

Presidenten har ordet

Et begivenhetsrikt år

2011 ble et begivenhetsrikt år for Legeforeningen med en storstilt markering av 125-årsjubileet i Den Norske Opera & Ballett, og ikke minst at Helsedirektoratet fra 1. oktober overtok ansvaret for spesialistgodkjenningen av leger. Det har gjennom hele året også vært et tydelig fokus på de seks satsingsområdene som ble vedtatt i 2009, og flere av områdene har fått oppmerksomhet i media i form av kronikker, innlegg og redaksjonell omtale. I november 2011 vedtok sentralstyret nye strategiske satsingsområder for perioden 2011-2013. Arbeidet med disse ble påbegynt før årsskiftet.

Synlig helsepolitikk

Legeforeningen har en godt synlig helsepolitikk. Det strategiske og langsiktige arbeidet har vært knyttet til satsingsområdene, utarbeiding av statusrapport om forebygging og revidering av statusrapport om helsetjenester til eldre. Samtidig har vi deltatt i den løpende offentlige debatten om helse og helsetjenesten. De tre helsepolitiske områdene som vi har brukt mest ressurser på i 2011 er samhandlingsreformen, utfordringene knyttet til omstilling og styring av sykehussektoren og til folkehelsearbeid.

Forhandlinger og fastlegeforskrift

Det har vært arbeidet med å forberede forhandlinger på ulike områder, samtidig er det gjennomført mellomoppgjør for offentlig sektor – og forhandlinger for næringsdrivende leger. KS som forhandlingspart var avventende til å utvikle rammeavtalen i påvente av fastlegeforskriften. Forslaget til ny fastlegeforskrift har skapt et stort engasjement blant medlemmene. Ellers har situasjonen ved Oslo universitetssykehus preget mye av arbeidet. Situasjonen ved sykehuset er gjennom flere medieoppslag blitt løftet opp til Stortinget, og Legeforeningen har hatt flere møter med helseministeren om dette.

Godkjenner ikke lenger spesialisering

Da Stortinget i juni 2009 vedtok å endre Helsepersonelloven § 53 innebar det at godkjenning av nye spesialister ikke lenger kan delegeres til private yrkesorganisasjoner. Etter anbudsutlysning ble det inngått en avtale mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen om at Legeforeningen, ved hjelp av spesialitetskomiteene, yter sakkyndig bistand ved behandling av søknader om spesialistgodkjenning i de saker der direktoratet finner det nødvendig.

Stadig flere medlemmer

Legeforeningen jobber bevisst med å rekruttere nye medlemmer, særlig blant medisinstudentene. Det har vært en betydelig medlemsvekst i 2011, og ved årsskiftet var antall nye medlemmer økt med nesten 1 000.

Årsmeldingen 2011 gir et glimt av Legeforeningens aktiviteter gjennom året. Jeg håper den vil være til inspirasjon for foreningens mange medlemmer og tillitsvalgte.



Hege Gjesing
President

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....	6
1.1	Satsingsområde 1: Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus.....	6
1.1.1	Målsetting	7
1.1.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	7
1.2	Satsingsområde 2: Faste stillinger for leger i spesialisering	9
1.2.1	Målsettinger	9
1.2.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	9
1.3	Satsingsområde 3: Samhandlingsreformen.....	10
1.3.1	Målsettinger	10
1.4	Satsingsområde 4: Fastlegeordningen	11
1.4.1	Målsettinger	11
1.4.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	12
1.5	Satsingsområde 5 - Forskning og fagutvikling.....	13
1.5.1	Bakgrunn.....	13
1.5.2	Strategi og måloppnåelse	13
1.6	Satsingsområde 6: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand.....	14
1.6.1	Målsettinger	15
1.6.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	15
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	16
2.1	Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold	16
2.2	Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring	16
2.2.1	Kursvirksomhet i 2011.....	16
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområder	17
2.3.1	Forhandlingsarbeidet innenfor Spekter-området.....	17
2.3.2	Twistesaker i Spekter-området.....	17
2.3.3	Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området.....	18
2.3.4	Forhandlingsarbeidet innenfor KS-området.....	18
2.3.5	Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området.....	18
2.3.6	Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH).....	18
2.4	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende.....	19
2.4.1	Rammeavtaleforhandlinger KS	19
2.4.2	Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister.....	19
2.4.3	Normaltariffoppgjøret 2011	19
2.4.4	Normaltariffprosjektet.....	20
2.4.5	Vold og trusler mot leger – oppfølging av Legeforeningens initiativ	20
2.4.6	Norsk pasientskadeerstatning.....	20
2.4.7	Økte stykkprissatser satser per 1.1. 2012	20
2.5	Veiledere, juridiske betenkninger og utredninger	20
2.5.1	Veileder om tilsynssaker	20
2.5.2	Veileder om arbeidsmiljø m.v.....	21
2.5.3	Juridiske betenkninger	21

2.6 Medlemsbistand og rettshjelpvalget	21
2.6.1 Bistand fra sekretariatet	21
2.6.2 Rettshjelpsordningen	22
2.6.3 Bistandsprosjektet	22
3 UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING	23
3.1 Utdanning	23
3.1.1 Grunnutdanningen	23
3.1.2 Turnustjenesten	23
3.1.3 Spesialistutdanningen	23
3.1.4 Etterutdanningen	24
3.1.5 Kursutdanning	24
3.1.6 E-læring	24
3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	24
3.1.8 Kompetanseområde i allergologi	25
3.2 Forskning	25
3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling	25
3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreningene	25
3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok	25
3.3.3 Gjennombruddsprosjekt «Tidlig oppdagelse og behandling av førstegangs psykose»	25
3.3.4 Fagpublikasjoner	25
3.3.5 Senter for allmennmedisinsk kvalitet -SAK	26
3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin	27
3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	27
3.3.8 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin	27
3.3.9 Utdanning av nye veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin	27
3.3.10 Etterutdanning av veiledere i primærmedisin	27
3.3.11 Veiledning i spesialisthelsetjenesten	27
3.4 Godkjenning av veiledere	28
3.4.1 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri	28
3.4.2 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	28
3.4.3 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin	28
4 HELSEPOLITIKK	29
4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid	29
4.2 Legeforeningens arbeid med høringer	30
4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	31
4.3.1 Statusrapport - Med kvalitet som ledestjerne - Balanserte mål gir god kurs	31
4.3.2 Policynotater	32
4.4 Myndighets- og organisasjonskontakt	32
4.4.1 Stortinget	32
4.4.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv	33
5 INTERNASJONALT ARBEID	35
5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid i 2011	35
5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner	35

6	KOMMUNIKASJONSARBEID	37
6.1	Om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid	37
6.2	Mediearbeid	37
6.3	Legeforeningens egne kommunikasjonskanaler	38
6.3.1	Legeforeningen.no	38
6.3.2	Intranettet	38
6.3.3	Min side	38
6.3.4	Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet	38
6.3.5	Andre kommunikasjonskanaler	39
6.4	Kompetanseheving	39
6.5	Legeforeningens 125-årsjubileum	39
6.5.1	Festforestilling i Den Norske Opera og Ballett	39
6.5.2	Livet som lege	39
6.5.3	Publikumshelg i samarbeid med Teknisk Museum	39
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING	40
7.1	Organisering og bemanning	40
7.2	Designendringer	40
7.3	Tidsskriftets papirutgave	40
7.4	Andre publikasjoner	40
7.5	Engelske oversettelser	40
7.6	Pressekontakt	40
7.7	Tidsskriftet på nett	40
7.8	Legejobber.no	41
7.9	Tidsskriftet blogg	41
7.10	Mobilversjon	41
7.11	Økonomi i Tidsskriftet	42
8	LEGEFORENINGENS FORSKNINGSPROJEKT	43
8.1	Personale og finansiering	43
8.2	Unike paneldata	43
8.3	Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt	43
9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	44
9.1	Nøkkeltall	46

9.2	Fond	46
9.2.1	Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	46
9.2.2	Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	47
9.2.3	Utdanningsfond III - Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre og etterutdanning	47
9.2.4	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)	48
9.2.5	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	48
9.2.6	Lånefondet - Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	48
9.2.7	Premiereguleringsfondet	49
9.2.8	Allmennmedisinsk forskningsfond	49
9.2.9	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	49
10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	50
10.1	Organisasjonskart	50
10.2	Landsstyret	50
10.3	Sentralstyret	51
10.4	Andre organisasjonsledd	51
10.5	Medlemsoppslutning	51
10.6	Sekretariatet	51

1 Legeforeningens satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 2009-11. Bakgrunnen for etableringen av satsingsområdene er å tydeliggjøre hvilke prioriterte strategiske målsettinger foreningen skal rette oppmerksomheten mot, og legge til rette for at ressursene i foreningen fordeles og benyttes i tråd med disse.

Bakgrunnen for etablering av satsingsområder var at sentralstyret ønsket å bidra til at Legeforeningen arbeidet mer strategisk og tydeligere prioriterte noen innsatsområder. Gjennom arbeidet med en såkalt SWOT-analyse vurderte sentralstyret foreningens styrker og svakheter, muligheter og trusler både internt og eksternt. På bakgrunn av denne gjennomgangen var det enighet om å prioritere seks områder. Sentralstyret mener dette har ført til en tydeligere prioritering av Legeforeningens arbeid og ressursallokering, og slik har vært en vellykket måte å strukturere arbeidet med Prinsipp- og arbeidsprogrammet. Dette er blant annet noe av bakgrunnen for forslaget om at programmet er skilt i ett prinsippprogram og ett arbeidsprogram.

Det har vært en kommunikasjonsstrategi tilpasset målgruppene for det enkelte satsingsområde, beslutningstakere, opinionsdannere, fagmiljøer og egne tillitsvalgte. I media har spesielt fått oppmerksomhet i form av kronikker, innlegg og redaksjonell omtale. Satsingsområdene er omtalt på Legeforeningens egne nettsider, i Aktuelt i foreningen og i presidentens leder. Det ble arbeidet med videre konkretisering av satsingsområdene ut 2011.

Nye satsingsområder for 2011-2013

I november 2011 vedtok sentralstyret følgende nye strategiske satsingsområder for perioden 2011-2013:

- Kvalitet må måles og brukes til forbedring
- Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling
- Styrket medisinsk ledelse
- Nasjonal kvalitetsstandard for legevakt
- Nasjonal sykehusplan
- Faste stillinger i sykehus

Nedenfor følger en gjennomgang av de seks satsingsområdene 2009-11 med hensyn på bakgrunn, målsettinger og resultater i 2011.

1.1 Satsingsområde 1: Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus

Satsingsområdet har sitt utspring i Legeforeningens arbeid for å bidra til å skifte fokus fra økonomi og bunnlinje til kvalitet, arbeidsmiljø- og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus¹. Legeforeningen var en aktiv støttespiller til sykehusreformen, men har i årene etter innføringen fått alarmerende mange meldinger fra medlemmer om at dagens styring av sykehus vektlegger for ensidig "bunnlinjen" i en slik grad at det setter faglige vurderinger til side, jfr. blant annet vår statusrapport *Rom for faglighet – til pasientens beste* fra 2005. For å snu utviklingen har Legeforeningen tatt til orde for at strukturelle reformer må etterfølges av en innholdsreform som tar utgangspunkt i det faglige innholdet i helsetjenesten. I tillegg må kvalitet og pasientsikkerhet inn i styringsdialogen. Balansert styring av sykehus var derfor tema for statusrapporten *Med kvalitet som ledestjerne – balanserte må gir god kurs* i 2011. Hovedbudskapet i rapporten er at det er et behov for økt vektlegging av kvalitet i styring og ledelse av sykehusene, at vi må vite mer og måles på kvalitet, at helsetjenesten er en kunnskapsvirksomhet og må styres og ledes deretter, og at kvalitet skapes i lærende organisasjoner.

¹ Politikk og strategi Notat 1 / 18.11.2009

Legeforeningen opplever å ha fått økende gjennomslagskraft for dette budskapet. Oppdragsdokumentene for de regionale helseforetakene for 2011 hadde mer vekt på kvalitet og pasientsikkerhet, og statsminister Stoltenberg har varslet en Stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet i 2012.

1.1.1 Målsetting

Det overordnende målet for satsingsområdet var: ”å bidra til god kvalitet og godt arbeidsmiljø i sykehus ved at kvalitets- og arbeidsmiljøkriterier blir likestilt økonomiske kriterier som rapporteringsgrunnlag og styringsparametere for sykehus”². Satsingsområdet ble videre delt opp i fire delmål.

1. Utforme og anbefale systemer for måling av kvalitet i sykehus
2. Større oppmerksomhet på hvordan arbeidsmiljø dokumenteres og styres i sykehus
3. Gjøre det attraktivt for leger å være ledere i sykehus og øke antall leger med formell lederkompetanse
4. Bidra til å utvikle langsiktige og stabile finansieringsordninger.

1.1.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Delmål 1: Utforme og anbefale systemer for måling av kvalitet i sykehus

Legeforeningen har jobbet for å få kvalitet og pasientsikkerhet inn i styringsdialogen. Overfor helsemyndighetene har det vært fremmet at kvalitet skal være synlig i budsjettene og at kvalitet må inngå som et fast tema i styremøter. Samtidig har man understreket at det er et ledelsesansvar å sørge for at det skapes rom og kultur for kontinuerlig kompetanseutvikling og implementering av kompetansen på avdelingene (premisser for kvalitet).

Utviklingen av et kvalitetsindikatorsystem for måling av kvalitet på behandling i spesialisthelsetjenesten har som i 2010, vært prioritert. Legeforeningen har fulgt opp innspill i prosessen med å utvikle et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem og har vært i kontakt med både Helsedirektoratet og Kunnskapssenterets i forbindelse med den videre utviklingen av et slikt system. Det har vært vist en vilje til å involvere fagmiljøet og dette følges opp. Det er igangsatt en pilot for utprøving av kvalitetsindikatorer i allmennlegetjenesten. Betydningen av et faglig forankret kvalitetsindikatorsystem har vært en del av innspill til «to lover og en plan» og blir behandlet i statusrapporten 2011.

Myndighetenes pasientsikkerhetskampanje ”I trygge hender” har også vært løftet frem som et viktig område der Legeforeningen har vært representert i styringsgruppen. Det har også blitt gjennomført et dialogmøte med kampanjeledelsen.

Legeforeningen har jobbet for å stimulere fagmiljøene til å engasjere seg i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er viktig å involvere de fagmedisinske foreningene i arbeidet for å gi tiltak legitimitet i fagmiljøene. Dette har betydning for implementering. Kvalitet har vært satt på dagsordenen i dialog med fagmedisinske foreninger. Kvalitetsindikatorer og kvalitetsregistre var hovedtemaet for konferansen for fagmedisinske foreninger i april 2011.

Legeforeningen har avgitt høringsuttalelser om kvalitet og læringskultur samt pasientsikkerhet i forbindelse med nasjonal helseplan. Det ble utarbeidet et policynotat om ”Etablering og bruk av helseregistre, og i tillegg har Legeforeningen hatt et fokus på å samle informasjon knyttet til utarbeidelse av faglige retningslinjer blant annet i forbindelse med statusrapporten. Legeforeningen har også fått en representant inn i ressursgruppen som ser på etablering av nytt melde- og avvikkssystem i Kunnskapssenteret.

IKT-systemer er viktig for kvalitet og pasientsikkerhet. Legeforeningen er en premissleverandør på dette området og har i 2011 sendt brev til alle regionale helseforetak og alle helseforetak med oppfordring til at leger og helsepersonell tas med i utviklingsarbeid innen IKT. Samtidig har det vært sendt brev til Legeforeningens sykehusstillitsvalgte med oppfordring om å medvirke til at sykehusleger påtar seg slike oppgaver³.

² Politikk og strategi Notat 1/21.10.2009

³ Sentralstyresak 10/4708

Premissleverandørrollen ivaretas også gjennom utgivelse av statusrapporten *Med kvalitet som ledestjerne* fra 2011, der særlig kapittel 7 omtaler behov for bedre IKT-løsninger i helsevesenet.

Delmål 2: Større oppmerksomhet på hvordan arbeidsmiljø dokumenteres og styres i sykehus

Legeforeningen har siden 2008 arbeidet med å identifisere utfordringer i samhandlingen mellom arbeidsgiversiden og ansatte i sykehus for å legge grunnlaget for et godt arbeidsmiljø i sykehus – både i ordinær drift og i forbindelse med omstillinger.

Legeforeningens prosjekt *Omstilling og arbeidsmiljø* ble videreført i 2011. Det er utarbeidet en arbeidsmiljøveileder som ble trykket i 2011. Veilederen er et praktisk rettet verktøy for tillitsvalgte, verneombud og ledere i arbeidet for et best mulig arbeidsmiljø. Det er også gjennomført tillitsvalgtsoppplæring med arbeidsmiljø som tema. Legeforeningen sentralt og lokalt har hatt tett kontakt med Arbeidstilsynet, som i 2011 særlig har fokusert på legers arbeidstid i sykehus. Arbeidstilsynet har dokumentert til dels store mangler i sykehusenes systemer for registrering av arbeidstid for leger og en manglende kultur for å etterstrebe overholdelse av arbeidstidsbestemmelser og manglende vurderinger av arbeidstidsordningenes konkrete konsekvenser for den enkelte lege.

Det ble arrangert en dialogkonferanse i mars 2011, hvor tema var behovet for dialog mellom ledelse og tillitsvalgte. Som et ledd i å få arbeidsmiljø (og kvalitet) inn i styremøtene, har Legeforeningen via tillitsvalgtsoppplæring med arbeidsmiljø som tema oppfordret ansattevalgte og styrerepresentanter om å kreve at arbeidsmiljø og kvalitet kommer på dagsorden i alle styremøter.

Legeforeningen har arbeidet for å få gode rammevilkår som fremmer arbeidsmiljøet. Det ble i hovedoppgjørene i 2010 fremmet en rekke krav med et arbeidsmiljøfremmende formål, blant annet knyttet til kompetanseutvikling, medarbeidersamtaler, forskeres kår osv. Dette vil også være tema for hovedoppgjøret 2012. I 2011 har blant annet vilkårene for leger i kombinerte stillinger vært gjenstand for et partssammensatt arbeid. Legeforeningen har videre fokusert på behovet for systemer som gjør det mulig å dokumentere arbeidsmiljøene i helseforetakene. Via eksisterende kanaler til Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene, har Legeforeningen oppfordret til utvikling av gode indikatorer for arbeidsmiljø.

Delmål 3. Gjøre det attraktivt for leger å være ledere i sykehus og øke antall leger med formell lederkompetanse

I tillitsvalgtprosjektet er det utarbeidet et opplæringskonsept med en modul 3 – *Fra tillitsvalgt til leder*. Dette ble videreført. Målet er en sammenhengende tillitsvalgtoppplæring som også gir lederkompetanse. Legeforeningen mener det er viktig å stimulere til at kvinner går inn i lederposisjoner, og har derfor videreført ledelsesprogrammet *Frist meg inn i ledelse*. Dette er det sjuende programmet som er gjennomført og som har som formål å stimulere kvinnelige leger til å gå inn i lederposisjoner. Programmene er ment å bidra i arbeidet for en bedre kjønnsbalanse. Det ble også gjennomført en lederkonferanse med dialog og samarbeid som tema.

Delmål 4. Bidra til å utvikle langsiktige og stabile finansieringsordninger

Legeforeningen har arbeidet for at finansieringsordningene skal være treffsikre i å understøtte den faglige virksomheten. Grunnlaget for foreningens politikk har vært lagt blant annet gjennom rapportene fra ECON (2009) og McKinsey (2010), om hhv. utviklingen i bevilgningene til spesialisthelsetjenesten og investeringer i spesialisthelsetjenesten. Våre synspunkter er blitt fremmet i offentlige høringer, på Stortinget og i tilknytning omstillingsprosessene i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen har også deltatt aktivt i debatten rundt nye økonomiske virkemidler knyttet til samhandlingsreformen. Foreningen har i blant annet gjennom høringsuttalelser og medieutspill stilt spørsmål ved om de valgte virkemidlene understøtter målsettingen ved reformen. Det ble også i samarbeid med Sykepleierforbundet gjennomført en spørreundersøkelse blant landets kommunepolitikere og rådmenn, hvor blant annet effekten av de økonomiske virkemidlene ble tatt opp.

1.2 Satsingsområde 2: Faste stillinger for leger i spesialisering

Legeforeningens omfattende arbeid for at leger i spesialisering skal ha faste stillinger har gitt resultater gjennom politisk gjennomslag og støtte fra helseministeren for at leger i spesialisering i sykehus i hovedsak skal ha faste stillinger. I foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2011 ble dette fulgt opp i kravs form overfor de regionale helseforetakene. Det ble deretter satt ned en arbeidsgruppe på arbeidsgiversiden, som inviterte Legeforeningen til diskusjoner om implementering av faste stillinger. Legeforeningen har møtt arbeidsgruppen seks ganger, og gitt innspill til en rapport som ble utarbeidet av arbeidsgruppen på arbeidsgiversiden.

Bakgrunnen for satsingen på faste stillinger ligger dels i at stillingsstrukturavtalen ikke ble videreført med helseforetaksreformen i 2002. Intensjonen med avtalen var å balansere behovet for mobilitet i utdanningen med forutsigbare arbeidsforhold. Helse- og omsorgsdepartementet hadde en uttalt intensjon om at fordelingen av faste og midlertidige stillinger skulle være som før 2002, men det har vært registrert en utvikling i retning av at stadig flere leger ansettes i mer kortvarige stillinger for leger i spesialisering.

2007 vedtok sentralstyret å nedsette et prosjekt med formål å kartlegge hvordan stillingsstruktur er regulert i direktiver, lovgivning og sentrale avtaler, med sikte på å utarbeide ordninger som ivaretar leger i spesialisering, og hensynet til spesialisering av leger. I 2008 vedtok sentralstyret anbefalingene fra *Prosjekt Stillingsstruktur*, herunder kravet om fast tilsetting for leger i spesialisering som hovedregel. Forut for vedtaket hadde en intern høring vist bred enighet om innføring av faste stillinger for leger i spesialisering.

Saken var oppe til diskusjon på landsstyremøtet 2009 hvor det ble vedtatt resolusjon om fast tilsetting for leger i spesialisering.

Sentralstyret har vedtatt at implementering av faste stillinger fortsatt skal være et av Legeforeningens satsingsområder.

1.2.1 Målsettinger

Utbredelsen av midlertidige stillinger har medført konsekvenser utover det som rammer den enkelte lege. Halvparten av legene i sykehus er midlertidige ansatt. Ca. 90-95 % av leger i spesialisering er midlertidig ansatt. Gjennomsnittsalder for oppnådd spesialitet er 41 år. Dette har betydning for blant annet pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Vi vet også at det er mulig å innrette spesialistutdanning med faste stillinger, for eksempel slik man har gjort i Sverige.

Med bakgrunn i disse utfordringene ble det definert følgende mål for arbeidet i 2011:

- Bidra til hensiktsmessig implementering av faste stillinger
- Oppnå konsensus med arbeidsgiversiden om gode modeller for å kunne forene utdanningsløp med faste stillinger

Legeforeningen har hatt regelmessig kontakt med politikere fra ulike partier på stortinget, og med helseministeren også gjennom 2011.

1.2.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Arbeidet med modeller og implementering

Legeforeningen har etter helseministerens beslutning oversendt brev til de regionale helseforetakene og stilt seg til rådighet for et samarbeid om innføring av flere faste stillinger for leger i spesialisering. Legeforeningen ble invitert inn til dialog med en arbeidsgruppe i regi av RHF-ene/Spekter våren 2011. Gjennom seks samarbeidsmøter utover høsten/vinteren 2011 redegjorde Legeforeningen for sine forslag til modeller. Dette bidro til konsensus om modeller som er oversendt Helse- og omsorgsdepartementet.

Legeforeningen har kommunisert til helseministeren og arbeidsgiversiden at det nå forventes fortgang i arbeidet med implementering av faste stillinger. Dette er kommunisert til sentrale helsepolitiske aktører og mot RHF-systemet.

1.3 Satsingsområde 3: Samhandlingsreformen

Helsepolitikken i Norge var i 2011 preget av forberedelser til iverksettelse av samhandlingsreformen, jf. st. meld. nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen (juni 2009). Legeforeningen har støttet samhandlingsreformens overordnede målsettinger om økt satsning på forebyggende helsearbeid, styrket kommunehelsetjeneste og mer sammenhengende helsetjenester til beste for pasientene. Vi har imidlertid stilt oss kritisk til om de skisserte virkemidlene er egnet til å nå disse målene. Med dette som utgangspunkt utarbeidet Legeforeningen i 2011 grundige og godt internt forankrede høringssvar både til forslag til ny Nasjonal helse- og omsorgsplan, ny helse- og omsorgslov og ny folkehelselov med tilhørende forskrifter. Se punkt 4.4.1 for nærmere omtale.

Legeforeningens synspunkter ble formidlet til myndighetene, media og andre relevante aktører i mange relevante situasjoner. Særlig har vi understreket at fagmiljøene og tillitsvalgte må involveres på en god måte, slik at det skapes en felles forståelse for de endringer som eventuelt skal gjennomføres. Vi har også fremhevet at det ikke vil være klokt å gå for fort frem i gjennomføringen av reformen. I stedet bør valg av virkemidler skje gjennom solide utredninger og utprøving før de eventuelt iverksettes på nasjonalt nivå.

1.3.1 Målsettinger

Målene for satsingsområdet har vært å få gjennomslag for vår politikk. Hovedtrekkene i denne er som følger:

Tydeligere ansvars- og oppgavedeling

Legeforeningen mener hovedgrepet for å bedre samhandlingen er en tydeligere ansvars- og oppgavedeling både mellom og innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den demografiske utviklingen og utviklingen innenfor medisinsk teknologi og fagkunnskap, tilsier at kapasitets- og kompetansefordeling mellom nivåene må gjennomgås. En slik gjennomgang må foreligge før det settes i verk strukturendringer, eksempelvis i form av ”halvannenlinjetjenester” eller intermediære nivåer. Vi er bekymret for at en slik utvikling vil kunne skape enda flere samhandlingsflater.

Valg av riktige virkemidler

Legeforeningen har pekt på utfordringer knyttet til kommunal medfinansiering, oppbygging av kommunale tilbud og ikke minst dagens kommunestruktur. Vi har understreket at kommunene må ha sikkerhet for at kommunal medfinansiering ikke gir for stor økonomisk risiko hvis det påløper uventede kostnader til sykehus tjenester. Vi har etterlyst en grundig vurdering av hvilke tjenester som bør inngå i et større ansvar for kommunene, herunder hvilke spesialisthelsetjenester som på faglig grunnlag kan erstattes med kommunale tilbud. Vi har også stilt spørsmål om det finnes tilstrekkelig robuste løsninger for interkommunalt samarbeid som setter kommunene i stand til å håndtere en ny og utvidet rolle. I dag er de fleste kommuner for små til å gi et faglig tilfredsstillende tilbud til sin befolkning.

Styrking av det forebyggende arbeidet

Legeforeningen har understreket at forebyggende arbeid må være kunnskapsbasert. Mye av det forebyggende arbeidet må gjøres utenfor helsesektoren, men samtidig bygge på medisinsk fagkunnskap om sammenhenger mellom miljø og helse. Igjen er god samhandling gjennom avklart oppgave- og ansvarsdeling mellom de ulike aktørene i kommunal sektor svært viktig. Vi har også satt søkelys på at kommuneoverlegens posisjon må styrkes for å få nødvendig koordinering og kompetanse i det kommunale tilbudet. Disse momentene er blant flere som følges opp i Legeforeningens statusrapport om forebyggende helsearbeid, som ble påbegynt høsten 2011. Se punkt 4.1 for nærmere omtale.

Videreutvikling av fastlegeordningen
Omtales under satsingsområde 4.

Legetjenester i sykehjem

Sykehjemspasientene er blant de sykeste og svakeste i landet, med i gjennomsnitt fire aktive diagnoser som krever medisinsk oppfølging. Legeforeningen har i mange år jobbet for en styrking av legetjenestene på sykehjemmene, herunder legedekning og kompetanse. Det ble høsten 2011 igangsatt et arbeid med å revidere statusrapporten *Når du bli gammel og ingen vil ha deg* (2001). Rapporten ferdigstilles våren 2011. Sentrale tema er behov for nasjonale bemanningsnormer i sykehjem, og oppbygging av robuste fagmiljøer og nytt kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

Kommunale institusjonsplasser - forsterkede sykehjem

Noen pasienter vil ha fordel av en kommunal institusjonsplass fremfor sykehusinnleggelse, for eksempel etter en sykehusinnleggelse eller i forbindelse med en akutt forbigående sykdom. Slike kommunale institusjonsplasser kan gjerne samlokaliseres med sykehjem eller annen tilgjengelig kommunal institusjon. For de mindre kommunene vil et slikt tilbud kreve interkommunalt samarbeid eller etablering av helsekommuner.

Nasjonal sykehusplan

Grensesnittet mot spesialisthelsetjenesten også må avklares, jfr. punkt 4.1 *Utvikling av spesialisthelsetjenesten*.

1.3.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Legeforeningens politikk i forhold til samhandlingsreformen har vært grunnlaget for vår kommunikasjon i møter, innlegg, ledere, artikler, nettsaker mv. i 2011. Noen sentrale aktiviteter har vært:

- Kontakt med pasientforeningene, bl.a. med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon i tilknytning forslag til ny helse- og omsorgslov
- Høringssvar til ny helse- og omsorgsplan
- Høringssvar til ny helse- og omsorgslov
- Høringssvar til ny folkehelselov
- Tema på seminar med Stortingets helse- og omsorgskomite
- Tema på helsepolitisk debatt på landsstyremøtet mai 2011
- Løpende dialog med KS om samhandlingsreformen og fastlegeordningen, herunder kontakt rundt LSU

Stortinget ved Helse- og omsorgskomiteen, Helse- og omsorgsdepartementet (politisk nivå og embetsverk), KS, Oslo kommune og pasientforeningene har vært definert som strategiske samarbeidspartnere i arbeidet med satsingsområdet. Ettersom prosessen pågår er det vanskelig å vurdere i hvilken grad vi har fått gjennomslag for våre synspunkter knyttet til valg av virkemidler i samhandlingsreformen. Når det gjelder behovet for en Nasjonal sykehusplan er støtten betydelig, både i politiske partier og i Helsedirektoratet.

1.4 Satsingsområde 4: Fastlegeordningen

1.4.1 Målsettinger

Målet har vært å videreutvikle ordningen basert på det som fungerer godt i fastlegeordningen. Det har også vært et mål å unngå politiske vedtak om endring som kan bidra til å ødelegge fundamentet i ordningen. Legeforeningen har bidratt med forslag til virkemiddelbruk for å nå politiske mål, men samtidig lagt vekt på behovet for prioriteringer og målrettethet med hensyn til bruken av fastleger for å unngå at fastleger trekkes bort fra pasientbehandling i egen praksis.

Legeforeningen har gitt informasjon og utarbeidet utredninger som belyser sammenhenger mellom mål, virkemidler og praksis. Det har vært et mål å kunne belyse på en god måte nødvendige

sammenhenger mellom det som var mål for fastlegeordningen i 2001 og det som ble praksis etter implementering.

Legeforeningens mål har vært å bevare partsforholdet som grunnlag for utviklingstiltak, blant annet gjennom dialog og samarbeid lokalt og sentralt.

Fastlegeordningens viktigste fortrinn er at:

- Avtalestyringen gir mulighet for raske endringer i tråd med behov
- Ordningen styres gjennom et trepartssamarbeid. Dette gir eierskap, engasjement og forpliktelse.
- Fastlegeordningen er en nasjonal ordning med likt tilbud til befolkningen uavhengig av bosted.
- Fastlegeordningen har rekruttert nye leger til allmennlegepraksis.
- Lovfestet rett til å velge en fast allmennlege – og å bytte fastlege.
- Fastlegen koordinerer behandling og informasjon om pasienten, noe som medfører betydelig grad av kontinuitet i oppfølgingen av pasienten.

De viktigste virkemidlene for å legge til rette for en ønsket utvikling er:

- Utvikling av dialog og avtalearenaer.
- Oppdimensjonering av legetjenesten i kommunene for å kunne innfri nye oppgaver og bedre tilgjengelighet, særlig for pasientgrupper som krever mer av fastlegens tid.
- Utvikling av kvalitetsverktøy som både muliggjør lokalt kvalitetsarbeid i den enkelte praksis, gir data til forskning og som styringsdata.
- Opprettelse av et Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK).
- Tilrettelegging for fastlegesentra med samarbeidende helsepersonell, ex psykolog.
- Mulighet for fastlegen til å legge inn pasienter på institusjoner i kommunehelsetjenesten.
- Endringer i lovgrunnlaget for å åpne for oppsøkende virksomhet og mer bruk av sykebesøk til pasienter hvor dette er hensiktsmessig.
- Styrking og videreutvikling av Allmennmedisinske forskningsenheter.

1.4.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Ny lovgivning

Arbeidet med påvirkning av fastlegeordningen i 2011 har vært preget av at Helse- og omsorgsdepartementets arbeid med regulering av Samhandlingsreformen har vært lukket. Påvirkningsarbeid har vært vanskelig gjort av at omfanget av nytt regelverk har vært overveldende. For beslutningstakere, politikere, andre organisasjoner og opinionen har det vært krevende å få oversikt over omfang og konsekvenser av endringene. Dette har vanskelig gjort mulighetene for å nå ut med sentrale budskap fra Legeforeningens side. Lover og forskrifter er utformet og vedtatt med kortest mulig frister.

Helse- og omsorgstjenesteloven, folkehelseloven og en rekke andre lovendringer ble vedtatt våren 2011. Før dette hadde lovgivningen vært på høring (frist 18. januar), men det var ingen reell involvering av Legeforeningen verken før eller etter høringen. Helse- og omsorgsdepartementet har valgt å kjøre en felles informasjonsprosess vedrørende Samhandlingsreformen overfor alle hovedorganisasjonene. Her har Legeforeningen deltatt som medlem i Akademikerne.

Fastlegeforskrift

På nyåret 2011 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å gi innspill i departementets arbeid med ny fastlegeforskrift. Legeforeningen ble med kort varsel invitert sammen med en rekke organisasjoner og enkeltpersoner til et dagsseminar for å drøfte videreutvikling av fastlegeordningen. KS hadde ikke anledning til å delta og takket nei. Legeforeningen ønsket en prosess sammen med KS som sentrale parter i ordningen. Det ble derfor bedt om et nytt møte hvor begge organisasjoner kunne delta. Dette ble ikke innmøtet.

Da Helsedirektoratet hadde avgitt uttalelse tilskrev Legeforeningen departementet og ba om innsyn i vurderingene og om involvering i videre arbeid med forskriftsrevisjonen. Departementet ønsket ingen

involvering av foreningen før forskriftsforslagene ble sendt på høring. Legeforeningen ble informert om enkelte av forslagene like før offentliggjøring, men departementet ønsket ikke nærmere drøftinger.

Som følge av den mangelfulle prosessen startet sekretariatet i samarbeid med Allmennlegeforeningen et arbeid for å forberede organisasjonen på håndtering av ulike tiltak i forbindelse med det varslede forskriftsutkastet. Allmennlegeforeningens førstelandsråder ble utpekt som bindeledd mot fastlegene rundt omkring i landet.

Legeforeningen reagerte kraftig da høringsnotatet ble offentliggjort 22. desember. Dette medførte betydelig medieomtale like før jul, herunder førstesideoppslag i Aftenposten. Utsippet ble møtt med forståelse blant flere aktører, blant annet på lederplass i samme avis.

Arbeidsgruppe i KS

Legeforeningen har vært i tett kontakt med KS og Oslo kommune for å bidra til felles initiativer til utvikling av avtalesamarbeidet. Rammeavtalen med KS ble sagt opp til reforhandling våren 2011. Partene ble enige om en prolongering av gjeldende avtale for sammen å utrede sentrale problemstillinger i lys av de utfordringer Samhandlingsreformen reiste. Det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe som møttes flere ganger høsten 2011 og som avga en felles rapport primo november. Blant de tema som er drøftet i rapporten er kvalitetsutvikling i allmennpraksis, herunder utvikling av Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK), rekrutteringsutfordringer, tilrettelegging for styrking av samhandling og finansieringshindringer i dagens system. Arbeidsgruppen hadde felles tilrådninger på alle punkter.

Etterlysning av sentralt samarbeidsutvalg

Legeforeningen har i dialog med politisk ledelse i departementet også etterlyst en sentral samarbeidsarena. Den etablerte møtearenaen sentralt for involverte i ordningen, fra før ordningens ikrafttredelse og til midten av 2000-tallet, bidro til utveksling av informasjon og drøfting av virkemidler. Etter at denne arenaen ikke lenger ble tatt i bruk fra departementets side, har dessverre få utviklingstiltak blitt iverksatt. Den ble benyttet i forbindelse med håndtering av pandemien i desember 2009.

1.5 Satsingsområde 5 - Forskning og fagutvikling

Forskning og fagutvikling er en forutsetning for en god og likeverdig helsetjeneste. Resultatene fra arbeidet sees sjeldent umiddelbart. Det er viktig at forskning og fagutvikling blir sett på som et kontinuerlig og langsiktig arbeid og at helsepersonell blir gitt tid og ressurser som samsvarer med denne virkeligheten. Legeforeningen ønsker å legge til rette for at leger skal kunne utføre god forskning og fagutvikling i dagens helsetjeneste.

1.5.1 Bakgrunn

”Helsetjenesten har sitt grunnlag i medisinsk kunnskap, utviklet på vitenskapelig basis og praktisk erfaring, forankret i legeetikken og de humanistiske tradisjoner”, het det i Legeforeningens rapport *Fra medisinsk kunnskap til bedre helse* fra 1994. Siden den gang er forskning og utdanning blitt lovpålagte oppgaver for helseforetakene, og politisk er det bred enighet om betydningen av forskning og fagutvikling. Det er likevel et langsiktig arbeid for å få økt midler til forskning og utdanning, at midlene fremgår i egne budsjetter, at kompetanseutvikling blir en viktig del av det daglige arbeidet, at kvalitetsarbeid og fagutvikling prioriteres og at forskerutdanning lønner seg.

1.5.2 Strategi og måloppnåelse

De siste årene har Legeforeningen satt forskning på agendaen gjennom to større rapporter: *Vind i seilene for medisinsk forskning* og *Mot en ny vår for medisinsk forskning*. Legeforeningens forskningsutvalg har stått bak begge disse rapportene. I 2011 gikk forskningsutvalget i gang med sitt tredje forskningspolitiske strategidokument som vil ligge klart høsten 2012.

Forskningsutvalgets arbeid har i flere tilfeller dannet grunnlaget for Legeforeningens politikk, handlingsplaner og arbeid knyttet til forskning.

Visjonen er at forskning skal være en mulighet fra man starter på medisinstudiet til man slutter som lege. Legeforeningen har således hatt fokus på tiltak som kan stimulerer til mulige karriereløp for leger som ønsker å forske. I 2011 videreførte Legeforeningen og Norsk medisinstudent forening sommerstipender som skal stimulere studenter til å forske. Midler ble hentet fra Utdanningsfond 1. Videre avholdte Legeforeningen et informasjonsseminar kalt "forsker i magen" i samarbeid med Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst for leger, der tema var hvordan komme i gang med forskning. For å sikre at legeforskere og forskningen de utfører blir av best mulig kvalitet, har Legeforeningen satset sterkt på å tilby kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse i samarbeid med Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst. Disse kursene har fått gode tilbakemeldinger og blitt svært populære. I 2011 ble tilsvarende kurs etablert og gjennomført i Helse-Midt og Helse-Nord planlegger å få sitt kurs i gang i løpet av 2012.

Fagutvikling er en forutsetning for å bringe faget fremover, og Legeforeningen skal være en viktig premissleverandør. I løpet av 2011 ble en rekke prosjekter innen fagutvikling videreført. Dette gjelder evaluering av fastsetting av veiledning på timeplanen og gruppeveiledning for leger i spesialisering. Videre har det blitt nedlagt store ressurser i å lage et hefte om veiledning for veiledere i spesialisthelsetjenesten. Hftet tar for seg den praktiske gjennomføringen av veiledning. Kurs i veiledning lokalt og sentralt ble videreført i 2011.

I det daglige arbeidet med forskning og fagutvikling, er de fagmedisinske foreningene en viktig medspiller. For å skaffe innsikt og forståelse for de utfordringene forskjellige fagmiljøer står overfor, har deltakelse på arrangementer i regi av fagmedisinske foreninger vært viktig. I 2011 har det blant annet innebåret deltakelse på forsknings- og fagutviklingsrelaterte møter og aktiviteter.

Globalt engasjement og ansvar

Legeforeningen er opptatt av medisinsk helse og forskning i et globalt perspektiv. I et globalt perspektiv er norsk medisinsk forskning ressursrik. Vissheten om dette, har gjort at Legeforeningen har engasjert seg i global helseforskning. I 2011 har dette engasjementet først og fremst vært knyttet til planlegging og gjennomføring av en større konferanse: "Contributions to Global Health Research, Capacity Building and Governance". Konferansen ble avholdt på Soria Moria 12. og 13.9. 2011 med rundt 270 deltakere fra flere forskjellige land. Målet med konferansen var å skape en arena for kontakt og kunnskapsutveksling for medlemmer av legeforeninger, forskere og beslutningstakere. Legeforeningen vurderer nå forskjellige muligheter for å videreføre kunnskapen, nettverket og engasjementet som kom med konferansen.

1.6 Satsingsområde 6: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand

Legeforeningen har mange dyktige og dedikerte tillitsvalgte som gjør et betydelig arbeid for helsetjenesten, leger og foreningen. Krevende omstillingsprosesser gir imidlertid økt press på tillitsvalgtrollen, med behov for endringer i opplæring, bistand og oppfølging av de tillitsvalgte.

Prosjektgruppen som ble nedsatt av sentralstyret 21.9. 2009 for å vurdere situasjonen med rekruttering av tillitsvalgte for ansatte leger. fortsatte sitt arbeid i 2011. Det har vært fokus på tiltak som kan gjøre vervet attraktivt i en karriereutvikling, da særlig gjennom å bygge opp kompetanse på ledelse.

Det er i perioden etablert et arkivsystem for tillitsvalgte, i første rekke som en prøveordning i helseforetakene. Det er også i 2011 utviklet et presedensarkiv for tillitsvalgte. Det er avtalt internt at dette legges ut på Legeforeningens nettsider i etterkant av at de nye nettsidene er publisert.

1.6.1 Målsettinger

Med bakgrunn i skisserte utfordringer, hadde prosjektgruppen definert følgende mål for arbeidet i 2011:

Følge opp prosesser ved OUS og Vestre Viken med særlig fokus på bistandsbehov til tillitsvalgte krevende situasjoner.

Merittering. Prosjektgruppen satte som mål å se på mulighetene for å gjøre tillitsvalgtvervet – kombinert med et kursopplegg – meritterende i forhold til ledelseskurs i spesialistutdanningen.

Videreutvikle tillitsvalgtopplæringen. God struktur på tillitsvalgtopplæringen. ”Fra tillitsvalgt til leder” ble arbeidstittelen på en ny modell for modulbasert tillitsvalgtopplæring som prosjektgruppen hadde som mål å utvikle forut for valg av nye tillitsvalgte pr. 1.9.2011.

Arkivsystemer for tillitsvalgte. Ved siden av et sentralt dokumentarkiveringssystem som grunnlag for kontinuitet i tillitsvalgtarbeidet lokalt, er målet sikring av personvern.

Presedensarkiv for tillitsvalgte. Presedensarkiv for tillitsvalgte, er utviklet i 2011. Målet for dette arbeidet har vært å gjøre det mulig å søke på aktuelle tema fra lov og avtaleverk, finne henvisninger og eventuelt informasjon dersom Legeforeningen har en egen policy innenfor fagfeltet.

1.6.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Det ble en høringsrunde i foreningen om et forslag om supplerings av alle hovedspesialiteters regelverk ledererfaring og/ eller lederutdanning tellende som en del av spesialistutdanningen. I dette forslaget inngikk det også at tillitsvalgtfunksjon, minimum på nivå som hovedtillitsvalgt (klinikk-tillitsvalgt i OUS) i kombinasjon med gjennomført kursprogram ”fra tillitsvalgt til leder” skulle telle som ledererfaring

Saken ble deretter behandlet på landsstyremøtet i 2011. Her ble det vedtatt at tillitsvalgtfunksjon kan telle som ledererfaring etter individuell vurdering.

Det er i samarbeid med arkivet etablert en prøveordning med dokumentarkivering for hvert helseforetak tilgjengelige for foretakstillitsvalgte. Det er utarbeidet et presedensarkiv for tillitsvalgte om aktuelle tema i lov og avtaleverk. Presedensarkivet vil være tilgangsbegrenset. Man har forventet å legge det ut til etter at de nye nettsidene er ferdigstilt..

Den nye modulopplæringen av tillitsvalgte som ble igangsatt umiddelbart etter valget av nye tillitsvalgte høsten 2011, har hatt stor oppslutning. Det måtte arrangeres to kurs i modul I med ca. 180 deltakere, og etter det første modul II kurset i november, var det grunnlag for å planlegge et kurs til på nyåret.

2 Arbeidsliv og arbeidsforhold

2.1 Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold

I året 2011 ble det arbeidet med å forberede forhandlinger på ulike områder, samtidig som det ble gjennomført mellomoppgjør for offentlig sektor – og forhandlinger for næringsdrivende leger. KS som forhandlingspart var avventende med hensyn til å utvikle rammeavtalen i påvente av fastlegeforskriften. Arbeidet med forskriften var i Helsedirektoratet, men ble oversendt departementet sommeren 2011. Departementet ønsket å slutføre arbeidet alene, ”lukket” for samarbeid og dialog med avtalepartene. Forskriften ble sendt på høring i desember. I Akademikerne har det vært arbeidet med arbeidstid, men er arbeidet er skjøvet over i 2012. Legeforeningen sitter med mye av ansvaret i ”juristgruppen” som er oppnevnt.

Det har vært flere møter med arbeidsministeren vedrørende arbeidet med IA, dialogkonferanser og obligatorisk opplæring for å påvirke det endelige innholdet.

Mye av aktiviteten i forhold til Oslo universitetssykehus har betydning for hvordan foretakene styres for øvrig. Det har vært arbeidet med å dokumentere og påpeke misforhold mellom hvordan foretaket presenteres og de faktiske forhold. Norgeshistoriens første nedbemanning av legestillinger har skjedd ved OUS. Situasjonen er gjennom flere medieoppslag blitt løftet opp til Stortinget. Legeforeningen har hatt flere møter med helseministeren om situasjonen.

Det er regelmessig sendt ut medlemsbrev til næringsdrivende leger og nyhetsbrev til tillitsvalgte innenfor alle forhandlingsarenaer. Forhandlingsnytt og Legeforeningen nettsider.

Etter en overgangsperiode der tillitsvalgtnytt og medlemsnytt har vært publisert på Min side og ettersendt pr epost, har sekretariatet gått over til utelukkende å bruke epost for å varsle om publisering på Min side.

2.2 Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring

2.2.1 Kursvirksomhet i 2011

Sekretariatets kurstilbud i 2011 var preget av to satsninger – omlegging av den grunnleggende tillitsvalgtopplæringen til en strukturert modulbasert modell, og en særlig satsing på tillitsvalgtarbeidet i det statlige tariffområdet. Omleggingen til modulbasert opplæring har vært en kjempesuksess, med nesten 200 tillitsvalgte som deltok på modul I og modul I ekstrakurs høsten 2011, samt nesten 100 på modul II. På statens tariffområde har sekretariatet samarbeidet tett med bl.a. Tannlegeforeningen og Psykologforeningen om felles kurs, og andre Akademikerforeninger har vært invitert med på Legeforeningens kurs innen dette området. Sekretariatet er også store bidragsytere som foredragsholder for yrkes- og lokalforeningenes kursaktivitet, og bidrar med forelesningsressurser til Akademikernes landsomfattende kursing i lokale forhandlinger for KS-sektoren.

Tillitsvalgtopplæringen finansieres gjennom Opplærings- og utviklingsfond (OU-fond) som er tariffområdespesifikke. Det medfører svært ulike økonomiske rammer for å gjennomføre opplæringstiltak. Best økonomi har statens tariffområde (ikke sykehusene), fulgt av Spekter-området (sykehusene). Innen KS-området (kommunene) er økonomien dårligere, og krav om praksiskompensasjon fra tillitsvalgte legger stor begrensninger på hvilket aktivitetsnivå man kan tillate seg. Innen Oslo kommune er OU-ordningen så godt som tømt for midler, og innen Virke er det krav om svært detaljerte forhåndssøknader.

Utfordringene knyttet til ordningenes økonomi medfører at lokalforeninger og yrkesforeninger som arrangerte kurs i 2011, og som planlegger kurs i 2012, må være forberedt på at det ikke kan gis full dekning fra OU-fondene, og at resterende del av kostnadene må dekkes av lokal- og yrkesforeningene selv.

I 2011 ble følgende kurs/tillitsvalgtsamlinger organisert av sekretariatet:

Januar: En dag Introduksjonskurs statstillitsvalgte 23 deltaker (inkl. andre Akademikerforeninger)
Mars: To dager C-kurs Diverse temaer Spekter/Virke 74 deltakere
Mars: To dager C-kurs Forhandlingsteknikk 16 deltakere
April: En dag C-kurs Arbeidsmiljø i sykehus 39 deltakere
Juni: To dager C-kurs stat Evaluering av oppgjøret 16 deltaker
September: To dager Modul I 123 deltakere
September: Tre dager C-kurs stat 11 deltakere (samarbeid med Psykologforeningen og Dntlf)
Oktober: Tre dager C-kurs stat Forhandlinger 25 deltakere (inkl. andre Akademikerforeninger)
November: En dag Modul I ekstrakurs 67 deltakere
November: Tre dager Modul II 91 deltakere
Desember: To dager C-kurs stat Styrearbeid 14 deltakere

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområder

2.3.1 Forhandlingsarbeidet innenfor Spekter-området

Det ble gjennomført forhandlinger om mellomoppgjør i Spekter område 10 Helseforetak og område 4 Lovisenberg i perioden april til juni 2011.

I et mellomoppgjør består forhandlingene i Spekter av innledende sentrale forhandlinger mellom Spekter og Akademikerne, sentrale A2 forhandlinger om lønn mellom Spekter og Legeforeningen og eventuelle B-delsforhandlinger om lønn mellom det enkelte helseforetak og Legeforeningen lokalt. Til slutt gjennomfører Spekter og Akademikerne avsluttende sentrale forhandlinger.

For Legeforeningens del var det i 2011 et sentralt oppgjør for alle legegruppene i helseforetakene. Spekter og Legeforeningen var i de sentrale A2-forhandlingene enige om at alle legegruppene skulle sikres en lønnsvekst tilsvarende 4 % av lønsmassen, med virkning fra 1.1. 2011. For medisinstudenter, turnusleger og leger i spesialisering ble det gitt lønnstillegg mellom 14 000 og 21 000 kroner. For overlegene har partene lokalt gjennomført lokale beregninger basert på den sentrale enigheten. De generelle tilleggene varierte dermed fra helseforetak til helseforetak, fastsatt til mellom kr 25 000 og kr 40 000. Det er i tillegg gitt økning i doktorgradstillegg med kr 5 000. Ny sentral minimumslønn for overleger i område 10 helseforetak ble kr 583 000.

Særlig om område 4 Lovisenberg

Forhandlingene for Lovisenberg ble ført mer eller mindre parallelt med område 10. Det ble fastsatt at medisinstudenter, turnusleger og leger i spesialisering skulle få 4 % lønnsøkning, nærmere fastsatt lokalt. For overlegegruppen ble det ført lokale forhandlinger om lønnstillegg.

2.3.2 Tvistesaker i Spekter-området

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke uenigheter om tolkningen av overenskomstens bestemmelser. I 2011 ble det gjennomført rettssak i Arbeidsretten for to saker fra Helse Stavanger som begge gjaldt dekning av kostnader til kompetanseutvikling.

Sekretariatet har mottatt flere nye tvistesaker, hvorav noen eksempler følger her. En sak dreier seg om unntak fra vernebestemmelsene for leger i spesialisering ved kreftavdeling i OUS. Saken er brakt inn for Spekter til forhandlinger. Fra helse Møre og Romsdal har det kommet en sak med spørsmål om turnuslege har krav på doktorgradstillegg ved Helse Møre og Romsdal. Saken vil bli fremmet for Arbeidsretten i 2012. Videre har vi mottatt en uenighetsprotokoll fra UNN vedr. tolkningen av endring og oppsigelse av tjenesteplan. Sekretariatet vurderer fortsatt å bringe sak om hjelpeplan ved OUS inn for Arbeidsretten.

2.3.3 Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området

I 2011 var det mellomoppgjør i staten, dvs. at det kun var økonomi som var oppe til forhandling. Oppgjøret gikk for første gang på flere år ikke til mekling, partene ble enige om en økonomisk ramme på ca. 4 % før forhandlingsfristen.

Innretningen på oppgjøret fulgte regjeringen og LOs definisjon av likelønn- dvs. at kvinner fikk mer enn menn, uavhengig av kompetanse, grunnlag for innplassering, lønnsrelasjoner lokalt eller konsekvens for virksomhetene. Det eneste gledelige ved innretningen var at det sentrale påslaget på lønnstabellen ble gjort med likt prosentvis tillegg fra og med lønnstrinn 53 og til toppen av tabellen. For øvrig ble det satt av en svært begrenset del til lokale forhandlinger, disse ble gjennomført høsten 2011. Med ca. 1 lønnstrinn per 20 ansatte skapte det mye irritasjon ute i statens virksomheter. Hva gjelder særavtaler har Legeforeningen i 2011 gjennomført forhandlinger av særavtalen for tjenestegjøring i internasjonale operasjoner for 2012-13, og reforhandlet særavtalen for leger i Nav.

Området preges for øvrig av at Legeforeningen gjennom Akademikerne opplever å samtale godt med staten ved Fornyings- og administrasjonsdepartementet utenom oppgjørene, men at man i oppgjørene opplever at arbeidsgivers frykt for storstreik fra LO og Unio medfører at tariffområdet stagnerer/stivner på en lite hensiktsmessig vis for legers og øvrige akademikers lønnsutvikling. Akademikerne har et løpende påvirkningsarbeid gående der enkeltvirksomheter i staten informeres om hvordan Akademikernes lønnspolitikk vil gi bedre spillerom for arbeidsgiver og tillitsvalgte lokalt, og jobber for at disse arbeidsgiverne skal være med å påvirke staten i retning av noe større lokal handlefrihet, i første omgang som prøveprosjekter.

Vis-a-vis enkeltvirksomheter i staten har Legeforeningen vært involvert overfor Forsvaret i ulike arbeidsgrupper som har som siktemål at tjenesten i Forsvaret skal kunne bli mer relevant, og at Forsvaret skal utvikle seg til å bli en mer attraktiv arbeidsgiver for leger.

2.3.4 Forhandlingsarbeidet innenfor KS-området

Lønnsutviklingen for leger i KS-sektoren forhandles lokalt i den enkelte kommune. Legeforeningens involvering i det sentrale forhandlingsarbeidet i KS var derfor begrenset. Sekretariatet har søkt å kartlegge resultatene av de lokale forhandlingene, men må i likhet med foregående år ta til etterretning at medlemmenes/tillitsvalgtes svarprosent er så lav (25 %) at tallene ikke kan benyttes i forhandlingssammenheng.

2.3.5 Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området

I Oslo kommune var 2011 et mellomoppgjør, dvs. at det kun var økonomiske elementer som ble forhandlet. Oppgjøret endte med mekling, der partene kom til enighet om en økonomisk ramme på 4 ¼ % på årsbasis.

2.3.6 Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH)

Dette forhandlingsområdet særtegnes av at fagforeningene er direkte avtaleparter i avtalene med Virke. Det er hver enkelt forening – og ikke sammenslutningene – som er part. Legeforeningen forhandler imidlertid de sentrale overenskomstene og hovedavtalen sammen med de andre foreningene i Akademikerne gjennom samarbeid i akademikerforeningene, som er et uformelt forhandlingssamarbeid med andre fagforeninger både i og utenfor Akademikerne. Legeforeningen ledet dette samarbeidsutvalget i 2011. Legeforeningens representant har deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger internt i Legeforeningen vedrørende sentrale og lokale særavtaler. Videre har Legeforeningen som leder av akademikerforeningene forestått koordineringsarbeidet vedrørende de sentrale overenskomstene og hovedavtalen sammen med forhandlingslederne i Virke og de andre hovedsammenslutningene.

Forberedelser til særavtaleforhandlingene besto i å utforme krav i forhandlingsutvalg, dialog med Virke vedrørende både praktisk gjennomføring og utfordringer i avtaleverket for leger i Virke-virksomheter generelt, samt dialog med og oppfølging av lokale tillitsvalgte vedrørende de sentrale og lokale forhandlingene. Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen ble forhandlet i januar 2011, og

forhandles av Legeforeningen alene. Særavtalen gjelder for perioden 1.1. 2011 til 31.12. 2012. Det ble avtalt en prøveordning med lokalt avtalte minstelønnssatser. Det betyr at minstelønnssatsen flyttes til et annet avtalenivå. Prøveordningen skal evalueres innen 1.9. 2012. Hensikten var å starte en videreutvikling av avtalesystemet i Virke-området.

Legeforeningen ønsket å starte en prosess hvor dette området skal være en viktig arena for overordnet, strategisk utvikling. Det ble i den forbindelse også avtalt nedsatt et utvalg som skulle vurdere hensiktsmessigheten av dagens avtalestruktur og innholdsmessige elementer. Utvalget skulle kartlegge virksomhetenes utfordringer og særegenheter. Formålet er å komme frem til gode ordninger som sikrer virksomhetenes fremtidige eksistens, gode helsetjenester, forskning og utdanning av god kvalitet samt sikre forutsigbarhet mht. legenes arbeidssituasjon. Arbeidet skal avsluttes sommeren 2012. Det ble videre bl.a. foretatt sentrale justeringer av vaktlønnsatsen og doktorgradstillegg, og det ble gjort endringer i avtalen når det gjelder totallønnsmodeller, kombinerte stillinger og forskjøvet fratredelse for turnusleger ved svangerskaps- fødsels- og foreldrepermisjon. Det ble lagt til grunn at det skulle foretas lokale forhandlinger i både 2011 og 2012.

Landsoverenskomsten ble forhandlet juni 2011. De sentralt avtalte tilleggene ble innrettet tilsvarende offentlig sektor, det vil si mellom 4,0 og 4,5 % på årsbasis. Beregningen av årslønnsveksten totalt baserer seg på en antakelse om at tilleggene som ble gitt sentralt hadde samme effekt innenfor Virke-området som for de korresponderende offentlige tariffområdene. Selvstendige beregninger for de sentrale oppgjørene i Virkeområdet har ikke vært mulig pga. av usikkerhet i datamaterialet. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt.

Det ble gitt ulike kurstilbud til tillitsvalgte.

2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.4.1 Rammeavtaleforhandlinger KS

Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene ble sagt opp til reforhandling. Etter uformelle drøftinger var det imidlertid enighet mellom partene om en prolongering av avtalen frem til 31.12. 2011 samtidig som det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe for å drøfte utvikling av avtaleverket i tråd med de utfordringer Samhandlingsreformen hadde aktualisert. Frist for arbeidet ble satt til 15. oktober. Gruppen avleverte rapport 3.11. 2011 med felles tilrådninger på alle de temaer som hadde vært diskutert. Det var deretter enighet om ytterligere prolongering av rammeavtalen frem til 1.7. 2012 i påvente av høringsnotat om ny fastlegeforskrift.

2.4.2 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister

Myndighetene har tidligere besluttet å arbeide for en modell som innebærer en overføring av finansieringsansvaret fra folketrygden til de regionale helseforetak (RHF). RHF-ene skal tildeles midler for den aktivitet som avtalespesialistene utfører og skal forhandle med Legeforeningen om godtgjøringen til avtalespesialistene. Det er lenge varslet høringsnotat om endringer i rammebetingelsene for avtalespesialister. Heller ikke i 2011 ble det offentliggjort noe mht. hva Helse- og omsorgsdepartementet tenker om dette, til tross for at det ble varslet at det ville komme tidlig i 2010.

Legeforeningen sa ikke opp rammeavtalen. Det gjorde heller ikke RHF-ene. Avtalen løper derfor videre i 2012.

2.4.3 Normaltariffoppgjøret 2011

Forhandlingene om Normaltariffen ble sluttført 16.6. 2011 med en ramme på 1 % per dato. Et svært viktig tema i årets forhandlinger var oppfølging av inntekts- og kostnadsundersøkelsen (IKU) for inntektsåret 2009. Undersøkelsen bekreftet at kostnadene i både avtalepraksis og fastlegepraksis har økt kraftig de senere årene. For avtalespesialistenes del ble kostnadsøkningene oppveid av

inntektsøkning utover det som var forutsatt i forhandlingene i den aktuelle tidsperioden. For fastlegenes del ble det derimot dokumentert en inntektsutvikling som var svakere enn kostnadsøkningen skulle tilsi.

Legeforeningen fikk gjennomslag for å få mindreutviklingen som ble avdekket i IKU kompensert. Fastlegene får et tillegg på 1,5 % per 1. juli som kompensasjon for manglende kostnadsdekning i årene 2003 til 2009 beregnet til gjennomsnittlig 16 000 kroner per fastlege.

2.4.4 Normaltariffprosjektet

Normaltariffprosjektet er et utredningsprosjekt der normaltariffen vurderes som finansieringsverktøy, herunder alternative finansieringsformer. Utredningen ble fra høsten 2009 lagt inn som et delprosjekt under prosjektet for utvikling av fastlegeordningen som er en del av foreningens seks satsingsområder. Rapporten innrettes både som en rapport og et arbeidsdokument til hovedsakelig intern bruk. Den skal kunne fungere som en statusrapport for normaltariffen og som en veileder med hensyn til de utviklingsarbeidene som foregår og vil foregå i forbindelse med samhandlingsreformen.

2.4.5 Vold og trusler mot leger – oppfølging av Legeforeningens initiativ

Legeforeningen har arbeidet for å få formalisert i regelverket på hvilke vilkår en pasient kan fjernes mot sin vilje fra fastlegens liste etter å ha utøvd vold og trusler. Arbeidet med å utvikle legevaktsentraler er ansett som viktig for sikkerheten på legevakt. Helse- og omsorgsdepartementet startet et utredningsarbeid høsten 2009. I 2010 fikk vi opplyst at forslag til regelverksendringer har blitt utsatt av kapasitetsmessige årsaker. Legeforeningen sendte i 2010 brev til departementet med anmodning om at arbeidet intensiveres. Tiltak mot vold er også viktig i legevakt.

2.4.6 Norsk pasientskadeerstatning

Ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) ble fra 1.1. 2009 utvidet til å gjelde også privat helsetjeneste, og det ble innført en melde- og tilskuddsplikt. Legeforeningen mente avtalespesialistene med driftsavtale fullt ut var en del av ”offentlig helsevirksomhet”, jf. pasientskadeloven og forskriften, og dermed utenfor tilskuddsplikten. NPE mente imidlertid at de som arbeider ut over den prosentvise andelen driftstilskudd må betale tilskudd for det overskytende. Legeforeningen tok kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2009 og ba om snarlig avklaring. Henvendelsen ble besvart i august 2010, og departementet konkluderer med at de helt siden 2002 har definert privat helsetjeneste som en virksomhet som ikke er omfattet av driftstilskudd, men som likevel kan være finansiert ved at den utløser pasientens rett til trygderefusjon.

NPE har tatt opp med Legeforeningen til at en stor andel av de meldepliktige legene (både avtalespesialister og helprivate) ikke har meldt inn sin virksomhet (inkl. ansatte) per dags dato. Ulike tiltak for å informere medlemmene har vært diskutert med NPE.

2.4.7 Økte stykkprissatser per 1.1. 2012

Salærforskriften regulerer honorarsatsen for sakkyndigarbeid for politi og domstoler. Honorarsatsen reguleres årlig. Forskriften inneholder imidlertid også en del stykkprissatser for ulike prosedyrer, og disse har ikke blitt justert på mange år.

Avdeling for Jus og Arbeidsliv har i lengre tid arbeidet overfor Justisdepartementet for å få til endringer i satsene som dekker inn den manglende justeringen. Dette arbeidet har nå lyktes, og stykkprissatsene per 1.1. 2012 er blitt oppjustert, noen av dem med nærmere 20 %.

2.5 Veiledere, juridiske betenkninger og utredninger

2.5.1 Veileder om tilsynssaker

Det ble igangsatt arbeid for å lage en veileder for leger som får tilsynssaker rettet mot seg. Erfaringen er at leger tar slike saker svært alvorlig, og at informasjons- og veiledningsbehovet er stort i denne typen saker. Dette skal være et supplement til den rådgivning som gis direkte til medlemmet.

Dokumentet gir en generell oversikt over hensynene og regelverket som ligger til grunn for tilsynsmyndighetens virksomhet, saksgangen i tilsynssaker og mulige utfall av slike saker. Videre gis en oversikt over Legeforeningens bistand til leger i denne type saker, og det gis innspill til hvordan legen bør håndtere slike saker. Det er et siktemål at veilederen skal gi legen en rask, innledende oversikt over relevante forhold, for slik å settes bedre i stand til å ivareta sine interesser, herunder oppsøke nødvendig hjelp. Arbeidet ble i hovedsak gjennomført i 2010, og veilederen vil bli ferdigstilt i 2011.

2.5.2 Veileder om arbeidsmiljø m.v.

Det er laget en veileder om arbeidsmiljø. Den inneholder informasjon om situasjonen i sykehus og om betydningen av godt arbeidsmiljø i tillegg til informasjon om hvordan ledere og tillitsvalgte kan arbeide aktivt med arbeidsmiljøet. Den ferdigstilles i mars 2011.

2.5.3 Juridiske betenkninger

Det er skrevet flere juridiske betenkninger om sentrale temaer for legers yrkesprofesjon og arbeidsliv i 2010, blant annet om ytringsfrihet, taushetsplikt, lojalitetsplikt, biomedisin, kjernejournal, arbeidstid, innstillingsrett, m.m.

2.6 Medlemsbistand og rettshjelputvalget

2.6.1 Bistand fra sekretariatet

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

Mange tvister løses av sekretariatet innen legen kontakter ekstern advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. I tillegg har Legeforeningen, som avtalepart i sentrale avtaler, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har.

Sekretariatet håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende. Sekretariatet har også i 2011 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på EU og EØS-rettslige spørsmål, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett.

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Antallet formelt registrerte saker i 2011 var 2 542. Det tilsvarende tallet for 2010 var 2 300, og i 2009 1 613 saker. Dette indikerer en betydelig stigning i etterspørselen etter juridiske tjenester. Sakene er til dels kompliserte og ressurskrevende. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Denne formen for bistand/rådgivning er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli kompliserte og ressurskrevende. Sekretariatet prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen.

Av helserettslige problemstillinger har det også i 2011 særlig vært spørsmål om taushetsplikt, samt et økende antall tilsynssaker.

Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært særlig viktige saksområder i 2010, denne trenden har holdt seg inn i 2011. Det har vært et betydelig antall henvendelser fra OUS HF og Vestre Viken HF.

Det har også i 2011 vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere, og særlig knyttet til arbeidsrettslige spørsmål mht. nedbemanning og oppsigelser av hjelpepersonell samt lønsspørsmål. Videre ytes det rådgivning for å løse tvister mellom leger med henblikk på å unngå

rettssaker mellom leger. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger, og bistår som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

Det har også i 2011 vært arbeidet med konsekvensene av endringer i pasientskadeloven, særlig når det gjelder tilskuddsplikten for praktiserende leger, og tilpasninger av ansvarsforsikringen. Et annet saksområde som fortsatt var særlig aktuelt, er pensjon til ansatt hjelpepersonell i privat legepraksis, hvor legene opplever å få krav om betydelige tilleggsbetalinger til de ansattes pensjonsordninger. Det er stadig henvendelser som gjelder de ansattes pensjonsordninger, og endringsmuligheter knyttet til disse.

2.6.2 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsutvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av sentralstyret. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret skal imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fatter sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret og det utøves et skjønn mht. hvilke saker som gis økonomisk støtte.

I 2011 hadde utvalget 45 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 21 saker, og fattet vedtak om avslag i 24 saker. En sak ble besluttet utsatt og to saker ble sendt til sentralstyrebehandling med utvalgets innstilling.

Hovedtyngden av saker som gis støtte gjelder arbeidsrett, sakene er ofte omfattende med komplekse problemstillinger, og det er også disse sakene som blir innvilget de største summene i støtte. Tilsynssaker er den nest største gruppen, hovedandelen av disse sakene innvilges en begrenset støtte til juridisk bistand knyttet til behandling i Statens helsetilsyn og klager til Helsepersonellnemnda. For øvrig er det ytt støtte til forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet. Utvalget har også i 2011 gitt støtte til håndtering av klager på medias presentasjon av tilsynssaker m.m. Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. Sekretariatet følger aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

2.6.3 Bistandsprosjektet

Bistandsprosjekt II ble etablert i sentralstyret i august 2011. Mandatet er å vurdere og gi tilrådning om hvordan dagens nivå på juridisk bistand til privatpraktiserende kan videreføres og finansieres. Prosjektet er en videreføring av prosjekt som ble etablert i 2007 som skulle gi tilrådning mht. hvilke tjenester de privatpraktiserende legene kunne påregne å få fra Legeforeningen. Bakgrunnen var en stadig stigende etterspørsel etter juridiske tjenester. Rapport ble avgitt i november 2008. Videre behandlet Sentralstyret i mars 2009 forslag fra sekretariatet mht. oppfølgingen av arbeidet. Sentralstyret besluttet at det skulle arbeides videre i sekretariatet, og et mandat for arbeidet ble gitt.

I 2010 ble det foretatt en kartlegging av ressursbruk til enkeltmedlemmer. Denne viste at privatpraktiserende leger etterspør forholdsmessig mer bistand enn ansatte leger. Ca. 22 % av medlemsmassen bruker 50 % av ressursene i avdelingen. Det ble også utredet ulike modeller for tilleggskontingent og egenandeler.

Prosjektgruppen for Bistandsprosjekt II har medlemmer fra AF, PSL, Of og Ylf. Arbeidet ble startet i oktober, og det ble avholdt tre møter. Gruppen har diskutert ulike modeller for finansiering, både knyttet til bistanden til privatpraktiserende, men også juridisk bistand fra sekretariatet generelt. Prosjektrapport og gruppens anbefaling skal opp i sentralstyret i mars 2012.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Det har vært møter med Norsk medisinstudentforening om et samarbeid for å utvikle felles nasjonale læringsmål for medisinstudiet. Norsk medisinstudentforening har også, i samarbeid med Legeforeningen, tatt initiativ til å styrke utdanningen i forhold til kvalitet, kunnskapshåndtering og ledelse.

3.1.2 Turnustjenesten

Helsedirektoratet (Hdir) leverte i desember 2011 sine anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om forslag til ny ordning til erstatning for dagens turnustjeneste.

Oppdraget er en oppfølging av tidligere rapporter de siste par år, bl.a. tilrådingene i rapporten "Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging" og rapport om "Ny ordning til erstatning for dagens turnustjeneste" (begynnerstillinger) av juni 2011.

Helsedirektoratet har i rapporten foreslått at nåværende turnustjeneste bortfaller og erstattes av begynnerstillinger for leger fra februar 2013. Det foreslås at begynnerstillingene blir en første obligatorisk del av legers spesialistutdanning, og at dagens 950 turnusplasser foreslås konvertert til begynnerstillinger. Det er foreslått at tjenesten vil bestå av ett år i sykehus og et halvt år i kommunehelsetjenesten, og at den skal være søknadsbasert. Direktoratet har foreslått autorisasjon etter cand.med., og autorisasjon vil være et krav for tilsetting i LiB stilling.

Legeforeningen, har bl.a. på bakgrunn av landsstyrebehandling i 2011, meddelt direktorat og departement sitt forslag. Det anbefales en basistjeneste som en første obligatorisk del av spesialistutdanningen i alle hovedspesialiteter, bestående av 12 måneders tjeneste i sykehus, fortrinnsvis med vekt på indremedisin og kirurgi, og seks måneder i allmennmedisin. Tjenesten må kvalitetssikres med obligatoriske sjekklister, tydelig målbeskrivelse og god veiledning. Legeforeningen mener at ordningen skal være søknadsbasert og at det skal gis autorisasjon ved cand.med.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen vedtatt endret kurskrav i spesialitetene medisinsk biokjemi og patologi.

Legeforeningen har fremmet forslag om endringer i det formelle regelverket for spesialistutdanningen i en rekke spesialiteter: Det er foreslått endring av tjenestekravet, kurskravet og kravene til ferdigheter, kompetanse og erfaringer i psykiatri. Det er foreslått at ledererfaring og/eller lederutdanning skal kunne telle som del av spesialistutdanningen i alle hovedspesialiteter. Det er anbefalt at navnet på spesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer endres til maxillofacial kirurgi. Det er fremmet forslag om at det innføres attestasjonsskjema for spesialiteten hud- og veneriske sykdommer. For øvrig er det fremmet forslag om endringer i kurskrav, prosedyrekrav eller merknader for spesialitetene blodsykdommer, hjertesykdommer, øre-nese-halssykdommer, onkologi, plastikkirurgi og karkirurgi.

På bakgrunn av vedtak i landsstyret 2011 er kursretningslinjene endret slik at det er mulig for samtlige fagmedisinske foreninger å ha utstilling av medisinskteknisk utstyr ved flere, større kursarrangementer per år.

Spesialitetskomiteene har i løpet av året besøkt 111 utdanningsinstitusjoner fordelt på 37 spesialiteter. Det er 860 godkjente sykehusavdelinger som det innhentes årlig rapport fra.

Stortinget i fattet i juni 2009 vedtak om å endre Helsepersonelloven § 53. Endringen innebærer at godkjenning av nye spesialister ikke lenger kan delegeres til private yrkesorganisasjoner. Helsedirektoratet overtok oppgaven med godkjenning av enkeltsøknader

om spesialistgodkjenning 1.10.2011. Etter anbudsutlysning er det inngått avtale mellom Helsedirektoratet og Legeforeningen om at Legeforeningen, ved hjelp av spesialitetskomiteene, yter sakkyndig bistand ved behandling av søknader om spesialistgodkjenning i de saker der direktoratet finner det nødvendig.

Legeforeningen har i perioden 1.1.- 30.9. 2011 gitt 1 072 nye spesialistgodkjenninger. Av disse er 655 godkjent etter norske regler, mens 417 er overføringer fra andre nordiske land eller EU- /EØS-land. I tillegg kommer 415 resertifiseringer i allmennmedisin. Etter at Helsedirektoratet overtok spesialistgodkjenningene 1.10. 2011 er det i perioden 1.10.- 31.12. 2011 gitt 72 spesialistgodkjenninger, i tillegg til 43 resertifiseringer i allmennmedisin. Av Helsedirektoratets godkjenninger er 53 spesialistgodkjenninger etter norske regler, mens 19 er overføringer fra andre nordiske land eller EU- /EØS-land. For detaljer om spesialistgodkjenningene, se vedlegg.

3.1.4 Etterutdanningen

Per 31.12. 2011 var det 1 220 registrerte brukere av LEIF. Dette tallet er stadig økende og omfatter både vanlig LEIF og LEIF Allmennmedisin. Etter hvert som det kommer flere brukere, oppdages stadig nye forbedringsmuligheter.

I 2011 opprettet sentralstyret en arbeidsgruppe som skulle gjøre en utredning på legespesialistenes etterutdanning. Arbeidsgruppen, under ledelse av Morten S. Selle, startet sitt arbeid i desember 2011. De forventer å legge frem en sluttrapport innen utgangen av 2012.

3.1.5 Kursutdanning

Til Akademisk Studieforbund har Legeforeningen i 2011 innrapportert 461 kurs på til sammen 16 484 deltakere. Dette er inkludert universitetskursene. Dette er til sammen 9 394 timer. 845 kurs ble i 2011 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har vært 27 640 deltakere totalt.

Hvert år mottar Akademisk Studieforbund tilskudd til studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene fra foregående år, og dette fordeles til medlemsforeningene i forhold til den studieaktiviteten de har hatt.

Kurskatalogen finnes på Legeforeningens nettsider. Ca. 845 kurs ble annonsert i 2011. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte på Legeforeningens nettsider.

3.1.6 E-læring

Legeforeningen tilbyr 19 nettkurs. Etter at kurset Sakkyndig arbeid ble obligatorisk for alle spesialiteter fra 1.5. 2011, har det vært en stor økning i antall gjennomførte nettkurs. I løpet av 2011 har 723 personer gjennomført kurs i sakkyndig arbeid, mens 177 personer har gjennomført andre nettkurs.

Kurset Muskel og skjelettlidelser; vond rygg, ble ferdigstilt våren 2011.

Fra 2010 er obligatoriske Grunnkurs C: Forebyggende medisin for allmennleger i spesialisering, under revisjon. Prosjektet planlegges ferdigstilt innen 1.1. 2013.

Fra høsten 2011 er obligatoriske Grunnkurs i klinisk kardiologi for indremedisinere i spesialisering under revisjon. Prosjektet planlegges ferdigstilt innen 1.7. 2013.

3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sentralstyret nedsatte i 2009 en arbeidsgruppe for utredning av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Gruppens rapport forelå i januar 2011. Etter organisasjonsmessig høring fattet landsstyret 2011 vedtak om opprettelse av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Det ble delegert til sentralstyret å fastsette endelige bestemmelser for utdanningen og vurdere på hvilken måte kompetanseområdet skulle etableres. Sentralstyret besluttet 26.9. 2011 at kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin etableres i Legeforeningen med sentralstyret som godkjenningsorgan og at det

oppnevnes en sakkyndig komité som får i oppdrag å utarbeide nærmere bestemmelser for gjennomføring av de foreslåtte utdanningsregler, vurdere søknader fra leger om godkjenning og ellers overvåke kvaliteten på utdanningen i kompetanseområdet. Sakkyndig komité ble oppnevnt med representanter fra Norsk forening for allmennmedisin, Norsk indremedisinsk forening, Norsk geriatrisk forening, Norsk nevrologisk forening, Norsk forening for fysikalsk medisin og rehabilitering og Norsk psykiatrisk forening.

3.1.8 Kompetanseområde i allergologi

På bakgrunn av vedtak fattet av landsstyret i juni 2009 om opprettelse av kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialitetene, fattet sentralstyret i møte 18.3. 2011 vedtak om opprettelse av en arbeidsgruppe for utredning av kompetanseområde i allergologi.

Forslag til innhold i kompetanseområdet allergologi forberedes for behandling i landsstyret 2012.

3.2 Forskning

Se pkt. 1.5. Satsingsområde 5 – Forskning og fagutvikling.

3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

Kvalitetsarbeid i spesialisthelsetjeneste - se pkt. 1.1.

Fagutvikling i spesialisthelsetjeneste - se pkt. 1.5.

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreningene

27.4. 2011 ble det avholdt dagskonferanse for de fagmedisinske foreningene og FaMe (gruppen av landsstyrerepresentanter som er valgt av de fagmedisinske foreningene). Årets hovedtemaer var Utvikling og bruk av kvalitets- og forskningsregistre og Utvikling av kvalitetsindikatorer. Blant foredragsholderne var Legeforeningens president Torunn Janbu, Kunnskapssenterets avdelingsdirektør Anne Karin Lindahl, allmennlege Janecke Thesen som representerte Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin, Kunnskapssenterets prosjektleder Ole Tjomsland og flere til. Deltakerantallet var 52.

3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok

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

NLH er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Norsk legemiddelhåndbok forelå i ny papirutgave i 2010. Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok ledes av et styre, hvor Legeforeningens representant er Audun Fredriksen og vararepresentant er Bjarne Riis Strøm.

3.3.3 Gjennombruddsprosjekt «Tidlig oppdagelse og behandling av førstegangs psykose»

Etter initiativ fra og i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening, har Legeforeningen i samarbeid med Psykologforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og foreningen Mental Helse Norge organisert nevnte gjennombruddsprosjekt. Bakgrunnen for prosjektet er betydningen av tidlig oppdagelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser. Forbedringsteam fra 23 behandlingssenheter gjennomførte prosjektet i 2010. Forbedringsteamene har i 2011 fulgt opp med å måle egne prestasjoner gjennom ett år. Resultatene skal rapporteres ved fellessamling i januar 2012. International Research Institute of Stavanger (tidligere Rogalandforskning) samler erfaringer fra prosjektdeltakerne gjennom telefonintervjuer og fokusgrupper.

3.3.4 Fagpublikasjoner

Følgende publikasjoner er utgitt i 2011:

- Rapport fra Gjennombruddsprosjekt sykehjem
- Peter F. Hjort: Uheldige hendelser i helsetjenesten. Pasientfortellinger
- Rapport Biomedisin

Tidligere er det utgitt ca. 70 publikasjoner. Fullstendig oversikt over utgivelser finnes på Legeforeningens nettside der heftene kan bestilles. Heftene selges til selvkost. Nyere utgivelser kan hentes kostnadsfritt fra nettsiden.

3.3.5 Senter for allmennmedisinsk kvalitet -SAK

SAK – prosjektet (2010-12) forbereder et nasjonalt kompetansesenter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet gjennom utvikling og utprøving av verktøy og metoder.

I Legeforeningens statusrapport fra 2009 *Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020* ble det foreslått å opprette et SAK i samarbeid med offentlige myndigheter. Det er behov for en institusjon som støtter bruk av anerkjente metoder og kunnskap om kvalitetsutvikling i lokal praksis. Kvalitetsarbeid må bygge på lokalt initiativ, og samtidig være forankret i ledelse lokalt, regionalt og nasjonalt.

SAK-prosjektet eies av Norsk forening for allmennmedisin (NFA) og Allmennlegeforeningen (AF) og finansieres av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, med kr 2 300 000 i 2011. Prosjektet drives av en gruppe allmennleger med Janecke Thesen som leder, og med støtte fra sekretariatet. I 2011 ble Norsk Helsesekretærforbund invitert inn i gruppen ved leder Gro Bengtson.

SAK hadde som intensjon å få til et tett utviklingssamarbeid med myndigheter og andre instanser i løpet av prosjektperioden. Dette har ikke lyktes, og har medført endringer i innretning av prosjektarbeidet. Forsøk med læringsnettverk; veiledet samarbeid mellom lokale legekontor med deltakelse av leger og medarbeidere ble gjort i 2010-11, og en bredere pilotering av læringsnettverk i 2012 ble forberedt høsten 2011. Det ble holdt opplæringsseminar for veiledere 11.11. 2011, og 75 legekontorer meldte seg til å delta i piloten. Det ble ut fra tilgjengelige veilederressurser og geografi besluttet oppstart av sju nettverk med 27 kontorer.

SAK er planlagt med fem sentrale områder:

- Tilrettelegging av kvalitetsverktøy
- Utvikling av EPJ systemer som legger til rette for kvalitetsutvikling
- Utvikling av verktøy for PKO^[1]
- Opplæring av veiledere som skal gi støtte forbedringsarbeid lokalt og være med og etablere nettverk for forbedringsarbeid, i første rekke mellom legekontorer (fastleger og helsesekretærer/andre medarbeidere)
- Støtte for kommunal ledelse av kvalitetsarbeid

Sentralstyret i Dnlf arbeider videre med spørsmål omkring organisering og finansiering av SAK.

EPJ-løftet er et initiativ gjennom SAK. Det blir drevet av medlemmer av referansegruppa for EPJ i Norsk forening for allmennmedisin, med støtte fra sekretariatet. EPJ løftet beskriver en rekke forbedringspunkter i de elektroniske allmennlegejournalene. På flere punkter er innholdet i EPJ løftet sentrale for framdrift i nasjonale e-helseprosjekter. I 2011 ble det gjennomført et innledende forprosjekt med kravspesifisering på tre utvalgte områder:

- Samstemming av medikamentlister
- Standardisering av prøvenavn i journal/meldinger
- Elektronisk overføring av journal

Videreføring av prosjektet stanset høsten 2011 fordi det ikke lyktes å finansiere driften.

Imidlertid har en fått fram et utviklingsprosjekt for samstemming av medikamentlister, og en fikk i løpet av høsten signaler om full finansiering av prosjektet gjennom statlige myndigheter, med NFA som prosjekteier. SAK har frikjøpt spesialrådgiveren for allmennmedisin i sekretariatets fagavdeling i 20 % stilling.

^[1] PKO – praksiskonsulentordningen - består av fastleger (noen steder også sykepleiere og fysioterapeuter) som er ansatt av sykehus for å arbeide med forbedring av samhandlingen mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten

3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin

Etterspørselen etter spesialiteten i samfunnsmedisin er økende. Fra 1. mars er veilederkoordinator for samfunnsmedisin ansatt i 20 % stilling med midler fra fond. Veilederkoordinator arbeider med utdanning av nye veiledere i samfunnsmedisin, oppstart av nye veiledningsgrupper og med utarbeidelse av en ny veilederhåndbok for samfunnsmedisin. Arbeidet med veilederhåndboka er planlagt ferdigstilt våren 2012.

Veilederkoordinator har samarbeidet med Norsam, LSA og spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin om å gjennomgå regelverket for spesialiteten og har påbegynt arbeidet med en praktisk utdanningshåndbok. I samarbeid med spesialitetskomiteen planlegges det fra 2011 en mer tilpasset veilederutdanning i samfunnsmedisin.

Det femte innføringskurset i kognitiv terapi for allmennleger startet i november 2011 med 40 deltakere. Dette er for første gang et samarbeid mellom NFA og Norsk forening for kognitiv terapi. Nye videoeksempler som viser bruk av verktøy fra kognitiv terapi i pasientkonsultasjoner er laget i 2011

En av veilederkoordinatorerne har fortsatt arbeidet med MUPS: (medisinsk uforklarte plager og symptomer), promotert undervisningsvideo på kurs i Telemark Legeforening i januar og innledet på symposium om MUPS-tilstander på Nordisk Kongress i Tromsø i juni.

Prosjektet "Faglig/ klinisk veiledning i luftambulansetjenesten" ble sluttført i mai 2011. En av veilederkoordinatorerne deltok som veileder og sensor ved eksamen.

3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I 2011 var det 102 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 10 i arbeidsmedisin og 14 i samfunnsmedisin. I alle tre fagene ble det økt pågang av kandidater. Pågangen i allmennmedisin er størst i Oslo-regionen, der ventetid på opptil ett år kan påregnes. Dette medfører ikke forsinkelse med spesialiteten fordi de med lengst ansiennitet prioriteres.

3.3.8 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Det er pr 31.12. 2011 registrert 1 073 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.

3.3.9 Utdanning av nye veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin

Veilederkoordinator for samfunnsmedisin i samarbeid med leder for spesialitetskomiteen for samfunnsmedisin utarbeidet en ny, tilpasset, veilederutdanning for samfunnsmedisin i tre trinn. Trinn I og II av denne utdanningen er gjennomført med 16 nye veiledere i 2011.

Utdanning av veiledere i allmennmedisin og arbeidsmedisin med 34 deltakere, 29 allmennmedisinere og fire arbeidsmedisinere startet med trinn I og er videreført med trinn II. Veilederutdanningen består blant annet av øvelser i praktisk gruppepedagogikk, og bruk av hjelpemidler slik som videokonsultasjoner og litteratursøk i Helsebiblioteket.

3.3.10 Etterutdanning av veiledere i primærmedisin

Det ble gjennomført et todagers kurs april 2011 for de tre fagområdene allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin.

3.3.11 Veiledning i spesialisthelsetjenesten

Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger, § 8: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering får oppnevnt en personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse. Det har i løpet av 2011 vært avholdt 20 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 235 deltakere.

3.4 Godkjenning av veiledere

3.4.1 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

Det ble i 2011 ikke godkjent noen veiledere i psykodynamisk psykoterapi, én i gruppepsykoterapi og seks i kognitiv terapi. Mht. unntak av kognitiv terapi hvor vi har det høyeste antallet godkjenninger siden 2006, er tallene for alle årene 2009-11 svært lave sammenliknet med tidligere år. I gruppepsykoterapi har tallene ligget lavt hvert år etter 2007.

3.4.2 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Ingen veiledere ble godkjent i 2011 i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri, mens det ble godkjent to både i 2009 og i 2010 og fire i 2008. Det var heller ingen godkjenninger i årene 2005 - 07. Det er bare i 1989 og i 1990 da de første ble registrert, samt i 2008, at vi har hatt mer enn to godkjenninger på ett år.

3.4.3 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin

Det ble i 2011 godkjent hele 12 veiledere i allmennmedisin, mens det ble godkjent tre i 2008, fire i 2009 og tre i 2010.

4 Helsepolitikk

4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid

Legeforeningens utvikling av helsepolitikk i 2011 har vært todelt. Det strategiske og langsiktige arbeidet har vært knyttet til de strategiske satsingsområdene, og utarbeidelse av statusrapport om forebygging og revidering av statusrapport om helsetjenester til eldre. Samtidig har foreningen deltatt i den løpende offentlige debatten om helse og helsetjenesten. De tre helsepolitiske områdene som Legeforeningens har brukt mest ressurser for å følge opp i 2011 er samhandlingsreformen, utfordringene som knytter seg til omstilling og styring av sykehussektoren og folkehelsearbeidet.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen har vært definert som et eget satsingsområde, men berører i stor grad også satsingsområdene kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag for sykehus og fastlegeordningen.

Legeforeningen har støttet hovedmålsettingene i St. meld. nr. 47 om en styrket kommunehelsetjeneste og økt forebyggende innsats. Samtidig avhenger reformens suksess av at man finner frem til de riktige virkemidlene for å nå målsettingene. Legeforeningen har påpekt at valget av virkemidler må være godt forankret gjennom solide utredninger, analyser og utprøving før de eventuelt iverksettes på nasjonalt nivå. Det er videre avgjørende at fagmiljøene og tillitsvalgte involveres på en god måte, for å forankre og skape en felles forståelse for endringer som eventuelt skal gjennomføres. Legeforeningen har videre pekt på at hovedgrepet for å bedre samhandlingen er en tydeligere ansvars- og oppgavedeling mellom og innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den demografiske utviklingen med flere kronisk syke eldre og utviklingen innenfor medisinsk teknologi og fagkunnskap, tilsier også at kapasitets- og kompetansefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gjennomgås. En slik gjennomgang må foreligge før det settes i verk strukturendringer, eksempelvis i form av "halvannenlinjetjenester" eller intermediære nivåer.

Det knyttes utfordringer til både kommunal medfinansiering, oppbygging av tjenester i kommunen som kan erstatte spesialisthelsetjenester og ikke minst kommunestruktur. Legeforeningen har ment at kommunene må ha sikkerhet for at kommunal medfinansiering ikke gir for stor økonomisk risiko hvis det påløper uventede kostnader til sykehustjenester. Videre må det gjøres en grundig vurdering av hvilke tjenester som bør inngå i et større ansvar for kommunene, ikke minst hvilke spesialisthelsetjenester som på faglig grunnlag kan erstattes med et kommunalt tilbud. Hvordan kommunehelsetjenestens nye oppgaver skal organiseres er også avgjørende for reformen samlet.

Legeforeningen har understreket viktigheten av at forebyggende arbeid er kunnskapsbasert. Mye av det forebyggende arbeidet må gjøres utenfor helsesektoren, men samtidig bygge på medisinsk fagkunnskap om sammenhenger mellom miljø og helse. For å få nødvendig koordinering og kompetanse i det kommunale tilbudet må kommuneoverlegens posisjon styrkes gjennom at kommuneoverlegen får et klart medisinsk systemansvar i kommuneledelsen.

Allmennlegetjenesten og fastlegene må ha en sentral rolle dersom samhandlingsreformen skal realiseres. Legeforeningen har i tilknytning reformen fremmet mange forslag for å videreutvikle ordningen, med grunnlag i det etablerte tre-parts samarbeidet mellom staten, KS og Legeforeningen. Uten dialog i forkant, utformet Helse- og omsorgsdepartementet forslag til endringer i fastlegeforskriften som ble sendt ut på høring i desember 2011. I forslaget pålegges fastlegene en rekke nye oppgaver og nye administrative krav til fastlegene. Fastlegene skal drive mer papirarbeid og mindre pasientbehandling. De nye oppgavene vil trekke fastlegene ut av kontorene og svekke tilgjengeligheten for fastlegens pasienter. Dette vakte sterke reaksjoner i foreningen. Videre arbeid med forskriftsforslaget fortsatte i 2012.

Utvikling av spesialisthelsetjenesten

Legeforeningen har markert seg sterkt i spørsmålet om styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig. Dette knytter seg både til selve foretaksmodellen og statens organisering av eier- og myndighetsrollen. Et av de mest sentrale grepene Legeforeningen har pekt på for å sikre god og balansert styring av spesialisthelsetjenesten er å etablere en nasjonal sykehusplan. Arbeidet med Nasjonal sykehusplan ble påbegynt før 2011, men ble formelt vedtatt som et strategisk satsingsområde i november 2011.

Nasjonal sykehusplan må beskrive hvor mange sykehus som trengs i Norge og hvor de skal ligge. Planen må klargjøre hvilke oppgaver som skal ligge til sykehusene. Videre må planen klargjøre hvilken kvalitet sykehusene skal levere, og hvordan måling av kvalitet kan brukes som styringsinformasjon. Det er en målsetting at spesialisthelsetjenesten styres ut i fra et balansert målbilde, hvor både kvalitet, aktivitet og økonomi utgjør inngår på en likeverdig måte.

Lokalsykehusfunksjonen må beskrives med minstekrav til innhold. Legeforeningen mener det er et minstekrav at lokalsykehuset har vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi og tilgang til klinisk-kjemisk og radiologisk tjeneste. Lokalsykehusfunksjonen i psykisk helsevern må ivaretas av distriktspsykiatriske sentra, som må ha døgnmottak og nødvendig kvalifisert personell.

En Nasjonal sykehusplan må videre gi økonomisk forutsigbarhet gjennom tre-fire-årige budsjettperioder og en stabil stykk-pris komponent.

Nasjonal sykehusplan må være godt forankret. Det er avgjørende med en grundig og involverende prosess for å gi et godt beslutningsgrunnlag. Eierskap til løsningene og felles målbilde er en forutsetning for en god plan.

Nasjonal sykehusplan må vedtas i Stortinget. Gjennom et bredt politisk forlik vil planen bli mer robust overfor politiske skift og gi forutsigbarhet over tid. I tilknytning Nasjonal sykehusplan, må også foretaksmodellen og statens organisering av eier- og myndighetsrollen vurderes.

Folkehelsearbeidet

Legeforeningen startet høsten 2011 arbeidet med statusrapporten om forebyggende helsearbeid. Helsetjenesten har en viktig rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid, og rapporten har som mål å stake ut en ny kurs for Legeforeningens rolle i dette arbeidet. I tillegg har Legeforeningen avgitt høringssvar på Stoltenberg-utvalgets rapport om narkotika og NOU 2011: 4 Mat, makt og avmakt, samt påbegynt arbeidet med å gi innspill til endringer i kroppsøvingsfaget og tobakksskadeloven. Mye av folkehelsearbeidet gjøres i samarbeid med andre organisasjoner, se punkt 4.4.2 for nærmere omtale.

4.2 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2011 behandlet Legeforeningen 88 høringer. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser er vedlagt i årsmeldingen.

Høringsarbeidet utgjør en sentral del av politikktutviklingen i foreningen, og det nedlegges et betydelig arbeid med høringer i organisasjonsleddene og i hovedforeningen. Praksisen med utstrakt bruk av interne høringer fører til involvering av organisasjonsleddene i politikktutforming, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter.

I 2011 ble det satt i gang arbeid med å se på tiltak som kan bidra til ytterligere målretting av Legeforeningens høringsarbeid. Det ble besluttet å innskrenke antall høringer som besvares med om lag 5-10 %, samt at det skal utarbeides veiledning til organisasjonsleddene i spesielt komplekse høringer.

4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

Legeforeningen ferdigstilte statusrapporten *Med kvalitet som ledestjerne – Balanserte mål gir god kurs* i mai 2011 og påbegynte to statusrapporter; en om forebyggende helsearbeid og en om helse- og omsorgstjenester til eldre.

4.3.1 Statusrapport - Med kvalitet som ledestjerne - Balanserte mål gir god kurs

Helsetjenesten styres for ensidig ut fra krav til produksjon og økonomikontroll, og det bidrar til å vri oppmerksomheten bort fra kjerneoppgaver som pasientbehandling, utdanning og forskning. Denne utviklingen må snus, og helsemyndighetene, staten, kommunene og ledelsen på alle nivåer må i økt grad etterspørre og tilrettelegge for sikre helsetjenester av god kvalitet. Dette var hovedbudskapet i statusrapporten *Med kvalitet som ledestjerne – Balanserte mål gir god kurs*, som ble presentert på Legeforeningens landsstyremøte i mai 2011.

Balansert styring av sykehusene

Rapporten inneholder en kartlegging av ulike sider av de senere års styring av sykehusene, konkretisert ved gjennomgang av et utvalg oppdragsdokumenter, foretaksmøter og styremøter i RHF-ene. Funn fra kartleggingen bekreftet våre påstander. Det ble i foretaksmøtene i perioden 2005-10 stilt langt flere krav til økonomi enn til kvalitet i sykehusene, og nesten ingen krav til arbeidsmiljø. At kvalitet og pasientsikkerhet ikke vies tilstrekkelig oppmerksomhet i den administrative ledelsen bekreftes også av Legeforeningens medlemmer. På bakgrunn av dette foreslo Legeforeningen at kvalitet, pasientsikkerhet og arbeidsmiljø blir faste tema, både i foretaksmøtene og i RHF-enes og HF-enes styremøter, og at det må bli et strategisk mål for sykehusene å frigjøre legetid brukt til administrasjon til bedre ivaretagelse av kjerneoppgavene. Legeforeningen mener også at det er behov for å styrke den medisinskfaglige kompetansen i sykehusledelsen. Se også punkt 4.1 *utvikling av spesialisthelsetjenesten*.

Kvalitetssatsing i avtalepraksis

Det stilles i dag krav til avtalespesialistene når det gjelder produksjon i form av normtall, det vil si normalaktivitet i form av antall konsultasjoner per spesialist for en nærmere avklart periodisering. Foreløpig finnes ingen formaliserte konkrete krav til kvalitet, og det mangler også gode nasjonale kvalitetsindikatorer som kan knyttes til slike krav. Kvaliteten på behandlingen som utføres i avtalepraksis er dermed – som i helsetjenesten for øvrig – i liten grad kjent og dokumentert. Legeforeningen mener avtalespesialistene må ha en naturlig plass i et nasjonalt kvalitetssystem for dokumentasjon og synliggjøring av kvalitet, læring og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. Etablering av gode kvalitetsmål vil kreve god dialog og involvering av avtalespesialistene i alle relevante prosesser. Det er av avgjørende betydning at nye krav til dokumentasjon og rapportering av kvalitetsdata oppleves som nyttig for dem som skal rapportere. Arbeidet må kunne skje på en effektiv måte, slik at det ikke går på bekostning av pasientmøtene.

Kvalitetssatsing i allmennlegetjenesten

Fastlegeordningen har vært meget vellykket, men trenger videreutvikling.

Legeforeningen mener at hovedstrategien for kvalitetssatsing i allmennlegetjenesten må være å understøtte lokal kvalitetsutvikling på legekontorene. Legeforeningen utreder mulig organisering og finansiering av og oppgaver for et Nasjonalt senter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet (SAK). Et slikt senter vil kunne utvikle kvalitetsverktøy, utdanne kvalitetsveiledere, etablere læringsnettverk og samle kvalitets- og styringsdata for allmennlegetjenesten mv.

Legeforeningen ser behovet for å bedre dokumentasjonen på kvaliteten på sentrale prosedyrer og prosesser i allmennlegetjenesten, og vi stiller oss derfor positive til å etablere et nasjonalt kvalitetssystem for primærhelsetjenesten, herunder fastlegevirksomhet og øvrige legetjenester. Videre må en viktig kvalitetssatsing være kvalitetssikring av kompetanse som ligger i spesialiteten allmennmedisin. Legeforeningen mener det må stilles krav om at alle som jobber som fastlege må være spesialist i allmennmedisin eller under utdanning for å bli dette. Offentlige bevilgninger til de

Allmennmedisinske forskningsenhetene må justeres opp til det nivået som var forutsatt ved etableringen.

Kvalitet må måles – og resultatene brukes til læring og forbedring

Legeforeningen tror at helsetjenesten i Norge leverer god kvalitet i dag, men vi vet det ikke. På nesten alle områder mangler det god dokumentasjon om hva slags behandling pasientene har fått og hvilke behandlingsresultater som er oppnådd. Det er behov for et nasjonalt system for måling av kvalitet som kan brukes til læring og forbedring på klinisk nivå og forskning, samtidig som det gir relevant styringsinformasjon. Arbeidet må forankres i fagmiljøene gjennom gode og involverende prosesser, og resultater som sammenliknes må være sammenliknbare. Åpenhet rundt resultater er prinsipielt bra, og må baseres på gode prosesser i forhold til hvilke mål som skal presenteres på hvilket nivå. Ethvert sykehus eller legekantor må organiseres som en lærende organisasjon som driver kontinuerlig utviklings- og forbedringsarbeid, og som bruker uheldige hendelser og avvik - men også det som går bra – til læring og forbedring.

Gode IKT-løsninger er nødvendig for å gi et godt styringsgrunnlag og for å lykkes med kvalitetssatsingen i helsetjenesten. Investeringsnivået i Norge på IKT i helsetjenesten er fortsatt lavt, både sammenliknet med andre sektorer og våre naboland. Et nasjonalt koordinert og finansiert IKT-løft er nødvendig for å skape de kvalitetsgevinster vi ønsker i form av bedre og sikrere helsetjenester for pasienten.

4.3.2 Policynotater

Policynotater er kortfattede helsepolitiske notater om aktuelle problemstillinger. Notatene er utformet for å være lett tilgjengelige og rettet mot eksterne aktører. Policynotatene har også en funksjon ved at foreningen raskt kan samles om et aktuelt helsepolitisk standpunkt. Notatene sendes vanligvis på høring internt i foreningen før de vedtas av sentralstyret.

I 2011 ble det vedtatt fire policynotater: *Rekruttering og kjønnsbalanse i spesialitetene* (1/2011) *Internasjonal mødrehelse* (2/2011) *Etablering og bruk av helseregistre* (3/2011) og *Genenes inntog i debatten om fordeling av helseressurser* (4/2011).

4.4 Myndighets- og organisasjonskontakt

Legeforeningen har utstrakt kontakt med Stortinget, de politiske partiene, helseforvaltningen og organisasjonene både innenfor helse og arbeidsliv.

4.4.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i 10 høringer i Stortinget i 2011, alle i Helse- og omsorgskomiteen. Nedenfor gjengis hovedinnholdet i noen tematisk sentrale høringer. Legeforeningen uttalte seg i tillegg om forslag til statsbudsjett i oktober 2011.

Nedlegging av regionale helseforetak og frysing av omstillingsprosessene i lokalsykehusene

I et representantforslag ble det foreslått å legge ned de regionale helseforetakene, fryse omstillingsprosessene i lokalsykehusene og utarbeide en nasjonal sykehusplan som del av en Nasjonal helse- og omsorgsplan. Legeforeningen støttet forslaget om en Nasjonal sykehusplan, og mente denne bør omfatte antall sykehus vi skal ha, hvor de skal ligge og hva som skal være minstestandarden for et lokalsykehus. Videre pekte foreningen på at flere forhold, som behovet for sterkere politisk styring og etablering av større helseforetak, tilsier at rollen til regionale helseforetak vil kunne begrenses. Eventuell videreføring av regionale helseforetak bør derfor vurderes i tilknytning til og sammenheng med Nasjonal sykehusplan. Gjennomgangen av styringssystemet for sykehusene må også omfatte statens organisering av styringen av sykehusene. Legeforeningen støttet ikke forslaget om å fryse omstillingsprosessene, på bakgrunn av at dette vil kunne medføre ytterligere uforutsigbarhet i pasienttilbudet og for ansatte.

Forslag om ny Folkehelselov

Samhandlingsreformen har som ambisjon å gi en mer bærekraftig utvikling gjennom å styrke innsatsen for å bedre folkehelsen og forhindre sykdom gjennom sterkere fokus på helsefremmende og forebyggende arbeid for å redusere presset på kurative helsetjenester.

Lovforslaget angir folkehelse som et ansvar for hele kommunen. Legeforeningen støttet denne tilnærmingen, og pekte bl.a. på at dette stiller store faglige krav til det kommunale folkehelsearbeidet og vil kreve økt kompetanse i kommunene. Ett av tiltakene som foreningen vektla var at kommuneoverlegen må få en styrket posisjon, og være en del av kommuneledelsen.

Nasjonal helse- og omsorgsplan

Legeforeningen støttet hovedmålsettingene i Meld. St. 16 (2010-2011) om en styrket kommunehelsetjeneste og økt forebyggende innsats. Samtidig pekte foreningen på at reformens suksess avhenger av at man finner frem til de riktige virkemidlene for å nå målsettingene. Valget av virkemidler må være godt forankret gjennom solide utredninger, analyser og utprøving før de eventuelt iverksettes på nasjonalt nivå. Det er avgjørende at fagmiljøene og tillitsvalgte involveres på en god måte, for å forankre og skape en felles forståelse for endringer som eventuelt skal gjennomføres. Videre mente Legeforeningen at det er positivt at ordningen med kommunal medfinansiering ble begrenset, men man må samtidig unngå at kommunene får et økonomisk insentiv til å begrense bruken av sykehus for pasienter som omfattes av den kommunale medfinansieringen. Legeforeningen pekte videre på at befolkningen opplever stor usikkerhet om deres lokalsykehus vil bestå og hvilke tilbud deres lokalsykehus eventuelt vil kunne tilby i fremtiden. Dette gjør det nødvendig å ta et mer helhetlig og langsiktig grep i den nasjonale sykehuspolitikken. Legeforeningen mener det er behov for å etablere en nasjonal sykehusplan. Se punkt 4.1 for nærmere omtale.

Forslag til ny helse- og omsorgslov

Legeforeningen støttet forslag om å utvikle kommune- og helsetjenesten og stilte seg bak behovet for harmonisering av lovgivningen. Legeforeningen etterlyste imidlertid grundigere utredning og opplegg for evaluering av de virkemidler som er planlagt. Med unntak av fastlegeordningen er det allerede i dagens situasjon en utfordring at kommunenes ansvar for å tilby befolkningen helse- og omsorgstjenester er skjønnsmessig, og de reelle muligheter for overprøving i realiteten begrensede. Kommunene bør ha frihet med hensyn til hvordan tilbudet skal organiseres, men det må stilles nasjonale krav til innhold, personell kompetanse, omfang og kvalitet. Det er behov for større likhet i tilbudet nasjonalt – ikke mindre. Etter Legeforeningens vurdering bør også fastlegeordningen videreutvikles på en rekke områder.

Representantforslag om tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet under omstillingsprosessen ved Oslo universitetssykehus

I representantforslaget pekes det på behovet for en ny og helhetlig risikoanalyse av omstillingsprosessen ved OUS, som bør lede til en fornyet gjennomføringsplan. Videre foreslås det å pålegge Helse Sør-Øst å styrke den stedlige ledelsen på avdelingsnivå i helseforetakene, samt etablere en statlig finansieringsordning for IKT-satsing i helsetjenesten. Legeforeningen støtter representantforslaget, og pekte på at ny plan for omstilling må bygge på en felles forståelse av utfordringsbildet og reelle investeringsmuligheter. Videre er stedlig ledelse svært viktig. Verken daglig drift eller arbeid for ønsket endring i virksomheten vil fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen. Dagens organisasjonsstruktur er tilpasset fremtidens sykehus. Det bør derfor gjøres en midlertidig organisasjonsmessig tilpasning som konsoliderer daglig drift og pasientsikkerhet. Legeforeningen mente staten må ta ansvar for å samordne IKT-løsninger og bidra med tilstrekkelige investeringsmidler. Velfungerende IKT-løsninger på tvers av de fusjonerte sykehusene er helt grunnleggende for å videreføre prosessen i OUS.

4.4.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv.

Legeforeningen har i 2010 hatt utstrakt kontakt mot myndighetene og organisasjonslivet. Kontakten skjer både via løpende aktuelle saker og faste møtearenaer, og omfatter både forvaltning, organisasjoner på helseområdet og organisasjoner på arbeidslivsområdet. Myndighets- og

organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene. Nedenfor omtales noen av de øvrige samarbeidsarenaene som Legeforeningen har deltatt på i 2011.

Legeforeningen har i 2011 gjennomført flere møter med Kreftforeningen om samarbeid på folkehelseområdet. Dette har bl.a. medført etablering av en arbeidsgruppe med deltagere fra Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norsk fysioterapeutforbund og Norges idrettsforbund. Formålet med denne arbeidsgruppen er å øke fysisk aktivitet blant barn og unge.

Legeforeningen deltar regelmessig på møter i sammenslutningen Tobakksfritt. I 2011 har sammenslutningen hatt fokus på regjeringens arbeid med ny tobakksstrategi og ny tobaksskadelov.

5 Internasjonalt arbeid

5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid i 2011

Legeforeningen internasjonale engasjement er spesielt rettet mot CPME (den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). Gjennom utvalg for menneskerettigheter har Legeforeningen vært engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina og Tyrkia. Utvalg for internasjonal helse har blant annet ferdigstilt et policydokument om samarbeid om mødrehelse. Utvalget ved leder har vært aktivt med i planleggingen og gjennomføringen av Globvac-konferansen 2011 (*Contributions to Global Health Research, Capacity Building and Governance*). Se pkt 1.5.2 for mer informasjon om konferansen.

I forbindelse med at menneskerettighetsutvalget var 20 år ble det arrangert en konferanse om utvalgets utenlandsprosjekter på Litteraturhuset 21.9. 2011. To representanter fra alle de samarbeidende organisasjonene i Kina, Tyrkia, Serbia og Bosnia-Hercegovina var invitert. Konferansen ble åpnet av statssekretær Gry Larsen i Utenriksdepartementet og Legeforeningens president Hege Gjessing. De ulike prosjektene ble belyst med innlegg fra samarbeidspartnerne og nåværende og tidligere medlemmer av utvalget. Den britiske legeforening og Verdens legeforening bidro også med egne foredrag. Konferansen samlet ca. 60 deltakere og mottok økonomisk støtte fra Utenriksdepartementet.

Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interessefagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i deres egne årsmeldinger.

5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner

Verdens legeforening (WMA)

WMA holdt sitt councilmøte i Sydney i april og generalforsamling i Montevideo i oktober. Tidligere president Torunn Janbu ledet den medisinsk-etiske komiteen og var medlem av finanskomiteen. Sentrale saker har vært revisjon av Helsinkideklarasjonen, omsorg ved livets slutt, leger og sosiale media, beskyttelse av leger og annet helsepersonell i væpnede konflikter og sosiale betingelser for helse. Dokumentet om beskyttelse av helsepersonell ble fremmet av Legeforeningen som også har hatt ansvaret for å utforme den endelige versjonen som ble vedtatt på generalforsamlingen. I forbindelse med Helsinkideklarasjonen har sekretariatet bistått med løpende juridisk rådgivning.

Legeforeningen har vært representert ved tidligere president Torunn Janbu, president Hege Gjessing, generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikk Trond Markestad og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt. Mer informasjon på www.wma.net

Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)

CPME, den europeiske legeforeningen, representerer leger i EU-området. Komiteen jobber for et høyest mulig nivå på legeutdanningen, legepraksis og helsetjenester, og arbeider blant annet for å fremme den frie bevegelsen av leger innenfor EU.

Legeforeningens delegasjon til CPME velges av sentralstyret i tilknytning til hver presidentperiode. Legeforeningen har i 2011 vært representert ved tidligere president Torunn Janbu og president Hege Gjessing, representanter fra sentralstyret Kirsten Toft og Marit Halonen Christiansen og med støtte fra sekretariatet. I tillegg deltok Overlegeforeningen (Of) ved leder Arne Refsum på møtet i april 2011.

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har involvert seg i, har bl.a. vært direktivet om yrkeskvalifikasjoner, bruk av biosimilars (kopier av biologiske legemidler), passiv røyking i nærvær av barn, og revisjon av EUs arbeidstidsdirektiv. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

Gjennom CPME har Legeforeningen også bidratt aktivt til EU-prosjektet Chain of trust, som tar sikte på å kartlegge brukeres holdninger til telemedisin. Prosjektet består av en spørreundersøkelse og workshop som arrangeres i flere europeiske land. Legeforeningen bidro med å legge ut undersøkelsen på

nettsidene. I Norge ble det avgitt 437 svar (pasienter 56, helsepersonell 381). Legeforeningen har bidratt til å rekruttere 10 – 12 leger fra ulike nivåer i helsetjenesten (kommunehelsetjenesten/fastleger, lokalmedisinske sentre, sykehjem og sykehus) til gjennomføringen av prosjektet i Norge, samt gitt økonomisk støtte. Workshopen i Norge ble arrangert 17.10. 2011. Endelige resultater fra prosjektet vil bli publisert i løpet av 2012.

En oversikt over policydokumenter er lagt ut på CPMEs hjemmeside www.cpme.be/policy.php.

Den Europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)
Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) ved leder av spesialitetsrådet Kristin Bjørnland. Sekretariatet har deltatt som observatør. Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene mellom Sections and Boards og Council, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og e-helse. Legeforeningen har representanter i 31 av totalt 38 Sections and Boards.

European Accreditation Council for CME (EACCME) har en jevn økning av søknader om godkjenning av kurs. Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon vises til nettsidene www.uems.net

Nordisk samarbeid

Det har vært holdt to møter mellom presidentene og generalsekretærene i de nordiske legeforeningene. Saker har vært gjensidig oppdatering om helsereformer i de nordiske landene og samordning av synspunktene før møter i WMA og CPME.

Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og spesialistutbildningsfrågor (SNAPS)

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

Denne arbeidsgruppen har annethvert år fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjoner om spesialistutdanning i EØS-området. I tillegg til de to rapportene, lager arbeidsgruppen også publikasjonen *Att arbeta som läkare i Norden* og statistikkfolderen *Nordiska Läkarfakta*. Alle publikasjonene har til nå vært utarbeidet på svensk, statistikkfolderen i tillegg på engelsk. Det er ikke utgitt nye publikasjoner i 2011. Alle publikasjoner er lagt ut på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/utdanning

6 Kommunikasjonsarbeid

6.1 Om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid

God kommunikasjon er et av flere virkemidler som brukes for å nå organisasjonens mål. Legeforeningens overordnede mål er derfor førende for hva vi ønsker å prioritere innenfor kommunikasjonsområdet. En del av kommunikasjonsarbeidet vil være direkte knyttet til prioriterte områder, som satsingsområdene, andre deler vil bidra til omdømmebygging av leger og Legeforeningen generelt gjennom profilering av fag og samfunnsansvar.

I en medlemsforening med over 28 000 medlemmer vil intern og ekstern kommunikasjon i stor grad overlappe hverandre. Medlemmene er både avsendere og mottakere av det som fortelles om Legeforeningen og legene i mediene. På våre egne nettsider og i mediene kommuniserer vi i utstrakt grad med medlemmer, myndigheter og befolkning samtidig.

Hele sekretariatet driver hver dag betydelig kommunikasjonsvirksomhet overfor medlemmer, organisasjonsledd, samarbeidspartnere og andre aktører. I årsmeldingen omtales kommunikasjon som er ment å nå ut til mange samtidig.

Et omfattende prosjekt for å utvikle ny nettløsning for Legeforeningen ble vedtatt av sentralstyret høsten 2010. Målet var å samle *legeforeningen.no* og Min side til en enhetlig løsning. Den samlede løsningen vil da være via *legeforeningen.no* med mulighet for å logge seg inn for ytterligere informasjon og tjenester. Utviklingsarbeidet pågikk i hele 2011 med lanseringsdato tidlig 2012

Legeforeningens 125-års jubileum var hele året synlig gjennom arrangementer, medlemskommunikasjon og profil.

6.2 Mediearbeid

2011 har vært et aktivt medieår for Legeforeningen. Hele året har vært preget av mange medieoppslag om Oslo universitetssykehus (OUS) og forholdene der. Legeforeningens tillitsvalgte har blitt intervjuet flere ganger i en rekke medier i tillegg til at presidenten har uttalt seg.

Turnus har også vært et aktuelt tema etter at helseministeren i februar gikk ut med at det var ønskelig å avvike dagens turnustjeneste og innføre nybegynnerstillinger. I juni hadde VG en temaserie om sykehusabber og pasienter som var blitt feilbehandlet. Legeforeningen uttalte seg flere ganger om dette med fokus på meldesystemet og legenes vaktordninger.

En del av mediasakene kan relateres til Legeforeningens satsingsområder. Blant annet har det i perioden vært flere saker som har omhandlet kvalitet, pasientsikkerhet, arbeidsmiljø og faste stillinger for leger i sykehus. Utviklingen av fastlegeordningen og samhandling i helsetjenesten har også vært aktuelle saker i media. På tampen av året ble forslag til ny fastlegeforskrift lagt frem. Denne skapte aktiv mediedebatt.

Legeforeningen gjør mye direkte innsalg av saker til redaksjoner i aviser, radio og TV. I tillegg får vi flere henvendelser fra pressen så godt som hver dag. Vi har fått på trykk flere debattinnlegg og kronikker enn i løpet av fjoråret ved bevisst å satse på dette, både ved å skrive mer og ved å bruke en større del av pressen til våre ytringer. Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. De sentrale talspersonene i foreningen er enkle å få tak i og sier i svært liten grad nei til å uttale seg. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også andre sentrale tillitsvalgte, sentralstyret og tillitsvalgte på sykehusene har vært godt synlige i media. Både Torunn Janbu og fra 1. september Hege Gjessing har vært tydelige talspersoner for Legeforeningen.

I tillegg til dette har vi en tradisjon for å bistå pressen med å komme i kontakt med leger i underforeningene om ulike medisinske tema. Vi vurderer dette som viktig for å underbygge legers omdømme som kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i foreningen. Det har vært stor etterspørsel etter dette. Pressemeldinger og presseinnvalg av fagstoff fra Tidsskriftet har fått stor oppmerksomhet i media.

Foreningen har samarbeidet med andre organisasjoner om enkelte saker. Legeforeningen og Kreftforeningen gikk i januar ut sammen med budskapet om at det bør innføres én times fysisk aktivitet i grunnskolen hver dag og gratis frukt og grønt til alle elever. Anne Lise Ryel og Torunn Janbu ble intervjuet i flere medier om dette og hadde også på trykk innlegg og kronikk i en rekke aviser. Sykepleierforbundet og Legeforeningen gikk i september sammen om å gjennomføre en opinionsundersøkelse med spørsmål knyttet til samhandlingsreformen og eldreomsorgen. De to forbundslederne ble intervjuet i en rekke medier om resultatene av undersøkelsen.

6.3 Legeforeningens egne kommunikasjonskanaler

I tillegg til kommunikasjon gjennom media er Legeforeningens egne kanaler viktige for å nå medlemmer og andre vi ønsker å profilere oss overfor. Vi jobber med en samlet strategi for media og egne kanaler for å skape synergier og for å kunne plassere stoff etter prioritet, målgruppe og nyhetsbildet for øvrig.

6.3.1 Legeforeningen.no

Målet for nyhetssaker i 2011 var å sikre en god redaksjonell styring. Etablering av en redaksjonsgruppe i sekretariatet i 2010 har ført til bedre koordinering og timing av presseutspill. Antallet saker økte sammenliknet med året før. Legeforeningens politikk på ulike områder preger forsiden på *legeforeningen.no*.

Legeforeningen.no inneholder også sidene til i underkant av 90 underforeninger. Nettetredaktørene får publiseringstøtte, opplæring og brukerstøtte. Utviklingen viser at spesielt fagmedisinske foreninger ønsker å ta i bruk Legeforeningens nettilbud istedenfor å bruke egne løsninger.

Det var ca. 3,4 millioner sidevisninger og 349 836 besøkende i 2011. Besøkene viser at særlig faginformatjon er viktig. De mest besøkte sidene er alle sider knyttet til spesialiteter og fagutvikling.

6.3.2 Intranettet

Intranettet er hovedkanal for informasjon innad i sekretariatet. Utvikling av design og innhold for å gjøre Intranettet til en enda bedre kanal ble igangsatt parallelt med utviklingen av *Legeforeningen.no* og ble avsluttet ved utgangen av 2011.

6.3.3 Min side

Min side er Legeforeningens lukkede medlemsportal - er først og fremst brukt til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. De tillitsvalgte sendte selv 688 epostmeldinger via Min side til sine medlemmer. Det ble sendt 146 medlemsbrev som legges i arkivet i Min side. Min side hadde totalt 428 639 sidevisninger fordelt på 91 294 besøk. Erfaringen er at besøkene i stor grad kom som følge av epostvarsel om nytt innhold.

6.3.4 Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet

Sidene om Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet er ment å speile aktiviteten i foreningen. Det gjelder både Legeforeningens politikk, møter av faglig og fagpolitisk karakter, helsepolitikk, samarbeid med ulike aktører som Akademikerne, Spekter, offentlige etater og internasjonalt samarbeid.

Sidene ble justert fra nummer 17/2010. Formålet var å gjøre disse mer oversiktlige og sakene kortere og med et mer spisset budskap. Dette gjør også at det blir plass til flere saker, mens kompliserte underlagsdokument kan leses via lenker.

Design og bruk av bilder ble modernisert for å støtte opp under dette. Omleggingen har ført til at sidene

er lettere tilgjengelige. I studentnummeret ble alle sidene viet studentene. Mye av stoffet ble produsert av studentene selv.

6.3.5 Andre kommunikasjonskanaler

Flere organisasjonsledd har fått rådgivning når det gjelder design og bistand i forbindelse med innhold og produksjon av brosjyrer, presentasjoner og konferanseprogram.

6.4 Kompetanseheving

Det er mange som kommuniserer på vegne av Legeforeningen i løpet av et år. Legeforeningen jobber i ulike sammenhenger for å heve kompetansen hos de som uttaler seg i media, skriver innlegg eller publiserer på nett. Legeforeningen arrangerer også kurs i nettskriving, kronikker og debattinnlegg for ansatte i sekretariatet.

I 2011 ble det arrangert flere medietreningskurs for tillitsvalgte og sentralstyret. Sekretariatet bistår enkeltmedlemmer og tillitsvalgte som trenger hjelp til mediehåndtering. Dette arbeidet blir det satt stor pris på. Det gir i tillegg foreningen nyttig innsikt i saker som er ellers kan bli aktuelle i media og medlemmenes hverdag. Legeforeningen møter også årlig avgangskullene på medisin ved Universitetet i Oslo. Tema for årets forelesning var legen i møtet med pressen og samfunnet.

Alle nye nettedaktører får individuell grunnopplæring, og alle nettedaktører kan fritt be om veiledning og nye kurs. I 2011 var det et særlig fokus på opplæring av nettedaktører som følge av ny publiseringsløsning. I tilknytning til omleggingen var over 100 nettedaktører på kurs, enten på dagssamlinger eller ved individuell opplæring.

6.5 Legeforeningens 125-årsjubileum

Legeforeningen ønsket å bruke anledningen til å skape stolthet og begeistring omkring faget og samfunnsansvaret hos medlemmene og andre. Dette skjedde gjennom en rekke arrangementer i regi av Legeforeningen og av lokalforeningene. Det ble etablert en egen nettside og jubileumsaktiviteter ble presentert i Aktuelt i Foreningen. Legeforeningen sto for tre sentrale tiltak.

6.5.1 Festforestilling i Den Norske Opera og Ballett

Hovedfeiringen ble lagt til landsstyremøtet i mai med festforestilling i Den Norske Opera & Ballett. President Torunn Janbu ønsket velkommen og det var hilsninger ved leder av helse- og omsorgskomiteen på Stortinget Bent Høie, Norsk sykepleierforbund, Akademikerne og KS. Tidligere president i Legeforeningen dr.med. Hans Petter Aarseth, holdt festtale og lege Ragnhild Øydna Støen snakket om fremtidens legerolle. Solister fra Den Norske Opera & Ballett stod for de kunstneriske innslagene. Nadia Hasnaoui var programleder. Det var nærmere 900 personer til stede i Operaen.

6.5.2 Livet som lege

Boken *Livet som lege* ble gitt i gave til alle medlemmene. Boken er basert på personlige historier hentet fra spalten *Personlige opplevelser* som ble introdusert i Tidsskriftet i 1989. Spalten er åpen for pasienter, pårørende, leger og annet helsepersonell. Boken er senere sendt alle som meldte seg inn i foreningen etter landsstyremøtet.

6.5.3 Publikumshelg i samarbeid med Teknisk Museum

Legeforeningen bidro faglig og økonomisk til hjerneutstillingen «Mind gap» på Teknisk Museum. Den åpnet i april 2011 i forbindelse med Universitetet i Oslos 200-årsjubileum. I tilknytning til denne ble det i slutten av september arrangert en «legehelg» på museet. Målgruppen var barnefamilier. Utdeling av faktaark om barnesykdommer, stands med «Spør legen», «legekontor» for barn med barn som lege og pasient, tegnekonkurranse m.m. var blant tilbudene. I tillegg kunne det voksne publikummet høre faglige foredrag om problemstillinger som kunne være aktuelle for foreldre. Norsk barnelegeforening, Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening og Norsk nevrologisk forening bidro i hovedsak til dette.

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Redaktør i Tidsskriftet er Charlotte Haug. I 2011 har redaksjonskomiteen bestått av Guri Rørtveit (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Ola Dale, Ole-Erik Iversen, Cecilie Risøe (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

189 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med rundt 75 deltakere. Harold C. Sox, editor emeritus, *Annals of Internal Medicine*, holdt plenumsforelesning om medisinske tidsskrifters fremtid.

I 2011 mottok redaksjonen 1500 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 350 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserte i tillegg om lag 350 egne artikler.

7.2 Designendringer

I 2011 gjorde vi en redesign av papirutgavens forside og nettsidene der målsettingen er å forsterke merkevaren med en helhetlig designprofil. Vi vil nå bredere ut i målgruppen, samt vise at vitenskap kan presenteres på en visuelt tiltalende måte.

7.3 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 2592 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger utgjorde 628 sider og andre annonser 325 sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 27 700 eksemplarer (desember 2011). Temaserien *Global helse* ble publisert i Tidsskriftet i 2011.

7.4 Andre publikasjoner

Temaserien *Global helse* ble publisert som et eget temahefte i en norsk og engelsk versjon. Tidsskriftet ga også ut tre bøker: boken *Livet som lege* i anledning av Legeforeningens 125-års jubileum, en bok med en samling av Torunn Janbus ledere publisert i hennes presidentperiode og boken *Surgery in Norway 1911–2011* (etter oppdrag fra Norsk kirurgisk forening).

7.5 Engelske oversettelser

Vi ønsker å gjøre artiklene våre lettere tilgjengelig for utenlandske lesere. Derfor får alle forfattere som får akseptert en artikkel for publisering i Tidsskriftet, et tilbud om oversettelse til engelsk. Forfatterne betaler selv for oversettelsen. I løpet av 2011 er 109 artikler blitt oversatt og publisert. Spesielt for brukere som kommer til oss via PubMed, vil det være verdifullt at flere artikler er tilgjengelig på engelsk.

7.6 Pressekontakt

Sosiale medier og Tidsskriftets nettsider er blitt viktigere i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum, men det sendes fortsatt ut pressemeldinger i forbindelse med hver utgave. I forbindelse med temanummeret om fødselshjelp arrangerte redaksjonen, i samarbeid med kommunikasjonsavdelingen, et presseseminar med godt fremmøte og mange presseoppslag som resultat. I forbindelse med samme temaserie ble det publisert en reportasje om fødsler utenfor sykehus på Tidsskriftets YouTube-kanal.

7.7 Tidsskriftet på nett

Våren 2011 fikk Tidsskriftets nettside ny publiseringsløsning, ny søkefunksjonalitet og ny design. Vi har gått fra en spesialutviklet løsning til eZ Publish, som er et standardisert «open source»

publiseringsverktøy. Søket er en nøkkelfunksjon, og i den nye løsningen ble muligheten for avgrensning og sortering av søkeresultatet kraftig forbedret. I den nye designen har aktiviteten i sosiale medier, som Tidsskriftets blogg, Facebook og Twitter, fått en mer fremtredende plass. Siden har fått en betydelig enklere struktur og bilder større plass.

I 2011 var 2,2 millioner besøkende hos tidsskriftet.no. I alt ble 4,5 millioner sider besøkt. Daglig har vi mellom 8 000 og 9 000 besøk på nettstedet vårt, og rundt regnet er det mellom 500 og 1 000 flere innom i dag enn i 2010. Det er flest innom nettsidene våre på tirsdager. Besøkstoppen ble nådd tirsdag 29. november med 9 794 besøk på én dag. Tallene er hentet ut med verktøyet Google Analytics. De fleste av de besøkende kommer fra søkemotoren Google, men i 2011 så vi også en økning i antallet besøkende fra sosiale medier, spesielt Facebook. PubMed er også en viktig kilde til trafikk for Tidsskriftets nettside.

Høsten 2011 ble Tidsskriftets forfatterveiledning relansert. Etter å ha båret preg av å være en bok publisert på nett i flere år, er Forfatterveiledningen nå pedagogisk tilrettelagt for nett. Innholdet er oppdatert og mer skreddersydd behovene til brukerne.

7.8 Legejobber.no

Nettportalen Legejobber.no er nå godt etablert i markedet både for kunder (stillingsannonsører, som kommuner, sykehus og mediebyråer) og brukere (leger). Portalen ble lansert som et strategisk trekk både for å bevare Tidsskriftets sterke posisjon som formidler av legestillinger, og for å møte konkurransen fra andre aktører. Stillingsannonser er, som tidligere, den desidert største inntektskilden i Tidsskriftet og av stor betydning for Legeforeningen.

Stadig flere kunder bestiller nå annonser selv i portalen, noe som var målsettingen, men det gjenstår en del. Derfor pågår det kontinuerlig opplæring, både av helseforetak, enkeltkunder og annonseformidlingsbyråer. Markedsseksjonen har i løpet av halvannet år besøkt samtlige store helseforetak, alle mellomstore og mange mindre for å gi grundig innføring i bruk av portalen og for å få tilbakemeldinger fra kundene. Dette arbeidet har vært nyttig, også med hensyn til videreutvikling av Legejobber.no og implementering av nye løsninger.

Legejobber.no inneholder relevant informasjon om arbeidssteder, nyheter om folk som har byttet jobb, og om arbeidsmarkedet for leger. Antall brukere øker stadig, og arkivet er godt søkbart, noe som er til stor nytte både for kunder og leger. Annonseutviklingen er positiv til tross for stagnasjon i andre markeder. Portalen har ukentlig i snitt 3 722 brukere og 44 324 sidevisninger. Det er til enhver tid 200-300 annonser i basen.

7.9 Tidsskriftet blogg

I løpet av 2011 er det publisert 30 poster i Tidsskriftets blogg. Postene dekker temaer som legerollen, helsepolitikk, utdanning, teknologi og utviklingen av Tidsskriftet. Fra lanseringen i august 2010 er det kommet inn nærmere 600 kommentarer.

7.10 Mobilversjon

Høsten 2010 kunne Tidsskriftet tilby leserne en versjon tilrettelagt for mobiltelefon. Trafikken fra mobile enheter har vært økende i 2011, og mot slutten av året var andelen besøk på tidsskriftet.no fra mobil eller nettbrett på nærmere 7 %. Det er nesten en tredobling i forhold til samme periode i 2010. Flesteparten av besøkene fra mobile enheter kommer fra iPad eller iPhone. I 2011 er det blitt utført et forprosjekt for å planlegge hvordan Tidsskriftet skal fremstå på nettbrett.

7.11 Økonomi i Tidsskriftet

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

- Sideproduksjon og nettutgave kr **2 397 880**
- Gjennomsnittlig kr **108 994** per utgave
- Trykk og papir kr **5 163 882**
- Gjennomsnittlig kr **234 719** per utgave
- Ferdiggjøring kr **1 858 268**
- Gjennomsnittlig kr **84 467** per utgave
- Distribusjonskostnader kr **3 177 851**
- Gjennomsnittlig kr **144 447** per utgave
- Totale inntekter beløper seg årlig til kr 27 558 774. Stillingsannonser utgjør kr 19 983 014, andre annonser kr 5 818 175 og abonnement kr 1 757 585.

8 Legeforeningens forskningsinstitutt

8.1 Personale og finansiering

Instituttet har i 2011 hatt sju medarbeidere: instituttleder (i 50 % stilling fra 1.9), tre forskere (to i 100 %-stilling, den tredje i 60 %-stilling), en informasjonsrådgiver (i 50%-stilling) og to sekretærer som deler en full stilling. Den ene sekretæren er i tillegg tilknyttet et evalueringsprosjekt i regi av Medisinsk fagavdeling (50 %-stilling). Instituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag.

8.2 Unike paneldata

Forskningsinstituttets studier er rettet mot legenes helse og atferd. Forholdet mellom profesjons-, pasient- og samfunnsinteresser står sentralt. Vi analyserer hvilke forhold som påvirker legenes helse, trivsel, mening og kvalitet i profesjonsutøvelsen, og hvordan samfunnsmessige rammebetingelser og etiske og psykososiale sider påvirker legearbeidet. Vi har også prosjekter der vi, i samarbeid med andre institusjoner, evaluerer studieordninger og sammenlikner legene med andre yrkesgrupper.

Vår forskning baseres først og fremst på data fra referansepanelet, en representativ gruppe på ca. 1 550 yrkesaktive leger der noen har svart på i alt 12 undersøkelser siden 1992. Den siste datainnsamlingen ble postet senhøstes 2010 og bearbeiding ble gjort i løpet av 2011. Våre longitudinelle data om de norske legekårene er unike – også i internasjonal sammenheng. Vi publiserer våre forskningsresultater i fagfelleverderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Det ble publisert 13 vitenskapelige artikler i 2011.

8.3 Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt

I november kom boken om Legeforeningen og det norske spesialistregimet gjennom 100 år, en utgivelse som har hatt redaksjonell bistand fra instituttets medarbeidere i en årrekke.

Videre har medarbeiderne deltatt med innlegg på en rekke seminarer og forskningskonferanser. Vi har fortløpende vært fagfellevurderere i tidsskrifter, og våre forskningsprosjekter på oppdrag fra SOP og andre samarbeidspartnere har fortsatt – deriblant evaluering av det kollegiale helse- og omsorgstilbudet for leger (Villa Sana og støttekollegaordningen). Vårt mangeårige samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer ble videreført, eksempelvis engasjementet i det europeiske legehelsenettverket EAPH.

Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: www.legeforeningen.no/lefo der det blant annet finnes en nærmere presentasjon av våre ca. 350 publikasjoner. Nettsidene inkluderer også innlegg på våre konferanser, samt mer informasjon om våre prosjekter.

9 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter:

- Hovedforeningen
- Utdanningsfond I
- Utdanningsfond II
- Utdanningsfond III
- Lånefondet
- Fond for kvalitet og pasientsikkerhet
- Fond for forebyggende medisin
- Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats

Legeforeningen hadde i 2011 et regnskapsmessig positivt aktivitetsresultat på kr 3 709 394.

Hovedforeningen, Utdanningsfond III, Lånefondet og fondet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har til sammen et regnskapsmessig overskudd på ca. kr 25,1 millioner, mens Utdanningsfond I har et negativt resultat på ca. kr 3,5 millioner og Utdanningsfond II har et negativt resultat i 2011 på ca. kr 18,0 millioner. Resultatet i Fond I er ca. kr 1,5 millioner bedre enn budsjettert. Summen av ytelser og administrasjonskostnader i Utdanningsfond II overstiger i 2011 driftsinntektene med ca. kr 22,1 millioner. Store opparbeidede reserver i form av høy formålskapital, har gjort det mulig å opprettholde gode refusjonsordninger i fondet. I 2011 opplevde fondet imidlertid en økning på ca. 17,1 % i refusjonsutbetalingene. Dette innebar at driftsresultatet ble ca. kr 5,7 millioner svakere enn budsjettert og hele kr 7,2 millioner svakere enn i 2010. Etter tilførsel av fondets andel av netto finansinntekter, reduseres Utdanningsfond II's formålskapital med ca. 18,0 millioner i 2011. Formålskapitalen i fondet utgjør etter dette ca. kr 102,5 millioner som tilsvarer ca. 2,1 ganger årlige driftskostnader (ned fra 3,0 ganger årlige driftskostnader i 2010). Utviklingen har ført til at Fondsutvalget har vedtatt moderate reduksjoner i ytelsesnivåene i fondet med virkning fra 1.2. 2012.

Den samlede økningen i refunderte utlegg fra utdanningsfondene II og III, utgjorde ca. kr 11,8 millioner fra 2010 til 2011. Refusjonene fra Fond II økte med ca. kr 5,8 millioner mens refusjoner fra Fond III økte med ca. kr 6,0 millioner fra 2010 til 2011. Økningen tilsvarer 18,9 %. Fondsutvalget i Fond III vedtok høsten 2009 tiltak som innebar reduksjon i fondets ytelser. Selv med økningen i utbetalingene i 2011 er det god balanse mellom inntekter og kostnader i fondet. Fond III styrket formålskapitalen med ca. kr 6,6 millioner i 2011.

Netto finansinntekter endte lavere enn budsjettert i 2011. Etter svært positiv markedsutvikling i 2009 og 2010 ble 2011 et år preget av kreditturo og store svingninger. Legeforeningen fikk likevel netto positive finansinntekter på ca. kr 36,1 millioner i 2011. Avkastningen på investert kapital utgjorde 2,9 %. Investeringsstrategien i Legeforeningen har et langsiktig perspektiv. Kriseåret 2008 viste at strategien er robust. Soliditeten i foreningen er god og kapitalen er bygget opp over tid, blant annet for å kunne møte ekstraordinære situasjoner i finansmarkedene.

Annonseinntekter i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen utgjorde i 2011 ca. kr 25,8 millioner. Dette innebærer et positivt avvik på ca. kr 700 tusen sammenlignet med

budsjett og en økning på ca. kr 400 tusen sammenlignet med 2010. Tidsskriftets drift endte i 2011 omtrent som budsjettet etter at økte annonseinntekter dekker økninger i produksjons- og personalkostnader.

Driftskostnadene i hovedforeningen viser samlet sett positiv utvikling sammenlignet med årsbudsjett 2011. Personalkostnader viser et underforbruk mot budsjett på ca. kr 2,8 millioner. Økte pensjonskostnader i 2011 dekkes inn uten å måtte gjøre bruk av ekstraordinær avsetninger til fremtidige pensjonskostnader som ble gjort per 31.12. 2009. Denne avsetningen står således urørt, men vil ventelig måtte benyttes i 2012 hvor et vedvarende lavt rentenivå bidrar til at pensjonskostnadene fortsetter å stige.

«Andre driftskostnader» og «tilskudd og bidrag» viser et samlet merforbruk sammenlignet med årsbudsjett på ca. kr 1,3 millioner. Det samlede budsjettavviket knyttet til «Andre driftskostnader» og «Tilskudd og bidrag» skyldes høyere kostnader enn budsjettet innenfor eksternt fullfinansierte prosjekter. Disse kostnadene motsvares av tilsvarende økning på inntektssiden og påvirker ikke bunnlinjen.

Driftsresultatet i hovedforeningen er i sum ca. kr 1,5 millioner bedre enn budsjettet.

9.1 Nøkkeltall

Økonomiske nøkkeltall 2011

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2011 Formålskap./ Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	290 168	321 123	34 664	0	3 709	1 188 959	1 312 769
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	160 191	169 787	9 101	0	-494		
2 Utdanningsfond I	47 723	53 579	2 399	0	-3 457		
3 Utdanningsfond II	26 000	48 141	4 163	0	-17 978		
4 Utdanningsfond III	46 681	41 373	1 264	0	6 572		
5 Lånefondet	0	1 507	17 035	0	15 528		
6 Kvalitetssikringsfondet	9 573	6 699	635	0	3 510		
8 Fond for forebyggende medisin	0	33	33	0	0		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	4	33	0	29		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	219	277	0	59	7 879	8 014
2 Legat for leger og etterl. i uforšk. nød	0	225	275	0	50	7 902	1 902
3 Delphin og hustrus legat	0	485	368	0	-117	6 100	6 100
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	1 610	717	0	-892	14 357	14 707
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	57 110	61 829	-2 755	0	-7 474	66 326	143 107
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	11 924	174 345	42 893	-119 528	0	14 950	4 265 553
E. Allmennt medisinsk forskningsfond ⁴⁾	13 003	15 197	251	0	-1 943	631	3 173
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	16 514	3 918	-5 898	0	6 698	38 771	173 970

¹⁾ Årsresultat for Soria Moria viser resultat før skattekostnad

²⁾ Resultatet for Christiania Torv AS viser resultat før skattekostnad

³⁾ Andre kostnader i SOPs regnskap representerer avsetning til fremtidige pensjoner samt endring i andre avsetninger.

⁴⁾ Regnskapet for Allmennt medisinsk forskningsfond er per 12.3. 2011 ferdig revidert men ikke behandlet av styret for stiftelsen

9.2 Fond

Representasjon i fondstyrer er gjort rede for i vedlegg til Årsmeldingen.

9.2.1 Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger

Utdanningsfond I ble etablert i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom

Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

Aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2011:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen underskudd ved kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- dekning av underskudd ved kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning, arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens e – læringsvirksomhet
- individuelle stipend til leger som ønsker å viderequalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i medisinsk utdanning og som kan godkjennes i legers videre- og etterutdanning
- støtte til spesialitetskomiteer i forbindelse med revisjon av utdanningen
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta utdanning som gir studiepoeng
- støtte til prosjekter som er rettet mot planlegging og utprøving av alternative læringsformer i spesialistutdanningen
- støtte til Norsk medisinstudentforenings (Nmf) medisinstudningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning
- støtte til sommer-/forskningsstipend til medisinstudenter

9.2.2 Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Utdanningsfond II ble etablert i 1984, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2011 – 30.6. 2012 er tilskuddet 26 millioner kroner, det samme som forrige periode.

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

Det ble i 2011 innvilget refusjon tilknyttet 6 451 søknader, mot 5 572 i 2010, dvs. en økning på ca. 16 prosent. Søknadsvolumet og utbetalingene av refusjoner har økt i de senere år, og gir et underskudd i 2011 på ca. 20 millioner kroner. Svekkelsen i økonomien i Utdanningsfond II gjorde at fondsutvalget fant det nødvendig å vedta innstrammingsiltak i form av reduserte ytelser og innføring av egenandel for å bringe økonomien i bedre balanse. De samlede refunderte utgifter til kurs og stipendier var i 2011 på ca. 42,2 millioner kroner, mot 37 millioner kroner i 2010. Driftsresultatet var negativt med ca. 22,1 millioner kroner. Samlet tilgjengelig kapital til formålet utgjorde ved utgangen 2011 kr 102,5 millioner kroner, mot 120,5 millioner kroner i 2010.

9.2.3 Utdanningsfond III - Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre og etterutdanning

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning av sykehusleger.

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2011-30.6. 2012 er tilskuddet 25 millioner kroner, det samme som i forrige periode.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2010. Tilskuddet fra HSH og Spekter ble økt fra hhv kr 1 200 og kr 1 500 til kr 2 000 per legeårsverk fra og med 2011. Det ble i 2011 innbetalt 21,7 millioner kroner mot 12,4 millioner kroner i 2010.

I tilknytning til fondets vedtekter er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er

delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2011 innvilget sekretariatet refusjon tilknyttet 8084 søknader, mot 6 720 søknader i 2010, dvs. en økning på 20 prosent.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold utgjorde 38,2 millioner kroner i 2011, mot 32,2 millioner kroner i 2010. Inntektene til fondet utgjorde totalt 46,7 millioner kroner i 2011, mot 36 millioner kroner i 2010. Fondets tilgjengelige formålskapital inkludert grunnkapitalen utgjorde 87,6 millioner kroner ved utgangen av 2011 mot 81,1 millioner kroner i 2010.

9.2.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)

Samarbeidsordningen ledes av en styringsgruppe og en leder. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategi og fatter vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg, er leder for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) og møter i styringsgruppen. Legeforeningens sekretariat v/Siri Fauli Munkerud er sekretariat for samarbeidsordningen. NOKLUS er det utøvende organet.

Styringsgruppen besto i 2011 av Geir Riise (leder), Torunn Janbu (til 1.9. 2011), Hege Gjessing (fra 1.9. 2011) og Sverre Landaas (alle Legeforeningen), Lars Vorland, staten v/Helse Nord RHF, Liv Bagstevold, Staten v/Helse- og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS: Karen Kaasa. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

9.2.5 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er en stiftelse som yter økonomiske bidrag i forbindelse med arbeidsuførhet, alderdom og død. Ordningen står under tilsyn av Arbeidsdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Driftsresultatet ble i 2011 119,5 millioner kroner. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2011 ca. 4 265,6 millioner kroner. Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 50,4 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 145,6 millioner kroner, mot 144,5 millioner kroner i 2010. Av dette utgjorde pensjoner 80,6 millioner kroner, mot 59,3 millioner kroner i 2010. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 55 millioner kroner i 2011 mot 75,1 millioner kroner i 2010. Engangsstønad ved død utgjorde 9,9 millioner kroner mot 10,1 millioner kroner i 2010. I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter relatert til andre elementer av ordningens formålsparagraf enn ytelsene til stønadsberettigede. Dette gjelder i hovedsak støtte til Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurscenteret Villa Sana ved Modum Bad, lokalavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. I alt utgjorde støtten til disse formål 9,4 millioner kroner i 2011.

De store endringene av pensjonsutbetalinger og utbetalinger av avbruddsyttelser skyldes at SOPs vedtekter ble endret med virkning fra 1.1. 2011. Vedtektsendringen innebærer tilpasning av pensjonsytelsene til pensjonsreformen i samfunnet, en reduksjon av ordningens avbruddsyttelser, herunder sykehjelp, fødselsstønad, adopsjonsstønad og pleiepenger, samt differensiering av rettighetene til ordningens ytelser mellom leger autorisert hhv. før/etter 1.1. 1993. Virkningene av vedtektsendringen har ikke slått ut fullt ut i 2011. De utbetalte avbruddsyttelsene i 2011 gjelder i stor grad saker som er regulert av tidligere vedtekter, og disse ytelsene må forventes å reduseres ytterligere i 2012. Pensjonsytelsene vil i de kommende år bli preget av at ikke alle lenger tar ut pensjon livsvarig, men over kortere tid. Utbetalingene framover i tid vil derfor preges av hvilke valg legene gjør mht. utbetalingstid.

9.2.6 Lånefondet - Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

Lånefondet ble etablert i 1979. Sentralstyret er Lånefondets fondsstyre. Legeforeningens sekretariat ved generalsekretæren er fondets forretningsfører, og fatter vedtak om tildeling av lån i tråd med vedtektene og lånebetingelser som til enhver tid er fastsatt av sentralstyret.

Lånefondets formål er å yte lån til leger som skal etablere privat legepraksis og til leger som skal utvide, flytte eller foreta påkostninger i en etablert praksis.

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. kr 800 000 ved første gangs lån. Ved senere låneopptak er grensen for samlet lån kr 400 000. Lånerenten for nye lån utgjør ett prosentpoeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år, og utgjorde i hele 2011 2,75 prosent. Lån fastsatt fram til desember 2010 svarer til normrentesatsen.

Lånefondet lånte i 2011 ut 153 millioner kroner til 267 leger, mot 172,4 millioner kroner til 313 leger i 2010. Per 31.12. 2011 var det i alt 1 977 låntakere, mot 2 041 låntakere 31.12. 2010. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2011 612 millioner kroner mot 565 millioner kroner 31.12. 2010. Lån til Soria Moria utgjorde 5,25 millioner kroner. Formålskapitalen utgjorde 719,6 millioner kroner 31.12. 2011, mot 707,7 millioner kroner 31.12. 2010.

9.2.7 Premieruleringsfondet

I 2009 ble det etablert et fond for å kompensere for urimelige og utilsiktede konsekvenser av en endring av regelverket for offentlige tjenstepensjonsordninger som fant sted i 2004. Fondets formål er å dekke legers kostnader forbundet med regulering av pensjonsrettigheter for personer som tidligere hadde vært ansatt i offentlig virksomhet. Målgruppen er de som i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen overtok arbeidsgiveransvaret for hjelpepersonell som hadde vært kommunalt ansatt.

Det ble i 2011 utbetalt støtte med i alt kr 1,16 millioner kroner til leger som hadde pensjonskostnader fra offentlige tjenstepensjonsordninger for tidligere ansatte.

9.2.8 Allmennmedisinsk forskningsfond

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse som styres av et styre med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes Allmennmedisinske forskningsenheter og Helse- og omsorgsdepartementet (delegert til Helsedirektoratet). Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene. Sekretariatsbistanden går ut på å forberede utlysning av forskningsmidler og mottak av søknader. Videre deltakelse i fagrådsmøte og styremøte, og kommunikasjon mellom disse som grunnlag for styrets endelige vedtak om tildelinger. Fra høsten 2011 har innsending av søknader skjedd via elektronisk søknadssystem og videre behandling og fildeling i fagråd og styre har vært gjort i et arbeidsrom i Min side.

Fondet er opprettet av Den norske legeforenings sentralstyre med grunnlag i avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden juni 2006. Bevilgning for hvert enkelt år fastsettes i de årlige Normaltariff-forhandlingene. Allmennmedisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenhetene.

I 2011 mottok fondet 39 søknader med samlet søknadssum kr 19 895 625. Det ble innvilget 28 prosjekter med en samlet utbetalingssum på kr 15 052 500.

9.2.9 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis (statsavtalen). For 2011 ble det avsatt 9,45 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

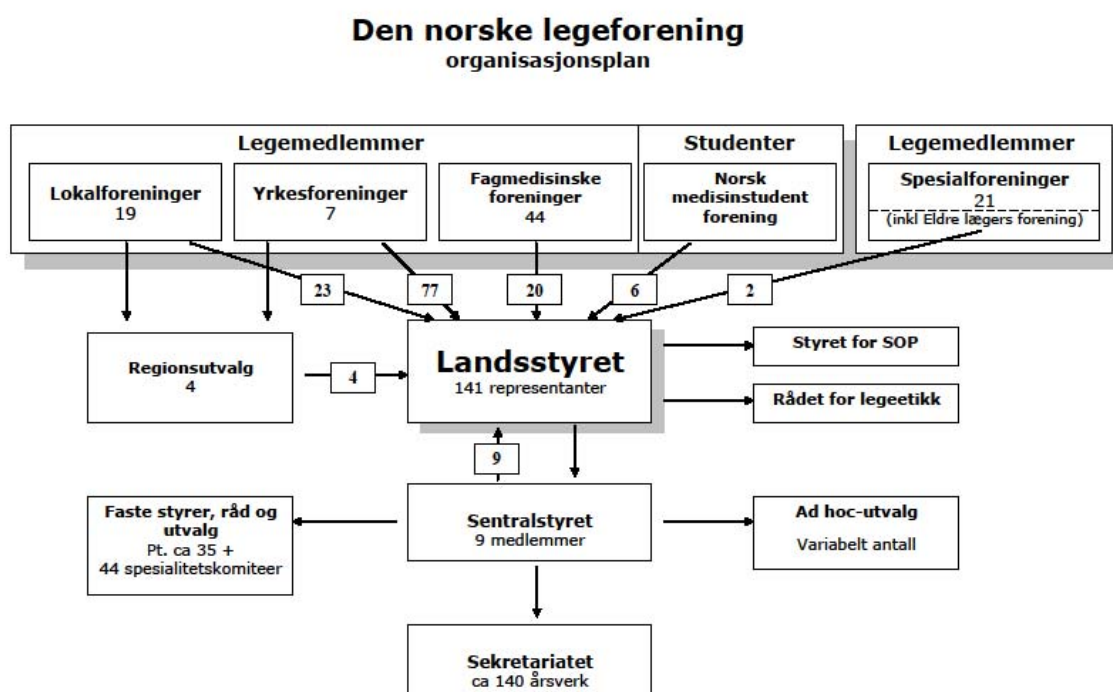
Det totale antall søknader til fondet i perioden var 25, med samlet søknadssum på kr 9 504 950. Det ble bevilget kr 5 095 159 til 12 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

10 Legeforeningens organisasjon

Foreningen hadde ved årsskiftet nærmere 28 500 medlemmer fordelt på en rekke organisasjonsledd langs flere akser. Dette medfører at det er svært mange tillitsverv som skal besettes. Dette gir mulighet for mange medlemmer som ønsker å engasjere seg i organisasjonsarbeid, både som fagforeningstillitsvalgt, i helsepolitisk sammenheng og i faglige spørsmål. Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst - noe som utfordrer organisasjonsapparatet på mange områder. Legeforeningen fortsatt mange medlemmer som ønsker å gjøre en frivillig og ubetalt innsats for fellesskapet.

10.1 Organisasjonskart

Legeforeningens organisasjon var ved utgangen av 2011 som fremstilt i figuren nedenfor.



Rev. 12.8. 2011/OB

10.2 Landsstyret

Etter landsstyrevedtak i 2009 arbeidet sentralstyret med å fremlegge forslag om et redusert landsstyre. Da det ikke var enighet, valgte sentralstyret ikke å fremme noe forslag. Landsstyret har derfor i 2011 hatt samme sammensetning som tidligere. Landsstyret vedtok imidlertid i 2011 at medlemstall per 1.2. i det året nytt landsstyre velges, skal legges til grunn – uten at antallet representanter justeres ved senere endring av medlemstallet. Dette innebærer at landsstyret fra 1.9. 2011 har 141 representanter og vil ha dette frem til 31.8. 2013. Landsstyret har i 2011 avholdt ett møte - på Soria Moria i tidsrommet 25.5. - 27.5. 2011. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider.

10.3 Sentralstyret

Sentralstyret har i perioden 1.9. 2009 til 31.8. 2011 hatt følgende sammensetning: President Torunn Janbu, visepresident Arne Refsum, Hege Gjessing, Trond Egil Hansen, Jon Helle, Cecilie Risøe, Kari Sollien, Lars Haukland og Kirsten Toft. Som varamedlemmer var valgt: 1. Einar Vie Sundal, 2. Ivar Halvorsen, 3. Tone Kaldestad.

Fra 1.9. 2011 til 31.8. 2013 har sentralstyret følgende sammensetning: President Hege Gjessing, visepresident Trond Egil Hansen, Jon Helle, Kjell Vikenes, Kirsten Andrea Toft, Johan Torgersen, Kari Sollien, Cecilie Risøe, Marit Halonen Christiansen. Som varamedlemmer er valgt: 1. Synnøve Bratlie, 2. Marit Hermansen og 3. Arild Hagesveen. (Rykker opp ved varig forfall).

Sentralstyret har i 2011 avholdt 12 sentralstyremøter og behandlet 319 saker. Nedgangen i saksantallet er påvirket av at sentralstyret etter 1.10. 2011 ikke behandler saker om spesialistgodkjenning. Det ble avholdt lederseminar i november 2011 med bred oppslutning fra sentralstyret, lokalforeningene, yrkesforeningene, de fagmedisinske foreningene, Norsk medisinstudentforening, regionutvalgene og Eldre lægers forening. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 44

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 21

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 44 spesialitetskomiteer

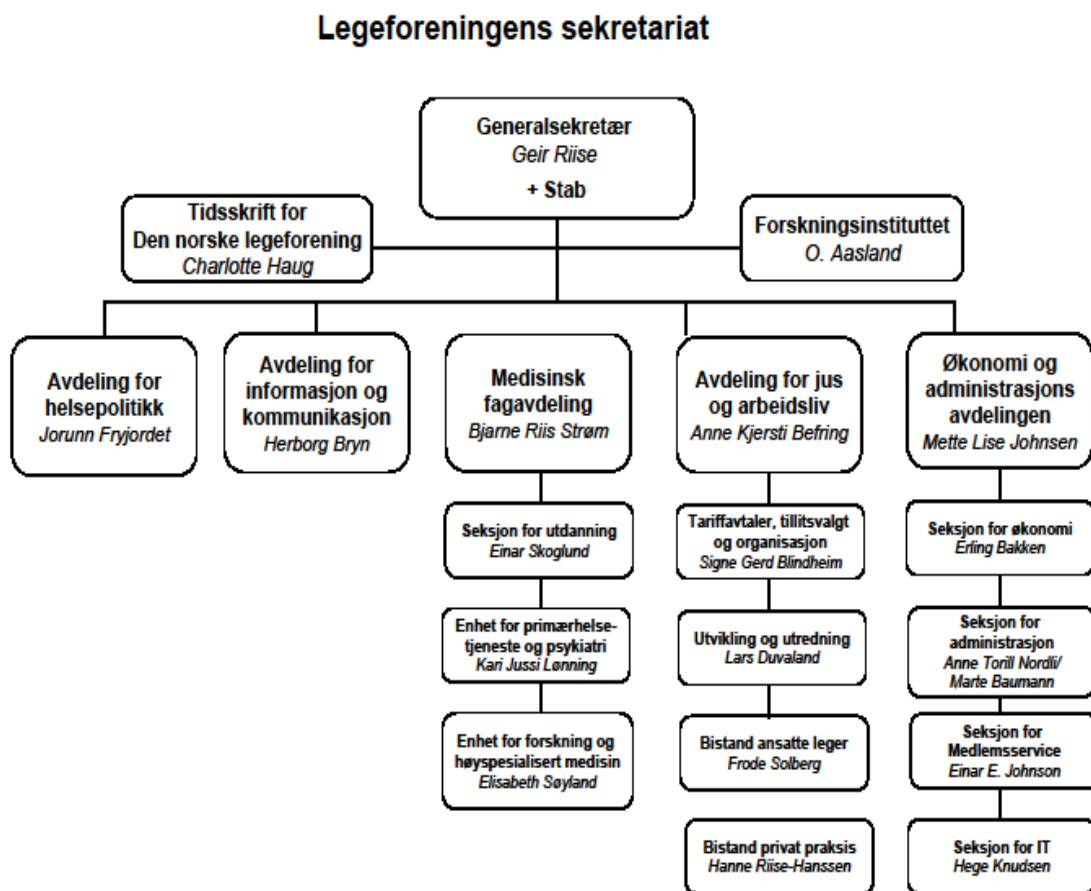
10.5 Medlemsoppslutning

En utdypende oversikt over medlemsmassen er vedlagt årsmeldingen.

10.6 Sekretariatet

Per 31.12. 2011 var det 161 ansatte i Legeforeningen inkludert fagredaktører, veiledningskoordinatorer og ansatte på koordinatorkontorene. Dette svarer til ca. 143 årsverk. Av de 161 ansatte er 14 personer (12,4 årsverk) ansatt i tidsbegrensede stillinger. I tallet på 161 inngår to ansatte i deltidsstillinger (0,4 årsverk) som er i ulønnet permisjon. Den administrative ledelsen består av generalsekretær, fem avdelingsdirektører (fire i første halvår). Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt av instituttsjefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet var i 2011 totalt 4,31 %, hvorav langtidsfraværet utgjør 2,55 %. Legeforeningen er en IA-bedrift.

Organisasjonskart for Legeforeningens sekretariat per 31.11. 2011:



1 Innholdsfortegnelse

2	REPRESENTASJON I FONDSSTYRER	3
2.1	Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	3
2.2	Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	3
2.3	Utdanningsfond III - Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	3
2.4	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus	3
2.5	Allmennmedisinsk forskningsfond	4
2.6	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	4
2.7	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	5
2.8	Premiereguleringsfondet	5
3	RÅD OG UTVALG	5
3.1	Rådet for legeetikk	5
3.2	Spesialitetskomiteene	8
3.3	Spesialitetsrådet	9
3.4	Turnusrådet	9
3.5	Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling	10
3.6	Legeforeningens utvalg for global oppvarming og helse	11
3.7	Legeforeningens utvalg for internasjonal helse	11
3.8	Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter	11
3.9	PKO-rådet	11
3.10	Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning	12
3.11	Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	12
3.12	Legeforeningens psykoterapiutvalg 2010-13	13
3.13	Legeforeningens deltakelse i SNAPS	13
3.14	Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger	13
3.15	Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	14

3.16	Representasjon i Akademikernes organer	15
3.16.1	Akademikerne helse	16
3.16.2	Akademikerne Stat	16
3.16.3	Akademikerne Kommune	16
3.16.4	Akademikerne næringsdrivende	16
3.16.5	Akademikerne Privat	16
3.16.6	Rettshjelpsutvalget	16
4	MEDLEMSDATA	16
4.1	Utvikling i medlemstall	17
4.1.1	Lokalforeninger	18
4.1.2	Yrkesforeninger	18
4.1.3	Fagmedisinske foreninger	18
4.1.4	Norsk medisinstudentforening	18
4.2	Spesialister godkjent 1.1.-30.9. 2011	19
4.3	Prosjekter/Annet	21
4.3.1	Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen	21
4.3.2	Inkludering av sykehjem i NOKLUS	23
4.3.3	Fagakademiet	24
4.3.4	Akademisk Studieforbund	24
4.3.5	Nasjonalt meldingsløft	24
4.3.6	Ultralyd i allmennmedisin	24
4.3.7	Alkoholpolitisk policydokument	25
4.3.8	Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjeneste	25

2 Representasjon i fondsstyrer

2.1 Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger

Sentralstyret er fondets styre. For anvendelse av fondets midler er det oppnevnt et fondsutvalg for en periode på fire år. Det er partssammensatt. Fondsutvalget har bestått av: Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Bente Bjørnhaug Pedersen, Marie Skontorp, Niels Christian Stenklev, Kirsti Ytrehus, Ole Johan Bakke og Heide Merete Rudi (Helse- og omsorgsdepartementet).

Varamedlemmer har vært Endre Henriksen, Tone Dorthe Sletten, Anne Spurkland, Ingrid Os, Helge Haarstad, Gunnar Tellnes og Jan Magne Linnsund (Helse- og omsorgsdepartementet). Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatets seksjon for utdanning er sekretær for utvalget.

2.2 Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2009 – 31.12. 2012 består utvalget av Eirik Bø Larsen (leder), Sigrid Næss, Henning Mørland, Svein Lie (HOD) og Arne Norum (KS). Varamedlemmer er Gunnar Ramstad, Arne Eivindson, Frantz Leonard Nilsen, Jon-Torgeir Lunke (HOD) og Kari Rolstad (KS). I 2011 har Einar Espolin Johnson og Britt Ingebretsen vært utvalgets sekretærer.

2.3 Utdanningsfond III - Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Spekter har ett medlem hver. I perioden 1.1. 2009 – 31.12. 2012 består utvalget av Siri Tau Ursin (leder), Kaare Gautvik, Eirik Søfteland, Sigrid Beitland (HOD) og Eli Årnot (Spekter). Anne Negård har i løpet av 2011 erstattet Sigrid Beitland som HODs representant. Varamedlemmer er Hans Petter Næss, Helge Bjørnstad Pettersen, Hege Gjessing, Anne Negård (HOD) og Per Thysnes (Spekter). Torgeir Løvig har i 2011 erstattet Anne Negård som HODs vararepresentant. Cathrine Hennig har erstattet Per Thysnes som Spekters vararepresentant. I 2011 har Einar Espolin Johnson og Britt Ingebretsen vært utvalgets sekretærer.

2.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus

Samarbeidsordningen ledes av en styringsgruppe og en leder. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategi og fattet vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg, er

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

Styringsgruppen besto i 2011 av Geir Riise (leder), Torunn Janbu (til 1.9. 2011), Hege Gjessing (fra 1.9. 2011) og Sverre Landaas, alle Legeforeningen, Lars Vorland, staten v/Helse Nord RHF, Liv Bagstevold, staten v/Helse og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS: Karen Kaasa. Styringsgruppen har hatt to møter i perioden.

2.5 Allmennmedisinsk forskningsfond

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse som styres av et styre med representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes Allmennmedisinske forskningsenheter og Helse- og omsorgsdepartementet (delegert til Helsedirektoratet). Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene. Sekretariatsbistanden går ut på å forberede utlysning av forskningsmidler og mottak av søknader. Videre deltakelse i fagrådsmøte og styremøte, og kommunikasjon mellom disse som grunnlag for styrets endelige vedtak om tildelinger. Fra høsten 2011 har innsending av søknader skjedd via elektronisk søknadssystem og videre behandling og tildeling i fagråd og styre har vært gjort i et arbeidsrom i Min side.

Fagrådet 2011 besto av Ståle Onsgård Sagabråten, AF/NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim, Hasse Melbye, AFE Tromsø, Gunnar Tschudi Bondevik, UiB, Mette Brekke, UiO, Elisabeth Swensen, NFA og Jens Søndergaard, Univ. i Odense (internasjonal representant). Styret 2011 besto av Gisle Roksum, NFA (leder), Trond Egil Hansen, AF (nestleder), Trine Bjørner, NFA, Jan C. Frich, AFE Oslo og Jon Hilmar Iversen, Helsedirektoratet.

Fondet er opprettet av Legeforeningens sentralstyre med grunnlag i avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden juni 2006. Bevilgning for hvert enkelt år fastsettes i de årlige Normaltariff-forhandlingene. Allmennmedisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenheter.

I 2011 mottok fondet 39 søknader med samlet søknadssum kr 19 895 625. Det ble innvilget 28 prosjekter med en samlet utbetalingssum på kr 15 052 500.

2.6 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis (statsavtalen). For 2011 ble det avsatt 9,45 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget er partssammensatt. For perioden er Legeforeningens representanter Stein Tore Nilsen (leder), Ole Strand (medlem), Rolf Kirschner (medlem), Marit Hermansen (medlem),

Maria Gaard (medlem) og Vibeke Dons Wankel (varamedlem). Helse- og omsorgsdepartementets representanter er Hilde Skyvulstad (medlem), Helge Haarstad (medlem) og Elisabeth Arntzen (varamedlem). KS er representert ved Sigrid Askum (medlem) og Kari Rolstad (varamedlem). Fondsutvalget har hatt to møter i 2011.

Det totale antall søknader til fondet i perioden var 25, med samlet søknadssum på kr 9 504 950. Det ble bevilget kr 5 095 159 til 12 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

2.7 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Styret i SOP hadde i 2010 fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2009 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus og Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var Arbeidsdepartementets representant i styret. Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

2.8 Premiereguleringsfondet

Styret i Premiereguleringsfondet består av Arne Laudal Refsum (leder), Trond Egil Hansen, Kari Sollien, Vibeke Birkeland og Sissel Overn.

3 Råd og utvalg

3.1 Rådet for legeetikk

Etter valg på landsstyremøtet i Bodø i 2009 har Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1. 2010 - 31.12. 2013:

Leder Trond Markestad, professor, dr. med.
Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med
Ellen Økland Blinkenberg, overlege
Anne Mathilde Hanstad, allmennlege
Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

Varamedlemmer

Kristin Offerdal – praktiserende spesialist
Ole F. Norheim – professor, dr. med.

Seniorrådgiver/advokat Odvar Brænden er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt sju møter og behandlet 151 saker.

Den islandske legeforeningen arrangerte Nordisk etikkseminar i Keflavik på Island i tidsrommet 31.8. - 2.9. 2011. Fra Rådet for legeetikk deltok med fire medlemmer og sekretæren. I alt deltok ca. 35 representanter for de nordiske etikkrådene. Følgende temaer ble diskutert:

- Confidentiality (Norway and Finland), Group work and discussions
- Violence towards health personnel (Sweden)
- Organ donation and presumed consent (Denmark)
- Medical tourism (Iceland)
- The Nordic Ethics Committees, future collaboration

I 2011 var det 50 år siden landsstyret i Legeforeningen vedtok Etiske regler for leger og opprettet Rådet for legeetikk. I anledning 50-årsmarkeringen arrangerte Rådet jubileumsmiddag for tidligere ledere og medlemmer i de siste ti årene, Rådets nåværende medlemmer, tidligere sekretariatsansatte og sekretariatet. President Hege Gjessing og generalsekretær Geir Riise var særskilt invitert.

18.11. 2011 arrangerte Rådet jubileumsseminar for inviterte deltakere (i alt 40) på Askeladdens hus, Soria Moria hotell og konferansesenter med følgende temaer og foredragsholdere:

- Rådet for legeetikk gjennom 50 år, v/ Trond Markestad.
- Samsvar og konflikt mellom juss og legenes profesjonsetikk, v/ Professor, dr. juris og cand. med Aslak Syse.
- Etikk og forsvarlighet i medisinsk praksis. Erfaringer og synspunkter fra Helsetilsynet v/helsedirektør Lars E. Hanssen, Statens helsetilsyn
- Etikdens kår i den medisinske hverdagen. Erfaringer med kliniske etikkomiteer v/ prof. Dr. med. Reidun Førde
- Etikk og prioriteringer i morgendagens helsevesen, v/dr. theol. Inge Lønning

I forbindelse med jubileumsseminaret hadde Trond Markestad utarbeidet en artikkel som beskrev Rådets virksomhet gjennom 50 år og med noen tanker for utviklingen videre. Det var også utarbeidet en oversikt over medlemmene i Rådet gjennom 50 år. Artikkelen og oversikten var inntatt i programmet for jubileumsseminaret.

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens president og Bjørn Oscar Hoftvedt i sekretariatet, representert Legeforeningen i World Medical Association.

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

Tidsskrift for Den norske legeforening har i 2010 opprettet en egen spalte for etiske problemstillinger under vignetten "Medisinsk etikk". Flere av medlemmene i Rådet har vært bidragsytere gjennom flere artikler i løpet av året - også med utgangspunkt i saker som tidligere har vært behandlet av Rådet.

Etiske regler for leger og Reglement for Rådet for legeetikk er lagt ut på temaside om etikk på www.legeforeningen.no. Også Rådets årsberetninger helt fra 1962 er tilgjengelige på nettsiden.

Rådet, enkeltmedlemmer i Rådet og sekretariatet har bidratt med rådgivning i konkrete saker utenom de som er inntatt i denne beretning.

Oppsummering av prinsipielt viktige saker behandlet av Rådet for legeetikk i 2011:

For hvert år behandler Rådet for legeetikk et økende antall saker. I 2011 var det 151 saksnummer mot 109 i 2010. Av de 151 sakene ble 80 ferdigbehandlet. I 13 av disse 80 sakene ble det ikke gjort vedtak fordi de i det alt vesentlige gjaldt medisinsk-faglige forhold, noe Rådet i følge Reglement for Rådet for legeetikk ikke uttaler seg om.

Som tidligere år har Rådet også i 2011 mottatt mange klager på leger fra pasienter som ikke føler seg respektert og godt ivaretatt. I slike saker bygger Rådet alltid sine vedtak på kontradiksjon, og oftest har pasient og lege oppfattet kontakten forskjellig. Sakene viser at det kan være krevende å oppnå god kommunikasjon, og de er en påminnelse om at det må legges stor vekt på kommunikasjon, både i legestudiet og etterutdannelse og i refleksjon rundt egen praksis.

Konflikten mellom taushetsplikt og informasjonsplikt har, som i 2010, vært en gjenganger og er belyst i flere av sakene nedenfor. Dette gjelder i forhold til legeerklæringer til forsikringsselskaper, NAV og andre offentlige instanser. Rådet har påpekt dilemmaene overfor Legeforeningen og Helsedirektoratet, ikke minst i forhold til bioteknologiloven. Dette er belyst nærmere i sak 1.1.5. I høringsnotat om utvidelse av nyfødtscreeningen har Rådet pekt på betenkelige sider ved å oppbevare blodprøvene i en forskningsbiobank (se sak 1.3.2), samtidig som Rådet har støttet Kreftregisteret i at forskriften om lagring av informasjon i forbindelse med screeningprogrammet for livmorhalskreft ikke bør være så streng at kvalitetssikringen av programmet svekkes og at kvinner med normale celleprøver ikke kan få påminnelser om å få utført prøver (se sak 1.1.12). Rådet mener også at det bør forventes at hiv-positive pasienter bør ha plikt til å opplyse om sin hiv-status overfor leger som skal utføre prosedyrer som innebærer smittefare og har henvendt seg til Legeforeningen om dette (sak 1.1.4).

Rollen som sakkyndig kan være krevende for leger. Rådet opplever at det kan være vanskelig å skille mellom rollen som behandlende lege og sakkyndig. Dette fremgår av flere av sakene der leger har skrevet legeerklæringer, og særlig er dette belyst i sakene 1.2.3, 1.2.12 og 4.1.10. En viktig sak er om og hvordan leger kan være sakkyndige i konflikter av privat karakter (sak 4.1.13).

Konkurransen om pasienter og ressurser er del av flere saker. Sykehusreformen har skapt konflikter mellom leger og sykehus innen helseforetak. Dette er belyst i sakene 2.1.1. og 2.1.2. Rådet har gitt kritikk til kosmetisk kirurg for å ha foretatt inngrep på unge jenter uten god medisinsk begrunnelse (sak 1.2.7) og til leger som har markedsført tilbud i strid med etiske regler om markedsføring og bruk av metoder som savner grunnlag i vitenskapelige undersøkelser eller tilstrekkelig medisinsk erfaring (sakene 3.1.2 og 3.1.3). I saker om markedsføring er det grunn til å minne om at leger ikke skal bidra til markedsføring av helsetilbud, selv om de ikke selv har fordel av det (se sak 3.1.3).

Rådet har i en høringsuttalelse påpekt legeetiske betenkeligheter ved å utføre rituell omskjæring på gutter og at dette ikke bør være en offentlig prioritert helsetjeneste. Rådet har likevel ikke gått inn for lovforbud, men påpekt at det bør lovfestes at inngrepet bare skal utføres av lege og med tilfredsstillende bedøvelse (se sak 1.3.2).

Rådet har tatt initiativ til å utarbeide retningslinjer og et formular for å kunne skrive livstestament som er verdinøytralt. I dag tilbys dette gjennom Foreningen Retten til en Verdig Død som arbeider for aktiv dødshjelp. Etter diskusjon har Legeforeningen vedtatt at

foreningen ikke ser det som naturlig å ha en rolle i dette, og Rådet har anmodet Helsedirektoratet om å ta på seg oppgaven. Rådet har tilbudt seg å bidra i arbeidet (se sak 1.1.1).

Avgjørelsene det er henvist til under er inntatt i årsberetningen for Rådet for legeetikk www.legeforeningen.no/etikk/årsberetninger

3.2 Spesialitetskomiteene

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider:

<http://legeforeningen.no/Emner/Andre>

[emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/Spesialitetskomiteer/](http://legeforeningen.no/Emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/Spesialitetskomiteer/)

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

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

Arbeidet i den enkelte komité er naturlig nok varierende, alt fra de store spesialitetene som kan ha 50-90 utdanningsinstitusjoner å vurdere, til de som kun har noen få institusjoner. Det varierer fra allmennmedisin hvor det godkjennes 164 nye spesialister per år (gjennomsnitt for de siste 10 årene), samt cirka 500 regodkjenninger per år, eller indremedisin og psykiatri som godkjenner rundt 100 nye spesialister hvert år, og ned til spesialiteter hvor det godkjennes én ny spesialist per år eller mindre.

I perioden 1.1.-30.9. 2011 ble det gitt 1 072 nye spesialistgodkjenninger og 415 regodkjenninger i allmennmedisin. Det ble behandlet anslagsvis 3 100 henvendelser fra leger om godkjenning av helt eller delvis gjennomført spesialistutdanning, avklaring om utdanning, kurs, vurdering av utenlandsk tjeneste mv. Regelendringer, utdanningsinstitusjoner, omgjøring av stillinger er også inkludert i anslaget.

Spesialitetskomiteene vurderer hvert år rapporter fra ca. 860 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner), og hvert år gjennomføres i overkant av 100 besøk av spesialitetskomiteen på de godkjente utdanningsinstitusjonene. Per år behandles også i gjennomsnitt 20-30 søknader om godkjenning av nye utdanningsinstitusjoner fra sykehusavdelingene, dvs. avdelinger fordelt på de aktuelle 43 spesialitetene.

Hvert år vurderes ca. 950 søknader om godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisins utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføring av spesialistutdanningen.

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

3.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Kristin Bjørnland (leder) og Einar K. Kristoffersen (nestleder). Medlemmer: Kjell Nordby, Bjørn Hilt (vara), Ragnhild Vik, Simon Wilkinson (vara), Inger Sofie Samdal Vik, Kjell Salvesen (vara), Maja-Lisa Løchen, Kjell Vikenes (vara), Arild Egge, Anne Sofie Larsen (vara), Hege Gjessing, Tone Kaldestad (vara), Ingrid Os, Trond Buanes (vara), Universitetet i Oslo. Nils Erik Gilhus, Eyvind Rødahl (vara), Universitetet i Bergen. Erik Solligård, Petter Aadahl (vara), Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Øivind Irtun, Hans Nosset (vara), Universitetet i Tromsø. Cecilie Daae (observatør), Jon Hilmar Iversen (vara), Helsedirektoratet. Aud Nordal (observatør), Anne Berit Gunbjørud (vara), Helsetilsynet. Guro Birkeland, Unni Veirød (vara), Norsk pasientforening.

1.10. 2011 ble det oppnevnt nye representanter fra Yngre legers forening og Helsedirektoratet: Johan Georg Røstad Torgersen (Ylf), Fredrik Sund (vara). Erik Kreyberg Normann (observatør) og Otto Christian Rø (vara), Helsedirektoratet.

Kommunenenes Sentralforbund har ikke oppnevnt noen representant for perioden 2010 - 2013. Rådet hadde seks møter i 2011 og behandlet 64 saker.

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

Det er utarbeidet en årsrapport for 2011 som er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider.

3.4 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Inge Glambek, Stian E. Lobben, Ellen Birgitte Pedersen, Anders Nordby, Sara M. Keim (permisjon juni 2010, Anja Fog Heen har fungert i perioden), Kersti E. Styren, Ingebjørn Bleie og Britt Ingjerd Nesheim. Varamedlemmer: Ståle Onsgård Sagabråten, Usman Ahmad Mushtaq, Ole Christian Normann, Odd Bjørn Salte, Anja Fog Heen og Toralf Hasvold.

Turnusrådet har i perioden hatt fem møter og behandlet 37 saker.

I februar 2011 gjorde sentralstyret, med støtte fra turnusrådet, følgende vedtak:

- En ny permanent ordning for legers turnustjeneste må være etablert for oppstart august 2012. Legeforeningen mener at dagens turnustjeneste skal endres til en basistjeneste som teller som en første obligatorisk del av spesialistutdanningen i alle 30 hovedspesialiteter.
- Legeforeningen mener at det skal gis autorisasjon etter cand. med. eksamen.
- Det etableres et system slik at den enkelte cand. med. med autorisasjon skal søke på stillinger for basistjeneste.
- Legeforeningen mener at tjenesten skal bestå av 12 måneder i sykehus og seks måneder i allmennmedisin. Tjenesten må kvalitetssikres med obligatoriske sjekklistor, tydelig målbeskrivelse, god veiledning. Det må gis tilstrekkelig kompetanse innen akutt indremedisin og kirurgi.

- Vedtaket var nært knyttet opp til at situasjonen til turnusoppstart i august 2011 var blitt vesentlig endret. Det var en sterk økning i antallet påmeldte til turnus.

Turnusrådet har i 2011 prioritert å arbeide med kvalitet og med en basistjeneste som en del av spesialistutdanningen. Det gjelder oppfølging av forslagene fra Helsedirektoratet om omlegging av turnustjenesten for leger. Det gjelder blant annet rapport om ”Ny ordning til erstatning for dagens turnustjeneste” (begynnerstillinger) i juni 2011.

Turnusrådet har høsten 2011 utarbeidet forslag til faglig innhold, dvs. en loggbok som inneholder læringsmål i den obligatoriske, praktiske tjenesten, basistjenesten, for både sykehus og kommunehelsetjenesten. Læringsmålene var utviklet med bakgrunn i at basistjenesten burde ivareta hensynet til ønsket om en felles standard og et felles utgangspunkt for videre spesialisering, slik at basistjenesten sikret behovet for en god generalist før legen startet på sin videre spesialistutdanning. Turnusrådet har i tillegg arbeidet med blant annet utkast til søknadsbasert modell, spørsmål knyttet til legedekning i distriktene og spørsmål knyttet til autorisasjon.

Turnusrådet har i 2011 også arbeidet med å foreslå innføring av strakstiltak i eksisterende turnustjeneste, dvs at turnuslegevikariat, svangerskapsvikariat, flere fagområder tas i bruk, såfremt læringsmålene er oppfylt. Venting på turnusplass er uhensiktsmessig. Det fører til usikkerhet og påkjenning for den enkelte kandidat.

Turnusrådets leder og representanter for Legeforeningens sekretariat har deltatt i møter i Legeforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir) om blant annet ulike problemstillinger knyttet til turnus, dvs. blant annet HODs oppdrag til direktoratet om begynnerstillinger for leger av mars 2011, oppdrag om alternativ modell og avvikling av turnustjenesten for leger av oktober 2011, og bruk av strakstiltak for å avhjelpe kapasitetsutfordringene, og i møter vedr ESA – avgjørelser om spørsmål hvorvidt Norge kan stille krav om turnustjeneste for kandidater utdannet i EØS-land med integrert praktisk tjeneste i studiet og autorisasjon (fulle rettigheter) etter cand.med.

Turnusrådet har fortsatt engasjement omkring tjenesten når det gjelder funksjonsfordeling, herunder spesielt endringer i akuttkirurgisk tjeneste. Turnusrådet har også hatt fokus på manglende faglig nivå ift de krav som er fremsatt i forskrift og målbeskrivelse når det gjelder organisering av turnustjenesten ved de enkelte sykehus og kommuner.

3.5 Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling

Fra mandatet siteres ”Foruten å bidra til å videreføre resultater og erfaringer fra ELIN-prosjektet kan utvalget gi råd til sentralstyret vedrørende generelle spørsmål omkring IKT i helsesektoren.”.

Utvalget har hatt tre nettmøter (”video-møter”) i 2011, og har ellers kommunisert per e-post, blant annet vedrørende utarbeidelse av åtte høringsuttalelser til Legeforeningen, samt utarbeidelse av utkast til mandat for nytt IT-utvalg.

Ved utgangen av 2011 hadde utvalget følgende medlemmer: Kjartan Olafsson, leder (AF), Morten Laudal, (NFA), Jan Størmer (LSA), Siri Tau Ursin (Of), Egil Bjørløw (NORSAM), Linn Brandt (Ylf), Einar Dueland (PSL).

Sentralstyret vedtok i november 2011 å nedlegge utvalget, og i stedet opprette et IT-utvalg med nytt mandat. Flere av medlemmene ble reoppnevnt.

3.6 Legeforeningens utvalg for global oppvarming og helse

Legeforeningens utvalg for global oppvarming og helse ble oppnevnt av sentralstyret i desember 2009 for perioden 2010 - 2011. Fra mandat: "Utvalget skal være et rådgivende utvalg for sentralstyre i spørsmål relatert til helsemessige konsekvenser av klimaendringer. Det skal følge opp tiltaksplan basert på et utarbeidet grunnlagsdokument i nær dialog med generalsekretær og sekretariatet, og følge opp endringer på aktuelle fagfelt gjennom anbefalinger til sentralstyret".

Utvalget har bestått av Gunnar Skipenes (leder / i permisjon), Knut Erling Moksnes (fungerende leder fra 1.9. 2010), Mette Bratt, Lasse Pihlstrøm, Guro Steine og Linda Nguyen. Medisinsk fagavdeling har utført sekretærbistand til utvalget.

Utvalget har i perioden hatt fem møter, hvorav to telefonmøter, og har ellers kommunisert per e-post. over Utvalgets fullstendige årsrapport for 2011 finnes på <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Fagpolitiske-utvalg/legeforeningens-utvalg-for-global-oppvarming-og-helse/utvalgets-arsrapporter/2011/>

3.7 Legeforeningens utvalg for internasjonal helse

Utvalget har i perioden bestått av Hilde Marie Engjom (leder), Bjørg Bakke, Gunnar Kvåle, May-Brith Lund, Margit Steinholt og Ketil Størdal.

Utvalget har i perioden hatt fire møter. I forbindelse med møtene har det vært avholdt to miniseminarer.

Fullstendig årsmelding foreligger på www.legeforeningen.no

3.8 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter

Utvalget har i perioden hatt disse medlemmene: Eline Thorleifsson (leder), Arnstein Grøtting, Toralf Hasvold, Barbro Kvaal og Arvid Nedal.

Utvalget har hatt fire møter. Fullstendig årsmelding foreligger på www.legeforeningen.no

3.9 PKO-rådet

Etter henvendelse fra praksiskoordinatorsamlingen vedtok sentralstyret opprettelsen av et PKO-råd i 2010. Rådets mandat lyder: PKO-rådet skal være Sentralstyrets rådgivende organ i saker som angår Praksiskonsulentordningen. PKO-rådet skal gi Sentralstyret råd i organiserings- og utviklingssaker for PKO ordningen, politiske prosesser vedrørende PKO ordningen og ordningens forankring i kvalitetssystemer i sykehus og i allmennmedisin. PKO-rådet kan avgi innstillinger til Sentralstyret i konkrete saker som angår Praksiskonsulent ordningen både på forespørsel fra Sentralstyret og på eget initiativ.

Generalsekretær stiller sekretærressurser til disposisjon for rådet. Rådet nedsettes for denne sentralstyreperioden, videre drift evalueres og besluttet av nytt sentralstyre i 2011. Rådet har avholdt 3 møter i 2011 og er vedtatt videreført i sentralstyreperioden 2011 - 2013.

3.10 Legeforeningens utvalg for medisinsk forskning

Legeforeningens forskningsutvalg er et rådgivende utvalg for sentralstyret. Utvalget er sammensatt av representanter fra de fire medisinske fakultetene, Yngre legers forening, Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger, Norsk forening for allmennmedisin/Allmennlegeforeningen, Overlegeforeningen og Norsk medisinstudentforening. Utvalget utgjør således en viktig kontakthet mellom Legeforeningen og universitetene.

Utvalget avholdt fem ordinære møter og behandlet 49 saker i 2011. Det ble blant annet gitt innspill på interne høringer knyttet til policynotat om helseregistre, Legeforeningens statusrapport for 2011, prinsipp og arbeidsprogrammet, og forslag om endring i spesialistreglene om psykiatri (Landsstyresak). Det ble også gitt innspill til ekstern Høring: Fagerberg utvalg NOU 2011:6 "Et åpnere forskningssystem.

Utvalget avholdt i 2011 møte med representanter fra Forskningsrådet vdr kommende fagevaluering og med representanter fra Legemiddelindustriforeningen (LMI). Det ble også avholdt møter med Norsk forening for allmennmedisin og sentralstyremøtet. Utvalget har behandlet temaer som måling av forskning, forskerkarriere/forskerutdanning, allmennmedisinsk forskning, forskning som tellende tjeneste til spesialisering, og vært involvert i Prosjekt forskning. Utvalget startet i 2011 arbeidet med et forskningspolitisk strategidokument som skal være ferdig i 2012. Dette dokumentet vil være en samling av temaer/områder Forskningsutvalget mener det er viktige at Legeforeningen fremmer på den forskningspolitiske arenaen.

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole Sejersted (leder), Amund Gulsvik (erstattet av Kirsti Ytrehus høst 2011), Marius Widerøe, Svein Ivar Melgren, Bjørn Mørkedal, August Bakke, Tone Tangen, Elise Klouman og Berit Schei. Medisinsk fagavdeling har bidratt med sekretærbistand i Forskningsutvalget.

3.11 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Legeforeningens Pasientsikkerhetsutvalg ble i 2010 videreført med nytt og utvidet mandat og navneendring til Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Utvalget har følgende medlemmer: Ellen Tveter Deilkås (leder), Inger Lise Fjellanger, Gunnar Andersen, Hans-Petter Næss, Bente Ruud Karlsson, Inger Lyngstad, Vegard Vige og Margrethe Songstad. Utvalget hadde fire regulære møter i 2011.

Utvalget har vurdert kandidater til Legeforeningens kvalitetspriser som utdeles i forbindelse med landsstyremøtet. Hans-Petter Næss og Bente Ruud Karlsson har deltatt i Pasientsikkerhetskampanjens fagråd. Bente Ruud Karlsson var utvalgets representant i referansegruppen for Legeforeningens Statusrapport 2011. Hans-Petter Næss deltok på studietur til Danmark i regi av Kunnskapssenteret for å lære av det danske systemet for meldeordninger. Utvalget var representert ved Hans-Petter Næss i innspillmøte i HOD ang. stortingsmelding om pasientsikkerhet og ved Bente Ruud Karlsson i Kunnskapssenteret i møte om ny meldeordning.

Hans-Petter Næss og Vegard Vige deltok i på 23rd Annual National Forum for Quality Improvement Health Care.

3.12 Legeforeningens psykoterapiutvalg 2010-13

Bente Øvensen (leder), Petter Helge Knutsen, Grazyna Banach, Bjørn Ravneberg, Waldemar Platou, Jon Engh og Liv Ørbeck.

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

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

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

3.13 Legeforeningens deltakelse i SNAPS

Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS) leverer annet hvert år en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt ajourfører oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjoner om spesialistutdanning i EØS-området. Det er ikke utgitt nye rapporter i 2011. Eldbjørg Wessel Hansen og Anders Taraldset har i perioden deltatt i arbeidet i SNAPS, mens Øydis Rinde Jarandsen har deltatt på ett enkeltmøte med presentasjon av endringene av turnustjenesten i Norge.

Alle publikasjonene er lagt ut på Legeforeningens nettsider: www.legeforeningen.no/id/57063

3.14 Kollegial støtte for leger - helsetjeneste for leger

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

Utvalget koordinerer fylkesavdelingenes arbeid med hensyn til støtte- og helsetjenestevirksomheten. Det holder seg orientert om arbeidets utvikling og samordner rapportering fra fylkesavdelingene. Utvalget arrangerer årlig en samling på Soria Moria for støttekollegene som ledd i dette arbeidet. I tillegg er utvalget representert ved felles årlige møter i de nordiske legeforeninger – sist i København i mai 2011. Leder av KOHO er videre medlem av nettverket European Association for Physicians' Health (EAPH).

Det er per i dag avdelingsrådgivere i alle fylker bortsett fra to, samt i gjennomsnitt fire støttekolleger i hvert fylke. I gjennomsnitt er det seks leger per fylke som tar kontakt med ordningen og det er i gjennomsnitt gjennomført to samtaler per lege. Legene som har vært i kontakt med ordningen oppgir problemer på jobb, i familie og psykiske problemer som hovedårsaker til at de søker hjelp. Det er videre i økende grad tilbakemeldinger på at kulturelle forskjeller/språkproblemer kan være utfordrende. Utvalget har grunn til å tro at det er en betydelig underrapportering av aktiviteten, og det arbeides for å bedre rapporteringsrutinene fra fylkene.

Det ble høsten 2011 igangsatt en evaluering av Støttekollegaordningen i regi av Legeforeningens forskningsinstitutt. Hensikten er å avklare hvordan ordningen brukes og om den oppleves nyttig for målgruppen. Resultatene vil bli presentert i artikkelform nasjonalt og/eller internasjonalt.

KOHO har hatt fire møter i løpet av 2011, i tillegg til årssamlingen. Saker som spesielt opptar utvalget er betydningen av god veiledning under turnustjenesten og spesialistutdanningen. Tilbakemeldinger fra blant annet fylkeslegenes kurs for turnusleger, veiledningsgrupper for turnusleger i fylkene, støttekolleger som er i kontakt med utbrente unge leger, samt Forskningsinstituttets rapport om veiledning under turnustjenesten, understøtter at det ikke står så godt til med veiledningen mange steder. Utvalget har anmodet Legeforeningen om å arbeide for å bedre veiledningens kår på sykehusene ved å sette fokus på betydningen av god veiledning, samt å prøve å påvirke arbeidsgiversiden til å legge forholdene til rette for å bedre denne delen av utdanningen. Disse innspillene har blitt godt mottatt, og mange tiltak er iverksatt fra Legeforeningen, noe utvalget er særdeles glad for.

KOHO er videre opptatt av å bedre markedsføringen av ordningen. Det er viktig at tilbudet blir lett tilgjengelig og synlig. Dette gjelder både på Legeforeningens hjemmesider, ved annonser i Tidsskriftet og ved brosjyrer tilpasset hvert enkelt fylke som kan gi informasjon om ordningen.

Legeforeningens helse- og omsorgstilbud til legene består, i tillegg til de fylkesvise kollegiale støtteordningene, av Ressurssenteret Villa Sana på Modum Bad. Villa Sana har tatt imot leger til rådgivning og på kurs gjennom de siste 13 årene. Omlag 1 400 leger har benyttet seg av tilbudet. Tilbakemeldingene fra brukerne er at de opplever tilbudet som svært nyttig, og at kontakt med Villa Sana har medført at de har foretatt viktige endringer i livene sine enten det gjelder balanse mellom arbeid/fritid, tiltak for å redusere stress samt at dette for mange har gjort terskelen for å oppsøke videre behandling lavere.

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

3.15 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger

Forhandlingsutvalgene er oppnevnt for samme periode som sentralstyret. Det har derfor vært skifte i sammensetningen av samtlige av Legeforeningens forhandlingsutvalg pr 1.9.2011. Presidenten leder forhandlingsutvalgene i alle tariffområder. Øvrige representanter til forhandlingsutvalgene oppnevnes i henhold til retningslinjer om sammensetning i forhandlingsreglementet, samt yrkesforeningenes forslag. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalgene med representanter fra berørte yrkesforeninger/Nmf avhengig av hvilke temaer som er på dagsordenen. Forhandlingsutvalgene har jevnlig møter knyttet til gangen i

forhandlingsforløpene. Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis Spekter, KS/Oslo kommune, Stat og Virke.

Forhandlingsutvalget for Spekter har fra 1.9. 2011 bestått av: President Hege Gjessing, Jon Helle og Kjell Vikenes, Johan Torgersen og Kristian Fosså, Observatør Trond Egil Hansen. Varamedlemmer: Marieke Claessen, Randulf Søberg, Fredrik Sund, Marie Skontorp, vara observatør Kari Sollien.

Forhandlingsutvalget for Virke (tidligere HSH) har frem til 1.9. 2011 bestått av: President Torunn Janbu, Arne Refsum, Of og Arild Hagesveen, Ylf. Fra 1.9.11 bestod utvalget av President Hege Gjessing, Jon Helle, Of, Tom Guldhav, Of, Johan Torgersen, Ylf, og Arild Hagesveen, Ylf. Området ble koordinert av Trond Teisberg, sekretariatet.

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har fra 1.9. 2009 bestått av: President Torunn Janbu, Ståle Onsgård Sagabråten, Af, Ole Johan Bakke, LSA, Arne Refsum, Of, Hege Gjessing, Ylf. I tillegg har Siri Schøyen Seterelv observatørstatus for Oslo legeforening. Fra 1.9.2011 har utvalget bestått av: President Hege Gjessing, Johan Torgersen, Trond Egil Hansen, Ole Johan Bakke, Laila A. Harlem.

Forhandlingsutvalget i Stat har fra 1.9. 2009 bestått av: President Torunn Janbu, Amund Gulsvik, LVS, Arne Refsum, Of, Ernst Horgen, LSA og Hege Gjessing, Ylf. Fra 1.9.2011 har utvalget bestått av: President Hege Gjessing, Johan Torgersen, Olaug Villanger, Merete Steen, Anne Spurkland.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring deltar i tillegg til forhandlingskoordinator for de enkelte områdene. Koordinator for de ulike områdene er Hanne Gillebo-Blom (Spekter, og Virke fra 1.9.11), Jon Whist (Stat, og fra til 1.9.11 KS/Oslo kommune), Trond Teisberg (Virke, frem til 1.9.11, og KS/Oslo kommune, frem til 1.9.11) og Pål Alm Kruse (Tariffutvalget).

Nytt Tariffutvalg for privat praksis ble oppnevnt høsten 2011. Med virkning fra 1.10. 2011 består det nye utvalget av Hege Gjessing (leder), Trond Egil Hansen (Af), Kari Sollien (Af), Bjørn Nordang (Af), Sverre Dølvik, (PSL), Ove Andreas Mortensen (PSL), Ernst Kaare Horgen (LSA) og Hanne Undlien (Olf). I tillegg har Odd Grenager observatørstatus for Overlegeforeningen. Sekretariatet deltar med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Hanne Riise-Hanssen, fagsjef Lars Duvaland, forhandlingsøkonom Pål Alm-Kruse og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

3.16 Representasjon i Akademikernes organer

Akademikernes organer har en funksjonstid som sammenfaller med Akademikernes rådsperiode. En ny rådsperiode startet høsten 2010. Legeforeningen har i 2011 kun foretatt mindre justeringer mellom sekretariatsansatte, grunnet omfordelinger av arbeidsoppgaver i sekretariatet. Det er et mål at man med kontinuitet i Legeforeningens representasjon får innflytelse i organene.

3.16.1 Akademikerne helse

Forhandlingene av overenskomst og hovedavtale for sykehusene skjer i regi av Akademikerne helse. President Torunn Janbu ble reoppnevnt som nestleder for Akademikerne helse for perioden 2010-2012. President Hege Gjessing ble valgt til ny nestleder høsten 2011. Legeforeningen er i perioden 2011-2012 representert ved Jon Helle og Johan Torgersen. Sekretariatet var representert ved Anne Kjersti Befring, Hanne Gillebo-Blom og Bjørn Ove Kvavik. Andre ansatte i forhandlings- og helserettsavdelingen har deltatt i utvalgsmøtene ved behov

3.16.2 Akademikerne Stat

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne stat. Jon Ole Whist, sekretariatet, var i 2011 Legeforeningens medlem i Akademikerne stat, med Anne Spurkland (LVS) som vara. En kort periode høsten 2011 var Lene B. Knutsen, sekretariatet, sette-vara.

3.16.3 Akademikerne Kommune

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Trond Teisberg, sekretariatet, var i rådsperioden fra 2010 til juli 2011 Legeforeningens medlem i Akademikerne Kommune med Jon Ole Whist, sekretariatet, som vara. Fra og med august 2011 er Legeforeningen representert ved Jon Ole Whist, sekretariatet, med Pål Alm-Kruse, sekretariatet, som vara.

3.16.4 Akademikerne næringsdrivende

Rammevilkår for næringsdrivende i Akademikerne drøftes i Akademikerne Næringsdrivende. I rådsperioden 2010-2012 var Legeforeningen representert ved Lars Duvaland, sekretariatet, som nestleder av utvalget, og møtende vara Kari Sollien, Af. Andre vara var Camilla Fagerholt Storli, sekretariatet.

3.16.5 Akademikerne Privat

For rådsperioden 2010-2012 er Legeforeningen representert ved Frode Solberg, sekretariatet, og Kristian Vetlesen, Namf (vara).

3.16.6 Rettshjelpsutvalget

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra de sju yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2011 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Torgeir Haugen (nestleder), Åge Henning Andersen, Ann Kristin Fell, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Marit Tveito og Richard André Våge. Advokat Frode Solberg var sekretær for utvalget. Sekretariatet besto ellers av advokatfullmektig Jon Ole Whist og sekretær Ellen Huber.

4 Medlemsdata

Basert på Legeforeningens legeregister antas at det per 31.12. 2011 var ca. 25 000 leger i Norge, inkludert pensjonister. Ca. 24 100 av disse var medlemmer av Legeforeningen. I tillegg kommer ca. 400 legemedlemmer som ikke var i Norge. Dette betyr at over 96 % av alle leger i Norge er medlemmer av Legeforeningen, og denne andelen har vært omtrent uendret i flere år.

Per 31.12. 2011 var antallet medlemmer av Den norske legeforening 28 454, hvorav 3 941 studentmedlemmer. I løpet av 2011 er 109 medlemmer avgått ved døden. Det ser ut til at

andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er stabil eller langsomt økende sett i et langsiktig historisk perspektiv. Det er en viss usikkerhet omkring hvilke leger som til enhver tid befinner seg i Norge, og det er vanskelig å finne pålitelige tall for leger totalt i Norge i annen offentlig statistikk. Dermed blir det også en viss usikkerhet om Legeforeningens medlemsoppslutning regnet som andel av leger i Norge.

De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer har økt noe blant utenlandske statsborgere, mens den er noe redusert blant ikke-spesialister, uavhengig av statsborgerskap. En økende andel av de utenlandske statsborgerne og en synkende andel av de norske statsborgerne er godkjente spesialister, blant leger i Norge. Det har vært en kraftig økning i både andelen og antallet medlemmer blant medisinstudentene i Polen.

4.1 Utvikling i medlemstall

Per 31.12. 2011 var antallet medlemmer av Den norske legeforening 28 454, hvorav 3 941 studentmedlemmer. I løpet av 2011 er 109 medlemmer avgått ved døden.

Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2012 per 1. januar:

<i>År</i>	<i>Antall legemedlemmer</i>	<i>Antall studentmedlemmer</i>
1920	1 103	
1925	1 317	
1930	1 530	
1935	1 898	
1940	2 264	
1945	2 332	
1950	2 986	
1955	3 525	
1960	3 308	
1965	4 372	
1970	5 126	
1975	6 495	
1980	8 178	
1985	10 134	
1990	11 854	1 397
1995	13 775	2 147
2000	16 075	2 890
2001	16 677	3 330
2002	17 142	3 299
2003	17 421	3 483
2004	18 086	3 444
2005	18 925	3 439
2006	19 654	3 479
2007	20 314	3 603
2008	21 337	3 786
2009	22 043	3 688
2010	22 728	3 838
2011	23 640	3 777
2012	24 513	3 941

4.1.1 Lokalforeninger

Per 31.12. 2011 hadde de 19 lokalforeningene til sammen 23 988 medlemmer, mens de hadde 23 178 medlemmer per 31.12. 2010. Den største lokalforeningen er Oslo legeförening som samtidig er den eneste lokalföreningen som har hatt en nedgang i medlemstallet i løpet av 2011, fra 5 331 til 5 311 medlemmer. Akershus legeförening har hatt den største veksten i medlemstall, fra 1 983 til 2 239 medlemmer. Både Møre og Romsdal legeförening og Nordland legeförening har i løpet av 2011 passert 1 000 medlemmer og har nå hhv 1 008 og 1 002 medlemmer.

4.1.2 Yrkesforeninger

Per 31.12. 2011 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 24 437 ordinære medlemskap og 251 assosierte medlemskap. Per 31.12. 2010 hadde de til sammen 23 640 ordinære medlemskap og 243 assosierte medlemskap. Yngre legers förening har hatt den største medlemsveksten i løpet av 2011. Det er fortsatt Norsk Overlegeforening som har flest medlemmer totalt, men Yngre legers förening har over 600 flere yrkesaktive medlemmer enn Norsk Overlegeforening. De tre minst yrkesforeningene har alle hatt en liten nedgang i medlemstallet i løpet av 2011.

4.1.3 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2011 hadde de 44 fagmedisinske foreningene til sammen 22 071 ordinære medlemskap, inkludert dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk förening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter, og 1 174 assosierte medlemskap. Fire av de assosierte medlemskapene gjelder leger som ikke er medlemmer av Legeföreningen, fire gjelder studenter som er medlemmer av Legeföreningen, og åtte av de assosierte medlemskapene gjelder ikke-leger.

Oppdatert og detaljert medlemsstatistikk for alle underforeninger finnes på Legeföreningens nettsider:

<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk>

De fagmedisinske foreningene velger 20 representanter til Legeföreningens landsstyre. Representantene konstituerer seg som fast utvalg som skal virke som kontakt- og samarbeidsorgan i forholdet mellom Legeföreningen og de fagmedisinske foreningene. Utvalget har tatt navnet FaMe.

I perioden 2009-11 ble FaMe ledet av Rolf Kirschner. I 2011 hadde FaMe-gruppen fire møter, og bidro til organiseringen av konferanse for de fagmedisinske foreningene 27.4. 2011. Se pkt. 3.3.1 i Årsmeldingen for mer informasjon om konferansen.

4.1.4 Norsk medisinstudentforening

Norsk medisinstudentforening hadde ved årsskiftet 3 941 medlemmer, hvorav 1 231 som studerer medisin ved utenlandske universiteter, herav 660 i Polen. Styret består av leder, nestleder med internasjonalt ansvar og fem styremedlemmer, ett fra hvert av de norske universitetene og ett fra utenlandsstudentene. Det har i 2011 blitt innmeldt 305 nye medlemmer i Polen, og denne medlemsveksten har fortsatt inn i 2012. Dermed er en økende andel av medlemmene utenlandsstudenter.

Oppdatert medlemsstatistikk finnes på Legeföreningens nettsider:

<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medisinstudenter>

4.2 Spesialister godkjent 1.1.-30.9. 2011

Spesialitet	Antall	Kvinner	Menn	Herav konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmennmedisin	145	52	93	24	0
Anestesiologi	111	31	80	57	8
Arbeidsmedisin	3	2	1	1	0
Barnekirurgi	3	0	3	1	0
Barne- og ungdomspsykiatri	23	15	8	4	2
Barnesykdommer	40	29	11	7	3
Blodsykdommer	7	3	4	0	0
Bryst- og endokrinkirurgi	2	0	2	0	0
Endokrinologi	4	2	2	0	0
Fordøyelsesykdommer	17	6	11	6	1
Fysikalsk medisin og rehabilitering	10	6	4	0	2
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	57	27	30	29	5
Gastroenterologisk kirurgi	9	3	6	2	0
Generell kirurgi	62	12	50	32	6
Geriatrici	6	3	3	2	0
Hjertesykdommer	38	7	31	16	2
Hud- og veneriske sykdommer	15	11	4	5	3
Immunologi og transfusjonsmedisin	1	1	0	0	0
Indremedisin	118	45	73	36	6
Infeksjonssykdommer	9	3	6	1	0
Karkirurgi	7	0	7	1	0
Kjevekirurgi og munnhulesykdommer	1	1	0	0	1
Klinisk farmakologi	3	1	2	1	0
Klinisk nevrofysiologi	2	1	1	0	0
Lungesykdommer	12	2	10	4	0
Medisinsk biokjemi	1	1	0	0	0
Medisinsk genetikk	1	1	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	6	3	3	0	1
Nevrokirurgi	4	0	4	2	0
Nevrologi	17	4	13	3	2
Nukleærmedisin	1	1	0	0	0
Nyresykdommer	7	4	3	2	0
Onkologi	21	14	7	2	0
Ortopedisk kirurgi	60	7	53	20	7
Patologi	13	9	4	2	2
Plastikkirurgi	6	4	2	0	0
Psykiatri	91	48	43	22	7
Radiologi	71	26	45	30	13
Revmatologi	12	8	4	4	1
Samfunnsmedisin	1	1	0	0	0
Thoraxkirurgi	3	0	3	2	0
Urologi	14	3	11	5	1
Øre-nese-halssykdommer	20	3	17	11	0
Øyesykdommer	18	4	14	5	3
TOTALT	1 072	404	668	340	77

* Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene

Legeforeningen har i perioden 1.1.- 30.9. 2011 gitt 1 072 nye spesialistgodkjenninger, noe som er det klart høyeste antallet noensinne i løpet av årets ni første måneder. På årsbasis er dette det tredje høyeste antallet noensinne på et år, selv om dette tallet bare omfatter årets ni første måneder. Fra og med 1.10. 2011 har Helsedirektoratet overtatt spesialistgodkjenningene, og har i perioden 1.10.- 31.12. 2011 gitt 72 nye spesialistgodkjenninger. Dermed er det gitt totalt 1 144 nye spesialistgodkjenninger i 2011, noe som fortsatt er litt lavere enn antallet i 2009 og i 2010. Det høyeste antallet var i 2009 med 1 210 nye spesialistgodkjenninger, og det nest høyeste antallet var i 2010 med 1 155 nye spesialistgodkjenninger.

I tillegg til alle tallene nevnt foran, Legeforeningen har i perioden 1.1.- 30.9. 2011 gitt 415 resertifiseringer i allmennmedisin, mens Helsedirektoratet i perioden 1.10.- 31.12. 2011 har gitt 43 resertifiseringer i allmennmedisin. Totalt er det altså gitt 458 resertifiseringer i allmennmedisin i 2011, mens det var 515 resertifiseringer i allmennmedisin i 2010.

De 1 072 spesialistgodkjenningene i perioden 1.1.- 30.9. 2011 er fordelt på 121 godkjenninger i allmennmedisin etter norske regler, 534 godkjenninger i alle spesialiteter unntatt allmennmedisin etter norske regler, 340 overføringer fra Norden og 77 overføringer fra det øvrige EU/EØS. Av de 340 overføringene fra Norden var 24 overføringer i allmennmedisin, slik at det totale antallet første gangs godkjenninger i allmennmedisin er 145, foruten resertifiseringene.

Når allmennmedisin er inkludert, er det totalt 655 spesialistgodkjenninger etter norske regler i perioden 1.1.- 30.9. 2011, foruten resertifiseringene. Tilsvarende tall for hele året 2010 var 606. Inkludert Helsedirektoratets godkjenninger er det tilsvarende antallet 708 for hele 2011. Dette er det høyeste antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler på ett år noensinne. I tillegg var det i hele 2011 totalt 436 konverteringer fra Norden/EU/EØS, en nedgang fra 549 i 2010.

I 2010 var utdanningstiden totalt 8,35 år, 9,03 år for kvinner og 7,82 år for menn. I 2011 var utdanningstiden totalt 8,37 år, 8,76 år for kvinner og 8,07 år for menn når vi legger tallene for hele året til grunn, altså en reduksjon i forskjellene mellom kjønnene fra 2010 til 2011.

For spesialistgodkjenninger etter norske regler var kvinneandelen 44,2 % i 2011, altså en fortsatt økning fra 43,7 % i 2010 og 42,7 % i 2009, men ikke så veldig mye høyere enn i 2008 da den var 43,9 %, og lavere enn for årene 2003- 05 samlet, da den var 45,5 %.

For spesialistgodkjenninger totalt var kvinneandelen 38,5 % i 2011, en klar økning fra 35,7 % i 2010, men likevel fortsatt lavere i 2011 enn for årene 2003- 05 samlet, da den var 42,2 %.

Oversikt over godkjente spesialister, både statistikk og navneliste, finnes her:

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/Oversikt-spesialister/>

4.3 Prosjekter/Annet

4.3.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen

	HØRINGER - 2011
88	Høring – Revidert fastlegeforskrift
87	Høring - krav til oppbevaring av opplysninger i apotek
86	Høring - utkast til forskrift om virksomhetsovergrepene behandlingsrettede helseregistre i formaliserte arbeidsfellesskap
85	Intern høring -Søknad om forhåndsgodkjenning av ny spesialforening - Norsk forening for brystdiagnostikk
84	Endring i faget kroppsøving
83	Innspill til implementering av helseinformasjonssikkerhetsforskriften
82	Høring - forslag til policynotat om arbeidsmiljø
81	Høring - Utkast til Nasjonal retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av psykoselidelser
80	Forslag til endringer i MSIS- og Tuberkuloseregisterforskriften
79	Høring – Sluttrapport fra midlertidig regionalt utvalg for funksjonsfordeling av ortopedi, revmakirurgi og revmatologi i Helse Sør-Øst
78	Høring – Interregional rapport PET
77	Høring – Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi
76	Høring – innspill til arbeidet med å utforme spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst
75	Høring – Evaluering av oppgavefordelingen i kriminalomsorgen
74	Høring – Utkast på retningslinje for hjemmefødsel
73	Høring - Utkast til Nasjonal retningslinje for utredning og behandling av bipolar lidelse
72	Høring - Krav til elektronisk meldingsutveksling
71	Høring - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av maligne melanomer
70	Høring - Veileder og nasjonale faglige retningslinjer for langtids mekanisk ventilasjon
69	Forslag til forskrift om obligatorisk opplæring i sykmeldingsarbeid for leger
68	Tiltak for å forebygge og avdekke misbruk av velferdsordninger
67	NOU 2011: 4 Mat, makt og avmakt - om styrkeforholdene i verdikjeden for mat
66	Utkast til retningslinjer for diagnostisering og oppfølging av personer med kols
65	Ny studieplan for legestudiet ved Universitetet i Tromsø
64	NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet
63	Innspill til høringsmøte om straffeloven og smittsomme sykdommer
62	Forslag til ny arbeidstidspolicy
61	Forslag til ny forskrift om egenberedskap i industrielle og håndverksmessige virksomheter
60	Nasjonalt faglig retningslinje for behandling av lungekreft
59	NOU 2011:11: Innovasjon i omsorg

58	Forslag til endring av forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i Norsk overvåkningssystem for infeksjoner i sykehustjenesten (NOIS-registerforskriften)
57	Rapport om seineffekter av kreftbehandling
56	NOU 2011:19 I velferdsstatens venterom, om mottakstilbudet for asylsøkere
55	Forslag til lovendringer i samband med etablering av Norsk helsearkiv og Helsearkivregisteret og forslag til nokre andre endringer i helseregisterlova (intern kryptering) mv
54	Utkast til forskrift om innsamling og behandling av helseopplysninger i nasjonalt register over hjerte- og karlidelser
53	Evalueringsrapport om satsing på behovsdrivet innovasjon og næringsutvikling i helsesektoren
52	Helsetjenesten og politiets ansvar for psykisk syke – oppgaver og samarbeid
51	Rutiner for legemiddelhåndtering i barnehage, skole og skolefritidsordning
50	Etablering av nasjonal kjernejournal
49	Samhandlingsreformen – forslag til forskriftendringer og nye forskrifter som følge av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester
48	Nasjonalt system for ny vurdering når det ikke lenger foreligger et etablert behandlingstilbud for alvorlige sykdommer
47	Kosthåndboken – veileder i ernæringsarbeid i helse- og omsorgstjenesten
46	Policynotat om biomedisin
45	Policynotat om IKT-investeringer
44	NOU 2011:6 Et åpnere forskningssystem
43	NOU 2011: 3 Kompetansearbeidsplasser - drivkraft for vekst i hele landet
42	Pasienter og pårørendes rolle i tilsynssaker
41	Legemiddeløkonomiske analyser
40	Sektorveilederen samfunnsøkonomiske analyser i helsesektoren
39	Lovregulering av rituell omskjæring av gutter
38	Angående høring - veileder - bruk av elektronisk henvisning og epikrise
37	Policynotat om helseregistre
36	Forslag til endringer i lov om personell i forsvaret
35	Utlevering av parallellimporterte legemidler fra apotek ved reservasjon mot generisk bytte
34	NOU 2010:13 Arbeid for helse. Sykefravær og utstøting i helse- og omsorgssektoren
33	Policynotat om mødrehelse
32	Nasjonalt standard for luftambulanselager (Helikopter)
31	Høring - forskrift til ny vergemålslov
30	Landsstyresak – bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning ved fylte 75 år
29	Landsstyresak - Lovendring - Forståelse av Legeforeningens lover - § 3-1-1, 2. og 3. ledd om landsstyrets sammensetning
28	Invitasjon til å fremme kandidater til Akademikerprisen
27	Kontingent for pensjonister
26	Kontingentfordelingsmodell – ekstrakontingent – sentralstyret

25	Landsstyresak – supplering av alle hovedspesialitetsregelverk – ledererfaring og lederutdanning
24	Landsstyresak – Vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning
23	Landsstyresak – Lovendring endring av § 3-7-3, 3.ledd, sammensetning av styret i norsk medisinstudentforening
22	Landsstyresak - Opprettelse av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin
21	Landsstyresak - Forslag om å endre navnet på spesialiteten Kjevekirurgi og munnhulesykdommer til Maxillofacial kirurgi
20	Landsstyresak – forslag om endring av spesialistreglene i psykiatri
19	Landsstyresak – Helsepolitisk debatt på Landsstyremøte 2011
18	Prinsipp og arbeidsprogram
17	Tilpasning til et klima i endring
16	Endringer i forskrift om genetisk masseundersøkelse i forbindelse med utvidet tilbud om nyfødtscreening
15	Nasjonal kjernejournal
14	Forslag til endring i forskrift om veiledet tjeneste for å få adgang til å praktisere som allmennlege med rett til trygderefusjon
13	IS-1884 Handlingsplan for kronisk nyresykdom
12	Evalueringsplan for innovasjon Norge
11	Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus - og psykisk lidelse - ROP-lidelser
10	Tiltak for å redusere antall midlertidige stillinger
9	Helsehjelp til personer med ulovlig opphold
8	Organisering av IT-standardisering i helsesektoren
7	Forskrift om kommunal beredskap
6	Veileder for kommunale frisklivssentraler
5	Stoltenberg-utvalgets rapport om narkotika
4	Strafferettslige særreaksjoner for utilregnelige
3	Plutselig og uventet barnedød
2	NH: Forslag til ny folkehelselov
1	NH: Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

4.3.2 Inkludering av sykehjem i NOKLUS

NOKLUS har siden 2007 fått midler over statsbudsjettet slik at sykehjemmene som ikke deltok i NOKLUS kunne få delta to år gratis og selv betale etter dette. Ved utgangen av 2011 deltok 216 sykehjem finansiert over statsbudsjettet, og ca. 410 sykehjem av de betalende sykehjemmene var vervet via midler fra statsbudsjettet.

I perioden 2007 - 2011 har over 12 000 sykehjemsansatte deltatt på laboratoriekurs. I 2011 holdt NOKLUS 152 kurs for 1518 ansatte på sykehjem som er gratisdeltakere. 209 av disse sykehjemmene ble besøkt, der noen sykehjem ble besøkt flere ganger. Tilsvarende ble 344 betalende sykehjem besøkt. Det er holdt 205 kurs for totalt 2064 betalende deltakere, der ca 75 % av de betalende deltakerne er sykehjem.

4.3.3 Fagakademiet

Fagakademiet, eiet av Fagforbundet og Den norske legeforening, ble etablert i januar 1997 under navnet Kommunal Kompetanse. Målsettingen var å skape en kompetansevirksomhet med tilbud til den offentlige sektor, herunder foretak i sykehussektoren og private institusjoner innenfor området helse og sosial. Fagakademiet er organisert i fem regioner. Det er etablert opplæringsråd i hver region, og Legeforeningen har en representant i hvert råd. Rådenes oppgave er blant annet å bistå i kartlegging av behov for kompetansetiltak, delta aktivt i planleggingen, bygge nettverk og markedsføre virksomheten.

Fagakademiet har etablert nettverk i de fleste kommuner og fylkeskommuner. Det er inngått samarbeidsavtaler med universiteter, høyskoler og konsulenter om spisskompetanse. Fagakademiet utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov. Det gjennomføres per år ca. 750 kurstiltak. Omsetningen var i 2011 ca. 47 millioner kroner.

Legeforeningen har vært representert i Fagakademiets styre ved Einar Skoglund som medlem og Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant. Fagakademiet hjemmesider har adresse www.fagakademiet.no

4.3.4 Akademisk Studieforbund

Legeforeningen har i 2011 innrapportert 461 kurs på til sammen 9 394 kurstimer til Akademisk Studieforbund (AKS). Universitetskursene er inkludert. Det har vært 16 484 deltakere totalt. Hvert år mottar Akademisk Studieforbund tilskudd til studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene fra foregående år. Dette fordeles til medlemsforeningene i henhold til den studieaktiviteten de har hatt. Endring i forskrift til lov om voksenopplæring trådte i kraft 1.1. 2010. Den vesentligste endringen er kravet til 40 000 kurstimer for voksenopplæringsforbund. Pga. endringen i krav til kurstimer arbeider AKS for å rekruttere flere nye medlemsorganisasjoner. Legeforeningen har i 2011 mottatt kr 1 013 319,28 for kursvirksomheten i 2010.

Øydis Rinde Jarandsen er medlem av styret og Anders Taraldset er vararepresentant.

4.3.5 Nasjonalt meldingsløft

Helsedirektoratet har siden 2008 organisert "Nasjonalt meldingsløft". Det er opprettet regionale prosjekter under hvert regionale helseforetak for implementering av meldinger ved helseforetakene, og understøttende prosjekt i regi av Norsk Helsenett og Kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren (KITH).

Legeforeningen er representert i Meldingsløftets styringsgruppe, som har hatt tre møter i 2011. Fra høsten 2010 deltar Legeforeningen som observatør, ettersom foreningen ikke lenger er ansvarlig for et prosjekt (forprosjekt ELIN allmennlege/avtalespesialist ble fullført i 2010).

4.3.6 Ultralyd i allmennmedisin

Sentralstyret vedtok å nedsette en arbeidsgruppe for blant annet å utrede behov for og forslag til grenseoppganger i bruk av ultralyd mellom allmennmedisin og gynekologi, radiologi ev. andre aktuelle fagområder/spesialiteter. Arbeidsgruppen la frem en rapport som etter en intern høringsrunde ble vedtatt i sentralstyret september 2010. Arbeidsgruppen anbefaler krav til kompetanse som grunnlaget for å utøve ultralydundersøkelser i allmennpraksis og foreslår en toårig utdanningsmodul. Dette ble lagt frem på spesialitetskomiteenes møte i starten av 2011 for videre implementering i kursutviklingen.

4.3.7 Alkoholpolitisk policydokument

Sentralstyret mottok en henvendelse fra rusmiddelpolitisk utvalg med forslag om at sentralstyret oppnevnte en arbeidsgruppe som skulle utarbeide et utkast til faglig basert strategidokument for Legeforeningens alkoholpolitikk.

Sentralstyret vedtok alkoholpolitisk strateginotat og interne regler for alkoholservering april 2009. Det var behov for å utarbeide et kortfattet policydokument med utgangspunkt i strategidokumentet. Alkoholpolitisk policydokument ble vedtatt april 2010. Policydokumentet ble sendt ut i et brev til alle landet kommuneoverleger desember 2010. Dette fikk bred omtale i media. Det ble utarbeidet en pasientbrosjyre og et brev med policynotatet som vedlegg som ble sendt ut alle landets fastleger i august 2011.

4.3.8 Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjeneste

Sentralstyret vedtok å etablere et forprosjekt for å utrede muligheten for en kursserie for kvinnelige leger i primærhelsetjenesten etter samme modell som i Helse Sør Øst i 2010. Kursserien er utarbeidet, drives og finansieres i samarbeid med KS Første kursserie ble gjennomført mai, august og oktober 2011. Interessen for kurset var stor, og vi måtte etablere venteliste. Evalueringen fra deltagerne var svært positive fra deltagerne og det jobbes nå med videreføring og en ny kursserie i 2012.

11/3147

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 25.5. - 27.5. 2011 på Soria Moria hotell og konferansesenter

Oversikten kommenterer de vedtak som ble vedtatt oversendt sentralstyret eller som var av ”oversendelsesmessig karakter”, dvs som krever videre utredning eller særskilt oppfølging..

Status pr. 13.4. 2012

Sak 1 Godkjenning av innkallingen

09/4346

Vedtak

Innkallingen til landsstyremøtet 25.5. - 27.5. 2011 godkjennes.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging.

Sak 2 Valg av dirigenter

09/4346

Vedtak

Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet 2011.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging.

Sak 3 Forslag til forretningsorden

09/4346

Vedtak

Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2011 godkjennes.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging

Sak 4 Valg av tellekomité

09/4346

Vedtak

Som tellekomité ved landsstyremøtet 2011 velges:

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging.

Sak 5 Sakliste for landsstyremøtet

09/4346

Vedtak

Slik sakliste godkjennes:

Sakliste for Landsstyremøtet 2011, Oslo, 25.5. – 27.5. 2011

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging

Dirigentenens forslag til saksrekkefølge:
Enstemmig godkjent

Ingen oppfølging

Sak 6 Valg av redaksjonskomité

09/4346

Vedtak

Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging

Sak 7 Helsepolitisk debatt

09/4346

Den helsepolitiske debatten ble evaluert i sentralstyret i juni 2011.
--

Sak 8 Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. 2010 – 31.12. 2010

11/1544

Vedtak:

Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2010 godkjennes.

Enstemmig vedtatt.

Årsmeldingen utvikles videre i tråd med sentralstyrets føringer i saksfremlegget for landsstyret.
--

Sak 9 Aktuelle temaer

9.1 Legerollene når det skjer medisinske feil og uheldige hendelser

09/4346

Ble evaluert i sentralstyret i juni 2011. Signalene fra landsstyret legges til grunn i den videre politikkutformingen på området.
--

9.2 Turnus

10/2310

Forslag 5.

Redaksjonskomiteens forslag til resolusjon om turnus:

Ny ordning for klinisk praktisk tjeneste til erstatning for dagens turnustjeneste for leger

Enstemmig vedtatt.

Vedtaket har vært retningsgivende for videre arbeid.

Sak 10 Forslag om prinsippprogram for perioden 1.9. 2011 - 31.8. 2015 og arbeidsprogram for perioden 1.9. 2011 - 31.8. 2013

10/6371

Forslag til Prinsippprogram for perioden 1.9. 2011 - 31.8. 2015 og arbeidsprogram for perioden 1.9. 2011 - 31.8. 2013 godkjennes.

Enstemmig vedtatt ved vedtak av forslag 7 og 16 nedenfor.

Forslag 6.

Forslag fra Hordaland legeforening v/Espen Rostrup:

Landsstyret ber sentralstyret legge frem en vurdering av mulighet for resertifisering i alle spesialiteter ved landsstyremøte i 2012.

Vedtatt mot en stemme.

Arbeidgruppe for etterutdanning oppnevnt 26.9. 2011 – sak 217/11.
--

Forslag 7.

Redaksjonskomiteens forslag:

Prinsippprogram 2011-2015 for Den norske legeforening.

Enstemmig vedtatt.

Lagt til grunn for arbeidet med sentralstyrets satsingsområder, sekretariatets virksomhetsplan, mv.
--

Forslag 10.

Forslag fra Geir Ivar Elgjo, Troms legeforening:

Under avsnittet "Internasjonalt engasjement skal opprettholdes" foreslår jeg å tilføye etter siste setning:

"Legeforeningen som bindeledd mellom norsk helsevesen og norske leger i utlandet skal utgjøre en naturlig del av Legeforeningens internasjonale engasjement."

Enstemmig vedtatt oversendt sentralstyret.

Plan for internasjonalt arbeid ble fremlagt og behandlet av sentralstyret i 19.10. 2011 – PS-notat 1.
--

Forslag 16.

Redaksjonskomiteens forslag til arbeidsprogram:

Arbeidsprogram for perioden 1.9. 2011 - 31.8. 2013

Enstemmig vedtatt.

Lagt til grunn for arbeidet med sentralstyrets satsingsområder, sekretariatets virksomhetsplan, mv.
--

Sak 11 Bortfall av autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning ved fylte 75 år

11/848

Forslag 5.

Forslag fra Eldre legers forening v/Rolf Schøyen:

Landsstyret mener det ikke er grunnlag for aldersgrense for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning og Legeforeningen skal arbeide for å få aldersgrensen fjernet.

Nær enstemmig vedtatt.

Helse- og omsorgsdepartementet har fulgt opp Stortingets signaler om å utrede grunnlaget for en aldersgrense. Oppdraget er gitt Helsedirektoratet. Legeforeningen har
--

avtale om møte med direktoratet og vil følge opp påfølgende behandling i departement og Storting.
--

Sak 12 Lovendringer
12.1 Forslag om endring av § 4-3, 4. ledd – kontingent for alderspensjonister

11/1189

Forslag 1.

Vedtak

Legeforeningens lover, § 4-3 fjerde ledd endres slik at setningen ”Leger som er gått av med alderspensjon, betaler 20 % av ordinær medlemskontingent. erstattes av setningen

Leger som helt har avsluttet sitt yrkesliv gjennom alderspensjonering eller har fylt 70 år, betaler 20 prosent av ordinær medlemskontingent.”

Vedtatt mot 1 stemme.

Iverksatt fra 1.1. 2012

Innarbeidet i lovene

12.2 Forslag fra Oslo legeforening om årsmøtefastsatt kontingent for lokalforeningene - § 3-4-5

11/900

Vedtak

Forslaget fra Oslo legeforening om endring av lovenes § 3-4-5 fra 2010 tas til følge, men slik at formuleringen “for spesielle formål” utgår. Tilleggskontingent erstattes med årsmøtefastsatt kontingent. § 3-4-5 tilføres et nytt punkt 4 lydende:

(4) Årsmøtet kan fastsette årsmøtefastsatt kontingent for lokalforeningenes medlemmer innenfor en ramme på 10 % av kontingenten til Legeforeningen.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging

Innarbeidet i lovene

12.3 Forslag fra sentralstyret om endring av § 3-5-4, 2. ledd om årsmøtefastsatt kontingent

11/900

Vedtak

Legeforeningens lover § 3-5-4, 2. ledd om tilleggskontingent for yrkesforeningene endres til:

(2) Årsmøte/landsråd kan fastsette årsmøtefastsatt kontingent for Yrkesforeningens medlemmer innenfor en ramme på 10 % av kontingenten til Legeforeningen.

Enstemmig vedtatt.

Ingen oppfølging

Innarbeidet i lovene

12.4 Forslag fra Norsk forening for allmennmedisin om årsmøtefastsatt kontingent for fastleger som ikke er spesialister -§ 3-6-5, 1. ledd

11/900

Forslag 5.

Revidert innstilling fra sentralstyret:

Forslaget fra Norsk forening for allmennmedisin om endring av lovens § 3-6-5, 1. ledd fra 2010 tas til følge, men slik at formuleringene "for spesielle formål" og "tilleggskontingent" utgår. Tilleggskontingent erstattes med "årsmøtefastsatt kontingent".

Lovene gis følgende ordlyd:

(1) Årsmøtet fastsetter kontingent for assosierte medlemmer og årsmøtefastsatt kontingent for ordinære medlemmer som er godkjente spesialister, samt medlemmer som etter § 3-6-1, 5. ledd er pliktig tilmeldt den fagmedisinske forening for allmennmedisin, innenfor en ramme på 10 % av kontingenten til Legeforeningen.

Enstemmig vedtatt

Ingen oppfølging.

Innarbeidet i lovene.

12.5 Forslag om endring av § 3-7-3, 3 ledd - sammensetning av styret i Norsk medisinstudentforening

11/626

Vedtak

Lovenes § 3-7-3, 3. ledd, 1. setning endres til:

"Styret består av 7 medlemmer, ett fra hvert avsnitt samt fritt valgt leder og internasjonalt ansvarlig."

Enstemmig vedtatt.

Innarbeidet i lovene. Svar sendt Nmf 1.7. 2011.
--

12.6 Forslag om tilføyelse til § 3-1-1, 2. ledd - endring av landsstyrerepresentasjonen i landsstyreperioden

11/770

Forslag 3.

Redaksjonskomiteens forslag:

Lovene endres slik:

Nytt ledd 3-1-1 fjerde ledd, nytt annet avsnitt:

Representasjonen etter 3. ledd nr 1-4, avgjøres på grunnlag av medlemstallet per 1.2 i år som slutter på ulike tall.

Enstemmig vedtatt.

Innarbeidet i lovene. Brev av 7.6. 2011 til leder i yrkesforeninger og lokalforeninger om lovendringene, og om konsekvenser ved valg av nye landsstyrerepresentanter. Landsstyret redusert til 141 representanter ved valgene i 2011.
--

Sak 13 Valg av president, visepresident, 7 sentralstyremedlemmer og 3 varamedlemmer 09/4346

Som ny president, visepresident, sentralstyremedlemmer og varamedlemmer ble følgende valgt:

Meddelelse til de valgte sendt 1.7. 2011.
--

Sak 14 Valg av 2 styremedlemmer med varamedlemmer til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

11/2123

Valgt ble:

Medlem

Varamedlem

Valgt ved akklamasjon

SOP-styret ble orientert om valgene i sitt møte 15.6. 2011. Ingen ytterligere oppfølging

Sak 15 Valg av valgkomité

09/4346

Valgt ble:

Valgt ved akklamasjon.

Ottar Grimstad ble valgt som leder av valgkomiteen ved akklamasjon.

Meddelelse til de valgte sendt 1.7. 2011.
--

Sak 16 Valg av desisorutvalg

09/4346

Valgt ble:

Valgt ved akklamasjon.

Gunnar Ramstad ble ved akklamasjon valgt som leder av desisorutvalget.

Meddelt nyvalgt utvalg via leder.
--

Sak 17 Forslag om endring av spesialistreglene i psykiatri

10/3765

Vedtak

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at spesialistreglene (tjenestekravet) i psykiatri endres og får slik ordlyd:

Enstemmig vedtatt

Vedtak om kurskrav og attestasjonsskjema i sentralstyret 22.8. 2011 – sak 183/11.
--

Sak 18 Forslag om å endre navnet på spesialiteten Kjevekirurgi og munnhulesykdommer til Maxillofacial kirurgi

09/952

Vedtak

Det anbefales overfor Helsedirektoratet/Helse- og omsorgsdepartementet at navnet på spesialiteten Kjevekirurgi og munnhulesykdommer endres til Maxillofacial kirurgi.

Enstemmig vedtatt.

Forslagsbrev oversendt HOD/Hdir 17.6. 2011

Sak 19 Opprettelse av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

09/24

Vedtak

Det opprettes kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin med krav til utdanning

i tråd med det fremsatte forslag til regler.

Landsstyret delegerer til sentralstyret å fastsette endelige bestemmelser for utdanningen etter at arbeidsgruppen har vurdert de innkomne kommentarer til det foreslåtte regelverk.

Sentralstyret gis fullmakt til å vurdere på hvilken måte kompetanseområdet mest hensiktsmessig blir etablert.

Enstemmig vedtatt.

Utarbeidet utdanningskrav, vedtatt av sentralstyret 26.9. 2011, sak 218/11.
--

Sak 20 Antatte behov for endringer i generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger – mandat fra landsstyret til sentralstyret

11/1160

Forslag 5.

Sentralstyrets reviderte forslag:

Landsstyret gir mandat til sentralstyret å kunne fremme forslag om endring av generelle bestemmelser for spesialistutdanningen av leger ovenfor helsemyndighetene i de prosessene som vil komme, frem til landsstyremøtet i 2012.

Landsstyret legger til grunn at sentralstyret holder løpende kontakt med fagmedisinske foreninger, spesialitetskomiteene og øvrige nødvendige foreningsledd.

Sentralstyret må sørge for at endringsforslagene opprettholder kvaliteten i spesialistutdanningen. Ved mer omfattende endringer må foreningsleddene trekkes inn ved høring, om nødvendig med korte tidsfrister.

Eventuelle endringer i bestemmelser om gruppeføringer må forutgå av grundige prosesser i spesialitetskomiteene og foreningsleddene for øvrig. Disse endringene må forankres i landsstyret.

Enstemmig vedtatt

Lagt til grunn i foreningens oppfølging ved vedtaket om bortfall av delegert myndighet til spesialistgodkjenning.
--

Sak 21 Forslag om supplerings av alle hovedspesialiteters regelverk - ledererfaring og/eller lederutdanning tellende som spesialistutdanning

11/291

Forslag 3.

Redaksjonskomiteens forslag:

Det foreslås overfor Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet at alle hovedspesialiteters regelverk suppleres med et nytt punkt 1.d) ledererfaring og/eller lederutdanning med en merknad med slik ordlyd:

d) ledererfaring og/eller lederutdanning

Merknad til punkt 1 d):

Med ledererfaring menes lederfunksjon i spesialisthelsetjenesten, i

kommunehelsetjenesten, i bedriftshelsetjenesten og i andre private og offentlige helseadministrative legestillinger i minst 50 % stilling. Også tillitsvalgtfunksjon, kan telle som ledererfaring etter individuell vurdering.

Med lederutdanning menes utdanning ved høyskole eller universitet som gir vekttall/studiepoeng.

Det kreves minimum 30 studiepoeng for et halvt år og minimum 60 studiepoeng tellende for ett år.

Spesialistreglene i allmennmedisin og i samfunnsmedisin har en noe avvikende utforming, og denne regelendringen må tilpasses de to spesialitetene. I allmennmedisin innføres et nytt punkt om ledererfaring/lederutdanning i reglene på linje med forskningstjeneste og under samme forutsetning om minimum 2 årsverk i åpen, uselektert kurativ allmennpraksis. I samfunnsmedisin tas ledererfaring/lederutdanning inn som et nytt punkt 1.1.c.

Vedtatt mot 2 stemmer.

Forslagsbrev oversendt Hdir 17.6. 2011

Sak 22 Forslag om endring av retningslinjer for vurdering av kurs i relasjon til legers videre- og etterutdanning. Utvidete regler for mulighet til å ha utstilling av medisinsk-teknisk utstyr ved arrangement i fagmedisinske foreninger

07/1781

Forslag 1.

Sentralstyret vedtok i møte den 13.4. 2011 å anbefale landsstyret å fatte slikt vedtak:

Kursretningslinjene endres slik at det er mulig for samtlige fagmedisinske foreninger å ha utstilling av medisinsk-teknisk utstyr ved flere, større kursarrangementer per år.

Sentralstyret delegeres å vedta de konkrete endringer i kursretningslinjene.

Vedtatt mot 9 stemmer.

Sentralstyret vedtok 26.9. 2011 endring av kursretningslinjene – sak 216/11.

Sak 23 Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2010

10/1666

Sentralstyrets forslag til **vedtak**:

Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsoverskudd på kr 25 394 572, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2010.

Enstemmig vedtatt..

Regnskapene er sendt til Brønnøysund.
--

Sak 24 Regnskaper for 2010 til landsstyrets orientering

10/1666

1. Caroline Musæus Aarsvolds fond

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Enstemmig - tatt til orientering.

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

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Enstemmig - tatt til orientering.**3. Legeforeningens Legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød**

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Enstemmig - tatt til orientering.**4. Trelasthandler A. Delphin og hustrus legat for bekjempelse av astmatisk bronkitt**

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Enstemmig - tatt til orientering.**Regnskapene er sendt til Brønnøysund.****Sak 25 Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og Pensjonsordningen for leger 2010**

11/2030

Sentralstyrets forslag til vedtak:

Årsberetningen godkjennes.

Regnskapet, som viser et årsresultat på kr 0, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2010.

Enstemmig vedtatt.**Regnskapet er sendt til Brønnøysund.****Sak 26 Budsjett for Den norske legeforening 2012**

11/900

Forslag 1.

Sentralstyrets forslag til budsjettvedtak for 2012:

Budsjettvedtak 2011Enstemmig vedtatt.**Budsjettvedtak og kontingentfordeling er formidlet til lederne av foreningene etter 1.9. 2011.**

Forslag 3.

Sentralstyrets omformulerte forslag:

Landsstyret ber sentralstyret se særskilt på situasjonen for stipendiater.

Enstemmig vedtatt.**Sak fremlegges for sentralstyret som del av budsjett 2013 til SS-møte 23.4 for videre behandling som landsstyresak i 2012.**

Forslag 5.

Forslag fra Oslo, Hedmark, Vestfold, Akershus, Møre og Romsdal legeforeninger m.fl. v/Svein Aarseth:

Sentralstyret oppfordres til å arbeide fram rutiner for å overføre ansvar for praksiskompensasjon for avtalespesialister som deltar i tildeling av spesialisthjempler og i samarbeidsutvalg fra lokalforeninger til PSL. Det bør vurderes om kostnadene kan

inndekkes med tilleggskontingent i PSL.
Vedtatt oversendt sentralstyret.

Sak fremlegges for sentralstyret som del av budsjett 2013 til SS-møte 23.4 for videre behandling som landsstyresak i 2012.

Forslag 6.
 Forslag fra Ottar Grimstad
 Landsstyret ber sentralstyret greie ut og legge fram ei sak om ansvarsfordeling vedkomande utgifter til tillitsvalgtarbeid.
Enstemmig vedtatt.

Sak fremlegges for sentralstyret som del av budsjett 2013 til SS-møte 23.4 for videre behandling som landsstyresak i 2012.

Sak 27 Resolusjoner

Sak 27.1 Resolusjon - Nasjonal sykehusplan

Forslag 5.
 Redaksjonskomiteens forslag:
Nasjonal sykehusplan - en forutsetning for tillit til helsetjenesten
Vedtatt mot 2 stemmer.

Oppfølging av saksområdet behandlet i sentralstyret 20.6. 2011 og fulgt opp ved vedtak om satsingsoråder i sentralstyrets møte 14-16.11. 2011.

Sak 27.2 Resolusjon - Helsetjeneste for eldre

Forslag 3.
 Redaksjonskomiteens forslag til resolusjon om Helsetjenesten til eldre med innarbeidet forslag fra Hanne Thürmer:
Fortsatt behov for kapasitets- og kvalitetsløft i eldreomsorgen
Enstemmig vedtatt.

Følges opp bl.a. gjennom satsingsområdene, revidering av statusrapport om tilbudet til eldre, mv. Resolusjonen ligger på nettsiden.

Sak 27.3 Resolusjon - Statusrapportet - Med kvalitet som ledestjerne

Forslag 8.
 Redaksjonskomiteens forslag til resolusjon:
Med kvalitet som ledestjerne – balanserte mål gir rett kurs
Enstemmig vedtatt.

Følges opp bl.a. gjennom satsingsområdene. Resolusjonen ligger på nettsiden

Sak 27.4 Resolusjon - Samhandlingsreformen

Forslag 4.
 Redaksjonskomiteens reviderte forslag til resolusjon:
Kommunal medfinansiering må ikke føre til et dårligere helsetjenestetilbud
Enstemmig vedtatt.

Følges opp bl.a. gjennom satsingsområdene. Resolusjonen ligger på nettsiden
--

Sak 27.5 Resolusjon - Situasjonen i Oslo universitetssykehus - OUS

Forslag 1.

Forslag til resolusjon fra Norsk overlegeforening v/ Arne Refsum

Legeforeningen er bekymret for situasjonen i Oslo universitetssykehus

Resolusjonsforslaget ble trukket av Arne Refsum

Intet vedtak - ingen oppfølging
--

24.4. 2012/OB