Økonomiavdelingen om regnskap, budsjett, fakturering og kommersiell videreutvikling osv.
- HR om ansettelser, arbeidsmiljø, sykefraværsoppfølging osv.
- Jus- og arbeidslivsavdelingen om avtaleinngåelser med leverandører, osv.

Tidsskriftet har i 2020 vært representert i ulike sekretariatsovergripende prosjekter, for eksempel arbeidet med ombyggingen av Legenes hus og etablering av det nye kurs- og konferansetilbudet.

Redaksjonskomiteen

Tidsskriftets redaksjonskomité ble i 2020 ledet av Mette Brekke. Ved inngangen til året besto komiteen for øvrig av Jeanette Bjørke, Cathrine Ebbing, Ane Brandtzæg Næss, Torben Wisborg og Stian Wendelborg. I løpet av året har Stian Wendelborg fratrudd, og Per-Henrik Randsborg og Marte Syvertsen har tiltrådt.

Redaksjonskomiteen avholdt i 2020 fire møter med sjefredaktøren og representanter for redaksjonen.

Blant faste diskusjonssaker var manusbehandlingstid, strategi for Tidsskriftet, internasjonalt samarbeid, Tidsskriftets økonomi samt det faste punktet «innspill fra fagmiljøene». Redaksjonskomiteen har også fagvurdert Tidsskriftets frittstående lederartikler og kommet med innspill til temaer og skribenter. Alle komiteens møter i 2020 har blitt holdt digitalt. På grunn av koronaepidemien ble det ikke avholdt utadrettede møter i komiteens regi.

Økonomiske forhold

I et annerledes og utfordrende år har Tidsskriftet klart å holde inntektene oppe. Tidsskriftet tilbyr annonseplass både på papir og nett. Vår prisstrategi tar utgangspunkt i at vi har en klart definert og samlet målgruppe, og prisnivået er derfor høyere enn ellers i mediemarkedet. Det pågår strategisk arbeid for å videreutvikle tilbudet og dermed øke konkurranseevnen.

Totale annonseinntekter endte på 28,8 millioner kroner. Til sammenligning var annonseinntektene i 2019 på 24,6 millioner. Det gir oss en økning på ca. 4,2 millioner kroner. Inntektsøkningen kommer hovedsakelig fra produktannonser, både på nett og papir. Prognosen for 2020 i det generelle medie- og reklamemarkedet var en nedgang på 1,5 milliarder, dvs. et tap på 7 %, fra 2019 (Kilde: <https://www.irm-media.no/aktuellt/nyheter/revidert-prognose-2020-2021-det-norske-medie-og-reklamemarkedet-i-2020-2021/>).

Sammenlignet med 2019 steg produksjonskostnadene noe, fra 11 millioner til 12,2 millioner i 2020. Dette skyldes i hovedsak at en økning i annonseinntekter også gir en økning i produksjonskostnadene (provisjon for annonseformidling). Øvrige utgiftsposter er uten større avvik mot budsjett

Tidsskriftets synlighet

Tidsskriftet.no

Nettversjonen vår hadde i løpet av 2020 10,2 millioner sidevisninger, mot 9,6 millioner i 2019, en vekst på 6 %. Vi ser en økning i antall visninger fra sosiale medier som Facebook, og en nedgang fra Google etter at de endret sine algoritmer for søk. Andelen brukere som leser Tidsskriftet.no på mobil, fortsetter å vokse, fra 58,2 % i 2019 til 61,3 % i 2020. Tidsskriftets vitenskapelige artikler indekseres i PubMed, og trafikken herfra øker raskt. På grunn av en teknisk feil hos PubMed var det ikke mulig å se omfanget av trafikken herfra i perioden juni til november. Men i periodene vi har tall for, var antall sidevisninger 10-15 % høyere enn året før. Ekstrapolert ut fra dette ligger totaltallet for sidevisninger fra PubMed på noe over 60 000. I 2019 klikket PubMed-brukere seg inn på Tidsskriftet.no 52 700 ganger.

Nyhetsbrev

Redaksjonen sender ukentlig ut nyhetsbrev med et utvalg av nylig publiserte artikler. Nyhetsbrevet sendes til i overkant av 36 000 mottakere, hvorav om lag 12 400 i gjennomsnitt åpner og leser e-postene. Tidsskriftet bidrar også til å sette dagsorden for helsenyheter gjennom kontakt med journalister og redaksjoner i nasjonale så vel som lokale mediehus. Det skjer både gjennom pressemeldinger og direkte kontakt med aktuelle redaksjoner. I 2020 ble Tidsskriftet sitert 1 129 ganger i norsk presse, som er 657 flere enn i 2019. Økningen ser vi i sammenheng med artikler knyttet til pandemien.

Podkast

Tidsskriftets nye podkast, Stetoskopet, har med sine 24 episoder oppnådd 51 121 avspilninger, hvorav 32 468 er markert som unike lyttere. Fra en litt treg start hadde vi etter sommeren ca. 3 500 lyttere i måneden. Mest avspilte episode var *De nye covid-19-vaksiner* (publisert 26.11), etterfulgt av *Immunitet og covid-19* og *Implanterte hjertestartere*. Kvinner utgjør majoriteten av lytterne, og nesten 70 % av lytterne er i alderen 25-45 år. Vi har flest identifiserbare lyttere i Oslo-området.

Kommunikasjonsmessige forhold

Forfattere

Den betydelige utadrettede innsatsen rettet mot kliniske og akademiske miljøer i forbindelse med koronaepidemien har skaffet Tidsskriftet en rekke nye forfattere og kontakt med forskningsmiljøer vi tidligere har mottatt få manuskripter fra. Det har vært et mål å utvise størst mulig grad av redaksjonell service mot disse, også for å kunne beholde dem som aktive Tidsskrift-forfattere i de kommende år.

Tidsskriftets publiseringskurs, som arrangeres i samarbeid med *Annals of Internal Medicine*, *Frontier Science Norden*, Universitetet i Oslo og Oslo universitetssykehus ble i 2020 avlyst på grunn av pandemien. Men redaksjonens medarbeidere har vært aktive i flere legeforska: Vi har i 2020 deltatt med foredrag og/eller undervisning blant annet på Legeforeningens lederseminar, Legeforeningens utvalg for legehelse, NHO-akademiet, Allmenntidsskriftskole, Legeforeningens erfaringskonferanse, Nevrodagene, Forskningsseminar ved Haukeland universitetssykehus samt Norsk Tidsskriftforenings tidsskriftdag.

Til erstatning for vår årlige fysiske presentasjon av Tidsskriftet for nye medisinske studenter laget vi i 2020 en film tilpasset dette formålet. Filmen ble vist de nye studentene ved alle landets medisinske fakulteter.

Lesere

Det var planlagt en digital leserundersøkelse i 2020. På grunn av koronaepidemien og resulterende høyt press på både arbeidstid og øvrige ressurser (se tidligere) ble det besluttet å utsette leserundersøkelsen. Den planlegges nå avvirket høsten 2021.

Fagvurderere

Tidsskriftet har 178 faglige medarbeidere som jevnlig bidrar med råd, kommentarer og vurderinger, i hovedsak i form av fagfellevurdering av vitenskapelige manuskripter. Vi avholder et årlig møte med overnatting for alle de faglige medarbeiderne. I

2020 var møtet berammet til 18.-19. mars på Soria Moria i Oslo. Da landet stengte ned 12. mars, måtte møtet avlyses på kort varsel. Det ble like fullt kåret prisvinnere i klassene Årets originalartikkel og Årets fagvurderer, og prisene ble overrakt digitalt og etterskuddsvis.

Forskning i Tidsskriftet

Tidsskriftets forskningsprosjekt for å kartlegge leseforståelse av fagartikler på engelsk versus norsk blant norske allmennleger er omtalt i årsrapporten for 2019. Resultatene ble sammenfattet og innsendt til et internasjonalt tidsskrift våren 2020. Endelig avgjørelse om publisering var ikke kommet ved utløpet av 2020.

Internasjonalt engasjement

De viktigste internasjonale konferansene for vitenskapelig publisering (bl.a. konferanser i regi av Council of Science Editors (CSE) og The European Association of Science Editors (EASE)) ble i 2020 alle avlyst i fysisk format. Digitalt var Tidsskriftet representert på blant annet EASE 2020 (12. juni) samt på flere seminarer i regi av Council of Science Editors.

Tidsskriftet er medlem av Committee on Publication Ethics (COPE). Sjefredaktøren er medlem av The World Association of Medical Editors (WAME), Council of Science Editors (CSE) og The European Association of Science Editors (EASE). Han sitter i redaksjonsrådet i EASEs medlemstidsskrift *EASE Digest*, der han har ansvaret for *EASE Digest Forum*. Vitenskapelig redaktør stilte i 2020 til valg som council-medlem i Committee on Publication Ethics (det styrende organet i COPE), og ble innvalgt med funksjonsperiode fra 2021.

Oppsummering

Koronaepidemien har satt et sterkt preg på Tidsskriftets aktivitet i 2020. Redaksjonen definerte det fra mars 2020 som sin hovedoppgave å kvalitetssikre og løpende bringe kliniske erfaringer, original forskning og kvalitetssikret kunnskap om covid-19 til norske leger og annet helsepersonell, med den generelle allmennhet som sekundærmålgruppe. I tillegg var det et mål fortsatt å produsere innhold som omhandlet andre fagfelt og viktige forhold i medisinen. Vi opplever at vi i stor grad har lyktes i dette. Antall innsendte vitenskapelige artikler økte med mer enn 50 % i 2020 sammenlignet med året før, og det var også en økning i både generelt debattstoff og i ikke-covid-19-relaterte vitenskapelige artikler.

Behandlingstiden for alle artikkeltyper fortsatte å synke i 2020, både for godkjente og refuserte artikler. Både refusjonsraten og det totale antallet publiserte artikler økte. Det var en betydelig økning i antall siteringer i den generelle presse, og besøkstallene på Tidsskriftet.no steg med 7,6 %. Vi lanserte i 2020 vår nye podkast, Stetoskopet, og produserte til sammen 24 episoder. Lyttertallene er jevnt og sakte økende, med totalt noe over 50 000 avspillinger i løpet av året.

På grunn av epidemien, og satsningene knyttet til denne, har en del utviklingsprosjekter blitt lagt på is. Dette gjelder blant leserundersøkelsen, som ble utsatt til 2021. I 2020 begynte vi arbeidet med å flytte Tidsskriftet.no over på publiseringssystemet Drupal 8, vi har tatt i bruk Publons for å bli enda mer attraktive for eksterne fagvurderere, og vi har gitt avkall på copyright på vitenskapelige artikler. Tidsskriftet er blitt en godkjent publiseringskanal i henhold til kravene i Plan S.

Økonomisk har 2020 vært et godt år. Vi har i 2020 lansert nye tjenester knyttet til Legejobber.no og har fortsatt arbeidet med å utvikle rekrutteringstjenester for leger. Tidsskriftets inntekter økte i 2020 med 4,2 millioner kroner sammenlignet med 2019.

Sak 9
Aktuelle saker:
Sykehusbygg og medvirkning

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 7.4.21

Sak 9. Sykehusbygg og ansattes medvirkning

Debatten gjennomføres onsdag 2. juni kl. 09.00 – 10.30.

Innledere er:

- Anne-Karin Rime, sentralstyremedlem og leder av Overlegeforeningen: *Medvirkning og påvirkning i byggeprosesser - Hvor blir beslutninger tatt?*
- Kristin Kornelia Utne, sentralstyremedlem og leder av Yngre legers forening: *Hvilke følger får det for arbeidsmiljø, pasientbehandling og beredskap når sykehus bygges for lite?*
- Nils Kristian Klev, sentralstyremedlem og leder av Allmennlegeforeningen: *Hvilke konsekvenser får det for fastlegene og kommunehelsetjenesten når sykehusene bygges med for dårlig kapasitet?*

Etter innledningene åpnes det for dialog med salen. Are Brean, sjefredaktør i Tidsskriftet, er ordstyrer.

Bakgrunn og formål med debatten

Flere foreningsledd har foreslått sykehusbygg og manglende reell påvirkning i slike prosesser som et viktig tema for debatt på landsstyremøtet. Flere nevner også at dette temaet henger nært sammen med temaet arbeidsmiljø og ytringsfrihet i sykehus, ettersom konsekvensene av dårlige medvirkning påvirker det fysiske og psykiske arbeidsmiljøet til de som har sykehusene som arbeidsplass.

Formålet med debatten blir å gi landsstyret mulighet til å starte arbeidet med å videreutvikle Legeforeningens politikk på feltet, bringe foreningens synspunkter ut til medlemmene og samtidig forberede videre påvirkning eksternt gjennom valgkamp, arbeidet opp mot neste nasjonale helse- og sykehusplan og andre viktige løp. Legeforeningen innspill til den forrige nasjonale helse- og sykehusplanen [kan leses her](#).

Aktuelle problemstillinger

I alle fire helseregionene er store sykehusprosjekter under planlegging eller i gang med å bygges. Å oppgradere og bygge nye og mer moderniserte sykehus er helt nødvendig for å møte framtiden behov for helsetjenester. Rådgivende ingeniørers forening kom nylig med en [rapport](#) som viser at dagens sykehus har generelt en dårlig fysisk tilstand med et

vedlikeholdsetterslep på 40-55 milliarder norske kroner. Rapporten viser også at planlagte investeringer er lavere enn investeringsbehovene.

Samtidig viser erfaringer fra flere byggeprosjekter at nye sykehus bygges med få sengeplasser, få rom og lav kapasitet. Dette får store og langvarige ringvirkninger for helsetilbudet både lokalt, regionalt og nasjonalt, for fagmiljøene og for de ansatte – og ikke minst er det svært kostbart da små sykehusbygg blir dyre og ineffektive på sikt.

Små og ineffektive bygg gir dårlig arbeidsflyt

Kriteriet som ligger til grunn for effektiv drift i dag synes å være mest mulig pasientbehandling per kvadratmeter bygg, hvor utnyttelsen av rommene og sengene er størst mulig. Når effektivitet måles i hvor mye pasientbehandling som skjer på hver kvadratmeter eller i hver sykehusseng, blir det ikke like viktig å tilrettelegge for at de ansatte jobber godt og kan yte god kvalitet i pasientbehandlingen. Denne politikken fører til dårlig bruk av arbeidskraften på sykehusene og ineffektiv drift på lengre sikt.

Framskrivningsmodell som baseres på usikre premisser

Sykehusbygg HF har utarbeidet en modell for å beregne fremtidig aktivitet og dermed fremtidig kapasitetsbehov i sykehus. Modellen bygger også på høyst usikre premisser om rask effektivisering og gevinstrealisering, og oppgaveoverføring til kommunene. Konsekvensene er at fremtidig behov og kapasitetsvurderinger underestimeres, og kan vanskelig tilpasses en fremtid som blir annerledes enn planlagt.

Manglende medvirkning i planleggingen av nye sykehusbygg

I henhold til Sykehusbygg sin Veileder for tidligfasen for byggeprosjekter er ansattes kompetanse avgjørende for å kunne planlegge bygg som tilfredstiller funksjonelle krav til god pasientbehandling. Dette skal skje ved at brukere, medarbeidere, tillitsvalgte og vernetjenesten på sykehuset tilfører kunnskap og erfaringer til prosjektorganisasjonen gjennom deltagelse i utviklingen av konseptfase, forprosjektfase, detaljprosjekt, kontraheringsfase og slutfase. Erfaringer fra flere byggeprosjekter viser imidlertid at krav til involvering av ansatte ikke følges opp i tilstrekkelig grad, og at de ansatte opplever at de ikke har en reell mulighet til å påvirke beslutninger.

Sykehusbygg HF, som er et felleseid foretak, har stor innflytelse på hvordan fremtidens sykehus bygges, men legene er ikke representert i helseforetaket og er dermed avskåret fra innflytelse.

Sykehusene må rustes til å håndtere store helsekriser

Sykehusenes evne til å håndtere en pandemi påvirkes av bygningsmessige forhold slik som plass, utforming av lokaler, sanitærinstallasjoner, teknisk infrastruktur (ventilasjon o.a.), bygningsmessig tilrettelegging for organisering og arbeidsforhold for personalet. Gamle sykehusbygg er sjelden tilpasset behovene som oppstår i en pandemisituasjon. I tillegg har Norge har en lavere intensivkapasitet enn gjennomsnittet i OCED-landene. Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap har påpekt i en rekke rapporter at Norge mangler intensivplasser, utsyr og kompetanse til å håndtere en pandemi. Gode og store nok sykehusbygg er en helt sentral forutsetning for god beredskap, høy kvalitet i pasientbehandling og god pasientsikkerhet. En viktig lærdom fra pandemien er at sykehusene

må dimensjoneres og innrettes slik at de kan håndtere kriser, men samtidig opprettholde normal drift.

Kapasitetsutfordringer i sykehusene legger press på kommunehelsetjenesten

Primær- og spesialisthelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre og må ses i sammenheng. Uten en velfungerende fastlegeordning, øker presset på sykehusene. Uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene, øker presset på fastlegene. Økningen i antall eldre vil i kommende år ytterligere utfordre kapasiteten og samhandlingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten.

Investeringer i nye sykehusbygg går utover sykehusenes ordinære driftsbudsjett

Sykehusenes økonomiske rammer er for stramme og investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr har blitt en salderingspost. Etterslepet øker, og dette har negative konsekvenser for pasientsikkerheten, effektiviteten og arbeidsmiljøet ved sykehusene. Den direkte koblingen mellom drift og investering legger et utilbørlig press på sykehusøkonomien. Økonomiske utfordringer med negative driftsresultat gjør at helseforetakene ikke makter å skaffe tilstrekkelige investeringsmidler. Samtidig har sykehusenes økonomiske handlingsrom sunket for hvert år side 2016, med unntak av forslaget til statsbudsjett for 2021. Årets bevilgning øker imidlertid ikke sykehusenes handlingsromnevneverdig. 0, 8%, tilsvarende 890 mill. kroner, er ekstraordinær ettårig aktivitetsvekst i 2021 for å redusere ventetidene som følge av Covid-19.

Den norske legeforenings sentralstyre
Etter fullmakt



Geir Riise
generalsekretær



Jorunn Fryjordet
avdelingsdirektør samfunnspolitisk
avdeling

Saksbehandler:
Linda Markham
Seniorrådgiver helsepolitikk

Marthe Sandli
Rådgiver helsepolitikk

Sak 10
Forslag til arbeidsprogram 2021-2023

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref.:

Dato: 30.4.2021

Sak 10 - Forslag til arbeidsprogram 2021-2023

Sentralstyret nedsatte i oktober 2020 en arbeidsgruppe bestående av lederne for Overlegeforeningen, Allmennlegeforeningen, Yngre legers forening og fagstyret med sekretariatstøtte for å utforme et forslag til arbeidsprogram for perioden 2021-2023.

Arbeidsprogrammet skal være innenfor rammen av Prinsippprogrammet for 2019-23. Verdiene ligger fast. Forslaget til arbeidsprogrammet bygger videre på eksisterende rammer, men sammenlignet med det forrige arbeidsprogrammet understreker dette forslaget til arbeidsprogram viktigheten av helse og trygghet først i møte pandemien.

Det gjennomgående temaet i arbeidsprogrammet for 2021-2023 er at god beredskap koster, men at dårlig beredskap koster mer. Flere budskapspunkter og formuleringer understreker viktigheten av at god beredskap i møte med nye helsekriser blir gjennomgående for Legeforeningens arbeid fremover. Vi står foran et stortingsvalg, og #Helse og trygghet først er viktige å få satt på den helsepolitiske dagsordenen både i stortingsvalgekampen og i arbeidet med statsbudsjettene for neste år og årene fremover.

Arbeidsprogrammet vektlegger også viktigheten av en bedre arbeidshverdag og arbeidsmiljø for alle leger, og understreker fellesskapet mellom ulike deler av legeprofesjonene.

Hovedtemaene i arbeidsprogrammet for 2021-23 er:

1. God beredskap koster – men dårlig beredskap koster mer
2. Kvalitet og pasientsikkerhet i alt vi gjør
3. En bedre arbeidshverdag og arbeidsmiljø for alle leger
4. God spesialist- og etterutdanning
5. En sterk offentlig helsetjeneste er førstevalget
6. Prioritere psykisk helse og arbeide for en god folkehelse
7. Solidaritet over landegrensene
8. Legeforeningen: For alle leger, hele livet

I den interne høringen kom det inn 13 høringsuttalelser på utkastet til arbeidsprogram for

2021-2023.

Alle forsøkt er innarbeidet i den grad arbeidsprogrammets detaljeringsnivå og lengde tillater. Sentralstyret godkjente i mars 2021 det foreliggende forslag til arbeidsprogram uten merknader.

Forslag til vedtak:

Forslag til arbeidsprogram 2021-2023 godkjennes.

Med hilsen

Den norske legeforenings sentralstyre e.f.



Geir Riise
generalsekretær



Jorunn Fryjordet
avdelingsdirektør

Saksbehandler:
Kristoffer Gjelseth Dalbakk

Vedlegg

Sentralstyrets forslag til arbeidsprogram 2021-2023 følger vedlagt.

Utkast til nytt Arbeidsprogram: **Helse og trygghet først**

1. God beredskap koster – men dårlig beredskap koster mer

Covid-19 pandemien har vist at Norge ikke var godt nok forberedt og at beredskapen må styrkes. Norge bruker i dag mindre penger på helse enn andre rike OECD-land vi sammenligner oss med¹. I likhet med befolkningen² mener Legeforeningen det er på tide med et varig taktskifte. Pandemien har også vist betydningen av praksisnær forskning og forskningssamarbeid mellom ulike fagområder for raskt å kunne utvikle gode helsetjenester. Legeforeningen mener:

- Taktskiftet fra statsbudsjettet 2021 videreføres slik at de årlige bevilgninger til helse økes.
- Norge må sikres god tilgang til medisiner, smittevernutstyr og vaksiner.
- Intensivkapasiteten i sykehusene må økes, og sykehusene må bygges fleksible for å kunne ivareta beredskap og håndtere kriser.
- Kapasitet i helsetjenesten utenfor sykehus utnyttes på en best mulig måte.
- Flere allmennleger for å sikre tilgjengelige fastlegetjenester og en stabil fastlegeordning samt ivareta beredskap i sykehjem og på legevakt.
- Tydeliggjøre det kommunale ansvaret for beredskap, styrke avtaleverket og sikre bedre dekning av kommuneoverleger gjennom økt stillingsprosent og flere stillinger.
- Styrke forskningssamarbeidet mellom ulike fagområder.

2. Kvalitet og pasientsikkerhet i alt vi gjør

Helsetjenester av god kvalitet er førende for alt vi gjør. Primær- og spesialisthelsetjenesten er gjensidig avhengig av hverandre og må ses i sammenheng. Uten en velfungerende fastlegeordning øker presset på spesialisthelsetjenesten. Uten tilstrekkelig kapasitet i sykehusene øker presset på fastlegene. En sømløs og effektiv helsetjeneste med god kvalitet for våre pasienter er avhengig av at det bevilges nok ressurser og at vi har kompetanse til å ivareta oppgavene på begge nivåer. Legeforeningen mener:

- Legetjenesten i kommunen må styrkes for å få flere fastleger, gi fastlegene mer tid til hver pasient, legevakten nok ressurser og kommuneoverlegene større stillinger.
- Bedre samsvar mellom oppgaver og ressurser i sykehusene. Sykehusene må skjermes fra regjeringens ABE-reform (avbyråkratiserings- og effektiviseringsreform) og sykehusene må bedre tilrettelegges for de gode pasientmøtene.
- Sykehusene må bygges store nok til å kunne være fleksible, kunne håndtere kriser og gi god og trygg pasientbehandling.
- Overføring av oppgaver mellom sykehus og kommuner må være faglig begrunnet og ikke drives av kortsiktige og ensidige økonomiske hensyn.
- Avtalespesialistordningen må utvikles videre som en viktig ressurs i spesialisthelsetjenesten.
- Samhandling, effektivitet og pasientsikkerhet må understøttes av gode e-helseløsninger. Det må utvikles en modell med sømløs standardisering av IT-tilkoplinger fremfor store og leverandørspesifikke, lukkede digitale løsninger.
- Vi må være premissgiver for utvikling og implementering av persontilpasset medisin
- Rammene for medisinsk forskning må økes. Forskning er avgjørende for å videreutvikle gode tjenester. Lønns- og arbeidsvilkårene for legeforskere må styrkes.
- Arbeide for at Gjør kloke-valg kampanjen videreføres.

3. En bedre arbeidshverdag og arbeidsmiljø for alle leger

Flere undersøkelser har avdekket at leger^{3 4} har lange arbeidsdager og høyere arbeidspress enn gjennomsnittet av norsk arbeidsliv. Det høye arbeidspresset går ofte på bekostning av helt basale ting som lunsj og pauser, og mange leger opplever en ubalanse mellom arbeidsliv og fritid. Dette rammer alt fra egen helse til muligheten å kunne gi kollegial feedback. Bedre rammevilkår for yrkesutøvelsen er derfor helt avgjørende for en god legehverdag – hele legelivet. Legeforeningen

mener:

- a. Forsvarlige arbeidstidsordninger for leger i hele helsetjenesten. Leger må få mer innflytelse over egen arbeidsbelastning og arbeidstid, tid til kompetanseutvikling og refleksjon i hverdagen. Reell medvirkning i omorganiseringsprosesser og daglig drift.
- b. Legevakt må sees i sammenheng med fastlegejobben, med en samlet forsvarlig arbeidsbelastning.
- c. Mer av legers tid må gå til pasientbehandling/legeoppgaver. Tidstyver i legehverdagen, som unødvendige rapporteringssystemer, dårlige IT-systemer og byråkrati, må fjernes.
- d. I sykehusene må andelen merkantilt personell økes permanent for å avlaste og effektivisere sykehuslegenes arbeidshverdag.
- e. Sykehusene må bygges og driftes for å tilrettelegge for de gode pasientmøtene og et godt arbeidsmiljø for legene.
- f. Antall ledernivå må reduseres, og stedlig ledelse med reell beslutningsmyndighet må innføres på alle sykehus.
- g. Leger må sikres rammer til å ivareta egen helse i møte med en krevende hverdag med høy arbeidsbelastning.

4. God spesialist- og etterutdanning

Alle nyutdannede leger trenger LIS1 for å starte spesialisering, men bare rundt halvparten tilbys stilling. Samtidig er det en prekær mangel på spesialister i helsetjenesten. 40% av nye spesialistgodkjenninger er konverteringer fra annet land. Det betyr at Norge derved tapper lav- og mellominntektsland for ressursen legespesialister. Ferdige spesialister må også sikres videre- og etterutdanning av høy kvalitet fordi medisinsk virksomhet endres stadig raskere og behovet for ny, høyspesialisert kompetanse øker. Legeforeningen mener:

- a. Spesialistutdanning dimensjoneres for å ivareta fremtidig spesialistbehov.
- b. Norge må utdanne minst 85% av legene vi trenger selv. Spesialistutdanningen må være nasjonal og holde høy kvalitet.
- c. Det avsettes tid til veiledning og supervisjon både for leger i spesialisering og for veiledere slik at læringsmålene oppnås, og reformens intensjon om kompetansebasert medisinsk utdanning oppfylles.
- d. Sikre målet om 200 nye LIS-1 stillinger i løpet av kort tid for å dekke behovet for spesialister i sykehusene og primærhelsetjenesten på lengre sikt.
- e. En nasjonal ALIS-ordning, så alle nye allmennleger får en forutsigbar og trygg vei inn i allmennlegetyrket. Det må rekrutteres minimum 500 nye allmennleger årlig.
- f. Det må tilrettelegges økonomisk og faglig slik at leger sikres gode muligheter til å oppdatere og utvikle egen kompetanse gjennom hele yrkeslivet.
- g. Etterutdanning for leger må være obligatorisk.
- h. At det etableres kvalitetsindikatorer på spesialist- og etterutdanning som helsetjenesten måles på.

5. En sterk offentlig helsetjeneste er førstevalget

En sterk offentlig helsetjeneste er den viktigste garantisten for lik rett til gode helsetjenester uavhengig av kjønn, alder, bosted eller lommebok. Samtidig har vi en lang tradisjon med et privat supplement til den offentlige helsetjenesten. Norge har imidlertid i flere år brukt mindre penger på den offentlige helsetjenesten enn land det er naturlig å sammenligne seg med. Det har gitt grobunn for private helseforsikringer og nye (mer kommersielle) private helsetjenester. Kombinert med endringer i finansieringsordninger/individuelle rettigheter og persontilpasset medisinen kan denne utviklingen utfordre det likhetsprinsippet vi har i Norge og bidra til økt sosial ulikhet. Legeforeningen mener:

- a. En sterk offentlig helsetjeneste med høy kvalitet fortsetter å være førstevalget for leger og pasienter.

- b. At den offentlige helsetjenesten har lønns- og arbeidsforhold som bidrar til å utvikle og beholde ansatte.
- c. Pasientene skal sikres samme tilbud av lik kvalitet uavhengig av om tilbudet er utført av den offentlige helsetjenesten eller av private tjenesteytere.
- d. Den private helsetjenesten er et supplement til den offentlige med ordnede arbeidsforhold for de ansatte, klare avtaler med det offentlige og kvalitetskrav til behandlingen.

6. Prioritere psykisk helse og arbeide for en god folkehelse

I tider preget av sosial isolasjon, økonomisk usikkerhet og høy arbeidsledighet, øker risikoen for utenforskap, rus- og psykiske lidelser i befolkningen. De som allerede er i en sårbar situasjon rammes ekstra hardt. 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. Covid-19 pandemien har tydeliggjort dette og også satt søkelys på behovet for møteplasser. Legeforeningen mener:

- a. En opptrappingsplan for psykisk helse med øremerkede midler.
- b. Stanse nedbyggingen av døgnplasser i psykiatrien.
- c. Bedre ivaretagelse av somatisk helse hos pasienter med alvorlig psykisk helse og/eller ruslidelser.
- d. En times fysisk aktivitet i skolen for alle elever hver dag.
- e. Å bidra til å spre evidensbasert kunnskap om viktigheten av vaksine.
- f. At helsehensyn tas med i samfunnsplanleggingen.

7. Solidaritet over landegrensener

Covid-19 pandemien har tydelig vist betydningen av internasjonalt samarbeid om våre felles globale helseutfordringer. Sult, krig, konflikter, klimautfordringer og alvorlige pandemier 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. Legeforeningen mener:

- a. At Legeforeningen er en viktig bidragsyter på relevante internasjonale arenaer og innenfor global helse.
- b. Være en pådriver for økt kunnskap om helseskader som følge av klimaendringer, fremme klimasaken på alle relevante arenaer og arbeide for at Verdens helseorganisasjon (WHO) utformer politikk som bremser negative helsekonsekvenser av klimaendringer.
- c. Arbeide for at Norge skal være et foregangsland i arbeidet med globale helseutfordringer.
- d. Arbeide for gode vilkår for norske leger som ønsker å bidra med medisinsk arbeid i lav- og mellominntektsland.

8. Legeforeningen: For alle leger, hele livet

Legeforeningen er en helhetlig profesjonsforening, unik blant andre legeforeninger, fordi vi arbeider både for legers lønns- og arbeidsvilkår og fagmedisinske områder som fagutvikling, utdanning og kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Legeforeningen har en høy medlemsopplutning, mange engasjerte medlemmer og gode representanter i ulike foreningsledd. Covid-19 pandemien har vist oss betydningen av gode digitale verktøy for kurs, opplæring, styremøter, årsmøter og landsmøter – og betydningen av å kunne møte fysisk. Legeforeningen mener:

- a. Fortsatt høy medlemsopplutning, bl.a. gjennom å videreutvikle god medlemsinformasjon og relevante medlemstilbud.
- b. Styrke tillitsvalgtrollen og tillitsvalgtopplæringen slik at det er attraktivt for medlemmene å bli/være tillitsvalgt.
- c. Styrking av den fagmedisinske aksene ved videreutvikling av fagstyrets arbeid og rammebetingelser.

- d. Et oppdatert og konsistent medlemsregister med enkle og effektive rutiner for oppdatering av medlemsdata.
- e. Implementere gode plattformer og verktøy for digitalisering av kurs og opplæring samt digital samhandling – herunder digital gjennomføring av styremøter, årsmøter, landsstyremøter mv når fysiske møter ikke er mulig og/eller ønskelig.

¹ Se blant annet rapportene [An OECD analysis of health spending in Norway](#) (2017) av OECD

² Kantar TNS (2019). På spørsmålet "Dersom regjeringen må prioritere tydeligere mellom ulike samfunnssektorer i statsbudsjettet, hvilken av følgende sektorer mener du bør prioriteres fremfor de andre?" svarte 39% Helse og omsorg, 25% Skole og utdanning, 7% svarte Vet ikke. Under 6% mente at hhv sektorene Politi og beredskap, Olje og energi, Næring og fiskeri og Innvandring og integrering skulle prioriteres.

³ Jfr bla Helsedirektoratets Tidsbruksundersøkelse

<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/fastlegestatistikk/Rapport%20Fastlegers%20tidsbruk%202018.pdf/> /attachment/inline/08f5d967-3d66-4701-ae3e-ab85f643726f:d93c603ae9befac348c2e29c341eb119f3f58990/Rapport%20Fastlegers%20tidsbruk%202018.pdf

⁴ Jfr bla Rambøll undersøkelsen om Sykehuslegers arbeidssituasjon

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/82396dbd94034ff182e8c523813d6530/sporreundersokelse-om-sykehuslegers-arbeidsforhold-2018.pdf>

Sak 11
Endringer i Ethiske regler for leger

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 11 - Endringer i Etske regler for leger

Rådet for legeetikk har overfor sentralstyret fremmet forslag til endringer i [Etske regler for leger \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no). Forslagene er basert på erfaringer rådet har gjort seg de siste årene både gjennom deltakelse i samfunnsdebatt og behandling av konkrete saker. Sentralstyret har gått gjennom og gitt innspill til rådet i prosessen med utformingen av forslagene.

Det følger av [Reglement for Rådet for legeetikk \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforeningen.no) at Etske regler for leger vedtas av Den norske legeforenings landsstyre.

Forslagene til endringer har vært sendt på bred høring i organisasjonen, og det er mottatt høringssvar fra Norsk forening for geriatri, Allmennlegeforeningen, Hedmark legeforening, Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for otorhinolaryngologi hode- og halskirurgi, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin, Norsk forening for smertemedisin, Norsk overlegeforening, Norsk psykiatrisk forening, Oslo legeforening, Rogaland legeforening og Yngre legers forening.

Sentralstyret har gått gjennom forslagene i høringssvarene og innhentet innspill til disse fra Rådet for legeetikk.

Det vil her gås systematisk gjennom hvilke bestemmelser som ønskes endret, hvorfor, hva endringen består i og eventuelle innspill fra høringsrunden og sentralstyrets innstilling.

Kapittel I. Almennelige bestemmelser - § 5:

Bestemmelsen lyder i dag:

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.

Denne regelen ble endret i 2015, og den ble da kortet ned etter innspill i høringsrunden fra foreningsleddene. Temaet i denne bestemmelsen er stadig aktuelt. For å sikre at debatten skjer på riktige forutsetninger er det avgjørende at man benytter begreper som forstås likt av alle og som ikke skaper usikkerhet. De senere årene har man i de ulike fagmiljøene derfor forsøkt å finne begreper som er entydige. Man går nå bort fra begrepet "aktiv dødshjelp", og benytter i stedet "dødshjelp".

Det har vært rettet kritikk mot Legeforeningens nye bestemmelse knyttet til at den er uklar.¹ Norsk forening for palliativ medisin har pekt på at det kan oppfattes å være en gråsoner når det gjelder lindrende sedering og eutanasi, og at begrepet "aktiv dødshjelp" kan bidra til en slik uklarhet.

Rådet for legeetikk har forsøkt å tydeliggjøre begrepene gjennom følgende endringer (i kursiv og understreket/overstreket):

Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Renskrevet blir bestemmelsen da slik:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet. Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, er ikke å regne som dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Forslag til endring har mottatt bred støtte i høringsrunden. Det har kommet inn tre forslag til endringer i denne bestemmelsen som vil gjennomgå her.

1. Sykdomsprosess

Norsk psykiatrisk forening foreslår at «sin underliggende sykdom» endres til «en underliggende sykdomsprosess» for å poengtere at vi ikke nødvendigvis vet hvilken sykdom som ligger bak eller eksakt hva pasienten dør av?

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener denne endringen ikke er nødvendig og ser ikke at det tilføyer noe til bestemmelsen. En sykdom innebærer nødvendigvis også en sykdomsprosess. For betydningen av denne bestemmelsen er det uvesentlig hvilken sykdom pasienten dør av. Det viktige er å få tydelig frem at ved dødshjelp dør pasienten som en direkte konsekvens av legens intervensjon. Uten legens handling ville ikke pasienten dø der og da. Dersom legen avstår fra å yte dødshjelp vil pasienten dø en annen gang, og da av den sykdommen vedkommende lider av. Forslaget bidrar ikke til å tydeliggjøre dette, og sentralstyret foretrekker av forenklingshensyn "sykdom" fremfor "sykdomsprosess".

2. Hensikt

Norsk forening for allmenntilleggsmedisin foreslår å endre bestemmelsens første setning. Den var foreslått slik i høringsbrevet:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, begge handlinger som med hensikt framskynder dødstidspunktet.

¹ <https://tidsskriftet.no/2016/08/medisinsk-etikk/legeforeningens-uklarhet-om-aktiv-dodshjelp>

NFA foreslår:

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, med hensikt å framskynde dødstidspunktet.

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener denne endringen kan bidra til misforståelser.

Leddsetningen, slik den opprinnelig var foreslått, er en forklaring/utdyping av hva som ligger i begrepene eutanasi eller assistert selvmord. Hensikten om å forskynde dødstidspunktet ligger implisitt i disse begrepene, leddsetningen er bare en tydeliggjøring av det. Forslaget fra NFA endrer dette slik at det fremstår som at leddsetningen utgjør et vilkår i seg selv. For å sette det på spissen vil bestemmelsen da kunne misforstås slik at eutanasi er greit så lenge det ikke utføres med hensikt om å framskynde dødstidspunktet. *Rådet for legeetikk og sentralstyret* mener derfor forslaget ikke bør tas til følge, fordi det endrer innholdet i bestemmelsen på en uønsket måte. Det er imidlertid noe som språklig sett gjør at denne setningen kan misforstås eller oppleves lite tilgjengelig. Rådet for legeetikk og sentralstyret foreslår derfor en liten endring for å tydeliggjøre leddsetningens meningsinnhold (ny endring i gult):

Leger skal ikke utføre dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, **som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet.**

3. Lindrende sedering og refraktære symptomer

Finnmark legeförening foreslår å endre bestemmelsens siste setning. Den var foreslått slik i høringsbrevet:

Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med refraktære symptomer.

Finnmark legeförening foreslår:

Det samme er tilfellet ved beroligende og smertedempende lindring i livets slutfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg kurere.

Rådet for legeetikk og sentralstyret mener begrepet "lindrende sedering" bør fremkomme spesifikt. Dette er en egen behandlingsform og er ikke det samme som "beroligende og smertedempende lindring". Det er et poeng i seg selv at det er en henvisning til denne spesifikke behandlingsmetoden. Det vises til [retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf \(legeforeningen.no\)](https://www.legeforening.no/retningslinjer-for-lindrende-sedering-i-livets-slutfase-2014.pdf).

Begrepet "refraktære symptomer" er ikke synonymt med uttrykket "som ikke lar seg kurere". Rådet for legeetikk og sentralstyret mener "refraktære symptomer" kan endres til "ikke lar seg lindre på annen måte" slik at man sikrer at bestemmelsen er språklig utvetydig og lett forståelig for alle (ny endring i gult):

Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med ~~refraktære~~ symptomer **som ikke lar seg lindre på annen måte.**

Innstilling til vedtak 11.1:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 5

Leger skal ikke utføre ~~aktiv~~ dødshjelp, det vil si eutanasi eller assistert selvmord, som begge er handlinger hvor legen med hensikt bidrar til å framskynde dødstidspunktet. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs Begrensning av livsforlengende eller nytteløs behandling i livets slutfase, (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som ~~aktiv~~ dødshjelp fordi pasienten da dør av sin underliggende sykdom. Det samme er tilfellet ved lindrende sedering i livets slutfase, der hensikten er kontroll med symptomer som ikke lar seg lindre på annen måte.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester - § 1

Bestemmelsen lyder i dag:

Markedsføring og annen informasjon om legetjenester kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføring som kan skape angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Markedsføring eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.

Rådet for legeetikk har det siste året hatt et særlig fokus på markedsføring av legetjenester. Det foregår etter hvert svært omfattende markedsføring både i sosiale medier og andre former for nettjenester. Rådet for legeetikk har benyttet gjeldende regler også for markedsføring som fremsettes her. For å unngå tvil, og for å understreke at også markedsføring i ulike nettjenester er omfattet av disse etiske reglene, mener rådet det er grunn til å presisere at regelen gjelder uavhengig av medium.

I forbindelse med koronapandemien har det vært eksempler på markedsføring som utnytter det at folk er bekymret for viruset. Også i andre sammenhenger har rådet blitt oppmerksom på markedsføring som utnytter folks bekymring for ulike sykdommer. Dette er noe litt annet enn å "skape angst" slik det nå står i bestemmelsen, og rådet mener det er et behov for å påpeke at også en slik form for markedsføring er uetisk.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Merk at endringen i henvisning til de øvrige bestemmelsene avhenger av andre foreslåtte endringer i denne saken.

Innstilling til vedtak 11.2:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 1

Markedsføring og annen informasjon om legetjenester, uavhengig av medium, kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (~~kfr. § 2 nedenfor~~) og tittel (kfr. § ~~3~~ 4 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser

Opplysningene må reflektere medisinsk allment aksepterte og/eller vitenskapelig dokumenterte indikasjonsstillinger og/eller metoder. Opplysningene må ikke inneholde noe som er uriktig eller villedende overfor publikum. Markedsføring som kan skape eller spiller på angst, fordommer eller urealistiske forventninger til helsetjenesten, må ikke forekomme.

Markedsføring eller annen informasjon skal ikke omtale mulige eller forventede resultater av definerte tjenester, eller tjenestenes kvalitet. Det skal ikke benyttes formuleringer som kan gi publikum inntrykk av at man ved å unnlate å benytte de annonserte tjenester kan sette egen eller andres somatiske, psykiske eller sosiale helse i fare.

Markedsføring og informasjon om legevirkosomhet må være i overensstemmelse med de intensjoner som fremgår av foranstående.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester - § 2

Bestemmelsen lyder i dag:

Ved markedsføring av og informasjon om legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges.

Rådet for legeetikk mener det er grunn til å tydeliggjøre at dette ansvaret også gjelder dersom markedsføringen er utformet av andre. For at bestemmelsen skal ha en reell betydning er det klart at et slikt prinsipp må ligge til grunn. Man skal ikke kunne unngå dette ansvaret bare ved å hyre inn et reklamebyrå til å utforme markedsføring. Et slikt prinsipp legges derfor til grunn allerede i dag, men rådet mener det er en fordel å tydeliggjøre det ved å ta det inn i selve bestemmelsen. Den foreslåtte endringen er altså ikke nødvendig for å kunne gi kritikk ved et eventuelt brudd, men det er likevel en ønsket tydeliggjøring og presisering.

Rådet for legeetikk ønsker også å foreslå et tillegg i kap III § 2 med krav om at virksomhetens formelle navn og organisasjonsnummer skal fremgå av virksomhetens nettsider. Med økt kommersialisering og privatisering er det grunn til å ha tydelighet rundt hva virksomhetens formelle navn er, for å sikre at alle med behov for det kommer i kontakt med de ansvarlige.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.3:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 2

Virksomhetens registrerte navn og organisasjonsnummer skal fremgå av virksomhetens nettside.

Ved markedsføring av og informasjon om legetjenester skal (d)en medisinsk ansvarlig leges navn fremgå. Denne lege anses ansvarlig for at bestemmelsene i dette kapittel følges. *Dette gjelder også dersom det er andre som utformer markedsføringen på bedriftens vegne.*

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – ny § 3

Det foreslås å slå sammen nåværende § 3 med § 4, se neste punkt. Her foreslås en ny § 3.

Rådet for legeetikk erfarer at det tas i bruk ulike former for økonomiske lokkemidler i markedsføring av legetjenester. Det tilbys gratis konsultasjoner, kunde-poeng med på kjøpet og rabatter. Dette er en utvikling rådet reagerer på og ønsker å stanse.

Det kan argumenteres med at dagens regler setter strenge rammer for hva man kan informere om i markedsføring av legetjenester, og at de nevnte formene for markedsføring allerede må sies å være utenfor det som anses etisk etter disse bestemmelsene. Kap III § 1 sier innledningsvis at markedsføring av legetjenester "kan bare inneholde opplysninger om:

- virksomhetens lokalisering, åpningstid og administrasjon
- praksistype, spesialitet (kfr. § 2 nedenfor) og tittel (kfr. § 3 nedenfor)
- diagnostiske og terapeutiske metoder
- priser"

Rådet for legeetikk mener det er behov for å tydeliggjøre at det må anses som uetisk å tilby ulike former for rabatter og tilgifter i tilknytning til legetjenester. Etter dagens regler er dette ikke tilstrekkelig klart. Rådet for legeetikk mener det er viktig å legge til rette for at legetjenester oppsøkes ved behov, velges utfra kvalitet og at økonomiske insentiver eller lokkemidler ikke har en plass i markedsføringen av legetjenester.

Rådet for legeetikk har også erfart flere ganger den senere tiden at legetjenester blir markedsført sammen med andre ytelser; for eksempel banktjenester og strømleverandører. Rådet for legeetikk mener dette er en uheldig utvikling.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.4:

Endring i kursiv og understreket:

§ 3

Legetjenester skal kun markedsføres alene eller som del av andre helsetjenester.

Ved markedsføring av legetjenester skal det ikke tilbys tilleggfordeler eller mulighet for å oppnå slike fordeler, eksempelvis i form av rabatter, gaver eller gratis konsultasjoner.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – §§ 3 og 4

Bestemmelsene lyder i dag:

§ 3

En lege som ikke er godkjent spesialist kan bare markedsføre alminnelig praksis. En godkjent spesialist kan markedsføre sitt spesialfag alene eller sammen med "alminnelig praksis". Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å markedsføre spesialitet i en bestemt sykdom.

§ 4

En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger til.

Han/hun må ikke bruke titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av hans/hennes kvalifikasjoner og virksomhet.

Rådet for legeetikk erfarer at disse bestemmelsene i praksis delvis overlapper hverandre og at de derfor, som en forenkling, kan slås sammen til én bestemmelse. Rådet har også et ønske om å tydeliggjøre at markedsførte titler bør ha en sammenheng med godkjente spesialiteter og kompetanseområder. Det er også et ønske om å ta ut begrepet "alminnelig praksis" fordi man nå har en spesialitet i allmenmedisin slik at begrepsbruken her fremstår som uklar og forvirrende.

Det presiseres at det er bruken av titler i markedsføring av legetjenester som omfattes av denne bestemmelsen. Man står friere når det gjelder stillingsbetegnelser eller omtale av en leges kompetanse. For eksempel kan det nevnes at begrepet allmennlege er vanlig å bruke, både muntlig eller som en del av en beskrivelse av legens kompetanse. Bestemmelsen som her foreslås rettes kun mot bruk av titler i markedsføring. Rådet mener det fort kan fremstå som villedende overfor pasientene dersom en lege står titulert som "Allmennlege" dersom vedkommende ikke er spesialist i allmenntillegemedisin. Når det gjelder leger uten spesialitet, går forslaget ut på at disse kun bør tituleres som lege. Deres kompetanse kan beskrives på en nettside eller lignende, her vil man også for eksempel kunne skrive at vedkommende er under spesialisering.

Samtlige høringsinnspill er positive til den foreslåtte endringen.

Innstilling til vedtak 11.5:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

~~§ 3~~

~~En lege som ikke er godkjent spesialist kan bare markedsføre alminnelig praksis. En godkjent spesialist kan markedsføre sitt spesialfag alene eller sammen med "alminnelig praksis". Uten tillatelse av sentralstyret er det ikke tillatt å markedsføre spesialitet i en bestemt sykdom.~~

§ 4

En lege må bare bruke slike titler og betegnelser som hans/hennes utdanning og stilling berettiger ~~til~~. Kun tittel knyttet til godkjente norske spesialiteter og kompetanseområder kan benyttes. Lege uten spesialitet skal kun betegnes som "lege".

~~Han/hun~~ Det må ikke brukes titler og betegnelser som kan gi et feilaktig inntrykk av ~~hans/hennes~~ legens kvalifikasjoner og virksomhet.

Kapittel III. Markedsføring og annen informasjon om legetjenester – § 5

Bestemmelsen lyder i dag:

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter eller medisinske forbruksartikler. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Formålet med bestemmelsen er å unngå at leger benytter den troverdighet som tilligger legerollen for å markedsføre produkter. Rådet for legeetikken mener det også er grunn til å reagere på markedsføring av andre produkter enn de som i dag er nevnt i bestemmelsen. På samme måte som en lege ikke skal bruke den tilliten man har som fagperson til å markedsføre legemidler eller medisinske forbruksartikler, mener Rådet for legeetikken det vil være etisk betenkelig dersom denne tilliten benyttes til salg av andre helserelaterte produkter. Dette har både en side mot det å

opprettholde den generelle tilliten til legestanden, men handler også om hva legers faglige tyngde bør brukes til.

Følgende endringer ble sendt på høring (i kursiv og understreket):

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter, ~~eller~~ medisinske forbruksartikler eller andre helserelaterte produkter. Omtale i faglig-medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Norsk forening for allmenntidrett foreslår at begrepet "faglig-medisinsk" endres. De viser til en artikkel i Tidsskriftet: [Trenger vi ordet medisinskfaglig? | Tidsskrift for Den norske legeforening \(tidsskriftet.no\)](https://tidsskriftet.no). NFA foreslår, i tråd med det som fremgår i nevnte artikkel, å fjerne ordet "faglig" slik at setningen blir:

Omtale i medisinsk sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Rådet for legeetikk og sentralstyret er enig i at begrepet "faglig-medisinsk" er uheldig. I denne bestemmelsen mener man likevel det gir lite mening å kun bruke begrepet "medisinsk". Det viktige i denne bestemmelsen er å tydeliggjøre skillet mellom kommersiell sammenheng og faglig sammenheng, og det foreslås derfor å bruke begrepet "faglig sammenheng".

Innstilling til vedtak 11.6:

Endring i kursiv og understreket/overstreket:

§ 5

En lege må ikke drive reklame eller markedsføring for medikamenter, ~~eller~~ medisinske forbruksartikler eller andre helserelaterte produkter. Omtale i faglig-~~medisinsk~~ sammenheng i artikler, foredrag o.l., uten vinningsøyemed, er ikke å anse som markedsføring.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygard Haavardsholm, jurist/spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 12

**Forslag om observatørstatus i sentralstyremøtene for
Akademikernes leder Kari Sollien**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 12 – Forslag om forlenget observatørstatus i sentralstyret for Akademikernes leder Kari Sollien

Sollien ble i 2016 leder i Akademikerne etter forslag fra Legeforeningen, og hun er den første legen som er leder for Akademikerne. Hun var på det tidspunktet medlem av sentralstyret og leder av Allmennlegeforeningen. Det ble i den sammenhengen argumentert for at det ville være en fordel at hun fortsatt kunne ha god kontakt med styrets virksomhet etter at hennes sentralstyreperiode i Legeforeningen var over 31. august 2017. Etter høringsrunde og behandling på landsstyremøtet i 2017 ble det enstemmig vedtatt at;

"Kari Sollien gis observatørplass med møte- og talerett i sentralstyrets møter for perioden 1. september 2017 til 31. august 2019, forutsatt at hun innehar vervet som leder av Akademikerne i denne periode."

Det ble i 2017 besluttet at ordningen skulle gjøres for to år av gangen, slik at det ble forelagt landsstyret hvert valgår. Denne saken dreier seg derfor om en forlengelse av den ordningen man vedtok i 2017, og forlenget i 2019.

Erfaringen med ordningen siste åtte år har etter sentralstyrets vurdering vært god. Den sikrer god informasjonsflyt mellom Legeforeningen og Akademikernes leder, og sikrer at det er nær kjennskap til Legeforeningens interesser i Akademikerne sentralt. For ordens skyld nevnes at Solliens rolle i styremøtene skiller seg fra de ordinære styremedlemmenes. Hun har møte- og talerett, men ikke forslagsrett for sentralstyret. Det nevnes også at observatørposisjonen ikke innebærer rett til honorar fra Legeforeningen.

Det ble presisert i 2017 og 2019 at selv om Sollien er allmennlege, var intensjonen at hun skulle være observatør som leder av Akademikerne og dermed ikke ha rollen som interessepåvirker for allmennmedisin. Erfaringen har, etter sentralstyrets oppfatning, vist at dette fungerer.

For ordens skyld nevnes at det ikke har fremkommet motforestillinger mot en slik ordning i de øvrige Akademikerne-foreningene. Når posisjonene til styret i Akademikerne velges blir i praksis roller fordelt mest mulig rettferdig mellom foreningene/forbundene, noe som samtidig gir en sterk organisasjon hvor Akademikerfelleskapets interesser som sådan blir ivaretatt. Leder og nestleder er fra hver sin forening, og styreposisjonene fordeles blant øvrige. De som bekler posisjonene er i all hovedsak sentrale politiske aktører fra sine respektive foreninger/forbund, og som regel ledere eller



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

styremedlemmer fra egen organisasjon. Det er derfor naturlig med en viss tilknytning til den foreningen man kommer fra.

Ordningen med observatørstatus for Akademikerne-lederen er kun ment som en midlertidig ordning når det er et medlem fra Legeforeningen som innehar ledervervet, og det må dessuten vurderes fra periode til periode hva som anses hensiktsmessig.

Det ble gjennomført høringsrunder forut for landsstyrebehandlingen i 2017 og 2019. I 2017 ble det mottatt 11 høringsvar som i all hovedsak var positive. I 2019 ble det mottatt kun fire høringsvar som alle var positive. Sentralstyret mente det ikke var behov for ny høringsrunde nå.

Innstilling til vedtak:

"Kari Sollien gis observatørplass med møte- og talerett i sentralstyrets møter for perioden 1. september 2021 til 31. august 2023, forutsatt at hun innehar vervet som leder av Akademikerne i denne periode."

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygard Haavardsholm, jurist/spesialrådgiver

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 13
Valg av lokal arrangør til landsstyremøte 2023



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021000620

Dato: 12-5-2021

Sak 13 - Valg av lokal arrangør til landsstyremøte 2023

Sentralstyret vedtok i møte 19.1.2021 å sette i gang prosess for å finne medarrangør for landsstyremøte i 2023. Fast praksis for arrangement av landsstyremøtene er at det hvert annet år søkes medarrangør fra avdelingene.

Av Legeforeningens lover § 3-1-2 (1) fremgår at landsstyret holder møte hvert år innen utgangen av mai måned. I 2023 er det offentlig fridag mandag 29.5. Det anbefales derfor at møtet avholdes i tidsrommet tirsdag 6.6 – torsdag 8.6.2023.

For å kunne arrangere landsstyremøte stilles det krav til størrelse på hotell og møteromkapasitet. Det må være plass til ca. 250 personer i klasseromsoppsett i plenumsalen, ca. 16 grupperom i varierende størrelse fra 6-50 personer, bankettsal til ca. 250 personer, og ca. 250 hotellrom på hotellet eller i nærhet av konferansehotellet. Lokal arrangør har medansvar for åpningsmøtet, planlegging og gjennomføring av lokalt arrangement landsstyremøtets første kveld, og underholdning og kulturelle innslag i løpet av møtet og bankett. Hovedforeningen gir økonomisk bistand til arrangementet basert på budsjett og i dialog med lokal arrangør.

Høringsfristen ble opprinnelig satt til 1. april men forlenget til 1. mai. Ved høringsfristens slutt var det ikke kommet inn forslag.

Sentralstyret behandlet saken i møte 11.5 2021.

Saken legges åpent fram for landsstyret med anmodning om at arrangør melder sin interesse.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

Sak 14
Avvikling av Norske lægers begravelseskasse



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Til Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021001332

Dato: 7.5.2021

Sak 14 – Avvikling av Norske lægers begravelseskasse

Norske lægers begravelseskasse (Begravelseskassen) ble stiftet i 1891. Per 31.12.2020 hadde Begravelseskassen 63 medlemmer. Begravelseskassen skal i henhold til vedtektene avvikles når antall medlemmer synker under 100. Det har ikke vært tatt opp medlemmer i Begravelseskassen siden 1994.

Begravelseskassen har i henhold til vedlagte *Lover for Norske lægers begravelseskasse* (vedlegg 1), som formål "ved dens medlemmers død å sikre deres etterlatte en øyeblikkelig pengehjelp (begravelsesbidrag)".

Dagens medlemmer har innbetalt alt fra kr 334 til kr 1 404 til Begravelseskassen – enten som engangsbeløp eller som årlige innbetalinger. Premiereserven – som medlemmenes etterlatte per i dag får utbetalt ved medlemmets død – utgjør enten kr 2 700 eller kr 4 900. Ytelsen utbetales når Legeforeningen blir orientert om at et medlem av Begravelseskassen har gått bort.

Det har over lengre tid vært ønskelig å avvikle Begravelseskassen. Den er arbeidskrevende å administrere, og for mottakerne i form av de etterlatte dreier det seg om små beløp. Det er gjort to tidligere forsøk – i 2000 og i 2006, uten å lykkes. Nå er det imidlertid mulig å få det til, da Begravelseskassens lover åpner for avvikling når det er under 100 gjenlevende medlemmer.

Tilsvarende ytelse som Begravelseskassen tilbyr, finnes i dag i SOP. Ytelsen *Engangsstønad ved død* omfatter imidlertid et vesentlig høyere beløp enn det som følger av ordningen i Begravelseskassen. *Engangsstønad ved død* er en ytelse til etterlatte etter *alle* leger i Norge. Stønaden i SOP lyder – ved full opptjeningstid på 35 år – på 1,0 grunnbeløp (per 2021 kr 101 351) når dødsfallet inntreffer *før* fylte 75 år, og 0,5 grunnbeløp (per 2021 kr 50 676) når dødsfallet inntreffer *etter* fylte 75 år. Dersom det ikke er gjenlevende ektefelle eller barn under 20 år, tilstås 0,5 grunnbeløp til boet – uavhengig av avdødes alder.

Etter søknad til Lotteri- og stiftelsestilsynet, mottok Legeforeningen den 22.7.2020 tilsynets vedtak om omdanning av foreningsmidlene til Norske lægers begravelseskasse;

Under forutsetning av at det blir fattet slik beslutning fra kompetent organ på vegne av foreningen Norske lægers begravelseskasse, gis det adgang til å dele ut midler til gjenværende medlemmer slik vedtektene beskriver i § 23 med videre henvisning til § 12.

Utdeling av resterende midler skal skje i henhold til foreningsrettslige regler.

I arbeidet med søknaden til Lotteri- og stiftelsestilsynet, har Legeforeningen benyttet advokater fra Pricewaterhouse Coopers (PwC). PwC har konkludert med at avvikling av Begravelseskassen må avgjøres av Legeforeningens øverste organ – Landsstyret. Vedtaket fra Stiftelsestilsynet berører ikke spørsmålet om kompetent organ direkte, men PwC tolker tilsynets vedtak som støtte til PwC sin konklusjon på dette punkt.

Revisjons- og rådgivningsselskapet RSM Norge AS er benyttet for å kvalitetssikre beregningene, og gi økt trygghet for at fordelingen av Begravelseskassen gjøres i samsvar med lovene.

Begravelseskassens midler er per 31.12.2020 fordelt på følgende fire fond i kassens balanse:

- Forsikringsfond kr 295 500
- Sikringsfond kr 15 405
- Gavefond kr 16 937 og
- Hjelpfond kr 9 584 726

Begravelseskassens Forsikrings- og Sikringsfond skal fordeles mellom de gjenværende medlemmer i forhold til hvert medlems premiereserve – innbetalt premie med tilhørende avkastning.

Premiereserven som medlemmenes etterlatte ville fått utbetalt ved medlemmets død, utgjør enten kr 2 700 eller kr 4 900. I forbindelse med avviklingen, vil medlemmene få utbetalt sin forholdsmessige andel av innestående på Forsikrings- og Sikringsfondet. Beløpet utgjør henholdsvis kr 2 841 og kr 5 155. Beløpet vil etter planen bli utbetalt til medlemmene i løpet av august 2021.

I henhold til Lotteri- og stiftelsestilsynet skal øvrige midler i Begravelseskassen (Gave- og Hjelpfond) overføres til SOP.

Medlemmene ble informert per brev i slutten av februar, og fikk frist innen 25.3.2021 på å komme med eventuelle innsigelser. Det ble mottatt én klage, som ble besvart per brev den 14.4.2021. I tillegg kom 4 av brevene i retur, grunnet uriktig adresse.

Sentralstyret behandlet saken i møte 17.2.2021 og fremmer følgende forslag til **vedtak**:

Norske lægers begravelseskasse avvikles i tråd med vedtak fra Lotteri- og stiftelsestilsynet av 22.7.2020. Kr 310 905 fordeles blant medlemmene, og kr 9 601 663 overføres SOP.

For Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Erling Bakken
økonomidirektør

Dokumentet er godkjent elektronisk

Vedlegg

1. Lover for Norske lægers begravelseskasse

Lover for «Norske lægers begravelseskasse»¹

Stiftet 1891.

(Vedtatt 1951, med endring 1957.)

¹Forretningsfører er siviløkonom Øivind Christensen i Legeforeningens sekretariat.

§ 1.

Norske lægers begravelseskasse er et gjensidig, uansvarlig selskap, som har til formål ved dens medlemmers død å sikre deres etterlatte en øyeblikkelig pengehjelp (begravelsesbidrag).

§ 2.

Ethvert medlem av Den norske lægeforening som på inntredelsesdagen ikke har fylt 50 år, er berettiget til å bli medlem på de vilkår som er fastsatt i kassens lover (jfr. §§ 3–5).

§ 3.

Søknad om opptakelse sendes kassens styre med erklæring om at vedkommende så vidt han (hun) vet er sunn og frisk og ikke lider av noen svakheter eller sykdom.

§ 4.

Begravelsesbidragets størrelse er kr 1 200 eller kr 2 400 og utbetales av forretningsføreren² til medlems etterlatte snarest mulig etter behørig legitimasjon av dødsfallet.

Ved mangelfulle eller feilaktige opplysninger (jfr. § 3) bortfaller kassens plikt til å betale bidrag etter de bestemmelser som er fastsatt i lov om forsikringsavtaler av 6. juni 1930, §§ 5–10.

§ 5.

I inntredelsesavgift betaler hvert medlem kr 15,00. Duten betales en årlig premie fra innmeldingsåret

til 65 års alder. Premien beregnes etter forsikringstekniske prinsipper og fastsettes til enhver tid av generalforsamlingen etter forslag av styret.

Til bestridelse av administrasjonsutgiftene kan om nødvendig samtidig med premien oppkreves et tillegg av inntil kr 3,00 pr. medlem.

§ 6.

Innmelding kan skje til enhver tid, men som inntredelsesdag regnes bare 1. januar eller 1. juli, henholdsvis for innmelding i 1. og 2. halvdel av innmeldingsåret (jfr. § 5), hvilke dager således blir premiens forfallsdager. Premien beregnes etter vedkommendes alder nærmeste fødselsdag etter inntredelsesdagen.

§ 7.

Hvis forfallen premie ikke er betalt innen 3. – tre – måneder etter forfallsdag og henstand på søknad ikke er innvilget, ansees vedkommende som uttrådt av kassen og retten til begravelseshjelp bortfalt. Likevel kan han på ny bli medlem, hvis han innen ett år melder seg til kassen med erklæring om sin helsetilstand. Samtidig må den forfalne premie betales samt kr 10,00.

§ 8.

Er et medlem endelig uttrådt av kassen, kan det som erstatning for den tapte rett til begravelseshjelp tilbakebetales ham eller hans arvinger 1/3 av de innbetalte premier uten renter.

§ 9.

Forretningsføreren sørger for innkreving av premien i rett tid. Forandring av bopel på meldes til forretningsføreren. Unnlattelse av dette fritar forretningsføreren for følgene av derved foranledigede feil.

§ 10.

Begravelseskassens anliggender varetas av et styre på fem medlemmer som velges på generalforsamlingen

for to år om gangen. Likeledes velges tre vararepresentanter. Til valget kan det også sendes inn skriftlige stemmesedler under navn. Styret velger selv sin leder. Samtidig velges to desisorer.

Styret ansetter etter forutgående kunngjøring i Tidsskrift for Den norske lægeforening en forretningsfører, som tillike er styrets sekretær. Styret fastsetter forretningsførers lønn og ansettelsesvilkår. Forretningsføreren har å holde medlemsfortegnelsen å jour til enhver tid, føre de nødvendige regnskaper og føre protokoll over møter i styret og på generalforsamlingen.

Styret ansetter likeledes en revisor, som også kan være kassens forsikringstekniske konsulent.

§ 11.

Senest innen utgangen av hvert års april måned utferdiger forretningsføreren en utskrift av foregående års regnskap, som i revidert stand innsendes til styret.

§ 12.

Foruten de under § 11 omhandlede regnskaper over inntekter og utgifter har styret minst hvert 3. år å la oppgjøre kassens status.

I dette øyemed blir for hvert medlem å beregne den til forpliktelsen svarende premiereserve, det er den kontante verdi av forpliktelsen med fradrag av de fremtidige nettopremiers verdi ved oppgjøret, på samme grunnlag som etter § 5 for premiene er fastsatt. Herunder tas intet hensyn til de i § 4 nevnte sikkerhetsbestemmelser.

§ 13.

Samtlige etter § 12 beregnede premiereservebeløp avsettes tillikemed summen av uopptjente premier til et *forsikringsfond*. Har kassens overskudd av inntekter over utgiftene i oppgjørsperioden vært større en fornødent til dekning av forsikringsfondet, avsettes det overskytende til et *sikringsfond*.

Har overskuddet derimot vært utilstrekkelig til dekning av forsikringsfondet, tas det fornødne av sikringsfondet.

§ 14.

Såfremt sikringsfondet når opp til 5 pst. av forsikringsfondet + 10 kroner for hvert medlem, blir det beløp som etter foregående paragraf skulle tilfalle samme, å overføre til et *hjelpfond*.

§ 15.

Alle begravelleskassen tilflytende gaver og legater blir å avsette til et *gavefond*. Forsåvidt ikke annerledes er bestemt av vedkommende giver, blir inntil en halvdel av dette fonds renter årlig å tillegge sikringsfondet, hvorimot under samme forutsetning gavefondets kapital ikke må angripes uten etter samtykke av en ordentlig generalforsamling.

§ 16.

Synker sikringsfondet noen gang under det i § 14 nevnte maksimum, tas det fornødne av hjelpfondet til utfylling.

Hjelpfondet skal for øvrig tjene til i påtrengende tilfelle etter styrets nærmere bestemmelse å yte medlemmer hjelp til premiens betaling f.eks. ved lengre sykdomstilfelle eller under andre økonomiske vanskeligheter.

§ 17.

Skulle det ved noe oppgjør vise seg at ikke bare sikringsfondet, men også $\frac{1}{10}$ av forsikringsfondet er medgått, har styret snarest mulig å redegjøre for forholdet og fremsette motivert forslag på ordinær eller ekstraordinær generalforsamling til avhjelp av mangelen, enten ved nedsettelse av begravelleshjelpen eller forhøyelsen av premien eller ved ekstraordinære tilskudd.

§ 18.

Forsikringsfondet kan bare anbringes overensstemmende med de regler, som er fastsatt i forsikringsloven av 29. juli 1911, § 80.

§ 19.

Ved ordinært fellesmøte i Den norske lægeforening holdes *generalforsamling*, hvori styret fremlegger beretning om begravelleskassens virksomhet i tiden etter siste generalforsamling samt regnskap.

Ekstraordinær generalforsamling kan til enhver tid sammenkalles med 3 måneders varsel gjennom kunngjørelse i Tidsskrift for Den norske lægeforening. I kunngjørelsen skal anføres foranledningen til generalforsamlingen og de saker som på samme skal forhandles. Andre saker enn disse kan ikke forebringes på den ekstraordinære generalforsamling.

§ 20.

Forslag til forandring i kassens lover eller til kassens oppløsning må kunngjøres i Tidsskrift for Den norske lægeforening – eller gjennom meddelelse i rekommandert brev til medlemmene – senest 3 måneder før vedkommende generalforsamling.

Forslag om kassens oppløsning kan bare behandles på ordinær generalforsamling.

§ 21.

Til gyldig beslutning om forandring av lovene ellere om kassens oppløsning kreves $\frac{2}{3}$ stemmeflerhet. Såfremt antallet av fremmøtte medlemmer ikke utgjør minst en tredjedel av det samlede antall, skal skriftlig avstemning foranstalles blant kassens medlemmer og være tilendebrakt i løpet av 3 måneder. Til gyldig beslutning kreves $\frac{2}{3}$ stemmeflerhet av de avgitte stemmer.

§ 22.

I tilfelle av begravelleskassens oppløsning overgår de i §§ 14 og 15 omhandlede hjelpe- og gavefond til Den norske lægeforening under navn av «Begravelleskassens hjelpe- og gavefond», som disponeres etter nærmere bestemmelse av Lægeforeningens styre til beste for medlemmene av denne forening eller for deres etterlatte.

§ 23.

Synker antallet av medlemmer i begravseskassen noensinne under 100 – ett hundre – skal styret forelegge spørsmålet om kassens oppløsning for en generalforsamling (§§ 19–21).

Kassens forsikringsfond og sikringsfond fordeles i

tilfelle av oppløsning mellom de gjenværende medlemmer i forhold til hvert medlems premiereserve etter § 12, mens hjelpe- og gavefondet etter § 22 overføres til Den norske lægeforening. Muligens gjenværende midler disponeres etter nærmere bestemmelse av generalforsamlingen.

Sak 15

Forslag om lovendring vedrørende medlemskap i tidligere hovedspesialitetsforening

Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 15 Forslag om lovendring vedrørende medlemskap i tidligere hovedspesialitetsforening

Det foreslås endringer i Legeforeningens lover som vil innebære en delvis reversering av endringer vedtatt i forbindelse med innføringen av ny spesialitetsstruktur. Den foreslåtte reverseringen går ut på at leger som har spesialistutdanning innen kirurgi eller indremedisin etter gammel ordning, får anledning til å fortsette å være medlem i både den gamle hovedspesialitetsforeningen og grenspesialitetsforeningen, men at dette ikke får konsekvenser for kontingentfordelingen.

Forslaget har vært på bred høring i organisasjonen.

Saksfremstilling

Bakgrunnen for forslaget er misnøye i kirurgisk og medisinsk akse med at endringene som ble vedtatt av landsstyremøtet i 2018, har fått konsekvenser man ikke var forberedt på. Forslaget springer ut av arbeid foretatt i arbeidsgrupper nedsatt av sentralstyret i 2020, og forslaget ble fremmet av Norsk kirurgisk forening.

Fra og med 1.3.2019 er spesialiststrukturen endret slik at det ikke lenger eksisterer hoved- og grenspesialiteter innen kirurgi og indremedisin. Det ble vedtatt enkelte endringer i Legeforeningens lover i 2018 som følge av endringer i spesialitetsstrukturen. Man skulle ved denne endringen innrette lovene slik at de skulle følge samme struktur som spesialiststrukturen ved at man fjernet de bestemmelsene som ga Norsk kirurgisk forening og Norsk indremedisinsk forening en særlig stilling og deres medlemmer mulighet for dobbeltmedlemskap. Følgende vedtak ble da fattet:

"2. Bortfall av bestemmelser ved overgang fra grenspesialiteter til hovedspesialiteter 1.mars 2019.

Fra 1. mars 2019 faller følgende bestemmelser i Legeforeningens lover bort:

- § 3-6-2 (3)*
- § 3-6-2 (4)*
- § 3-6-3-1 (3)*
- § 3-6-3-2 (6)*

Øvrige ledd i disse bestemmelser justeres tilsvarende."

Bestemmelsen i § 3-6-2 (4) omhandlet medlemskap, der det sto:

(4) Medlemmer med godkjenning i grenspesialitet(er) og leger i spesialisering som arbeider innenfor grenspesialiserte fagområder, tilmeldes fagmedisinsk forening for hovedspesialitet og grenspesialitet.

Ved kontingentfordelingen telte imidlertid hvert medlem kun ett sted. Dette var regulert i § 4-2 (5) der det fremgikk:

(...) Ved beregning av tilskudd for medlemskap i fagmedisinsk forening teller ingen medlemmer dobbelt, dvs. grenspesialister telles med i grenspesialitetsforening, hovedspesialister uten grenspesialitet telles med i hovedspesialitetsforening.

I løpet av 2020 ga ledelsen i både NKF og NIF tydelig uttrykk for at lovendringene som ble vedtatt i 2018 får konsekvenser som de to foreningene ikke var forberedt på.

Sentralstyret nedsatte to arbeidsgrupper der representanter for henholdsvis medisinsk akse og kirurgisk akse har deltatt i tillegg til representanter fra sekretariatet og en representant fra NFA. Begge grupper ble ledet av visepresident Anne-Karin Rime og gjennomførte sitt arbeid i løpet av høsten 2020. Formålet med arbeidsgruppene var å finne ut om, og eventuelt hvilke, felles funksjoner de to aksene ønsket at sin tidligere hovedspesialitetsforening skulle ha, og i forlengelsen av det vurdere hvilke formelle endringer som eventuelt måtte til for å sikre at de kunne ha en slik rolle. Lovendringsforslaget springer ut av dette arbeidet og er fremmet av Norsk kirurgisk forening.

Høsten 2020 ble det i forbindelse med dette arbeidet gjennomført en Questback blant styrene i de fagmedisinske foreningene i medisinske og kirurgiske fag. Det tegnet seg et tydelig bilde av at det i begge de tidligere hovedspesialitetsforeningene var et ønske om noe felles oppgaveløsning, som det da var ønskelig at den tidligere hovedspesialitetsforeningen skulle besørge. Ønsket om dette var tydeligere i kirurgisk akse enn i den medisinske.

Medisinerne og kirurgene har gjennom arbeidsgruppene gitt tydelig uttrykk for at det fremdeles, og i mange år fremover, vil være svært mange som har dobbelt spesialitet som følge av at man er utdannet i den gamle ordningen. Selv om man nå har en ny spesialiseringsordning, endrer ikke det på hvordan de som allerede er spesialister tok sin spesialitet. Den gamle ordningen krevde en dobbeltspesialitet, noe som skiller disse dobbeltspesialistene fra øvrige leger med dobbelt spesialitet. For å kunne arbeide som grenkirurg må du også være generell kirurg. (Dette vil endres over tid når leger blir utdannet direkte i gren, men det endres ikke for de som allerede er utdannet i en grenspesialitet.)

Det er et tydelig ønske fra NKF og NIF om at medlemstallet i den gamle hovedspesialitetsforeningen reflekterer det faktum at så mange er dobbeltspesialister, kommer til å være dobbeltspesialister og at de jobber i begge spesialitetene. Dette er særlig tydelig fra det kirurgiske miljøet. Historisk sett har dette vært reflektert i Legeforeningens lover gjennom muligheten for dobbeltmedlemskap i hoved- og grenspesialitetsforeningen. Det har vært anerkjent at det har vært noe særskilt med kirurgi og indremedisin i så måte. Dobbeltspesialitet i andre fag har ikke gitt rett til å være medlem i to fagmedisinske foreninger.

Det er også, særlig fra kirurgisk hold, gitt tydelig uttrykk for at man i realiteten bruker begge sine spesialiteter, fordi vaktansvaret mange steder omfatter hele det kirurgiske spekteret. Man jobber på vakt som generell kirurg. Den akuttkirurgiske vaktfunksjonen besørgeres i hovedsak av spesialiteten generell kirurgi. Dette gjør at svært mange jobber innen faget generell kirurgi, men det er relativt få som kun er spesialist i dette. Svært mange kirurger har på den måten fortsatt en like naturlig tilknytning til Norsk kirurgisk forening som man hadde før omleggingen til ny spesialitetsstruktur.

Lovendringene vil innebære at alle som har spesialitet innen en tidligere grenspesialitet, og som er utdannet i den gamle ordningen, er medlemmer i både den gamle hovedspesialitetsforeningen og den tidligere grenspesialitetsforeningen. Dette får betydning for beregning av representanter til faglandsrådet, jfr. § 3-6-4-1, fordi disse dobbeltspecialistene i denne sammenhengen regnes som tellende medlemmer i begge foreningene. Se utregningene under som illustrerer usikkerheten rundt hvorvidt lovendringen vil innebære en økning i antallet delegater til faglandsrådet.

Den foreslåtte endringen innebærer også at spesialister i tidligere grenspesialitet er valgbare til styret i NKF og NIF og andre verv i foreningene, og naturligvis at man har møte- og stemmerett på årsmøtet. Det har også den betydning at NKF og NIF lettere vil kunne påta seg felles oppgaver og å uttale seg på vegne av fellesskapet i sine respektive akser. De har da en stor medlemsmasse som de taler på vegne av og representerer utad. Den foreslåtte lovendringen, se under, medfører ingen økonomiske konsekvenser når det gjelder fordeling av kontingentmidler. I tråd med slik reglene var tidligere skal spesialistene kun telles med i én forening når det gjelder økonomisk tilskudd.

Om delegatfordeling til landsstyret og til faglandsrådet

Det redegjøres her for betydningen av de foreslåtte endringene for delegater til landsstyret og til faglandsrådet.

1. Delegater til landsstyret

Legeforeningens lover beskriver i § 3-1-1 (3) sammensetningen av landsstyret. Det fremgår her at:

"5. Fagmedisinske foreninger velger til sammen 20 representanter. (...)"

Det er beskrevet i § 3-6-6 hvordan disse 20 skal velges. Her fremgår det at 9 av disse er fagstyrets representanter og at faglandsrådet velger de 11 øvrige. Til sammen skal de 20 representantene fordeles på følgende seks grupper:

1. Kirurgiske fag – 4 representanter
2. Medisinske fag – 4 representanter
3. Allmenmedisin – 3 representanter
4. Grupperettede medisinske fag – 3 representanter
5. Medisinske servicefag – 3 representanter
6. Psykiatriske fag – 3 representanter

Den foreslåtte lovendringen får ingen konsekvens for denne fordelingen, fordi denne fordelingen ikke beregnes utfra medlemstall. Det ligger fast at det er 20 fagdelegater til landsstyret, og det ligger

fast hvilket antall som skal velges fra hver faggruppe. Endringen vil altså *ikke* medføre noen forskyving med tanke på hvilke faggrupper delegatene fra fagaksen til landsstyret kommer fra.

2. Delegater til faglandsrådet

Beregning av delegater til faglandsrådet gjøres etter bestemmelsene i § 3-6-4-1 (3). Her står det:

"(3) De fagmedisinske foreningene skal ha følgende representasjon, basert på medlemstall per 1.2. i valgåret:

1. Alle fagmedisinske foreninger skal ha én representert i faglandsrådet samt ytterligere en representant per påbegynt 1 000 medlemmer utover 1 000 medlemmer.
2. Representanten utover 1 000 medlemmer skal være lege i spesialisering.
3. Representanten utover 3 000 medlemmer skal være lege i spesialisering.
4. Representanter fra leger i spesialisering, jf. punkt 2-3, velges av fagutvalg for leger i spesialisering i den enkelte fagmedisinske forening, jf. § 3-6-3-2 (4) 2. punkt.
5. Det skal i tillegg velges samlet minst 7 representanter blant leger i spesialisering for fagmedisinske foreninger med mindre enn 1000 medlemmer etter forslag fra foreningenes fagutvalg (FUXX), jf. § 3-6-3-2 (4) 2. punkt. Leger i spesialisering skal samlet utgjøre minst 25 % av representantene i faglandsrådet."

Vedlagt følger delegatfordelingen til faglandsrådet 2022-2023, beregnet per 1.2.2021. Totalt antall delegater til faglandsrådet er nå 82. Økningen fra 69 i forrige periode skyldes at:

- Lovendring som gjør at fagstyret skal stille i tillegg til de øvrige delegatene (+9)
- NFA har fått over 8000 medlemmer (+2)
- den nye regelen om minst 25 % LIS gjør at det skal velges 8 LIS fra foreninger med under 1000 medlemmer (+1)
- Nyopprettet Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin (+1)

Som det fremgår av tabellen, var det per 1.2.2021 registrert 1 569 medlemmer i Norsk kirurgisk forening og 3 560 i Norsk indremedisinsk forening. Av disse vet vi at en stor andel har dobbelt medlemskap. Etter lovendringen fra 2018 trådte i kraft 1.3.2019, skulle disse ha mistet sitt doble medlemskap. Dette opprydningsarbeidet knyttet til medlemskap i de fagmedisinske foreningene har ennå ikke blitt gjennomført. I medlemsregisteret står de altså fortsatt oppført med dobbelt medlemskap. Dette skyldes blant annet at dette opprydningsarbeidet er en del av et større prosjekt med medlemsregisteret. Dersom den foreslåtte lovendringen blir vedtatt, vil disse tallene i hovedsak videreføres, det vil ikke være behov for dette opprydningsarbeidet. De som i dag står som tellende medlemmer i disse to foreningene vil da fortsette å være medlemmer her. I så fall vil antallet delegater være det samme som det er nå.



Det er krevende og sammensatt å skulle gjøre beregninger av hvordan antallet delegater vil bli dersom lovendringen ikke vedtas. Sekretariatet vil da måtte innhente informasjon om hvilken forening hvert enkelt medlem ønsker å være medlem av, for på den måten å kunne fordele ut de medlemmene som i dag har dobbelt medlemskap. Fordi dette avhenger hvert enkelt medlems valg, er det ikke mulig å si hva medlemstallene vil bli dersom man ikke vedtar lovendringen. For å illustrere mulige utfall vil vi her vise tre eksempler der vi legger til grunn ulike medlemstall i NKF og NIF. Sekretariatet understreker at dette kun er for å illustrere innvirkningen på delegatantallet i faglandsrådet. Vi vet altså ikke om dette er de medlemstallene man reelt sett ville fått dersom lovendringen ikke vedtas.

	Faglandsråd 2022-23		Eksempel 1 NKF 900 medl. NIF 1900 medl.		Eksempel 2 NKF 900 medl. NIF 2100 medl.		Eksempel 3 NKF 1100 medl. NIF 2100 medl.	
Delegater fra NKF	1	1 LIS	1		1		1	1 LIS
Delegater fra NIF	2	2 LIS	1	1 LIS	2	1 LIS	2	1 LIS
LIS fra foreninger < 1000 ("25 % regelen")	8		9		10		9	
Totalt antall delegater	82		80		82		82	

Disse eksemplene viser at det er usikkert hvilken effekt lovendringen vil ha på antallet delegater i faglandsrådet. Beregningen viser også at den nye bestemmelsen om at LIS skal utgjøre minst 25 % av delegatene i faglandsrådet får betydning i disse beregningene.

Som det fremgår av den vedlagte oversikten er det ingen andre fagmedisinske foreninger som ser ut til å runde 1 000, 2 000 eller 3 000 medlemmer i nær fremtid, og som på den måten vil kunne påvirke dette.

Interne hørings svar

Sekretariatet har mottatt høringsuttalelser fra Overlegeforeningen, Yngre legers forening, Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Hedmark legeforening, Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk gastroenterologisk forening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk karkirurgisk forening, Norsk kirurgisk forening, Norsk nevrokirurgisk forening, Styret og spesialitetskomiteen i Norsk cardiologisk selskap, Norsk plastikkirurgisk forening, Norsk thoraxkirurgisk forening og Norsk urologisk forening.

Følgende foreninger stiller seg positive til forslaget: Overlegeforeningen, Yngre legers forening, Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi, Norsk forening for palliativ medisin, Norsk gastroenterologisk forening, Norsk indremedisinsk forening, Norsk karkirurgisk forening, Norsk kirurgisk forening, Norsk nevrokirurgisk forening, Norsk plastikkirurgisk forening, Norsk thoraxkirurgisk forening og Norsk urologisk forening.

Disse trekker frem betydningen av å ha sterke generelle fagmedisinske foreninger.

NIF fremhever betydningen av å ha en forening som arbeider for den brede indremedisinen som motvekt mot den stadig smalere spesialiseringen innen mange av medisinsens felter. De påpeker at det er særlig viktig for å opprettholde en bred indremedisinsk vaktkompetanse ved små og mellomstore sykehus. Så langt mener de det ser ut til at relativt få velger den nye spesialiteten i generell indremedisin, og at det er derfor avgjørende at foreningen ivaretar den brede indremedisinen utover den særskilte nye spesialiteten.

NKF og de øvrige kirurgiske fagmedisinske foreningene understreker også viktigheten av å ha en stor forening som ivaretar det generelle som faller mellom spesialitetene. De trekker frem traume, akuttkirurgi, brokk- og bukveggs-kirurgi, LIS2-utdanning og felles kirurgiske interesser som viktige spesialitetsovergripende områder. Det påpekes også at det fortsatt utdannes leger i den gamle utdanningsordningen, og at det vil være yrkesaktive leger med slik spesialisering de neste 40 årene. Medlemsreglene tilhørende den gamle utdanningsordningen bør fortsatt gjelde for disse.

Norsk forening for palliativ medisin påpeker at det er viktig at utilsiktede uheldige konsekvenser rettes opp så fort de blir erkjent og belyst av dem som rammes, i dette tilfelle NKF og NIF.

Styret og spesialitetskomiteen i Norsk cardiologisk selskap gir uttrykk for at de er skeptiske til at dobbelt medlemskap skal være tvungent, og mener det bør være frivillig om man ønsker slike medlemskap.

Følgende foreninger stiller seg *negative* til forslaget: Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin og Hedmark legeforening. De viser alle til at det er et viktig prinsipp at alle medlemmer skal være like mye verdt. De er derfor kritiske til at spesialister innen kirurgi og medisin skal telles dobbelt, altså at de skal ha anledning til to hovedmedlemskap. Det påpekes at mange allmennleger har kombinerte stillinger og dobbelt spesialitet innen samfunnsmedisin og arbeidsmedisin. Disse må velge ett hovedmedlemskap og evt være assosiert medlem i de(n) andre forening(en)e). Dersom det skal åpnes for muligheten for dobbelt hovedmedlemskap for noen medlemmer bør dette gjelde alle.

NFA mener at man fort vil komme i en situasjon hvor det å fordele økonomiske midler og å regne ut representanter i styrende organer kan bli vanskelig hvis det ikke skal gjøres ut fra en regel om at man bare kan være hovedmedlem i én fagmedisinsk forening og at medlemstilskudd tilfaller denne foreningen.

Sentralstyrets vurdering og innstilling

Sentralstyret registrerer at det er ulikt syn på det prinsipielle som ligger til grunn for lovendringen. På den ene siden kan det ses på som at man nå innfører en regel som avviker fra prinsippet om at et medlem skal telle like mye. I dette lyset fremstår endringen som en særbehandling av leger innen de medisinske og kirurgiske fagene. På den andre siden kan det ses på som at dette er slik man har talt medlemmer i medisinsk og kirurgisk akse i alle år, og at lovendringen for noen år siden må anses som en feil som nå rettes opp igjen fordi man ikke i tilstrekkelig grad hadde forutsett konsekvensene.

Sentralstyret registrerer også at enkelte i høringsrunden har tatt til orde for at ordningen bør være frivillig. I innstillingen til vedtak har dette ikke blitt endret, og det foreslås en obligatorisk innmelding i begge foreninger for de medlemmene dette gjelder.

Særlig om kontingentfordeling

Forslaget som ble sendt på høring er basert på lovteksten slik den var før endringen ble vedtatt i 2018. Her var det lagt til grunn at dobbeltspecialister innen kirurgi og medisin med dobbelt medlemskap skulle regnes med i grenspesialitetsforeningen ved kontingentfordeling. Flere av foreningsleddene kommenterer i høringsrunden at de støtter forslaget om at det doble medlemskapet ikke skal få økonomiske konsekvenser. Altså at medlemmene ikke skal telles dobbelt ved kontingentfordeling.

Sentralstyret innstiller på en liten endring av denne bestemmelsen fra forslaget i høringsrunden, slik at disse dobbeltspecialistene selv får velge hvilken forening man ønsker å ha et primært medlemskap i og som kontingenten skal tilfalle. Etter sentralstyrets mening vil det gjøre bestemmelsen mer balansert. Slik regelen ble foreslått i høringsrunden ville ikke NKF/NIF kunne få kontingentmidler for noen dobbeltspecialister. Med den foreslåtte endringen vil en del dobbeltspecialister kunne velge at deres primære medlemskap skulle være i NKF/NIF.

Bakgrunnen for dette forslaget er at man har sett nærmere på helheten i reglene før 2018. Da fikk NIF og NKF alle LIS som tellende medlemmer, og mottok da også kontingentmidler for disse. Dette er nå endret som følge av at LIS i ny spesialiseringsordning starter rett i et spesialiseringsløp mot det som tidligere var grenspesialitet. Deres medlemskap i fagmedisinsk forening styres av hva som anses som mest relevant forening for dem. Det antas at mange vil oppfatte grenspesialitetsforeningen som mer relevant enn NKF/NIF, og at dette vil ha stor betydning for NKF og NIFs økonomi.

Etter de gamle reglene var altså LIS fullverdig tellende medlemmer i NKF/NIF frem til man var ferdig dobbeltspecialist. Som dobbeltspecialist talte man med i medlemstallet i begge foreninger, men kontingenten tilfalt grenspesialitetsforeningen. Denne faktiske endringen når det gjelder LIS-medlemskap gjør at den bestemmelsen som tidligere var gjeldende, nå er mindre fordelaktig for NKF/NIF enn det var tidligere.

Sentralstyret innstiller derfor på en bestemmelse som gir NKF/NIF muligheten til å også få noen tellende medlemmer av de med dobbelt medlemskap. Man benytter da den samme frasen som i § 3-6-2 (1) når det gjelder innplassering av LIS i fagmedisinske foreninger; *"den fagmedisinske forening som er mest relevant for vedkommendes arbeid"*. Etter denne bestemmelsen legger man til grunn at sekretariatet kan plassere medlemmet i en fagmedisinsk forening utfra de opplysningene man har om arbeidssted, men at medlemmet også selv kan velge. Altså slik at hvilken forening som er å anse som den mest relevante foreningen er opp til medlemmet selv å vurdere, men at sekretariatet kan innplassere i forening inntil medlemmet selv eventuelt tar stilling til dette.

Foreslått endring i § 4-2 (endring i kursiv og understreket) med gul markering av endring fra høringsrunden:

(5) Landsstyret fastsetter fordeling av kontingentinntektene på hovedforeningen og avdelingene. Lokalforeninger, yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger gis et

differensiert grunntilskudd uavhengig av medlemstilslutning. Det øvrige tilskuddet til avdelingene fordeles per medlem. Ved beregning av tilskudd for medlemskap i fagmedisinsk forening teller ingen medlemmer dobbelt, dvs. de som etter § 3-6-2 (4) er medlem i to foreninger telles med i den fagmedisinske forening som er mest relevant for vedkommendes arbeid tidligere grenspesialitetsforening. For Norsk medisinstudentforening fastsettes tilskuddet per medlem.

Det understrekes at dette ikke griper inn i økonomien til de øvrige fagmedisinske foreninger, men kun innebærer en mulig mindre omfordeling av kontingentmidlene mellom NKF/NIF og de tidligere grenspesialitetsforeningene.

Innstilling til vedtak

Nytt § 3-6-2 fjerde ledd, som vil medføre renummerering av de øvrige leddene (endring i kursiv og understreket):

(4) Medlemmer med godkjenning i tidligere grenspesialitet(er), som er utdannet i ordningen gjeldende frem til 1.3.2019 og har dobbelt spesialitet innen kirurgi eller medisin, tilmeldes både den fagmedisinske forening for tidligere grenspesialitet og Norsk kirurgisk forening eller Norsk indremedisinsk forening.

Endring av § 4-2 femte ledd (endring i kursiv og understreket)

(5) Landsstyret fastsetter fordeling av kontingentinntektene på hovedforeningen og avdelingene. Lokalforeninger, yrkesforeninger og fagmedisinske foreninger gis et differensiert grunntilskudd uavhengig av medlemstilslutning. Det øvrige tilskuddet til avdelingene fordeles per medlem. Ved beregning av tilskudd for medlemskap i fagmedisinsk forening teller ingen medlemmer dobbelt, dvs. de som etter § 3-6-2 (4) er medlem i to foreninger telles med i den fagmedisinske forening som er mest relevant for vedkommendes arbeid. For Norsk medisinstudentforening fastsettes tilskuddet per medlem.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Lars Duvaland
avdelingsdirektør

Saksbehandler: Ida Torgersdotter Øygard Haavardsholm, jurist/spesialrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk

Delegater til faglandsråd 2022-2023

Forening (vg)	Total	Antall delegater (leder, alternativt styremedlem eller et valgt medlem fra den respektive fagmedisinske forening) jfr punkt 3.1 i brev	Antall som skal være LIS (foreninger med over 1000/3000 medlemmer) jfr. punkt 3.2 i brev
Norsk barnekirurgisk forening	30	1	
Norsk forening for bryst- og endokrinkirurgi	94	1	
Norsk forening for gastroent.kirurgi	447	1	
Norsk forening for maxillofacial kirurgi	28	1	
Norsk forening for otorhinolaryngologi hode- og halskirurgi	541	1	
Norsk gynekologisk forening	1205	1	1
Norsk karkirurgisk forening	167	1	
Norsk kirurgisk forening	1569	1	1
Norsk nevrokirurgisk forening	143	1	
Norsk oftalmologisk forening	674	1	
Norsk ortopedisk forening	1179	1	1
Norsk plastikkirurgisk forening	212	1	
Norsk thoraxkirurgisk forening	93	1	
Norsk urologisk forening	272	1	
Norsk barnelegeforening	1128	1	1
Norsk cardiologisk selskap	813	1	
Norsk endokrinologisk forening	169	1	
Norsk forening for akutt- og mottaksmedisin	112	1	
Norsk forening for dermatologi og venerologi	302	1	
Norsk forening for fysikalsk- og rehabiliteringsmedisin	356	1	
Norsk forening for geriatri	280	1	
Norsk forening for infeksjonsmedisin	256	1	
Norsk forening for lungemedisin	395	1	
Norsk gastroenterologisk forening	427	1	
Norsk indremedisinsk forening	3560	2	2
Norsk nevrologisk forening	813	1	
Norsk nyremedisinsk forening	243	1	
Norsk onkologisk forening	626	1	
Norsk revmatologisk forening	330	1	
Norsk selskap for hematologi	175	1	

Norsk forening for allmennmedisin	8054	7	2
Norsk forening for arbeidsmedisin	346	1	
Norsk samfunnsmedisinsk forening	435	1	
Den norske patologforening	430	1	
Norsk anesthesiologisk forening	1536	1	1
Norsk forening for immunologi/transf.med.	106	1	
Norsk forening for klinisk farmakologi	103	1	
Norsk forening for klinisk nevrofysiologi	56	1	
Norsk forening for medisinsk biokjemi	145	1	
Norsk forening for medisinsk genetikk	79	1	
Norsk forening for medisinsk mikrobiologi	195	1	
Norsk forening for nukleærmedisin og molekylær avbilding	80	1	
Norsk radiologisk forening	1360	1	1
Norsk barne- og ungd.psyk.forening	665	1	
Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin	188	1	
Norsk psykiatrisk forening	2449	2	1
Totalt		54	11

Delegater	54
LIS store foreninger	11
LIS små foreninger (25%, men minst 7)	8
Fagstyret (2 LIS)	9
Faglandsrådet	82

Totalt antall LIS (minst 25 % av Faglandsrådet)	21
Antall LIS fra små foreninger (velges på faglandsråd i april)	8

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



Sendt kun pr. e-post

Deres ref.:

Vår ref: SAK2021003310

Dato: 18-05-2021

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

Landsstyret har i henhold til lovenes § 3-1-3, 1. ledd nr 8 som oppgave å velge president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer i samsvar med reglene i § 3-2-1. Funksjonstiden vil etter valget i år være fra 1.9. 2021 til 31.8. 2023. Valgene skal i henhold til § 3-2-1, 6. ledd forberedes av en valgkomité. Valgkomiteen består i inneværende periode av Ivar Halvorsen, leder, Jon Helle og Anja Fog Heen.

Valgkomiteen har tilskrevet lokalforeninger, yrkesforeninger, fagmedisinske foreninger, Norsk medisinstudentforening, regionutvalg og spesialforeninger med anmodning om forslag til kandidater med frist 1. mai. Sentralstyrets medlemmer er også kontaktet med forespørsel om eventuelt gjenvalg.

Oversikt over innkomne forslag følger som vedlegg sammen med CV.

Valgkomiteens innstilling vil bli fremlagt i landsstyret tirsdag 1. juni kl. 16.30.

Instruks for valgkomiteen vedlegges også.

Saken fremlegges uten innstilling fra sentralstyret.

Med vennlig hilsen
Den norske legeforening

Anne Torill Nordli
Stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Oversikt over innkomne forslag

Navn/verv

Forslagsstiller

President

Bakke, Bjørg

Ane Bolstad, LIS psykiatri, Vestre Viken HF

Rime, Anne Karin

Overlegeforeningen

Visepresident

Klev, Nils Kristian

Allmennlegeforeningen

Utne, Kristin Kornelia

Yngre legers forening

Medlemmer

Bakke, Ole Johan

Vestfold legeforening, LSA

Clementsén, Ståle

Akershus legeforening, Overlegeforeningen

Henriksen, Ingeborg

Yngre legers forening

Hovland, Kristin

Norsk arbeidsmedisinske forening, Norsk forening for arbeidsmedisin

Kalager, Mette

Leger i vitenskapelige stillinger

Karlsen, Marit

Allmennlegeforeningen

Mikkelsen, Maja

Norsk medisinstudentforening

Sagabråten, Ståle

Norsk forening for allmenmedisin

Sunde, Geir Arne

Overlegeforeningen

Tangen, Marte Kvittum

Norsk forening for allmenmedisin

Varamedlemmer

Aker, Lars Magnus

Yngre legers forening

Schweder, Lindy Jarosch-von

Overlegeforeningen

Følgende i nåværende sentralstyre ønsker gjenvalg: Anne-Karin Rime, Nils Kristian Klev, Kristin Kornelia Utne, Ole Johan Bakke, Geir Arne Sunde.

Følgende stiller ikke til gjenvalg: Marit Hermansen, Clara Bratholm, Frøydis Olafsen.

Anne-Karin Rime

Født 1968

Utdanning

1987-1988	Norges idrettshøyskole, grunnfag
1996	Medisinsk embetseksamen, Universitetet i Oslo
2007	Spesialist i indremedisin
2009	Spesialist i anesthesiologi
2010-2013	SSAI Intensivmedisin
2013	European Diploma in Intensive Care Medicine (EDIC)
2018	Master i helseledelse

Yrkeserfaring

2014-2018	Seksjonsoverlege, Intensivavdelingen, Sykehuset Østfold
2014-2018	Hdir (tidligere Kunnskapssenteret) 20 % stilling - meldeordningen
2008-2014	Overlege, Anestesiavdelingen, Sykehuset Østfold
2007-2008	Ass.lege, Anestesiavdelingen, Rikshospitalet
2004-2007	Ass.lege, Anestesiavdelingen Fredrikstad sykehus
2000-2006	Ass.lege, Medisinsk avdeling Fredrikstad sykehus
1998-1998	Turnuslege i distrikt, Vefsn legesenter
1998-2000	Ass.lege, Ahus
1997-1998	Turnuslege i sykehus, Mosjøen sykehus

Verv i Den norske legeforening

2019-dd	Overlegeforeningen, leder. Nyvalgt leder for 2021-2023
2019-2019	FTV vara, Sykehuset Østfold HF
2019-2021	Sentralstyret, visepresident
2017-2020	Fond for kvalitet og pasientsikkerhet, styremedlem
2017-2020	Utdanningsfond III, varamedlem fondsutvalget
2017-2019	Sentralstyret, medlem
2017-2019	Overlegeforeningen, nestleder
2015-2019	Østfold legeforening, styremedlem
2015-2017	Sentralstyret, varamedlem
2015-2021	Landsstyret, medlem
2015-2019	Foretakstillitsvalgt, Sykehuset Østfold
2015-2017	Overlegeforeningen, styremedlem
2005-2008	Kvalitetssikringsfond III, varamedlem fondsutvalget
2004-2005	Yngre legers forening, styremedlem
2004-2005	Landsstyret Dnlf, medlem
2003-2004	Landsstyret Dnlf, varamedlem
2003-2004	Yngre legers forening, varamedlem styret
2002-2004	Foretakstillitsvalgt, Sykehuset Østfold
2002-2003	Yngre legers forening, landsrådsrepresentant
2002-2003	Landsstyret Dnlf, medlem
2002-2003	Yngre legers forening, styremedlem
2001-2004	Hovedtillitsvalgt, Sykehuset Østfold
2000-2006	Tillitsvalgt, Medisinsk avdeling Sykehuset Østfold
2019 – dd:	Diverse utvalg; Forhandlingsutvalg Spekter, Forhandlingsutvalg Virke, Forhandlingsutvalg Stat, IT-utvalget, Fond for kvalitet og pasientsikkerhet

Annet
2017-

Ansattrepresentant, Sykehuset Østfold HF

Björg Bakke

Født 1988

Utdanning

2007-2015 Cand med, Universitet i Bergen
 2010-2013 Bachelor i sammenliknende politikk, Universitetet i Bergen
 2018-dd Bachelor i økonomi og administrasjon, Handelshøyskolen BI

Yrkeserfaring

2018-dd Fastlege, Porsanger kommune
 2017 Fastlegevikar, Sørfold kommune og Porsanger kommune
 2017 Lege i spesialisering, indremedisinsk avdeling, Ahus
 2017 Legevaktslege, Eidsvoll Legevakt
 2017-2018 Lege i spesialisering i kirurgi, Sørlandet Sykehus, Arendal
 2015-2017 Turnuslege, Akershus Universitetssykehus/Eidsvoll kommune
 2014 Turnuslegevikar, Stavanger Universitetssykehus
 2014 Assistant Attaché, The Permanent Mission of Norway to the UN, New York
 2013 Journalist, VG
 2008-2015 Pleieassistent, Vinje Sjukeheim, Haukeland Universitetssykehus og Tokke Helsecenter

Verv i Den norske Legeforening

2020-dd HTV, Porsanger kommune
 2017-2018 HTV, kirurgisk avdeling, Sørlandet Sykehus, Arendal
 2012-2014 Leder, Norsk medisinstudentforening
 2010-2011 Medlem, Turnusrådet
 2010-2011 Medlem, Utvalg for internasjonal helse
 2009 Leder, Norsk medisinstudentforening Bergen
 2009-2011 Medlem, Regionutvalg Vest
 2009-2011 Medlem, Hordaland Legeforening
 2009-2011 Styremedlem, Norsk medisinstudentforening
 2009-2011 Medlem, landsstyre, Dnlf
 2007-2009 Leder, Medisinstudentenes Humanitæraksjon (MedHum) Bergen

Annet

2011-2012 Fakultetsstyremedlem, Det Medisinsk-Odontologiske Fakultet, Universitetet i Bergen
 2011-2012 Medlem, Ansettelsesutvalget, Det Medisinsk-Odontologiske Fakultet
 2011 Fulbright Summer Institute for European Student Leaders
 2009-2010 Medlem av Studentparlamentet og Velferdstinget, Universitetet i Bergen

Kristin Kornelia Utne

Født 1982

(Relevant) Utdanning

2005-2011 Profesjonsstudiet i medisin
 Vår 2014 Kollektiv arbeidsrett, UiO
 2018 PhD, UiO
 2021-d.d. Ledelse i den norske arbeidslivsmodellen, Oslo Met

(Relevant) Yrkeserfaring

2019-d.d. Lege i spesialisering, indremedisin, Akershus Universitetssykehus (nå i permisjon)
 2017-2017 Lege i spesialisering, indremedisinsk avdeling, Sykehuset Østfold
 2017-2019 Lege i spesialisering B-gren Hematologi, Sykehuset Østfold
 2014-2015 Oslo legevakt, ansatt som lege ved allmennlegevakten
 2013-2017 Phd stipendiat, Sykehuset i Østfold/UiO
 2013-2013 Turnuslege, kommunehelsetjenesten, Borge legekantor
 2013-2014 Fredrikstad legevakt (ved siden av stipendiatstilling, ca. 3-4 vakter per måned)
 2012-2013 Turnuslege, Sykehuset Østfold

Verv i Den norske legeforening

2019-2021 Leder, Yngre legers forening. Nyvalgt leder for 2021-2023
 2019-2021 Sentralstyre, Den norske legeforening
 2017-2019 Nesteleder, Yngre legers forening
 2015-2017 Styremedlem, Yngre legers forening
 2015-2019 Spesialitetsrådet, Den norske legeforening
 2013-2019 Styremedlem, Østfold Legeforening
 2013-2019 Foretakstillitsvalgt, Yngre legers forening, Sykehuset Østfold
 2013-d.d Landsstyret, Den norske legeforening
 2012-2013 Tillitsvalgt for turnuslegene, Sykehuset Østfold
 2010 Leder, Norsk medisinstudentforening
 2007-2010 Landsstyret i Den norske legeforening
 2006-2009 Hovedstyremedlem, Norsk medisinstudentforening
 Andre verv: Utdanningsfond III, Utdanningsfond I, Forhandlingsutvalg Spekter, Virke, KS/Oslo kommune, stat

Annet

2017-2019 Klinisk-etisk råd, Sykehuset Østfold
 2017-2019 Styringsgruppe for innføring av ny spesialistutdanning, Sykehuset Østfold
 2017-2019 Varamedlem til styret, Sykehuset Østfold

Nils Kristian Klev

Født: 1972

Utdanning

- 1994 – 2000 Cand. med, Universitetet i Oslo
Spesialist i allmennmedisin
- 2017 – 2019 Master helseadministrasjon, Universitetet i Oslo (Ole Berg kurset)

Yrkeserfaring

- 2019- d.d. Leder, Allmennlegeforeningen (Valgt til leder for 2021-2023)
- 2007 – 2008 Lege (sideutdanning) ved Psykiatrisk ungdomsteam Asker, Vestre Viken HF
- 2002 –2019 Fastlege, Legene på Bryggen, Røyken (Permisjon 2007-2008)
- 2002 – 2015 Helsestasjonslege Røyken kommune, 10% stilling (Permisjon 2007-2008)
- 2002 – 2017 Turnuslegeveileder, Røyken kommune (Permisjon 2007-2008)
- 2000 - 2002 Turnuslege, Buskerud sentralsykehus og Røyken kommune
- 1999 Lege m/midl.lisens, Slagavdeling, Sunnaas sykehus (2 mnd. vikariat)

Verv i Den norske legeforening

- 2020-2021 Allmennmedisinsk forskningsfond, nestleder
- 2019-2021 Sentralstyremedlem, Den norske legeforening
- 2019- 2023 Leder, Allmennlegeforeningen
- 2016 – 2019 Nestleder Allmennlegeforeningen
- 2016 - d.d. Medlem Legeforeningens forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune
- 2015 – 2016 Styremedlem Allmennlegeforeningen
- 2015 - d.d. Medlem Legeforeningens forhandlingsutvalg (normaltariffen)
- 2015 - d.d. Styremedlem Premierereguleringsfondet
- 2015 -2017 Fastlegerepresentant LSU Vestre Viken Drammen Sykehus – kommunene
- 2014 – 2021 Medlem i landsstyret Legeforeningen
- 2013 - 2015 1. Landsråd for Buskerud i Allmennlegeforeningen
- 2012 – 2019 Varatillitsvalg for fastlegene i Røyken kommune
- 2007 – 2013 Styremedlem Buskerud legeforening
- 2007 – 2011 1. Landsråd for Buskerud i Allmennlegeforeningen
- 2005 – 2012 Tillitsvalgt for fastlegene i Røyken kommune

Ole Johan Bakke

Født 1961

Utdanning

1980 – 1981 Fransk Universit  de Nice
 1982 – 1988 Cand med. UiO
 1996 Spesialist i samfunnsmedisin
 1996 Spesialist i allmenmedisin

Yrkeserfaring

1992 – d.d. Kommuneoverlege og allmenlege/fastlege Holmestrand kommune
 1995/1996 Sideutdanning Nordre Vestfold distriktpsykiatriske senter
 1990 – 1992 Kommunelege II Ullensvang kommune
 1992 – 2020 G rdbruker

Verv i Den norske legeforening

2018-2019 Turnusr det, Medlem
 2018-d.d Soria Moria, styremedlem
 2015 -2021 Sentralstyremedlem DNLF
 2014 – d.d. Leder Utdanningsfond I
 2013 – d.d. Medlem tariffutvalget Dnlf. Vara samme utvalgt 2006-2013
 2012 – 2015 Landsstyredelegat Dnlf for LSA
 2010 – 2014 Medlem av Dnlf sitt PKO-r d
 2009 – 2013 Medlem Utdanningsfond I
 2006 – 2013 Medlem forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune
 2006 – d.d. Styremedlem og h ringskoordinator LSA
 2006 – d.d. Medlem FLO-nemnden
 2002 – 2009 Landsstyredelegat Dnlf for VLF, NORSAM
 2002 – 2015 Lokal tillitsvalgt LSA Vestfold
 2002 – d.d. Styremedlem og  konomiansvarlig Vestfold legeforening

Annet

2019 – d.d. Visepresident i Comit  Permanent des M decins Europ ens
 2015 – 2018 Delegat til Comit  Permanent des M decins Europ ens
 2013 – 2015 Nestleder styret Sykehuset Vestfold (eieroppnevnt)
 2011 – 2020 Lege for h ndballklubben Falk Horten
 2008 – 2012 Styremedlem Sykehuset Vestfold (eieroppnevnt)
 2008 – 2013 Medlem bedriftsforsamlingen AS Vinmonopolet (eieroppnevnt)
 2004 – 2006 Styremedlem Helse S R RHF (eieroppnevnt)
 2002 – 2004 Styremedlem N ringsmiddeltilsynet Nordre Vestfold
 2002 – d.d. Styremedlem legevaktstyret Horten interkommunale LV

Ståle Clementsen

Født 1974

Utdanning

2004 Medisinsk embetseksamen, University of Szeged Faculty of Medicine, Ungarn
 2014 Spesialist i ortopedi
 Siden 2017 Tatt opp på Phd- programmet UiO

Yrkeserfaring

2014 - Overlege, ortopedisk klinikk, Ahus
 2007-2011 Lege, Volvat skadelegevakt
 2006-2014 Lege i spesialisering
 2004-2006 Turnuslege, Akershus universitetssykehus

Verv i Den norske legeforening

2019-2021 Vara, forhandlingsutvalg Spekter
 2017-2021 Styremedlem, Akershus legeforening
 2017-2023 Styremedlem, Overlegeforeningen
 2017-2019 Vara, forhandlingsutvalg Stat
 2017-2021 Landsstyret, Dnlf
 2016-d.d FTV, Ahus
 2014-2017 Vara, Rådet for legeetikk
 2013-2014 FTV, Yngre legers forening, Ahus
 2013-2014 Styremedlem, Ylf
 2012-2014 Landsrådsrepresentant, Ylf
 2012-2013 Vara, styret i Ylf
 2012-2013 vara-FTV, Yngre legers forening, Ahus
 2011-2012 Vara landsrådsrepresentant, Ylf
 2009 Tillitsvalgt, ortopedisk avdeling Ahus

Andre verv: Kurskomite, Overlegeforeningen, Forhandlingsutvalg Spekter, Forhandlingsutvalg Virke

Annet

Ansattrepresentant styret Akershus universitetssykehus

Ingeborg Henriksen

Født 1984

Utdanning

2010 Cand Med, NTNU
2012-d.d LIS – Indremedisin og nyresykdommer

Yrkeserfaring

2021-d.d LIS, Nyreavdelingen, St. Olavs Hospital HF
2021-d.d Kst. utdanningskoordinerende overlege Møre og Romsdal HF, 20 %
2018-2021 Kst. utdanningskoordinerende overlege Møre og Romsdal HF, 60 %
2018-2021 LIS, Klinikk for medisin, Ålesund sjukehus, Møre og Romsdal HF, 40%
2016-2018 LIS, Klinikk for medisin, Ålesund sjukehus Møre og Romsdal HF
2012-2016 LIS, Klinikk for medisin, Volda sjukehus Møre og Romsdal HF
2011-2012 Turnuslege, Tysnes legekontor
2010-2011 Turnuslege Volda sjukehus, Møre og Romsdal HF

Verv i Den norske legeforening

2019-d.d Styremedlem Yngre legers forening. Nestleder fra 2021-2023
2019-2021 HTV, Ålesund sjukehus Helse Møre og Romsdal HF
2018-2021 FTV vara, Helse Møre og Romsdal HF
2017-2019 HTV vara, Ålesund sjukehus Helse Møre og Romsdal HF
2016-2021 TV, medisinsk avdeling, Ålesund sjukehus Møre og Romsdal HF
2014-2015 HTV, Volda sjukehus, Helse Møre og Romsdal HF
2014-2015 TV, medisinsk avdeling, Volda sjukehus Møre og Romsdal HF

Annet

2019: Kurs for instruktørkompetanse i supervisjon og veiledning av LIS (RegUt Helse Sør-Øst)
Ansvarlig for veilederkurs Møre og Romsdal HF 2019-d.d.

Kristin Hovland

Født 1966

Utdanning

1995	Autorisasjon som lege
2004	Arbeids- og organisasjonspsykologi, UiB/Folkeuniversitetet i Hamar (30 stp)
2014	PhD, arbeidsmedisin og epidemiologi, UiO
2017	Spesialist i arbeidsmedisin
2018	Metier OEC, Gnist Støtte- og spesialistfunksjoner
2020	Godkjent veileder, arbeidsmedisin

Yrkeserfaring

2014-d.d	Bedriftslege, Skanska Norge A/S
2013-14	Lege i spesialisering, Statens arbeidsmiljøinstitutt
2006-14	Stipendiat Statens arbeidsmiljøinstitutt
2006	Bedriftslege ved Departementenes servicesenter (40%)
2003-04	Brumunddal bedriftshelsetjeneste, 10% stilling, dels som veileder for utenlandsk bedriftslege
1998-2006	Bedriftslege ved Nortura Rudshøgda (Hed-Opp, slakteri), (20-50%)
1998-2004	Bedriftslege ved Kährs Brumunddal AS (parkettfabrikk) (50%)
1995-97	Allmennpraksis i Ørsta

Verv i Den norske legeforening

2020-2022	Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter
2015-2021	Regionutvalg Sør-Øst
2015-2021	Leder, Oslo legeforening
2013-2021	Landsstyret, Den norske legeforening
2013-2015	Landsrådet, Norsk arbeidsmedisinsk forening
2009-2015	Medlem styret, Oslo legeforening
2007-2009	Vara, styret Oslo legeforening
2004-2007	Styret, Hedmark legeforening
2003-2005	Kurskomite, Hedmark legeforening

Forhandlingsutvalg Stat, Forhandlingsutvalg KS/Oslo kommune

Annet

Var med å starte Hamar Montessoriskole, styreleder fra oppstart høsten 2001 til 2006.

Norske leger mot atomvåpen, aktiv i styret flere år under studietid. Deltaker på internasjonale kongresser i Berlin og Hiroshima, og arrangerte opphold i Bergen for medisinstudenter fra Moskva og Litauen.

Mette Kalager

Født 1967

Utdanning

1996 Cand.med. Universitetet i Oslo (UiO)
2012 PhD, UiO

Yrkeserfaring

2018 – Professor, UiO
2016 – Medisinsk Redaktør, Tidsskrift for Den norske legeforening
2014 – Forsker, Oslo Universitetssykehus (OUS)
2010 – Gjesteforsker, Harvard School of Public Health, Boston, USA

2014 – 2018 Førsteamanuensis, UiO
2013 – 2014 Postdoc, UiO
2014 – 2014 Allmenn praktiserende lege, Helsestasjon for ungdom Bærum
2012 – 2014 Forsker, UiO
2011 – 2013 Postdoc, Telemark sykehus
2010 – 2010 LIS, Radiumhospitalet, OUS
2006 – 2010 PhD student, Kreftregisteret
2008 – 2010 Forsker, Harvard School of Public Health, Boston, USA
2004 – 2006 Leder Mammografiprogrammet, Kreftregisteret
1999 – 2004 LIS, Telemark sykehus
1998 – 1999 Allmennpraksis, Heistad legekantor, Porsgrunn

Verv i Den norske legeforening

2019 – 2020 Nestleder, Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger (LVS)
2020 – 2021 Fungerende leder, LVS
2021 – 2023 Leder, LVS
2019 – 2021 Landsstyret, Den norske legeforening
2021 – 2023 Leder, Forskningsutvalget
2000 – 2001 HTV, Sykehuset Telemark

Annet

2012 Startet forskergruppen Klinisk effektforskning på UiO og OUS. Forskergruppen disponerer rundt 20 millioner kr årlig i eksterne forskningsmidler
2015 – Leder forskergruppen Klinisk effektforskning
2014 – Ansvarlig for lærerplanen for alle medisinske fag på Avdeling for Helseledelse og Helseøkonomi, UiO
2021 – Undervisningsleder Kunnskapshåndtering, ledelse og kvalitetsforbedring (KLoK), Medisinsk fakultet, UiO
2012 – Medlem av vitenskapelige styre Franske Nasjonale Kreft Instituttet (National Cancer Institute)
2020 – Oppnevnt medlem av European Academy of Cancer Sciences
2011 – Veiledet flere PhDer og postdoktorer. Tildelt ulike priser ved OUS, publisert en rekke vitenskapelige artikler nasjonalt og internasjonalt

Marit Karlsen

Født: 1975

Utdanning

1990 – 1994	Sortland Videregående Skole
1991-1992	Eastmont High School, Washington, USA - Utveksling skoleåret
1994 – 1998	Cand. mag. Norges Idrettshøgskole
1998 – 2004	Cand. med. Universitetet i Tromsø
2015	Spesialist i allmenntmedisin
2019-	Under spesialisering i samfunnsmedisin

Yrkeserfaring

Diverse arbeidserfaring fra jobb som stuepike/renholder, sjauer i fiskeindustrien, kafejobb, pleiemedhjelper og lærervikar.

2016-	Fungerende kommuneoverlege i Kautokeino
2013-2014	LIS2 Nordlandssykehuset, Vesterålen, medisinsk avdeling
2006-dd	Fastlege Kautokeino kommune
2005-2006	Turnuslege i Nordkapp kommune
2004	Lege ved Arbeidsmedisinsk senter, Tromsø
2004-2005	Turnuslege Diakonhjemmet sykehus
2003	Assistentlegevikar ved Sandviken psykiatriske sykehus

Verv i Den norske legeforening

2019-dd	Medlem styret i Allmennlegeforeningen (nyvalgt nestleder 2021-2023)
2019-dd.	Medlem sentralstyret, Dnlf
2017-dd	Medlem landsrådet, Allmennlegeforeningen
2017-2021	Medlem landstyret, Dnlf
2017-2019	Medlem, styret Finnmark legeforening
2017-2019	Hovedtillitsvalgt blant allmennleger i Finnmark
2007-2015	Medlem landsrådet Allmennlegeforeningen
2009-2011	Medlem, Regionutvalg Nord-Norge
2009-2011	Medlem landstyret, Dnlf (Geografisk representant)

Leder i Norsk forening for allmenntmedisin sin referansegruppe i distriktmedisin

Annet

Internasjonal representant for Norsk forening for allmenntmedisin i EURIPA (The European Rural and Isolated Practitioners Association)

Maja Mikkelsen

Født 1998

Utdanning

2017- Medisinstudent, NTNU

Yrkeserfaring

2014 –201 Malvik Kommune, støttekontakt

2018 –2020 Trondheim Kommune, pleieassistent ved Øya helsehus

2020 – d.d. Lade behandlingssenter, arbeidsoppgaver som medisinsansvarlig sykepleier ved avrusningsavdelingen på Blå kors

Verv i Den norske legeforening

2021- d.d Leder, Norsk medisinstudentforening

2020-2021 Medlem nasjonalt styre, Norsk medisinstudentforening

2019-2021 Landsstyret, Den norske legeforening

2017-2021 Styret, Norsk medisinstudentforening, Trondheim

Annet

Lokale verv på fakultetet i flere år, og deltatt aktivt i flere arbeidsgrupper (bl.a. arbeidsgruppe for nasjonal eksamen i medisin og arbeidsgruppe for å utvikle nye læringsutbytter ved medisin på NTNU).

Erfaring med å arrangere flere typer kurs, derav pleiemedhjelpkurs for medisinstudenter, grunnutdanningskonferansen til Nmf i 2018 og 2019 og tillitsvalgtopplæring for nye tillitsvalgte i Nmf i 2020.

Deltatt på AMEE-konferansen (Association for Medical Education in Europe) 2019 i Wien på vegne av NTNU, AACAP-konferansen (American Academy of Child and Adolescent psychiatry) 2019 i Chicago og GA (General assembly) i regi av IFMSA (International Federation for Medical Students Association) i Rwanda, mars 2020.

Fra høsten 2021 - bachelor i helseledelse ved Handelshøyskolen BI (deltid)

Ståle Sagabråten

Født 1970

Utdanning

1998 Cand, med, Universitetet i Bergen
2005 Spesialist i allmenntmedisin - senere resertifisert

Yrkeserfaring

2002- d.d Nesbyen legesenter, fastlege/ kommunelege
2004-2005 Nevrokirurgisk avdeling, OUS Ullevål 1/2 år
2001-2002 Hjerteavdelingen Haukeland Universitetssykehus ½ år
1999-2000 LIS - Kommuneoverlegekontoret, Gol
1998-1999 LIS – Voss sjukehus

Verv i Den norske legeforening

2002- HTV, Nes kommune, Buskerud
2020-2023 Leder, Allmenntmedisinsk forskningsfond
2019-2021 Styret, Norsk forening for allmenntmedisin
2019-2021 Styret, Buskerud legeforening
2019-2021 Faglandsrådet
2019-2021 Nestleder, Fagstyret (leder fra 1.9.2021)
2018-2019 Medlem, Fagstyret
2017-2021 Landsstyret
2017-2019 Varamedlem, styret Buskerud legeforening
2017-2019 Nestleder, Norsk forening for allmenntmedisin
2013-2017 Vara, landsstyret
2013-2017 Styret, Buskerud legeforening
2012-2015 Leder, Allmenntmedisinsk forskningsfond
2010-2012 Fagutvalget FNO – Legeforeningen
2009-2011 Nestleder, Allmenntlegeforeningen
2009-2011 Landsstyret
2007-2009 Styret, Norsk forening for allmenntmedisin
2007-2018 HTV, Flå kommune
2005-2007 Styret, Buskerud legeforening

Annet

Tidligere medlem av Forhandlingsleder ny fastlegeforskrift 2012, forhandlingsutvalget KS/Oslo kommune, fagutvalget Allmenntlegeforeningen, Norsk forening for medisinsk utdanning (1998-2000)

Geir Arne Sunde

Født 1967

Utdanning

2019 Philosophiae Doctor (PhD) ved Universitetet i Stavanger
2006 Spesialist i Anestesiologi
1999 Autorisasjon som lege
1997 Cand.Med ved NTNU Trondheim
1988-90 Befalsskolen for Kavaleriet, Trandum

Yrkeserfaring

2006 - d.d Overlege, Akuttmedisinsk avdeling, Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus
2003 - d.d Overlege ved Luftambulansen i Bergen
2011 - 2019 PhD-student i Stiftelsen Norsk Luftambulanse og Universitetet i Stavanger
2003 - 2006 LIS-lege ved Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus
1999 - 2003 LIS-lege ved Anestesiavdelingen, Arendal Sykehus
1999 Turnuslege distrikt, Tvedestrand
1998 Turnuslege, Sørlandet sykehus
1997 Akuttavdelingen St.Olavs Hospital
1990 - 1991 Instruktør, Befalsskolen for Kavaleriet, Trandum

Verv i Den norske legeforening

2019 - d.d. Styremedlem, Sentralstyret i Legeforeningen
2019 - d.d. Nestleder i Overlegeforeningen (gjenvolgt for perioden 2021-23)
2017 - d.d. Styremedlem i Overlegeforeningen
2015 - d.d. Delegat, Landsstyret i Legeforeningen
2013 - d.d. Delegat, Landsrådet i Overlegeforeningen
2015 - d.d. Foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen, Haukeland Universitetssykehus
2013 - 2014 Vara-foretakstillitsvalgt for Overlegeforeningen, Haukeland Universitetssykehus
2013 - 2014 Avdelingstillitsvalgt, Kirurgisk Serviceklinikk, Haukeland Universitetssykehus
2010 - 2012 Leder for Akuttutvalget, Norsk Anestesiologisk Forening
2009 - 2012 Medlem av Akuttutvalget, Norsk Anestesiologisk Forening
2001 - 2002 Avdelings/Hovedtillitsvalgt-YLF, Aust-Agder sentralsykehus
1994 - 96 Studentrepr, Fakultetsråd og Styret ved Medisinsk Fakultet, NTNU Trondheim
1994 - 96 Studentrepr, Økonomi og Arbeidsutvalg ved Medisinsk Fakultet, NTNU Trondheim

Annet

2015-d.d Styremedlem, Styret i Helse-Bergen, Haukeland Universitetssykehus

Marte Kvittum Tangen

Født 1972

Utdanning

1998: Cand.med. UiT (Universitetet i Tromsø)
2008 - d.d. Spesialist i allmenntmedisin, sist fornyet mai-18

Yrkeserfaring

1998 -2000 Turnustjeneste Tynset sykehus og Tynset kommune
2000- 2019 Fastlege Tynset kommune og legevaktslege. I tillegg ulike kommunale oppgaver som skolelege, helsestasjonslege og sykehjemslege.

Verv i Den norske legeforening

2021- Medlem Forskningsutvalget Legeforeningen
2019- leder Norsk forening for allmenntmedisin
2019- medlem Fagstyret Dnlf
2019- medlem Faglandsrådet Dnlf
2019- varamedlem styret i Hedmark legeforening
2016-2019 hovedtillitsvalgt Dnlf i Tynset kommune
2015-2019 leder Hedmark legeforening
2015-2019 medlem Regionutvalg Helse Sør Øst
2015 - landsstyrerepresentant Dnlf
2014-2019 tillitsvalgt Dnlf for Nord Østerdal Legevakt
2011- 2. landsråd i Allmenntleforeningen Hedmark
2008-2009 Landsstyrerepresentant Dnlf (NFA)
2006-2010 styremedlem Norsk Forening for Allmenntmedisin (NFA)
2001-2016 varatillitsvalgt Dnlf i Tynset kommune

Annet

2021- medlem styringsgruppen Mangelsenter i primærhelsetjenesten
2020- styreleder Allmenntmedisinsk forskningsfond (AMFF)
2019- styremedlem i Nordic Federation of General Practice (NFGP)
2019- styreleder Senter for Kvalitet i Legekantor (SKIL)
2019- medlem i HelseOmsorg21-råd
2019- medlem i styringsgruppen for *Mammografiprogrammet*
2019- medlem i *Partnerskap for Hjernehelse*
2019- medlem i *styringsgruppen mot antibiotikaresistens og for et bedre smittevern*
2010-2016 medlem i Statens Helsepersonellnemnd (SHPN), Helseklage
2018-2019 medlem i nemnd for overdragelse av privat praksis, Legeforeningen
2013 leder for arbeidsgruppen for legevakt, Dnlf
2007- 2012 medlem Nasjonalt KOLS råd, Helsedirektoratet
2006-2014 styremedlem Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), Tromsø

I tillegg til deltagelse i en lang rekke arbeidsgrupper, referansegrupper og styringsgrupper i regi av Helsedirektoratet og E-helsedirektoratet.

Lars Magnus Aker

Født 1987

Utdanning

2014 Cand.med NTNU

Yrkeserfaring

2020-d.d Lege i spesialisering i lungemedisin (Lis 3), SØ HF

2016-2020 Lege i spesialisering i indremedisin, SØ HF

2015-2016 Turnuslege, Askim legesenter

2014-2015 Turnuslege, Sykehuset Østfold , Fredrikstad

Verv i Den norske legeforening

2019-d.d. Styremedlem, Østfold legeforening

2020-2021 Valgkomite, Yngre legers forening

2020-2021 Landsrådet, Yngre legers forening

2019- d-d FTV, Sykehuset Østfold

2018-2019 Vara foretakstillitsvalgt for Ylf. ved SØ HF

2017-2021 Landsstyret

2016-2019 Avdelingstillitsvalgt for Ylf. ved indremedisinsk avdeling SØ HF

2014-2015 Tillitsvalgt for turnuslegene ved SØ HF

Annet

2021-d-d Vara-ansattrepresentant i styret for SØ HF

2020-2021 Arbeidsgruppen om arbeidsbelastning – YI

2019-d-d Vararepresentant i Arbeidsmiljøutvalget SØ HF

2018-2020 Ansattrepresentant i arbeidsgruppen Evaluering av nytt Østfoldsykehus («Kalnesrapporten»)

Lindy Jarosch-von Schweder

Født 1971

Utdanning

1999 Embetseksamen, Universitetet i Hannover
2002 Autorisasjon
2013 Spesialist i psykiatri

Yrkeserfaring

2012-d.d Tiller DPS, Overlege
2012-2012 Konst.overlege, Tiller DPS
2011-2012 St. Olavs Hospital avd. Østmarka
2010-2011 St. Olavs Hospital, Brøset
2007-2011 St. Olavs Hospital. Avd. for forskning og utvikling og Nidaros DPS
2004-2006 Forsker, Med.fak NTNU
2002-2004 Psykiatrisk avdeling, Ålesund, Ass.lege

Verv i Den norske legeforening

2020-2021 Kurskomite, Overlegeforeningen
2019-2021 Styret, Overlegeforeningen
2018-d-d KTV, Helse Midt-Norge RHF
2017-d.d Ansattrepresentant, Helse Midt-Norge RHF
2017-2019 Varamedlem, styret Overlegeforeningen
2015-d-d Sør-Trøndelag legeforening, leder
2015-2018 FTV, Overlegeforeningen
2015-2021 Regionutvalg Midt-Norge (nestleder 2017-2019)
2013-2015 Sør-Trøndelag legeforening, varamedlem styret
2013-2021 Landsstyret
2013-2019 Landsrådet, Overlegeforeningen
2013-2015 Vara FTV, Overlegeforeningen
2011-2013 Sør-Trøndelag legeforening, medlem styret
2011-2012 FTV, Yngre legers forening
2011-2012 Landsrådet, Yngre legers forening
2009-2011 HTV, Psykiatri
2000 Plasstillitsvalgt. Øyeavd.

Annet

Sak 17
Valg av representanter til SOP-styret for perioden
2022 - 2025



Deres ref.:

Vår ref: SAK2021002082

Dato: 9.5.2021

Sak 17 - Valg av representanter til SOP styret for perioden 2022 - 2025

I henhold til SOPs vedtekter §3-1, skal SOP-styrets leder og øvrige styremedlemmer med varamedlemmer velges/oppnevnes for fire år av gangen. Landsstyret i Den norske legeforening velger to medlemmer hvert annet år. Samtidig velges varamedlemmer, hhv. ett varamedlem når lederen står på valg og to når lederen ikke står på valg. Styrets leder, Hans Kristian Bakke (Af), og styremedlem Anne Mathilde Hanstad (Af) står på valg. Sentralstyret er valgkomite for landsstyret.

SOPs styre har per i dag slik sammensetning:

<i>Medlem</i>		<i>Varamedlem</i>	<i>Forening</i>
Hans Kristian Bakke, leder	(2018 – 2021)		AF
Anne Mathilde Hanstad	(2018 – 2021)	Åge Henning Andersen	AF
Arne Laudal Refsum, nestleder	(2020 – 2023)	Jon Helle	OF
Signe Marit Stephanides	(2020 – 2023)	Anne Cecilie Hallquist	PSL
I tillegg fra Arbeids- og sosialdepartementet:			
Anita Mølmesdal Sivertsen	(2018 – 2021)	Hilde Olsen	ASD

Prosess:

Sentralstyret vedtok i møte 11.11.2020 at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe bestående av ett medlem fra sentralstyret og to medlemmer fra AF, herunder et ALIS-medlem, som skulle forberede saken for sentralstyret. Det skulle innhentes forslag fra yrkesforeningene på kandidater til valgene til SOP, samt avklares hvorvidt nåværende medlemmer av SOPs styre som er på valg, ønsker å være kandidat til vervene for en ny periode. Arbeidsgruppen har bestått av Frøydis Olafsen (PSL), Nils Kristian Klev (AF) og Lars Christian Lervik (ALIS).

Forespørselen til yrkesforeningene ble lagt ut som en høring med svarfrist 1.3.2021.

Det ble avklart at hverken Hans Kristian Bakke eller Anne Mathilde Hanstad stiller til gjenvalg.

Innen fristen 1.3.2021 var det kommet inn ett høringssvar; fra Allmennlegeforeningen.

Allmennlegeforeningen foreslår Marit Hermansen til ledervervet i SOP. I tillegg foreslås Rune Burkeland-Matre og Elisabeth Stura til SOP styret

Kort sammenstilling av opplysninger:

Marit Hermansen, f. 1964. President i Den norske legeforening fra 1.9.2015. Spesialist i allmenntmedisin.

Rune Burkeland-Matre, f. 1973. Fastlege ved Torget Medisinske Senter AS i Larvik. Bistilling som lektor ved Avdeling for allmenntmedisin, Institutt for helse og samfunn, UiO. Spesialist i allmenntmedisin.

Elisabeth Mathilde Stura, f. 1984. Fastlege Fromeide legesenter, Kjerrgarden. Bistilling som medisinsk rådgiver Askøy kommune. Spesialist i allmenntmedisin.

Sentralstyret behandlet saken i møte 12.4.2021 og fremmer følgende innstilling til **vedtak**:

Marit Hermansen velges som leder av SOPs styre. Som nytt medlem velges Rune Burkeland-Matre, med personlig varamedlem Elisabeth Stura. Alle velges for perioden 2022 – 2025.

For Den norske legeforenings sentralstyre e.f.

Geir Riise
generalsekretær

Erling Bakken
økonomidirektør

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 18

**Valg av leder, nestleder, tre medlemmer og to
varamedlemmer til Rådet for legeetikk for perioden
1.1. 2022 til 31.8.2025**



Til landsstyret

Deres ref.:

Vår ref: SAK2020007788

Dato: 13-05-2021

Sak 18 - Valg av leder, nestleder, tre medlemmer og to varamedlemmer til Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2022 til 31.8.2025

I henhold til Reglement for Rådet for legeetikk § 3 og 4 og jf lovenes § 3-1-3, pkt 12, skal landsstyret i år velge nye medlemmer av Rådet for legeetikk.

Sentralstyret vedtok i møte 19. januar å tilskrive foreningsleddene med anmodning om å fremme forslag på kandidater til Rådet for legeetikk ved landsstyremøte 2021. Fristen for å fremme forslag ble satt til 1. mars. Det ble oppnevnt en valgkomite bestående av Marit Halonen Christiansen, Karsten Hytten og Gunnar Skipenes, samt generalsekretær Geir Riise og stabsjef Anne Torill Nordli. Marit Halonen Christiansen ledet valgkomiteens arbeid. Den landsstyreoppnevnte valgkomiteen har ikke forberedelser av dette valget i sitt mandat.

Rådet består av leder, nestleder og tre øvrige medlemmer, og velges av landsstyret for fire kalenderår av gangen. Det velges også to varamedlemmer som trer inn ved varig eller antatt langvarig forfall (3 måneder eller mer). Sentralstyret fremlegger forslag til sammensetning av Rådet. Leder og nestleder velges ved eget valg. Sentralstyrets medlemmer kan ikke være medlemmer av Rådet.

Rådet har i dag følgende sammensetning:

Leder Svein Aarseth, nestleder Siri Hagen Brelin, medlemmer Tine Broch Østborg, Morten Horn og Jan-Henrik Opsahl (kommet inn i Rådet etter at Thore Henriksen trakk seg). Vara: Elisabeth Swensen. Både Aarseth og Brelin har sittet i Rådet i to perioder. De øvrige ble valgt av landsstyret 2017 og tiltrådte fra 1.1.2018. Alle medlemmene i Rådet ønsket å stille til gjenvalg.

Det kom inn følgende forslag til kandidater:

Kandidat	Fødselsår	Spesialitet	Stilling	Forslag fra:
Aasmundstad, Tor Aksel	1959	Anestesiologi	Overlege i Akuttklinikken, Oslo universitetssykehus	Norsk anesthesiologisk forening
Bjørsvik, Geir	1951	Anestesiologi	Overlege anesthesiavdelingen, Tromsø	Norsk nevrokirurgisk forening

Brekke, Dag	1945	Allmenntmedisin og samfunnsmedisin	Overlege Sunnaas sykehus	Møre og Romsdal legeforening
Brelin, Siri Hagen	1963	Allmenntmedisin Kompetanseområde palliativ medisin	Kreftavdelingen Sykehuset Østfold	Norsk forening for palliativ medisin og Norsk overlegeforening
Horn, Morten Andreas	1969	Neurologi	Overlege neurologisk avdeling UUS	Norsk overlegeforening, Norsk neurologisk forening
Rimberg, Ina	1972		Medisinskfaglig ansvarlig lege/overlege Kantarellen Bo og Rehabiliteringssenter	Norsk forening for palliativ medisin
Thorvik, Arne	1961	Psykatri	Overlege allmennpsykiatrisk poliklinikk, Sykehuset i Vestfold	Norsk psykiatrisk forening
Watne, Øyvind	1951	Psykatri	Overlege Tiller DPS	Norsk overlegeforening
Østborg, Tilde Broch	1982	Fødselshjelp og kvinnesykdommer	Overlege Kvinneklinikken Stavanger	Norsk overlegeforening
Aarseth, Svein	1950	Arbeidsmedisin Allmenntmedisin	Senter for papirløse innvandrere (frivillig) Veileder spesialistkandidat allmenntmedisin. Sluttet som fastlege 2020	Oslo legeforening
Jorem, Jacob	1985	Psykatri (i spesialisering)	LIS-lege Voksenpsykiatrisk avd., Vinderen	Oslo legeforening
Ballo, Olav Gunnar	1956	I spesialisering – allmenntmedisin	Allmennlege, kommuneoverlege Loppa kommune, tilsynslege Alta kommune	Finmark legeforening
Kornmo, Tina Shagufta Munir	1968	Urologi	Kirurgisk avdeling, Bærum sykehus	
Opsahl, Jan-Henrik	1978	Radiologi	Sanofi Aventis, medisinsk rådgiver	
Swendsen, Elisabeth	1951	Allmenntmedisin	Ingen aktive arbeidsforhold	

Valgkomiteen har hatt fire møter og gjennomført samtaler med ni kandidater. Alle møtene ble gjennomført digitalt. De øvrige foreslåtte kandidatene har blitt kontaktet av valgkomiteens leder.

Valgkomiteen la fram sin innstilling for sentralstyret i møte 11. mai. I vurderingen av de aktuelle kandidatene ble det lagt vekt på å få en så bred sammensetning av Rådet som mulig, dvs. ut fra kriterier som relevant yrkesbakgrunn, kompetanse, bredde i etiske problemstillinger gjennom hele livsløpet, interesse og motivasjon, geografisk spredning, minoritetsbakgrunn, alder og kjønn. Evne til å samarbeide og jobbe i team ble også vektlagt. I tillegg vurderte valgkomiteen det som hensiktsmessig å ha en viss rotasjon av medlemmene. Samtlige kandidater som var invitert til samtale gjorde et solid inntrykk, og valgkomiteen understreker at alle i dagens Råd for legetikk har gjort en meget god innsats i perioden som har vært.

Følgende innstilling til sammensetning av Rådet for legeetikk legges fram for landsstyret:

Leder: Svein Aarseth

Nestleder: Tilde Broch Østborg

Medlemmer: Siri Brelin, Tina Shagufta Kornmo, Olav Gunnar Ballo

Varamedlemmer: 1. Jacob Jorem 2. Jan-Henrik Opsahl

Den norske legeforenings sentralstyre
etter fullmakt

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli
stabsjef

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 19
Valg av valgkomite



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 19 - Valg av valgkomite

I henhold til lovenes § 3-1-3, 1. ledd nr 8 og § 3-2-1, 6. ledd skal landsstyret velge en valgkomité med tre medlemmer og tre varamedlemmer i nummerert rekkefølge. Det har vært vanlig praksis at leder velges særskilt i landsstyremøtet.

I samsvar med vanlig praksis forberedes valget direkte i landsstyremøtet uten at valget er forberedt av valgkomiteen eller sentralstyret.

Valgkomiteen utøver sin virksomhet i henhold til instruks. Valget skjer for landsstyreperioden, dvs fra 1.9. 2021 – 31.8. 2023

Saken fremlegges uten innstilling fra sentralstyret.

Valgt ble:

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)

Sak 20
Valg av desisorutvalg



**DEN NORSKE
LEGEFORENING**

Landsstyret

Deres ref.:

Vår ref:

Dato: 10-05-2021

Sak 20 - Valg av desisorutvalg

I henhold til Legeforeningens lover § 4-4 velger landsstyret desisorutvalg for landsstyreperioden.

Desisorutvalget består av en leder og to medlemmer. Alle medlemmer som ikke er medlem av sentralstyret eller fondsutvalg, eller ansatt i sekretariatet er valgbare. Utvalget skal foreta desisjon, foreslå for landsstyret honorar og godtgjøringer for presidenten og sentralstyrets medlemmer, og som inntas i sentralstyrets budsjettforslag. Desisorutvalget utfører desisjon ved gjennomgang av Legeforeningens regnskap, herunder foreliggende dokumenter og bilag. Utvalget skal vurdere om de økonomiske disposisjoner sentralstyret og sekretariatet har foretatt har grunnlag i foreningens lover, fondenes vedtekter og i vedtak fattet av landsstyret og sentralstyret, og kan fremme forslag ovenfor landsstyret i denne forbindelse.

For inneværende periode har Ole Edvard Strand, Harald Bergan og Guro-Marte Gulstad Mpote vært foreningens desisorer.

Saken legges frem for landsstyret uten innstilling fra sentralstyret.

Valgt ble:

.....

.....

Med vennlig hilsen
Den norske legeforenings sentralstyre

Geir Riise
generalsekretær

Anne Torill Nordli

[Dokumentet er godkjent elektronisk](#)