

Presidenten har ordet

Gjennomslag for mange viktige saker

2012 ble et krevende år for Legeforeningen med mange store og viktige helsepolitiske saker der forslaget til ny fastlegeforskrift var en av de mest utfordrende. Gjennom hele året har det vært fokus på de seks satsingsområdene for 2011-13 som ble vedtatt i 2011. Flere av områdene har fått oppmerksomhet i mediene gjennom kronikker, debattprogrammer, innlegg og redaksjonell omtale.

Fastlegeforskriften og samhandlingsreformen

Da forslaget til revidert fastlegeforskrift ble presentert 21.12. 2011 var vi sterkt bekymret for konsekvensene av forslagene og mente dette ville kunne svekke fastlegeordningen. Vi ga uttrykk for at dersom forslagene ble vedtatt så kunne vi ikke forvente at legene ønsket å være fastleger, noe som vil være helt avgjørende for å nå samhandlingsreformens mål. Forskriftsforslaget skapte stort engasjement i hele foreningen, særlige blant fastlegene, og preget mye av arbeidet i første halvår. 29. august lanserte helseministeren et nytt forskriftsforslag etter en omfattende høringsrunde og en rekke møter. Dialogen og samarbeidet i forkant av det nye forslaget var tett og god og helseministeren var lydhør for fastlegenes bekymringer og råd. Jeg er stolt over at vi fikk på plass en ny forskrift som kan gjøre en god fastlegeordning enda bedre for pasientene.

Synlig helsepolitikk

Legeforeningen har en godt synlig helsepolitikk. Det strategiske og langsiktige arbeidet har også i 2012 vært knyttet til satsingsområdene og til utarbeiding av statusrapporter om forebyggende og helsefremmende arbeid til forbedringsområder i eldreomsorgen. Samtidig har vi deltatt i den løpende offentlige debatten om helse og helsetjenesten. De helsepolitiske områdene som vi har brukt mye ressurser på i 2012 er folkehelsearbeid og utfordringene knyttet til omstilling og styring av sykehussektoren.

Helse Sør-Øst

Situasjonen i Helse Sør-Øst, særlig ved Oslo universitetssykehus og Ahus preget mye av arbeidet i 2012. I september ble Jonas Gahr Støre utnevnt til nye helseministre. Legeforeningen har hatt flere møter med den nye helseministeren om situasjonen ved helseforetakene i Helse Sør-Øst. Legeforeningen ga tidlig uttrykk for at denne prosessen ikke har vært håndtert på en god måte. Dette fikk vi også bekreftet gjennom Riksrevisjonens rapport *Riksrevisjonens kontroll med forvaltningen av statlige selskaper for 2011* som ble overlevert Stortinget 27. november.

Over 30 000 medlemmer

I 2012 økte antallet medlemmer i Legeforeningen med over 1 850, hvorav 2/3 av disse var medisinstudenter. Vi jobber bevisst med å rekruttere nye medlemmer, særlig blant medisinstudentene og vi er glade for at også studentene ser nytten og betydningen å være med i foreningen. Medlemsveksten i 2012 doblet seg nesten fra året før, og i desember passerte vi 30 000 medlemmer.

Årsmeldingen 2012 gir et glimt av Legeforeningens aktiviteter gjennom året. Jeg håper den vil være til inspirasjon for foreningens mange medlemmer og tillitsvalgte.



Hege Gjessing
President

Innhold

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....	6
1.1	Satsingsområde 1: Kvalitet skal måles - og resultatene skal brukes til forbedring	6
1.1.1	Bakgrunn for valg av satsingsområdet	6
1.1.2	Målsetting for satsingsområdet	6
1.1.3	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	6
1.2	Satsingsområde 2: Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling	7
1.2.1	Bakgrunn for valg av satsingsområde	7
1.2.2	Målsetting for satsingsområdet	7
1.2.3	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	8
1.3	Styrket medisinsk ledelse i sykehus.....	8
1.3.1	Målsetting	8
1.3.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	10
1.4	Satsingsområde 4: Nasjonal kvalitetsstandard for legevakt	10
1.4.1	Målsetting	10
1.4.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	10
1.5	Satsingsområde 5: Nasjonal sykehusplan	11
1.5.1	Målsetting	11
1.5.2	Måloppnåelse	12
1.6	Satsingsområde 6: Faste stillinger i sykehus	12
1.6.1	Målsetting	12
1.6.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	13
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	14
2.1	Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold	14
2.2	Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring	14
2.2.1	Kursvirksomhet i 2012.....	14
2.2.2	OU-midler	15
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområdet	15
2.3.1	Forhandlingsarbeidet i Spekter-området	15
2.3.2	Twistesaker i Spekter-området.....	18
2.3.3	Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området	18
2.3.4	Forhandlingsarbeidet innenfor KS-området	20
2.3.5	Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området	20
2.3.6	Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH)	21
2.4	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende	22
2.4.1	Arbeidet med fastlegeforskriften.....	22
2.4.2	Rammeavtaleforhandlinger KS	22
2.4.3	Rammeavtaleforhandlinger Oslo	23
2.4.4	Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister.....	23
2.4.5	Normaltariffoppgjøret 2012	23
2.4.6	Avtaler med FNO og SPK	23

2.5 Medlemsbistand og rettslige prosesser	24
2.5.1 Bistand fra sekretariatet	25
2.5.2 Rettshjelpsordningen.....	25
 3 UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING	26
3.1 Utdanning.....	26
3.1.1 Grunnutdanningen.....	26
3.1.2 Turnustjenesten	26
3.1.3 Spesialistutdanningen.....	27
3.1.4 Etterutdanningen	27
3.1.5 Kursutdanning	27
3.1.6 E-læring	28
3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	28
3.1.8 Kompetanseområde i allergologi	28
 3.2 Forskning	29
3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling	29
3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger	30
3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok (NLH).....	30
3.3.3 Gjennombruddsprosjekt "Tidlig oppdagelse og behandling av førstegangs psykose"	30
3.3.4 Skriftserie for leger	30
3.3.5 Senter for allmennmedisinsk kvalitet – SAK	30
3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin	31
3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	32
3.3.8 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin	32
3.3.9 Utdanning av nye veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin	32
3.3.10 Etterutdanning av veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin	32
3.3.11 Veiledning i spesialisthelsetjenesten	32
 3.4 Godkjenning av veiledere	32
3.4.1 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri	32
3.4.2 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri	33
3.4.3 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin	33
3.4.4 Godkjenning av veiledere i samfunnsmedisin.....	33
 4 HELSEPOLITIKK.....	34
4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid	34
4.2 Legeforeningens arbeid med høringer	35
4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	35
4.3.1 Statusrapport - Pulsen opp for bedre helse.....	35
4.3.2 Statusrapport – Godt å bli gammel i Norge? - Fra ord til handling i eldreomsorgen	35
4.3.3 Policynotater	36
 4.4 Myndighet og organisasjonskontakt	37
4.4.1 Stortinget.....	37
4.4.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv.....	38
 5 INTERNASJONALT ARBEID	39
5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid 2011-12.....	39
5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner	39

6	KOMMUNIKASJONSARBEID	41
6.1	Om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid	41
6.2	Mediearbeid	41
6.3	Legeforeningens egne kommunikasjonskanaler	42
6.3.1	Legeforeningen.no	42
6.3.2	Intranettet	42
6.3.3	Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet	42
6.3.4	Andre kommunikasjonskanaler	42
6.4	Kompetanseheving	43
6.4.1	Kommunikasjonsdagen 2012	43
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING	44
7.1	Organisering og bemanning	44
7.2	Tidsskriftet generelt	44
7.3	Designendringer	44
7.4	Premiert for gode forsider	44
7.5	Engelske oversettelser	44
7.6	Pressekontakt	45
7.7	Legejobber.no	45
7.8	Tidsskriftets blogg	45
7.9	Mobilversjon	45
7.10	iPad-utgaven	45
7.11	Økonomi	46
8	LEGEFORENINGENS FORSKNINGSinSTITUTT (LEFO)	47
8.1	Bemanning og økonomi	47
8.2	Publikasjoner	47
8.3	Innlegg på konferanser, seminarer etc. - organisatoriske og faglige verv	47
8.4	LEFOs øvrige virksomhet	48
9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	49
9.1	Nøkkeltall	50
9.2	Fond	51
9.2.1	Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	51
9.2.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	51

9.2.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	52
9.2.4	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	52
9.2.5	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	52
9.2.6	Premiereuleringsfondet	53
9.2.7	Allmennmedisinsk forskningsfond	53
9.2.8	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	53
10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	55
10.1	Organisasjonskart	55
10.2	Landsstyret	56
10.3	Sentralstyret	56
10.4	Andre organisasjonsledd	56
10.5	Medlemsoppslutning	56
10.6	Sekretariatet	56

1 Legeforeningens satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 2011-13. 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.

Sentralstyret mener dette har ført til en tydeligere prioritering av Legeforeningens arbeid og ressursallokering. Slik har det vært en vellykket måte å strukturere arbeidet med Prinsipp- og arbeidsprogrammet. Dette var 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. Satsingsområdene er omtalt på Legeforeningens egne nettsider, i Tidsskriftet under Aktuelt i foreningen og i presidentens leder.

Satsingsområder for 2011-2013

I november 2011 vedtok sentralstyret følgende 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:

1.1 Satsingsområde 1: Kvalitet skal måles - og resultatene skal brukes til forbedring

1.1.1 Bakgrunn for valg av satsingsområdet

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 sykehus. Satsingsområdet er en videreføring av satsingsområde 1 2009-2011 «Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus».

1.1.2 Målsetning for satsingsområdet

Målsetningen for satsingsområde 1 er å opprettholde og videreutvikle Legeforeningens budskap om behovet for en mer balansert styring av helsetjenesten der kvalitet, arbeidsmiljø, kompetanseutvikling og pasientsikkerhet vektlegges på lik linje som økonomi og produksjon. Legeforeningen skal gjennom satsingsområdet bidra til mer fokus på kvalitetsforbedring, økt måling av kvalitet i helsetjenestene, med utgangspunkt i kvalitetsstandard satt i faglige retningslinjer. Legeforeningen skal også være en aktiv premissleverandør i samarbeid med helsemyndighetene/kommunene om utvikling av et overbyggende kvalitetssystem i allmennmedisin

1.1.3 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

- Innhente og sammenstille teoribakgrunn og erfaringer vedrørende måling av kvalitet
- Policynotat vedtatt av sentralstyret august 2012
- Påvirkningsarbeid med grunnlag i videreutviklet politikk om måling av kvalitet i helsetjenesten
- Videreutvikling av SAK-prosjektet gjennom dialog med stat og kommune

Policynotatet *Kvalitet må måles og brukes til forbedring* (1/2012) ble godkjent i sentralstyret 23.8. 2012. Som ledd i målsettingen om å innhente og sammenstille teoribakgrunn og erfaringer vedrørende måling av kvalitet, er det utarbeidet et dokument som samler eksisterende kunnskap om kvalitetsforbedring og gir en oversikt over ulike verktøy og arbeidsmetoder brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Dokumentet belyser viktige forutsetninger og kjerneelementer ved kvalitetsforbedring.

Stortingsmelding «God kvalitet – trygge tjenester» har stått sentralt for Legeforeningens påvirkningsarbeid mot myndighetene. Det ble gitt skriftlig innspill til meldingen og sekretariatet har i etterkant av dette vært i flere møter med Helse- og omsorgsdepartementet. Innspillene er synlig i stortingsmeldingen og dialogen med departementet oppfattes som god. Legeforeningen har deltatt på høring med Stortingets helse- og omsorgskomite.

Prosjektet senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK prosjektet) har gjennomført en pilot med sju læringsnettverk inkludert 25 legekontorer fra hele landet i 2012. Se pkt. 3.3.5.

1.2 Satsingsområde 2: Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling

1.2.1 Bakgrunn for valg av satsingsområde

Mangel på felles, oppdatert informasjon gir flere utilsiktede hendelser og lengre ventetider som rammer pasientene. Tungvinte systemer gir dublering av rutiner og merarbeid for ansatte. Journalsystemer mangler gode verktøy for gjenfinning av informasjon, og for overvåkning av oppfølgingsoppgaver. Effektiv elektronisk kommunikasjon med samarbeidspartnere gjennom journalene er fortsatt ikke på plass. Gjelder både spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten.

Satsingsområdet er forankret i følgende punkt i Legeforeningens arbeidsprogram:

“Legeforeningen skal arbeide for at leger er med i valget av elektroniske arbeidsverktøy som har betydning for den kliniske virksomheten”.

1.2.2 Målsetting for satsingsområdet

- Gjøre det mangelfulle og utilstrekkelige ved dagens IT-systemer kjent i offentligheten
- Bidra til at myndighetene legger til grunn fagmiljøenes behov i utviklingen av IT-verktøy i alle deler av helsetjenesten
- Legeforeningen skal tydeliggjøre brukernes og pasientenes behov i utviklingen av elektronisk pasientjournal (EPJ).
- Tydeliggjøre det nasjonale ansvaret for EPJ og hva som er hensiktsmessig organisering og ansvarsdeling
- Oppnå bred oppslutning i foreningen om hvilke krav som må stilles til EPJ.

Målsettingen er konkretisert i følgende fem **tiltak**:

1. Policynotat våren 2012
2. Workshop som ledd i å beskrive ønsket funksjonalitet i EPJ og andre IT-systemer
3. Måltrettet plan for gjennomføring av sentralt påvirkningsarbeid
4. Omgjøring av LUF¹ til IT-utvalg¹
5. Utrede og vurdere ulike måter å engasjere organisasjonsledd og tillitsvalgte lokalt

¹ LUF; *Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling*, ble omgjort til IT-utvalg ved sentralstyrevedtak 15. november 2011

1.2.3 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Tiltak 1 - policynotat

Policynotatet *Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling*² ble gitt tilslutning av sentralstyret i oktober 2012. Et utkast hadde vært sendt på høring våren 2012, og var deretter bearbeidet av sekretariatet i samarbeid med IT-utvalget.

Tiltak 2 - workshop som ledd i å beskrive ønsket funksjonalitet i EPJ og andre IT-systemer

Det fremgår av sentralstyrets beskrivelse at de to hovedformålene for satsingsområde 2 er påvirkning utad (allmennhet, media, myndighetsorganer) og engasjement innad (foreningens organisasjonsledd og tillitsvalgte).

Beskrivelsen av ønsket funksjonalitet vil være et sentralt dokument for dette påvirknings- og motiveringsarbeidet. Beskrivelsen vil være Legeforeningens omforente mening om hvordan IKT-systemer kan bidra til trygg og effektiv behandling i gode behandlingsforløp, og den vil kunne legges til grunn for foreningens videre arbeid med å påvirke myndigheter, leverandører og virksomhetseiere til å utvikle og ta i bruk formålstjenlige løsninger.

Workshop ble gjennomført 10.9. 2012 med 45 deltakere fra sentralstyret, yrkesforeninger, fagmedisinske foreninger, tillitsvalgte, kompetansesentra, myndighetsorganer og fagmiljøer. IT-utvalgets medlemmer ledet arbeidet i grupper, og refererte i plenum. Deltakerne fikk seg forelagt et utkast til beskrivelse av ønsket funksjonalitet.

Det ble ikke reist innvendinger mot formen som var valgt for å beskrive ønsket funksjonalitet. Mange av områdene (punktlisten i beskrivelsen) ble supplert med presiseringer og eksempler, og det fremkom enkelte forslag til nye områder i beskrivelsen.

Utkastet til funksjonalitetsbeskrivelse ble bearbeidet i henhold til innspillene fra workshopen, og ble deretter sendt på høring i foreningen. Det innkom åtte uttalelser, som med ett unntak i hovedsak var positive til utkastet.

Ytterligere bearbeidet funksjonalitetsbeskrivelse fremlegges for sentralstyret til vedtak tidlig i 2013. Legeforeningens IT-utvalg har hatt en sentral rolle i utformingen av funksjonalitetsbeskrivelsen

1.3 Styrket medisinsk ledelse i sykehus

Legeforeningen har i 2012 konsentrert seg om ledelse i sykehus. Sykehus er kompetansebedrifter der riktig bruk og videreutvikling av kunnskap er den kritiske ressurs for god pasientbehandling. Derfor er bedre ledelse i sykehus viktig. Vårt mål er at helsetjenesten skal ha så gode ledere som mulig. Det viktigste grepet nå er å satse på de lederne som er nærmest pasientrettet arbeid. Sykehusavdelinger som ledes av leger har bedre arbeidsmiljø, høyere pasientsikkerhet og bedre orden i økonomien.

Fra ledere og tillitsvalgte har Legeforeningen fått tilbakemelding om at mange ledere i sykehus trenger økt kunnskap om lovpålagte oppgaver, juridiske reguleringer av arbeidslivet og avtaleverket. Medisinskfaglig kompetanse er et godt utgangspunkt for ledelse i helsetjenesten. Men grunnleggende kompetanse innen generell ledelse, økonomi og administrasjon er i viktige verktøy for å fylle lederrollen.

1.3.1 Målsetting

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

² <http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Publikasjoner/policynotater/Policynotater-2012/Bedre-IT-verktoy-for-trygg-pasientbehandling-6-2012/>

Styrke førstelinjeledelsen i sykehus

Førstelinjeledere den gruppen av ledere som står nærmest pasientbehandlingen og som forvalter størstedelen av de samlede ressursene i helseforetakene. Disse lederne er avgjørende for å kunne oppnå en helsetjeneste preget av kvalitet, trygghet og respekt. Det foregår allerede i dag mye godt lederutviklingsarbeid rettet mot førstelinjeledere, men fortsatt er det mer å hente på å styrke denne rollen. Legeforeningen har derfor gitt myndighetene klare anbefalinger om å videreutvikle og styrke lederutviklingstiltak for førstelinjeledere.

Stedlig ledelse

Legeforeningen har påpekt en rekke negative konsekvenser av å fjerne stedlig ledelse når funksjoner slås sammen, men fortsatt er delt på flere geografiske enheter. Verken daglig drift eller arbeid for ønsket endring, vil fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen. Tilgjengelighet og tilstedeværelse er kjernen i all god ledelse. Det må legges til rette for at lederne kan gjøre en god jobb. De må få nødvendig styringsinformasjon og økt makt og mer ansvar. Legeforeningen arbeider generelt for at flere leger skal bli ledere. Ledere med medisinsk utdanning skårer høyest på indikatorene for god ledelse, de oppnår bedre kvalitet, høyere pasientsikkerhet, mer fornøyde ansatte og bedre økonomiske resultater. Uavhengige internasjonale forskningsrapporter viser som viser betydningen av at ledere i sykehus har fagkunnskap om det de skal lede. Dette gir bedre forståelse av kjernevirksomheten og faglige utfordringer. Disse lederne oppnår bedre kommunikasjon med de ansatte og har høy legitimitet som ledere.

Mindre overstyring – bedre ledelse

Legeforeningen har i 2012 styrket budskapet om at rapporteringsregimet i helsetjenesten må forenkles. Helseforetaksreformen i 2002 skulle sikre tydelig ansvar og helhetlig styring av spesialisthelsetjenesten og gi helseforetakene større ansvar og frihet. Slik har det ikke blitt. Helse- og omsorgsdepartementets og de regionale helseforetakenes roller er uklare og sammenvevde. Det åpner for ansvarsfraskrivelse. Sykehusene har ikke fått den tiltenkte autonomi. Særlig førstelinjelederne opplever ansvaret som stort, men handlingsrommet som lite. Styringskravene har blitt så omfattende at arbeidet med å rapportere tar tid som kunne vært brukt til pasientrettet virksomhet. Sykehusbyråkratiet vokser, og det fører til større avstand mellom toppledelsen og den kliniske virksomheten. Mange avdelinger har ikke lengre en stedlig ledelse, som følge av omstillinger og omorganiseringer.

Mer og bedre teamledelse

Utviklingen i medisin har ført til at det meste av pasientbehandlingen i sykehus i dag ikke gis av en enkeltlege, men av ulike mikrosystemer eller team, med ulike legespesialister og øvrige helsepersonellgrupper. Teamarbeid og teamledelse er derfor en avgjørende faktor for god pasientbehandling. Etablering av velfungerende mikrosystemer og tilrettelegging for gode pasientforløp er en sentral lederutfordring i sykehus. Derfor blir god samhandling internt, mellom ulike enheter, nivåer og yrkesgrupper, avgjørende for at pasienten opplever å bli satt i sentrum — uttrykt ved høy pasientopplevd kvalitet. Det å legge til rette for god samhandling mellom ulike enheter og nivåer blir av 80% av lederne i spesialisthelsetjenesten karakterisert som et viktig forbedringsområde. Også her er det et karakteristisk trekk at utfordringene knyttet til seksjonering og fragmentering er mest uttalt på førstelinjenivå — der pasientene behandles. Å oppnå god kommunikasjon mellom ulike enheter og dermed god pasientflyt på tvers, er et krav som treffer førstelinjelederne i særdeleshet i den daglige drift. Legeforeningen har i myndighetskontakt lagt vekt på at kvalitetsforbedringer er avhengig av at førstelinjeledelsen styrkes, herunder teamledelse.

1.3.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Legeforeningens politikk i forhold til ledelse har vært grunnlaget for vår kommunikasjon i møter, innlegg, ledere, artikler, nettsaker mv. i 2012. Noen sentrale aktiviteter har vært:

- Styring og ledelse var tema på seminar med Stortingets helse- og omsorgskomite.
- Høringssvar til ny nasjonal plattform for ledelse i helseforetak
- Styring og ledelse av helsesektoren har vært sentrale tema i møter med helseministeren, og helseforvaltningen
- Gjennomføring av dialogkonferanse om ledelse, med utdeling av legeforeningens lederpris
- Gjennomføring av frokostseminar i samarbeid med Akademikerne og Psykologforeningen om «offentlig sektor som overstyrt og underledet». Sentrale utfordringer som ble nevnt var særlig det tiltakende rapporteringsomfanget i offentlig sektor.
- Opprettelse av referansegruppe og oppstart av arbeidet med politikktutvikling innen ledelse som skal sluttføres i 2013. Sentrale elementer her er utvikling av policynotat om ledelse, arrangement av workshop ledelse og utvikling av et modulbasert lederopplæringsprogram for førstelinjeledere.

1.4 Satsingsområde 4: Nasjonal kvalitetsstandard for legevakt

1.4.1 Målsetting

Målet er å styrke kvaliteten i legevaksarbeid og bidra til at akutt tjenesten i kommunene organiseres på en måte som kombinerer god tilgjengelighet for befolkningen, kvalitet og gode arbeidsvilkår for legene med tilstrekkelig grad av sikkerhet og tilgang på utstyr.

Legevaksarbeid følger av pålegg i lovgivningen, noe som tilsier særlige krav til kommunene da ordinære korrektiver i et arbeidsforhold ikke gjelder. I dagens organisering av legevakt er det for store variasjoner i kvalitet og innretning. I 85 % av legevaktene er lege helt alene på vakt.

1.4.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Året 2012 var preget av et intensivt og omfattende arbeid med fastlegeforskriften. Det forelå et høringsnotat som foreslo en rekke svekkelser av ordningen, også mht. legevakt. Det ble foreslått forskriftspålegg om legevakt sammen med en rekke innskrenkninger av legens rettigheter i forhold til det som fulgte av gjeldende avtaleverk. En intern handlingsplan omfattet et betydelig arbeid for å endre innholdet i forskriften gjennom påvirkning eksternt og organisering internt. Det ble utarbeidet alternative løsninger som i stor grad ble gjeldende. Målene med endringer av forskriften ble i stor grad oppnådd.

Etter at forskriften ble vedtatt ble det arbeidet med merknader, og rammeavtalen ble reforhandlet høsten 2012. Målene med rammeavtale ble i stor grad oppnådd.

Det ble arbeidet med å forberede revisjon av særavtalen. I desember 2012 ble arbeidet med utvikling av kapasitet og kvalitet i legevakttjenesten igangsatt.

I et partssammensatt arbeid med Helse- og omsorgsdepartementet skulle utviklingsbehovene i legevakttjenesten utredes blant flere tema. Per 31. desember forelå det ingen klare resultater av dette arbeidet, men det var planlagt en videre prosess mot politisk ledelse i Helse- og

omsorgsdepartementet. Det ble utarbeidet et notat som skisserer hovedutfordringer i dagens legevaktsordning for videre arbeid i 2013 med forventninger om måloppnåelse.

1.5 Satsingsområde 5: Nasjonal sykehusplan

Det fremgår av Arbeidsprogrammet for 2011-2013 at Legeforeningen skal arbeide for å etablere en nasjonal sykehusplan, herunder utarbeide politikk på et utvalg sentrale temaer som bør inngå i en slik plan. Det ble også besluttet at dette satsingsområdet skulle være tema for Legeforeningens statusrapport for 2013. Temaer for rapporten vil være sykehusstruktur, styringsmodell, økonomi og investeringer i bygg og medisinskteknisk utstyr.

1.5.1 Målsetting

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

Nasjonal sykehusplan

Sykehusene må ha kapasitet til å håndtere økt etterspørsel som følge av befolkningsvekst, særlig med tanke på at vi blir flere eldre. Endringer i infrastruktur gir behov og muligheter for lokalisering av sykehus i forhold til der folk bor. Samtidig har Norge fortsatt en utfordrende geografi, spredt bosettingsmønster og til tider ustabile værforhold. Fremtidens sykehusstruktur må ta utgangspunkt i den medisinskfaglige og den teknologiske utviklingen som går både i sentraliserende og desentraliserende retning. Disse hensyn må balanseres på en god måte og befolkningens behov må settes i sentrum.

Legeforeningen har fremhevet at en nasjonal sykehusplan er nødvendig for å få en tydeligere og bedre forankret politikk for sykehusstruktur, lokalsykehusfunksjonen, for økt samsvar mellom økonomi og oppgaver samt langsiktighet i investeringer. Dette vil bidra til bedre kvalitet i spesialisthelsetjenesten og er også avgjørende for langsiktig planlegging i kommunehelsetjenesten.

Legeforeningen har lagt vekt på at en nasjonal sykehusplan vil flytte beslutninger fra foretakssystemet til Stortinget om konkrete forhold som lokalisering, bygging og standarder. Stortinget involveres i dag i liten grad i sykehuspolitiske spørsmål. Dersom sykehuspolitikken bygger på forlik i Stortinget, vil også sykehuspolitikken bli mindre påvirket av regjeringsskifter og bidra til mer forutsigbarhet og langsiktighet. Videre må befolknings- og sykdomsutviklingen, endringer i bosettingsmønster og samfunnets infrastruktur, legges til grunn. God kvalitet på helsetjenestene må over tid være det primære mål. Det krever robuste fagmiljøer.

Investeringsplan for bygg og medisinskteknisk utstyr

Legeforeningen har ved en rekke anledninger pekt på at store deler av sykehusenes bygningsmasse preges av manglende vedlikehold og forfall. En betydelig andel av den medisinsktekniske utstyrsparken er utdatert og bør så snart som mulig skiftes ut. Forholdene har negativ innvirkning på kvaliteten, pasientsikkerheten, effektiviteten og arbeidsmiljøet i sykehusene. De regionale helseforetakene har investeringsplaner for å ta igjen etterslepet. Det samlede investeringsbehovet er imidlertid for stort til at det kan realiseres gjennom overskudd på drift uten at det går utover pasienttilbudet.

Sentralisere og desentralisere samtidig

Både den medisinskfaglige og den teknologiske utviklingen krever og muliggjør både sentralisering og desentralisering av tjenestetilbudet. I henhold til helsepolitiske føringer skal

vi «sentralisere det vi må og desentralisere det vi kan». Det betyr at behandling av tilstander som innebærer spesialkompetanse, avansert utstyr og store kostnader skal tilbys færre steder enn nå, mens behandling av de vanligste sykdomstilstandene skal tilbys flere steder - også utenfor spesialisthelsetjenesten, jf. samhandlingsreformen. Legeforeningen er prinsipielt enig i at vi både må sentralisere og desentralisere tjenestetilbudet. Kvalitet har både volum- og nærhetsdimensjoner. For noen tjenester finnes terskeltall for god kvalitet, mens kontinuitet og bredde er viktigere for kvaliteten på andre tilbud. Det gir ulike svar på hvor tilbud bør lokaliseres. Ikke alle sykehus kan tilby tjenester innen alle spesialiteter.

1.5.2 Måloppnåelse

Legeforeningens politikk i forhold til ledelse har vært grunnlaget for vår kommunikasjon i møter, innlegg, ledere, artikler, nettsaker mv. i 2012. Noen sentrale aktiviteter har vært:

- Tema i seminar med Stortingets helse- og omsorgskomiteé. Særlig betydningen av manglende planlegging av viktige omstillingsprosesser.
- Behovet for en nasjonal sykehus- og investeringsplan er fremmet i kontaktmøter med den politiske ledelse i helse- og omsorgsdepartementet
- Statusrapport om Nasjonal sykehusplan er under utarbeidelse, og vil bli ferdigstilt medio 2013

1.6 Satsingsområde 6: Faste stillinger i sykehus

Legeforeningens omfattende arbeid for at leger i spesialisering skal ha faste stillinger medførte at helseministeren forpliktet seg i september 2010 for å sørge for faste stillinger i sykehus. 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. Spekter og Legeforeningen har utarbeidet en modell for implementering av faste stillinger. Arbeidsgiversiden har imidlertid forutsatt at leger som er ferdig med spesialisering i fast stiling ikke er omfattet av dagens avtaleverk, slik at det etableres en ny gruppe overleger med andre arbeidsvilkår enn dagens overleger. Legeforeningen har tilbakevist at denne gruppen av leger ikke er omfattet av avtalene. Det arbeides med å finne løsninger på de utfordringer som er oppstått. Et hovedbudskap fra Legeforeningen er at implementering av faste stillinger ikke kan baseres på en forhandlingsløsning.

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. Arbeidet har vært organisert som et prosjekt i Legeforeningen og i 2009 vedtok landsstyremøtet en resolusjon om fast tilsetting for leger i spesialisering.

1.6.1 Målsetting

Utbredelsen av midlertidige stillinger har medført konsekvenser utover det som rammer den enkelte lege. Halvparten av legene i sykehus er midlertidig 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 2012:

- Å arbeide for hensiktsmessig implementering av faste stillinger
- Å 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 2012.

1.6.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Legeforeningen har etter helseministerens beslutning deltatt i dialog med arbeidsgiversiden om modeller for implementering av faste stillinger.

I 2012 ble det oppnådd enighet om en modell for implementering av faste stillinger etter arbeid i en partssammensatt gruppe. Modellen forener hensynene til mobilitet med forutsigbarhet.

I 2012 ble det fra arbeidsgiversiden krevd forhandlinger som vilkår for å starte implementeringen. Legeforeningen har avvist at dette er et forhandlingsspørsmål, men forsøkte å finne en løsning med arbeidsgiver i hovedoppgjøret 2012. Det lot seg ikke gjøre å finne en løsning grunnet arbeidsgiversidens krav om endring av arbeidstidsbestemmelsene for store deler av legegruppen.

I 2012 ble det arbeidet målrettet med å få fjernet legefordingssystemet. Helseministeren har nå besluttet at dette systemet skal opphøre.

Legeforeningen har kommunisert til helseministeren og arbeidsgiversiden at det nå forventes forgang i arbeidet med implementering av faste stillinger. Dette er kommunisert til sentrale helsepolitiske aktører og mot RHF-systemet. Legeforeningen fortsetter arbeidet med å finne løsninger på overgangen fra lege i spesialisering (LIS-lege) til overlege.

2 Arbeidsliv og arbeidsforhold

2.1 Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold

Året 2012 er preget av tre forhold: samhandlingsreformen som innebærer at flere oppgaver flyttes fra sykehus til kommunehelsetjeneste, endringsforslag til fastlegeordningen som betyr mer styring og situasjonen i sykehus med konsekvenser av etterslep på investeringer for driften og arbeidsvilkår i sykehus. Staten som eier av sykehus er i en tilnærmet monopolsituasjon både når det gjelder å definere standard på pasientbehandling og arbeidsvilkår noe som tillitsvalgte merker i den lokale dialogen.

Et fellestrekk er at flere oppgaver skal løses innenfor noenlunde samme økonomiske rammer noe som i realiteten innebærer øket press på arbeidsvilkår og pasientbehandlingen. Det betyr også et økt press på legers arbeidstid. I 2012 var det svært mange tvistesaker knyttet til legers arbeidstid. For foreningen blir legers arbeidstid et sentralt spørsmål framover. Dagens arbeidstidsbestemmelser bygget på forutsetninger som er under press med ensidig vekt på å kutte kostnader.

Innad i Legeforeningen har det vært mye samhandling og dialog lokalt sentralt for å løse utfordringer i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Erfaringer bringes inn på den politiske arena etter analyse av hvilke politiske virkemidler som kan benyttes for å endre situasjonen. I forbindelse med fastlegeforskriften ble det utarbeidet en modell for lokale forhandlinger etter individuelle fullmakter for å beskytte avtaleordningen. I sykehus er det økende utfordringer med lokale forhandlinger, noe Legeforeningen sentralt må arbeide kontinuerlig med for å unngå reversering mot en modell som i staten. Lokal dialog og forhandlinger er avgjørende for legers innflytelse på arbeidsvilkår og virksomheten. Satsingen på tillitsvalgtopplæring er et av flere virkemidler i denne sammenhengen.

2.2 Tillitsvalgtoorganisering, informasjon og opplæring

2.2.1 Kursvirksomhet i 2012

Tillitsvalgtopplæring er avgjørende for legers innflytelse i virksomheter. Legeforeningen har styrket denne delen av tillitsvalgtopplæringen med utgangspunkt i erfaringer med alle virksomheter. Det identifiseres felles utfordringer som må benyttes i opplæringsøyemed og politisk. Den grunnleggende tillitsvalgtopplæringen ble i 2011 endret til en modulbasert modell for å sikre tillitsvalgte får opplæring i de temaer som er nødvendige for å utøve vervet på en god måte. Den nye tillitsvalgtopplæringen skal bidra til å profesjonalisere lokale tillitsvalgte i Legeforeningen. Den heter: «Fra tillitsvalgt til leder» og er således også et ledd i lederutdanningen.

Den nye ordningen har vært en suksess med svært mange deltakere. Det ble arrangert ekstrakurs til modul I og II i 2011 og 2012, med svært positive evalueringer. Modul III ble arrangert høsten 2012. 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 foredragsholdere for yrkes- og lokalforeningenes kursaktivitet, og bidrar med forelesningsressurser til Akademikernes landsomfattende kursing i lokale forhandlinger for KS-sektoren.

2.2.2 OU-midler

Tillitsvalgtoppplæringen finansieres gjennom Opplærings- og utviklingsfond (OU-fond) som er tariffområdespesifikke, men som ikke Legeforeningen kan forvalte fritt. Det er klare kriterier for bruk av midlene, noe som er strammet inn av Arbeidsretten de siste årene. Det henger sammen med at OU midler i realiteten er lønnstrekk fra den enkelte ansattes inntekt for å finansiere opplæring av vedkommendes tillitsvalgte. Arbeidsrettens avgjørelser peker på behovet for innstramming idet noen foreninger har disponert midlene utover kriteriene.

Innenfor de ulike tariffområder er det ulike økonomiske rammer for å gjennomføre opplæringstiltak. I 2012 hadde statens tariffområde (ikke sykehusene) romslig med opplæringsmidler, mens det innenfor Spekter-området (sykehusene) har vært tillitsvalgtkursaktivitet utover det som kan dekkes inn med OU-midler. Innen KS-området (kommunene) er det lite penger i OU-ordningen, 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 medførte at sentralstyret i 2012 nedsatte en arbeidsgruppe som skulle utrede rutiner for organisering og finansiering av tillitsvalgtoppplæringen. Referansegruppen skal fremlegge utkast til rapport til sentralstyrets møte i februar 2013.

Enkelte tillitsvalgte har, som følge av Arbeidsrettens dom 21/2011, ikke fått fri fra sin arbeidsgiver for å delta på tillitsvalgtkurs fordi kursene ikke innfridde vilkårene for bruk av OU midler og var forankret i Legeforeningen sentralt. Det er opprettet en sentral kurskomite som behandler søknader om dekning til samtlige tillitsvalgtkurs i foreningen.

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområdet

2.3.1 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området

Det ble gjennomført forhandlinger om hovedoppgjør i Spekter område 10 Helseforetak og område 4 Lovisenberg i perioden april til juni 2012. Forhandlingsordningen i Spekter består av fem trinn.

Første trinn - de innledende sentrale forhandlingene - ble gjennomført 20. april.

Akademikerne fikk gjennomslag for enkelte endringer i teksten vedr lokale forhandlinger. Viktigheten av at lokale parter forbereder seg til forhandlingene ble tydeliggjort gjennom frist for avholdelse av planleggingsmøte.

Det ble avtalt at A2 forhandlingene skulle starte innen 14. mai – før det var forventet at oppgjørene i stat og KS ville være ferdig.

Andre trinn – sosiale bestemmelser – ble gjennomført 8. mai. Akademikerne samarbeidet også i dette året med øvrige foreninger på arbeidstakersiden. Samarbeidet med de øvrige arbeidstakerforeningene opplevdes konstruktivt og fruktbart. Arbeidstakersiden fikk ikke gjennomslag for noen av kravene hos Spekter. Dette nødvendiggjorde en protokolltilførsel fra arbeidstakersiden – se protokoll fra A1 forhandlingene. Også i dette oppgjøret ble spørsmålet om utvidelse av yrkesskadeforsikringen definert som et utestående spørsmål.

Tredje trinn – overenskomstens del A2 mellom Legeforeningen og Spekter – startet allerede 11. mai med overlevering av notat og kravdokumenter. Forhandlingene ble avsluttet

mandag 14. mai kl. 23.00 – før oppgjørene i stat og kommune var ferdige. Forhandlingene ble ført parallelt for område 10 Helseforetak og område 4 Lovisenberg. Store deler av forhandlingene gikk med til å diskutere tilpasning av A2 til en ordning med faste stillinger for leger i spesialisering, uten at det ble oppnådd enighet.

Spekter hadde skapt store forventninger om at partene sammen skulle bidra til implementering av faste stillinger. Et samlet Storting og helseministeren har stilt seg bak kravet om faste stillinger for leger i spesialisering. Legeforeningen har det siste året sagt seg villig til å gjøre mindre justeringer i overenskomsten og har etterlyst initiativ fra arbeidsgiversiden.

I januar skrev Legeforeningen brev til helseministeren og ba om styringssignaler til sykehusene for rask implementering, men helseminister ønsket å avvente resultatet av forhandlingene i hovedoppgjøret.

I forhandlingene ble det fra Spekters side stilt en rekke krav om endringer for å få faste stillinger, blant annet ved ytterligere press på arbeidstid og stor usikkerhet mht. arbeidssted. Blant kravene fra Spekter var uthuling av 20 timers regelen og begrensning i hvem som skulle omfattes av 35,5 timers alminnelig arbeidstid. Det ble fra Spekters side blant annet vist til sykehusenes dårlige økonomi.

Legeforeningen har lagt til grunn at dagens overenskomst ikke er til hinder for innføring av faste stillinger. Legeforeningen har ment at flere faste stillinger i utgangspunktet ikke er et forhandlingsspørsmål, men har likevel åpnet for endringer i overenskomsten for å gjøre det enklere for arbeidsgiver å innføre faste stillinger. Legeforeningen har imidlertid gitt uttrykk for at man ikke kan akseptere vesentlig svekkelse i legenes arbeidsvilkår mht. arbeidstid, arbeidstid og økt arbeidspress. Leger må som andre arbeidstakere kunne forvente faste stillinger som er hovedordningen i norsk arbeidsliv.

Etter vår vurdering var det ikke et reelt ønske fra Spekter å bidra til implementering av faste stillinger, men et pressmiddel for opprettelse av en ny kategori legestilling med dårligere arbeidsvilkår. Legeforeningens posisjonering i spørsmålet fremover blir viktig for hvilket politisk press som kan legges i saken.

Legeforeningen forutsetter at sykehuseier følger opp situasjonen og sørger for umiddelbar implementering av faste stillinger. I tillegg forutsettes det at helseministeren som eier av sykehus bidrar til å snu den negative utviklingen av situasjonen i sykehus, som for eksempel ensidig økonomisk fokus, økt arbeidspress og mindre muligheter for fagutvikling.

Det ble i forhandlingene gjort flere mindre justeringer i teksten i A2. Legeforeningen fikk gjennomslag for endringer på de temaene som i utgangspunktet var vektlagt høyest i kravprosessen, nemlig faglig utvikling, forskning, seniorpolitikk og økt belastning på vakt. Arbeidsgivers forpliktelse til å tilrettelegge arbeidssituasjonen til den enkeltes alder og helse er tydeliggjort i § 8.6. For øvrig avtalte vi at partsarbeidet vedrørende arbeidstid videreføres. Det skal også være et partsarbeid for å se på formål og omfang av Utdanningsfond III. Partene understreket i protokollen også viktigheten av at alle leger får tilbud om årlige medarbeidersamtaler.

Legeforeningen opplever gang på gang at arbeidsgiversiden er lite interessert i å videreutvikle tariffavtalene, og at frykten for økte kostnader gir manglende rom for endringer.

Økonomien

Økning minimumslønnssatser

Det ble gitt følgende sentrale tillegg med virkning fra 1.1. 2012

Medisinstudenter med lisens kr 14 000

Turnusleger kr 16 000

Leger i spesialisering kat. A kr 20 000

Leger i spesialisering kat. B kr 20 500

Leger i spesialisering kat. C kr 21 000

Leger i spesialisering kat. D gis et generelt tillegg tilsvarende Leger i spesialisering kat. C.

Tilleggene inngår i basislønn, jf. § 5.3.1 Lønn.

De sentralt avtalte minimumssatsene for disse gruppene økes med tilsvarende kronebeløp. Generelt tillegg er inkludert i ny minimumslønn. Lokalt avtalte minimumssatser for Leger i spesialisering kat. D økes også tilsvarende det generelle tillegget for gruppen.

De sentrale delene av oppgjøret ble under A2-forhandlingene beregnet til å utgjøre 4 % for leger i spesialisering. Sett hen til at A2 forhandlingene ble avsluttet før resultat i KS og Staten var ferdig, og sett hen til hvordan de andre områdene endte opp, må dette sies å være et godt oppgjør.

Det viste seg utover i B-delsforhandlingene at det måtte være noe galt med de sentrale beregningene. Helseforetakene beregnet de lokale effektene av LIS-oppgjøret til over 4 % de aller fleste steder. Det ble i dialog med Spekter oppdaget en feil i beregningene, hvor effekten av endret vaktlønssats var beregnet med virkningstidspunkt 1/5 og ikke 1/1. Dette utgjorde 0,2 %. Leger i spesialisering fikk dermed i realiteten et oppgjør på 4,2 %.

Denne regnefeilen medførte store utfordringer i B-delsforhandlingene.

Fjerde trinn – B-delsforhandlingene - ble gjennomført på alle helseforetakene og på Lovisenberg. Frist for å be om bistand var satt til fredag 8. juni kl. 1500, og frist for avslutning av B-delsforhandlingene var fredag 15. juni kl. 1500.

Resultatene varierte noe fra helseforetak til helseforetak – herunder var det ulik vektlegging av generelle tillegg vs. pott til individuell fordeling – med hovedvekt på generelle tillegg. Det ble avtalt generelle tillegg fra kr 22 000 til kr 36 667.

Ny nasjonal minimumslønn for overleger er kr 616 050, som tilsvarer den laveste lokale minimumslønnssatsen.

B-delsforhandlingene ble krevende på grunn av at det sentrale oppgjøret viste seg å være dyrere enn sentrale parter hadde beregnet. Dette medførte at Legeforeningen lokalt ble møtt med tilbud om langt lavere prosentvis lønnsutvikling enn Ylf-gruppen.

Sekretariatet og yrkesforeningslederne hadde løpende dialog med de fleste helseforetakene. Vi gjennomførte bistand følgende steder:

- OUS
- Vestre Viken
- Sørlandet
- Stavanger
- Finnmark
- UNN
- Telemark (direkte inn i fase III)

I femte trinn – avsluttende sentrale forhandlinger, behandlet Akademikerne og Spekter følgende lokale brudd for Legeforeningen:

- OUS
- Telemark
- Sørlandet
- Stavanger
- Lovisenberg

OUS ble prioritert høyest, da de hadde fått et svært lavt økonomisk tilbud. Spekter forsto alvoret, og fikk mer økonomi på bordet.

Område 4

For område 4 Lovisenberg er det også fastsatt satser sentralt for medisinstudenter, turnusleger og leger i spesialisering. Satsene er identiske med de som ble avtalt lokalt i fjor. Også her er vaktlønssatsen økt fra 0,026 % til 0,027 %, men dette gir ingen praktisk konsekvens da den lokale satsen er høyere. Øvrige tekstlige endringer er i samsvar med det som ble resultatet i område 10.

Intensjonen var at oppgjøret i område 4 også skal utgjøre til sammen 4 % for de gruppene som har fått sine tillegg fastsatt sentralt (inkludert kostnadsberegningen av vaktlønnsendringen). De sentrale parter hadde ikke tilstrekkelig tallgrunnlag til å forsikre seg om at resultatet traff intensjonen. En ekstra kontrollrunde ble foretatt lokalt.

I B-delsforhandlingene kom partene rett før fase III til enighet om et godt oppgjør. Arbeidsgiver ønsket å få inn igjen i B-delen muligheten for passiv tilstedevakt, og dette var årsaken til at Lovisenberg ble tema i fase III. Denne endringen ble avvist i de avsluttende sentrale forhandlingene.

2.3.2 Twistesaker i Spekter-området

Twistesakene må leses i lys av hvilke interesser som står «på spill». Mangel på involvering i omstillingsprosesser og på analyser av konsekvenser ved gjennomføring av beslutninger fra styrene, er et grunnlag for konflikter mellom legegruppen og ledelsen. Legeforeningen håndterer også en rekke uenigheter om tolkningen av overenskomstens bestemmelser. De fleste tvister løses før det skrives uenighetsprotokoll med bistand.

I 2012 er det tatt ut stevning i to saker. Den ene saken gjaldt hvorvidt en turnuslege hadde krav på doktorgradstillegg. Saken ble forlikt. Den andre saken gjaldt spørsmålet om Oslo Universitetssykehus HF kunne benytte hjelpeplan ved Kvinne- og barneklubben i 2011 og 2012. Saken er omfattende, og reiser svært mange spørsmål knyttet til de fleste sider av legers arbeidstid. Saken ble berammet til 11.3. 2013, og vil gå over fire dager.

For øvrig at kontakten mellom Spekter og Legeforeningen vært tettere i 2012 enn tidligere, med et felles mål om å diskutere og forsøke å løse tvistesaker før de blir formalisert i sentralt forhandlingsmøte og sentral uenighetsprotokoll. Flere saker har løst seg i denne dialogen.

2.3.3 Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området

I 2012 var det hovedoppgjør i staten, dvs. at det forhandles om både lønnstillegg og endringer i de øvrige bestemmelsene i tariffavtalene.

Forhandlingene åpnet 12. april og fristen for å komme til en forhandlingsløsning i oppgjøret var satt til midnatt natt til 1. mai. Legeforeningen, gjennom hovedsammenslutningen Akademikerne, og de tre øvrige hovedsammenslutningene (LO, Unio og YS) brøt torsdag 26. april forhandlingene med staten i årets lønnsoppgjør. Bruddet kom som en konsekvens av fraværet av fremdrift og prosess. Lønnsoppgjøret gikk dermed til mekling, med meklingsfrist midnatt 23. mai. Legeforeningen og Akademikerne var forberedt på denne eventualiteten, og tillitsvalgte ved de aktuelle uttaksstedene hadde startet nødvendig forberedelser.

Tvungen mekling startet hos Riksmekleren 2. mai. Den 24. mai ble meklingen avsluttet mellom LO Stat, YS Stat, Unio og FAD, uten at Riksmekleren fant grunnlag for å sette frem et meklingsforslag. LO Stat, YS stat og Unio tok deretter medlemmer ut i streik. Akademikerne valgte å mekle videre, selv om LO, Unio og YS tre timer etter meklingsfristen valgte å bryte meklingen og gå til streik.

FAD, LO stat, YS Stat og Unio innledet frivillig mekling fredag 1. juni. Den tvungne meklingen mellom FAD og Akademikerne fortsatte samme dag. Riksmekleren la frem et meklingsforslag lørdag 2. juni. Legeforeningen, gjennom Akademikerne stat, kom 2. juni til enighet med staten om ny hovedtariffavtale for staten og om rammer og innretning for lønnsoppgjøret 2012.

Innholdet i hovedtariffavtalen med staten

Resultatet innebærer en ramme på 4,1 %. Dette fordeler seg med et generelt tillegg på lønnstabellen som vil gi Legeforeningens medlemmer mellom 12 000 og 30 400 kroner avhengig av lønnsinnplassering. Det er gitt et generelt tillegg på lønnstabellen (Tabell A) i en form med kombinasjon av krone- og prosenttillegg med virkning fra 1.5. 2012:

Ltr. 1 - ltr. 18: utgår

Ltr. 19 – ltr. 55: kr 12 000

Ltr. 56 – ltr. 98: 2,7 %

Tabell A er utvidet med tre lønnstrinn på topp fra og med ltr. 99 til og med ltr. 101.

Etter avtalens pkt. 2.3.3. *Årlige forhandlinger* skal det føres lokale forhandlinger innen en økonomisk ramme på 1,0 % per 1. september. I tillegg til denne rammen, kommer resirkulerte midler som utgjør 0,1 % fra samme dato. Dette er foreningsvise forhandlinger, der Legeforeningen skal representeres av våre tillitsvalgte i de ulike statlige virksomhetene.

Resultatet som nå foreligger, der det ikke er avsetninger til sentrale justeringsforhandlinger, er i tråd med Akademikernes krav om større lokal handlefrihet.

Akademikerne har også oppnådd at minstelønnen for Akademikere i staten økes fra lønnstrinn 45 til lønnstrinn 47, (HTA § 5 B nr. 1) og at ny minstelønn for stipendiater (stillingskode 1017) innplasseres i ltr. 50 LR 20 alternativ 8 fra 1. mai.

Akademikerne går egne veier

Legeforeningen har i flere år arbeidet for en endring av forhandlingsmodellen i staten med at samtlige hovedsammenslutninger har identiske avtaler og forhandler og konflikter sammen. I årets hovedoppgjør er første skritt tatt.

Da LO, YS og Unio gikk til streik, fikk Akademikerne og Legeforeningen en mulighet til å fortsette meklingen. Denne muligheten ble benyttet og vi fortsatte meklingen. Gjennom flere netters mekling, har Legeforeningen og Akademikerne oppnådd å inngå en egen hovedtariffavtale, først i Oslo kommune tidligere, og nå i staten.

2.3.4 Forhandlingsarbeidet innenfor KS-området

Hovedtariffoppgjøret i området endte med streik, men Akademikerne oppnådde for alle praktiske formål å holde seg utenfor konflikten.

For flertallet av medlemmene i Legeforeningen skjer lønnsforhandlingene kun sted lokalt i den enkelte kommune, uten en sentralt fastsatt ramme. Sammenlikner man resultatet for våre medlemmer med hva som ble avtalt sentralt (4,07 %), ser vi at lønnsoppgjøret for leger endte med et resultat mellom 5,5 % og 8 % pr. dato. Virkningstidspunkt er ulikt avtalt i kommunene. På grunn av uenighet rundt dette er det forholdsvis mange som avtalte senere virkningstidspunkt enn 1. mai denne gangen. Et senere virketidspunkt innebærer lavere årslønnsvekst ved gitte tillegg, og beregninger viser at økning pr. dato som nevnt over gir en årslønnsvekst mellom 2,9 % og 5,3 %. Resultat for våre medlemmer er beregnet ut fra mottatte resultater fra våre tillitsvalgte. Vi har mottatt resultater fra tillitsvalgte i 35 % av kommunene.

Det er imidlertid gjort noen endringer av hovedtariffavtalens tekstlige elementer som også gjelder for Legeforeningens medlemmer. Blant de viktigste endringene for Legeforeningen er en presisering av de lokale forhandlingene etter kapittel 3.4 og kapittel 5.2 som hovedregel skal skje mellom 1. mai og 1. oktober hvert år.

Det er videre oppnådd enighet om at fra andre kvartal 2013 skal alle arbeidsforhold som hører hjemme under KS' hovedtariffavtale sees under ett, når det gjelder pensjonsinnrapportering. For Legeforeningens medlemmer med bistillinger i kommunene betyr dette at det opptjenes tjenstepensjon dersom eksempelvis sykehjemsarbeid i en kommune og arbeid på en interkommunal legevakt i en annen kommune til sammen utgjør mer enn 14 timer per uke (gjennomsnittsberegnet etterskuddsvis pr kvartal).

Den tredje endringen vi vil trekke frem, er presiseringen av at det bør avholdes separate drøftingsmøter for lokale forhandlinger etter de tre ulike forhandlingshjemlene, hhv kap. 3.4, kap. 4.2 og kap. 5.2. Dette betyr at det vil bli mer ryddige prosesser i forberedelsen av forhandlingene lokalt, da LO, YS og Unio-gruppenes eventuelle lokale avsetninger ikke skal bringes inn i prosessen.

Særavtalen for leger i kommunehelsetjenesten (SFS 2305) utløp til reforhandling 1. juli. Den ble forlenget (prolongert) til 31. desember 2012 da det var viktig å få forhandlet ferdig rammeavtalen for fastlegeordningen på et tidligst mulig tidspunkt etter at fastlegeforskriften trådte i kraft. Høsten 2012 ble brukt til omfattende drøftinger mellom KS og Legeforeningen om sentrale tema for særavtaleforhandlingene - herunder legevaktbelastning, beredskapsordning for samfunnsmedisin og praksiskompensasjon.

2.3.5 Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området

Hovedtariffoppgjøret endte med enighet etter mekling mellom partene. Legeforeningen og Akademikerne sluttførte forhandlingene før det forelå resultat i staten og KS-området. Det ble en prosentvis historisk høy avsetning til lokal lønnsdannelse i Oslo kommune. Økonomisk hadde oppgjøret en totalramme på 3,96 %.

Potten til lokale forhandlinger ute i virksomhetene er den største noen gang, og ved en større ramme i staten avtalte partene at tilsvarende skulle bli lagt til oppgjøret og lagt inn i potten til lokale forhandlinger. Det ble gitt et generelt lønnstillegg til alle arbeidstakere som prosenter

på lønnstabellen og et minimum på 10 750 kroner. Samlet sett sikrer dette en god profil på oppgjøret.

Hovedelementene i lønnsoppgjøret i Oslo:

- En pott på 1,4 % per 1. juli til lokale forhandlinger
- En økning på 2,78 % på alle trinn på lønnstabellen fra 1. mai (minimum 10 750 kroner)
- Frie lokale forhandlinger for advokatstillinger hos Kommuneadvokaten
- Oppgjøret har en totalramme på 3,96 %. Dersom rammen i staten skulle bli høyere enn i Oslo blir differansen lagt inn i potten til lokale forhandlinger i Oslo.

2.3.6 Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH)

Dette forhandlingsområdet særtegnenes 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 de såkalte ”Akademikerforeningene”, som er et uformelt forhandlingssamarbeid med andre fagforeninger både i og utenfor Akademikerne. Psykologforeningen ledet dette samarbeidsutvalget i 2012, med tett oppfølging og støtte fra Legeforeningen.

Legeforeningens representant i Akademikerforeningene har i 2012 deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger om sju sentrale landsoverenskomster. De viktigste er den såkalte Spesialistoverenskomsten samt overenskomst for Helse og sosial. Disse to overenskomster favner nær alle Legeforeningens medlemmer innenfor Virke-området. Det ble gjort få endringer i overenskomstene av betydning for Legeforeningens medlemmer.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter gjaldt for perioden 1.1. 2011 til 31.12. 2012, men ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2013. Særavtalen forhandles av Legeforeningen uten de øvrige foreningene, med forhandlingsdelegasjon utsprunget av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke.

Det ble våren 2012 gjennomført et mellomoppgjør med forhandlinger ved den enkelte virksomhet. Overordnede beregninger for oppgjørene i Virkeområdet har ikke vært mulig pga. av for stor usikkerhet i datamaterialet. Legeforeningen vil ha økt fokus på å bedre datamaterialet. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt. Inntrykket er imidlertid at oppgjørene er på linje med oppgjør ellers i samfunnet.

Også i 2012 var det kontakt mellom partene med tanke på å komme videre i arbeidet for å vurdere om det er hensiktsmessig med endringer i avtalestruktur på dette området. Legeforeningen har ønsket å starte en prosess hvor dette området skal være en viktig arena for overordnet, strategisk utvikling. 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. Legeforeningen mener at dette arbeidet bør videreføres for neste avtaleperiode, da det er for tidlig å evaluere arbeidet.

Det ble gitt ulike kurstilbud til tillitsvalgte.

2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.4.1 Arbeidet med fastlegeforskriften

Ved inngangen til 2012 forelå det et høringsnotat til endring av fastlegeforskriften. Forslagene var sendt på høring av Helse- og omsorgsdepartementet 22.12. 2011 uten noen prosess med Legeforeningen på forhånd.

Sekretariatet gjennomgikk innholdet i forslaget og konkluderte med at det brøt med gjeldende prinsipper for fastlegeordningen ved at en rekke nye plikter ble innført uten å ta hensyn til legens rett og plikt til prioritering. «Fastlegene ble styrt bort fra pasientene» ved en rekke nye forpliktelser som ikke handlet om pasientbehandling. Nye oppgaver ble foreslått innført uten konsekvensutredning og finansiering. Fastlegene skulle forpliktes til å bruke systemer som ikke fantes. Sekretariatet utarbeidet en gjennomgang av alle bestemmelser med analyse, noe som blant annet ble sendt i medlemsbrev. Der fremgikk det også at forslaget ikke tok hensyn til de premisser som lå til grunn for individuelle fastlegeavtaler.

Høringsnotatet ble vurdert som en alvorlig utfordring som truet hele fastlegeordningen. Legeforeningen hadde derfor allerede samme dag som høringsnotatet ble offentliggjort rykket ut i media og markert klar motstand mot forslagene – og i løpet av svært kort tid en analyse av forslaget og handlingsplan. Det ble utarbeidet en omfattende veileder til forskriftsforslaget for å gi grunnlag for høringsprosessen i de ulike organisasjonsledd. Det ble planlagt besøk til ulike lokalforeninger for å bidra til behandlingen av innspill. Sentrale samarbeidsaktører, herunder pasient- og pårørendeorganisasjoner og media ble informert om de utfordringer forslagene innebar.

Hele Legeforeningens organisasjon mobiliserte mot forslagene. Det var i tillegg motstand fra en rekke andre høringsinstanser mot mange av forslagene. Regjeringens forslag måtte også tåle til dels hard kritikk i media, blant annet på lederplass i sentrale aviser

Etter at høringsfristen fikk Legeforeningen innledet en dialog med Helse- og omsorgsdepartementet om situasjonen. Denne prosessen ledet frem til vesentlige endringer av forskriftsforslaget. Gjennomgående ble legens rett og plikt til prioritering innarbeidet. Nye oppgaver uten god begrunnelse ble fjernet. I august forelå det et utkast som Legeforeningen stilte seg bak. Forskriften ble vedtatt 31. august. Deretter ble det utarbeidet merknader. Allmennlegeforeningen avholdt ekstraordinært landsrådsmøte 25.9. 2012. Det ble da gitt full tilslutning til den endelige forskriften.

Utover høsten ble det iverksatt arbeid med revisjon av rammeavtalene mellom Legeforeningen og henholdsvis Oslo kommune og KS, se pkt. 2.4.2 og 2.4.3. Det ble også nedsatt arbeidsgrupper for å utrede blant annet kvalitetsutvikling, kapasitet og rekruttering.

2.4.2 Rammeavtaleforhandlinger KS

Det ble gjennomført reforhandling av rammeavtalen høsten 2012 etter at fastlegeforskriften var fastsatt 31. august. Helseministeren hadde gitt partene to år på å komme til enighet om endringer i sanksjonsbestemmelsene i rammeavtalen, det vil si konsekvenser av at fastlegen bryter med sine forpliktelser. I tillegg til dette var viktige tema i forhandlingene styrking av det lokale samarbeidet mellom kommunene og legene, samt håndtering av voldelige og truende pasienter.

Forhandlingene var konstruktive og det ble oppnådd enighet 15. oktober. Partene lyktes med å komme til enighet om nye sanksjonsbestemmelser. Det ble gjort endringer i legenes og

kommunenes gjensidige forpliktelser til samarbeid, samt utarbeidet retningslinjer for håndtering av voldelige og truende pasienter.

2.4.3 Rammeavtaleforhandlinger Oslo

Etter reforhandlingen av rammeavtalen med KS ble det gjennomført justeringer av rammeavtalen i Oslo etter mønster av endringene i KS- området. Avtalen ble inngått for ett år til 31. jan 2013. Samtidig forpliktet partene seg til å nedsette en arbeidsgruppe for å vurdere ytterligere avtalejusteringer i løpet av 2013.

2.4.4 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister

I 2012 var avtalesituasjonen for avtalespesialistene i stor grad uendret. Rammeavtalen ble prolongert.

Det har lenge vært varslet en endring av finansieringsordningen for avtalespesialister. Heller ikke i 2012 ble dette noen realitet. Avtalespesialistene har i svært liten grad vært en del av diskusjonen rundt samhandlingsreformen. Legeforeningen har i en rekke sammenhenger etterlyst dette.

I tillegg har det vært utfordringer med hvordan et par av de regionale helseforetak har forholdt seg til de avtalemessige forpliktelsene. Dette har vært fulgt opp med møter og skriftlig korrespondanse.

2.4.5 Normaltariffoppgjøret 2012

Forhandlingen om Normaltariffen ble sluttført 25.6. 2012. Partene ble enige om en ramme på 4,0 pst økning i takster, driftstilskudd, basistilskudd og fondsøkonomien. Legeforeningen fikk gjennomslag for en rekke nye takster. For avtalespesialistene del betydde det takster som understøtter modernisering i form av nye prosedyrer, mens det for fastlegene blant annet ble rom for en økning i takster som honorerer spesialistutdanning og legevaksarbeid.

Fondsøkonomien er anstrengt, og Legeforeningen ønsket en økt satsing på fondene i 2012. Staten var ikke villig til å bidra til ekstra avsetninger, slik at det måtte foretas en intern prioritering. Det ble da valgt å prioritere Utdanningsfond II og Allmennmedisinsk forskningsfond innenfor den rammen som var tilgjengelig. Det ble også avsatt 2 millioner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenestepensjonsordning (premiereguleringsfondet).

I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølgninger i form av protokolltilførsler, blant annet om opprettelsen av arbeidsgrupper som skal se nærmere på konsekvenser for statsavtalen/normaltariffen av den reviderte fastlegeforskriften, samt utvikling av takst for e-konsultasjon. Det ble også avtalt at partene skal gjennomføre en inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2012, som kan foreligge forut for forhandlingene i 2014

2.4.6 Avtaler med FNO og SPK

Honorarsatsene i avtalene med Finansnæringens hovedorganisasjon og Statens pensjonskasse om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse og utlevering av journal, ble justert i juni 2012. De tekstlige delene av avtalene forble uendret. Avtalen med SPK gjelder fra 1.7. 2012 til 30.6. 2014, mens avtalen med FNO gjelder fra 1.7. 2012 til 30.7. 2013.

2.5 Medlemsbistand og rettslige prosesser

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. Sekretariatet kan også gi bistand på områder som ikke omfattes av Rettshjelpsordningen.

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 samt kunnskap om lokale forhold, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har. Rettshjelpsordningens kjerneområder er arbeidsrett, tilsynssaker, fastlegers og avtalespesialisters avtaleforhold med det offentlige samt erstatningssaker, men også andre rettsområder er dekket. Sekretariatet har også i 2012 i tillegg gitt juridisk bistand på en del rettsområder som ikke omfattes av Rettshjelpsordningen, slik som på EU og EØS-rettslige spørsmål, samarbeidsavtaler i privat praksis, ”kataloghai-saker”, husleierett, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett.

Sekretariatet håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt noe økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende, og sekretariatet forsøker å bidra til effektiv rådgivning gjennom telefonvaktordninger, og søker på den måten at antallet skriftlige saker ikke øker unødvendig.

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Legeforeningen opprettet i underkant av 3 000 saker i 2012. Utover dette antallet besvares mange henvendelser på telefon i vaktentralen: mellom 10 000 -12 000. I 2012 var det flere saker vedrørende arbeidsforholdet i sykehus, også tillitsvalgte. Disse sakene ble løst med enighet. Det er også et økende antall leger som behøver bistand i saker vedrørende profesjonsutøvelse og tilsyn. Styrkede partsrettigheter for pasient og pårørende har medført en viss endring av legens posisjon og bruk av reaksjoner, noe som har foranlediget vurderinger av systemet. Legeforeningen har uttalt seg svært kritisk til muligheten for å begrense autorisasjonen i helsepersonelloven § 59 a uten at det påvises at legen er uskikket.

Tilsvarende tall for 2011 var 2 542, 2 300 for 2010, og i 2009 var det 1 613 saker. Dette indikerer en betydelig stigning over tid i etterspørselen etter juridiske tjenester. Sakene er ressurskrevende, og kompleksiteten øker. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Samlet sett er det flere tusen slike henvendelser per år. Denne formen for bistand/rådgivning er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli ressurskrevende. Sekretariatet prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen som forening.

Av helserettslige problemstillinger har det også i 2012 særlig vært spørsmål om taushetsplikt, samt et økende antall tilsynssaker. Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært særlig viktige saksområder i 2012, men også mange individuelt oppståtte saker. Det har vært et betydelig antall henvendelser fra OUS HF, UNN HF og Vestre Viken HF.

I 2012 besluttet foreningen å vurdere søksmål i en sak der en lege fikk begrenset sin autorisasjon av Helsetilsynet på dette grunnlaget, noe som medførte at vedkommende måtte

slutte som fastlege. Saken ble brakt inn for helsepersonellnemnda som besluttet at det ikke var grunnlag for reaksjoner. Saken har påført legen et betydelig økonomisk tap noe som tas videre med staten som motpart.

Legeforeningens advokat bisto en lege som offentlig oppnevnt forsvarer etter at han ble tiltalt for å ha forhindret politiets etterforskning. Legen hadde i sitt arbeid havnet i en situasjon i sitt arbeid der han skulle avlevere en pose narkotika som stammet fra en inneliggende pasient til politiet. Politiet ønsket personalia på pasienten. Da legen ikke ønsket å gi dette under henvisning til taushetsplikten gav politiet uttrykk for at de ville sørge for å ta DNA av posen. Legen opplevde dette som en utfordring av hans taushetsplikt og gned derfor posen mellom hendene før den ble utlevert. Politiet utferdiget et forelegg til legen for å ha forhindret politiets etterforskning gjennom å ødelegge bevis. I samråd med sekretariatets jurister aksepterte ikke legen forelegget. Saken ble overført til hovedforhandling i tingretten. Legen ble frifunnet, men saken er påanket og vil komme opp for lagmannsretten i april 2013.

På vegne av et medlem ble det tatt ut stevning mot en avis på grunnlag av injurierende uttalelser.

2.5.1 Bistand fra sekretariatet

Det har også i 2012 vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere, og særlig knyttet til arbeidsrettslige spørsmål mht. nedbemanning og oppsigelser av hjelpepersonell, virksomhetsoverdragelse 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. 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.

2.5.2 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 2012 hadde utvalget 42 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 25 saker, og fattet vedtak om avslag i 17 saker.

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.. 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.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Det har vært møter med Norsk medisinstudentforening (Nmf) om et samarbeid for å utvikle NOLUB (Nasjonale overordnede læringsmålsutbyttebeskrivelser)/kjernepensum for medisinstudiet. Temaer som pasientsikkerhet og global helse har også blitt tatt opp. Norsk medisinstudentforening har levert innspill og leder har deltatt i stortingshøring, sammen med Ylfs leder og Legeforeningen sekretariat, til melding til Stortinget om Utdanning for velferd (Meld. St. 13). Stortingsmeldingen omhandler bl.a. forslag om omgjøring av profesjonsstudier, herunder medisinstudiene i Norge, til bachelor - master.

3.1.2 Turnustjenesten

Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) vedtok den 3. desember 2012 forskriftsendringer som innfører ny ordning for legers turnustjeneste. Ordningen implementeres den 15. februar 2013. Forskriftsendringene har vært på høring sommer/sensommeren 2012.

Ny turnusordning har vært en viktig sak for Legeforeningen i flere år. Hovedtrekkene i den nye forskriften er i tråd med Legeforeningens anbefalinger. Den nye tjenesten vil være en god løsning på flere av de utfordringene vi har stått overfor, blant når det gjelder kapasitet. Legeforeningen mener at det er en fremtidsrettet løsning for å få nyutdannede leger gjennom en kvalitetssikret obligatorisk praktisk tjeneste uten lange ventetider.

Det skal gis autorisasjon ved cand. med. til de som er utdannet i Norge. Den nye turnustjenesten blir en første obligatorisk del av spesialistutdanningen. Ordningen er søknadsbasert. Antall turnusplasser på 950 opprettholdes. 12 måneders sykehustjeneste og seks måneders tjeneste i kommunehelsetjenesten skal sikre et felles faglig grunnlag for leger som skal spesialisere seg i Norge. For å sikre at alle sykehus og kommuner skal få søkere til sine stillinger, er det lagt opp til to søknadsrunder, der de rekrutteringssvake stillingene lyses ut først. Det vil også være koblede stillinger, dvs. at sykehus og kommuner utlyses samlet.

Inntil EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv (2005/36) er tilpasset den nye forskriften, vil ikke leger som får autorisasjon i Norge direkte etter bestått medisinsk embetseksamen få fulle rettigheter i EU/EØS. Det innebærer også at cand. med. med fulle rettigheter fra EU/EØS-land inntil direktivet er endret kan tilsettes som lege i spesialisering uten norsk eller tilsvarende turnustjeneste. Legeforeningen er opptatt av at leger som søker stilling som lege i spesialisering har de samme grunnkvalifikasjonene. Det haster derfor med å få på plass de nødvendige endringer i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, norske myndigheter arbeider med dette.

Det er etablert overgangsordninger for kandidater som har fått utsatt turnustjeneste, er i svangerskapspermisjon, har gjennomført kun deler av turnustjenesten etc.

Legeforeningen er opptatt av at nye ordninger *ikke må forverre vilkårene for studenter som allerede er tatt opp på et medisinstudium*. Foreningen er derfor tilfreds med at myndighetene nå legger til rette for at søkere fra EU/EØS-land som ikke gir fulle rettigheter (autorisasjon) etter cand.med. blir ivaretatt i ny ordning. Prognoser for fremtidig behov for leger i Norge viser at det er behov for både dem som studerer i Norge, og de norske studentene vi har i forskjellige europeiske land i det norske legearbeidsmarkedet.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen vedtatt en rekke endringer i spesialistregelverket:

Det er besluttet å etablere ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin. Tjenestekravet, kurskravet og kravene til ferdigheter, kompetanse og erfaringer i psykiatri er endret. Spesialiteten kjevekirurgi og munnhulesykdommer har skiftet navn til maxillofacial kirurgi.

Kurskrav er endret i spesialitetene medisinsk mikrobiologi, klinisk farmakologi, onkologi, ortopedisk kirurgi, samfunnsmedisin, blodsykdommer, hjertesykdommer og karkirurgi.

Prosedyrekravene er endret i spesialitetene radiologi, barne- og ungdomspsykiatri, indremedisin, revmatologi, hjertesykdommer og karkirurgi. Det er innført prosedyrekrav i spesialiteten hud- og veneriske sykdommer.

Det er foretatt endringer i merknad til tjenestekravet i øre- nese- halssykdommer og nevrologi.

Overgangsordningen i samfunnsmedisin er vedtatt forlenget med to år, og det er fremmet forslag om at kravet om tjeneste på både statlig og kommunalt nivå oppheves.

Det ble sommeren 2012 iverksatt et prosjektarbeid om fremtidig spesialitetsstruktur. Det ble nedsatt en prosjektgruppe, med undergrupper i kirurgi og indremedisin. Arbeidet har vært ledet av Johan R. Torgersen. Rapporten fra prosjektarbeidet vil bli forelagt sentralstyret, som forbereder sak for landsstyret 2013.

Parallelt med Legeforeningens utredning har Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, iverksatt et prosjektarbeid om spesialitetsstruktur og -innhold, der Legeforeningen har vært aktiv bidragsyter. Helsedirektoratets arbeid skal munne ut i en anbefaling til departementet sommeren 2013.

3.1.4 Etterutdanningen

Per 31.12. 2012 var det 1 516 registrerte brukere av LEIF. Dette tallet er stadig økende og omfatter både vanlig LEIF og LEIF Allmennmedisin. Etter hvert som det kommer flere brukere av systemet, oppdages nye forbedringsmuligheter.

I 2011 opprettet sentralstyret en arbeidsgruppe som skulle utrede alle sider ved legespesialistenes etterutdanning. Arbeidsgruppen, under ledelse av Morten S. Selle, startet sitt arbeid i desember 2011. En foreløpig rapport ble fremlagt og diskutert på landsstyremøtet 2012.

I desember 2012 er utvalget i ferd med å avslutte sitt arbeid. Rapporten vil bli levert sentralstyret som forbereder sak for landsstyret 2013.

3.1.5 Kursutdanning

845 kurs ble i 2012 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning, som finnes på Legeforeningens nettsider. Det har totalt vært 27 640 deltakere på disse kursene. Kurskatalogen er den desidert mest besøkte adressen på Legeforeningens nettsider.

Til Akademisk Studieforbund (AKS) har Legeforeningen i 2012 innrapportert 508 kurs på til sammen 10 673 kurstimer. Universitetskursene er inkludert. Det har vært 17 314 deltakere totalt.

3.1.6 E-læring

Legeforeningen har 12 inntektsgivende rene nettkurs på sin kursportal. I tillegg ligger gratis tilgjengelig kurs i Helseforskningsloven, beregnet på forskere, og fire internasjonale kurs, beregnet på kursdeltakere fra hele verden.

Antall kursdeltakere i inntektsgivende nettkurs fordeler seg slik:

Obligatorisk kurs i sakkyndig arbeid: 858

Valgfrie nettkurs: 257

Fra høsten 2013 tilbyr Legeforeningen tre obligatoriske kombinerte kurs (forberedende nettdel kombinert med samling).

Grunnkurs i klinisk kardiologi (tre dager nett og to dager samling) og grunnkurs i fordøyelsessykdommer (tre dager nett og en dags samling) videreføres fra tidligere, og er begge nå under revisjon. Kardiologikurset planlegges fullført i 2013, kurset i fordøyelsessykdommer planlegges revidert innen utløpet av 2014.

I løpet av våren 2013 publiseres nye grunnkurs C i forbyggende medisin for allmennleger. Kurset er et kombinert kurs som består av en todagers forberedende nettdel og en todagers samling.

Innen utløpet av 2013 planlegges ferdigstilt nettkurs om Norm for informasjonssikkerhet. Kurs i sårbehandling er også under utvikling.

3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sakkyndig komité ble oppnevnt av sentralstyret i møte 9.12. 2011. Komiteen har hatt fire møter i 2012 og blant annet foreslått endringer i reglene og overgangsregler for kompetanseområdet. Det er innkommet én søknad om godkjenning i kompetanseområdet og det er godkjent sju kurs.

3.1.8 Kompetanseområde i allergologi

Landsstyret fattet i mai 2012 vedtak om opprettelse av kompetanseområde i allergologi. Det ble delegert til sentralstyret å fastsette endelige bestemmelser for utdanningen etter at arbeidsgruppen hadde vurdert kommentarene i høringsuttalelsene. Sentralstyret ble også delegert å vurdere på hvilken måte kompetanseområdet mest hensiktsmessig blir etablert.

Sentralstyret vedtok i møte 12.11. 2012 at kompetanseområde i allergologi etableres i Legeforeningen med sentralstyret som godkjenningsorgan, og at det oppnevnes en sakkyndig komite 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.

Det innhentes forslag til representanter til en sakkyndig komité fra Norsk barnelegeforening, Norsk forening for dermatologi og venerologi, Norsk forening for allergologi og immunpatologi, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for arbeidsmedisin, Norsk forening for lungemedisin, Norsk forening for otorhinolaryngologi, hode- og halskirurgi og Norsk gastroenterologisk forening.

3.2 Forskning

Forskningspolitisk strategidokument for perioden 2012-14 ble ferdig stilt og lagt frem for Landsstyret. Innspill fra Landsstyrets behandling ble innarbeidet og dokumentet ble endelig godkjent av Sentralstyret i møte 13.6. 2012. Sekretariatet har i 2012 konsentrert seg om oppfølging av strategidokumentet i samarbeid med relevante organisasjonsledd. Det er primært jobbet med følgende områder; forskningens plass i spesialistutdanningen og forskning på tjenesteplanen. I mars 2012 ble det gitt innspill til regjeringens forskningsmelding 2013.

Kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse for leger tilbys nå i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF i samarbeid med fakultetene og Legeforeningen. Tilbudet retter seg i første omgang til leger i klinisk stilling som også har ansvar for forskningsveiledning. Denne gruppen er økende, og det er ventelister til hver kursstart. Kurset tilbys også i Helse Midt RHF etter samme mal som de øvrige kursene.

3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

Kvalitetsarbeid i spesialisthelsetjenesten

Se punkt 1.1 Satsingsområde 1: Kvalitet skal måles – og resultatene skal brukes til forbedring.

Fagutvikling i spesialisthelsetjenesten

I løpet av 2012 har Legeforeningen utarbeidet et hefte om veiledning av leger i spesialisering. Hftet tar for seg den praktiske gjennomføringen av veiledningen. Høsten 2012 var dokumentet på intern høring i organisasjonen, og det er nå klart for utgivelse med tittel: «Hva er god veiledning? En praktisk innføring i veiledning av leger i sykehus». Hftet blir sendt ut med Tidsskriftet til både overleger og sykehusleger.

I tillegg til heftet om veiledning mottar overleger og leger i spesialisering en revidert lommebrosjyre om veiledning av leger i spesialisering. Lommebrosjyren er trykket i hardplast og vil egne seg til å ha i lommen på legefrakken. Teksten på lommebrosjyren definerer hva veiledning er, hvor hyppig veiledningen bør være og gir begrunnelser for hvorfor veiledning er viktig. I tillegg gir lommebrosjyren forslag til hvilke elementer som kan inngå i veiledningssamtalene.

For å styrke og bredde tilbudet i veiledning, har Legeforeningen tatt initiativ til et kursholderkurs («Train the trainers»-kurs) for leger med interesse for utdanning som kan tenke seg å holde kurs i medisinsk veiledningspedagogikk for kolleger. Kurskomiteen har bestått av representanter fra Overlegeforeningen, Yngre legers forening og sekretariatet. Kurset ventes ferdig og klar for annonsering i løpet av første halvår 2013. Målet for Legeforeningen er at alle leger i spesialisthelsetjenesten skal få tilbud om kurs i medisinsk veiledningspedagogikk.

Rapport etter prosjekt gruppeveiledning på Kvinne- og barneklubben ved Oslo Universitetssykehus er publisert. Rapporten konkluderer med at veiledning av leger i utdanning i gruppe bør videreutvikles og videreføres.

Kurs i kommunikasjonstrening for leger er godkjent som tellende kurs i legers videre- og etterutdanning. Legeforeningen er representert i referansegruppen for utvikling av et «Train the Trainers»-kurs der tema er lege – pasient kommunikasjon.

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger

Det ble gjennomført en konferanse for de fagmedisinske foreningene 27. mars 2012. Konferansen var todelt. Første temaet var kvalitetsarbeid med fokus på kvalitet på grunnlag av indikatorer og retningslinjer. Det ble blant annet diskutert hvordan implementere kvalitetsforbedring, hvordan engasjere leger i dette, samt EPJ som klinisk dokumentasjon og beslutningsverktøy. Tema to var prosjekt etterutdanning.

3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok (NLH)

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 produsent- og myndighetsuavhengig oppslagsbok om legemidler. Et *redaksjonsutvalg* er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene.

Norsk legemiddelhåndbok foreligger som nett- og papirutgave, og en applikasjon for smarttelefon er under utvikling. Det ble i 2012 gjennomført en brukerundersøkelse som grunnlag for videreutviklingen av NLHs innhold og presentasjonsform.

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"

Hoveddelen av gjennombruddsprosjekt «Tidlig oppdagelse og behandling av første gangspsykose» ble avsluttet i 2011. Det som var nytt ved dette prosjektet i forhold til tidligere prosjekter som Legeforeningen har gjennomført var at

- alle forbedringsteamene forpliktet seg til å fortsette med målinger av eget kvalitetsarbeid i ett år etter den egentlige prosjektperioden,
- det ble gjennomført en ekstra fellessamling i januar 2012, der teamene redegjorde for sine resultater etter regulær prosjektavslutning,
- International Research Institute of Stavanger (IRIS, tidligere Rogalandforskning) fulgte gjennombruddsprosjektet og utførte to studier (en i selve prosjektperioden og en det påfølgende året). IRIS' rapport med erfaringer fra gjennombruddsprosjektet er tilgjengelig på nettsiden <http://www2.iris.no/internet/student.nsf/wvPublNr/2012-002>

3.3.4 Skriftserie for leger

Retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi. Konsensusrapport 2011. Utgitt 2012.

Praktisk veileder i allergivaksinasjon, 2. utgave 2011. Utgitt 2012.

Veileder i biopsibesvarelse av maligne svulster, 2. utgave 2012.

Veileder i akutt pediatri 2007, nytt opplag.

Rapport fra gjennombruddsprosjekt *Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose*.

3.3.5 Senter for allmennmedisinsk kvalitet – SAK

SAK – innhold-prosjektet (2010-2012) har forberedt et nasjonalt kompetansesenter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet gjennom utvikling og utprøving av verktøy og metoder. Prosjektet har vært finansiert av Kvalitets og pasientsikkerhetsfondet med i alt 6.6 millioner kroner over tre år.

I 2012 ble det gjennomført et modellforsøk med sju læringsnettverk over hele landet, med tre-fire lokale legekontorer i hvert, og med fastleger og medarbeidere som deltakere. De 25 legekontorene var blant 75 påmeldte til prosjektet. Kontorene gjennomførte en kvalitetssyklus over ett eller flere selvvalgte emner, i samarbeid med nettverket, og med eksterne veiledere som

hadde fått opplæring i prosjektet.

SAK-Innhold-prosjektet presenterer rapport fra læringsnettverkene våren 2013. Det har vært brukt en evalueringsmetode som er en tilpasning av evalueringsmetoden for Legeforeningens gjennombruddsprosjekter.

SAK følger opp Legeforeningens statusrapport 2009 ”Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020” som foreslo å opprette et senter for kvalitet 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 hadde som intensjon å få til et tett utviklingssamarbeid med myndigheter og andre instanser i løpet av prosjektperioden. Dette har ikke lyktes. Styringsgruppa vurderte imidlertid at det er grunn til å holde SAK aktivitet i gang også i 2013, og det er søkt om og innvilget midler til to avgrensede prosjekter:

- Verktøykasse for PKO
- Læringsnettverk med bruk av elektronisk uttrekk av kvalitetsindikatorer fra EPJ.

Legeforeningen fremmet ønske om fondsavsetninger for oppstart / drift av SAK under Normaltariff forhandlingene i 2012. Dette ble avvist av staten, men det ble protokollført at HOD, KS og Legeforeningen skulle arbeide videre sammen om tilrettelegging av kvalitetsutvikling i fastlegeordningen. Legeforeningen arbeider videre med spørsmål omkring organisering og finansiering av SAK.

EPJ-løftet er et initiativ som ble reist med SAK prosjektet. 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

Samstemmingsprosjektet kom i gang sommeren 2012 med finansiering fra Helsedirektoratet, med Norsk forening for allmennmedisin som prosjekteier, og med ekstern prosjektledelse. Produktet er blitt utviklet etter planen og forventes breddet første halvår 2013. Det arbeides også med videreføring av de to andre satsingspunktene i EPJ løftet.

3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin

Det sjette innføringskurset i kognitiv terapi for allmennleger startet i november 2012 med 26 deltakere. Dette er et samarbeid mellom NFA og Norsk forening for kognitiv terapi. Bente Aschim og Sverre Lundevall er kursledere.

Prosjektet "Faglig / klinisk veiledning i luftambulansetjenesten" fikk en påfyllingssamling hvor veilederkoordinator Kristin Prestegaard deltok med innspill.

Veilederkoordinator Peter Prydz hadde to dagers veilederkurs for 11 russiske allmennleger i Arkangelsk i oktober 2012.

For første gang er det tatt ut statistikk fra sluttevalueringene på spørreundersøkelser etter endt veiledningsgruppe. Det gir verdifull informasjon til å forbedre veilederarbeidet.

Det er fortsatt stor interesse for veiledningsgrupper i samfunnsmedisin. I løpet av hele 2012 fungerte 22 grupper og per 31.12. 2012 er 17 grupper med ca. 150 deltakere i aktivitet.

Gruppene er spredt over hele landet fra Finnmark i nord til Agderfylkene i sør.

Den nye Veiledningshåndboka for samfunnsmedisin ble ferdigstilt våren 2012 og er i løpet av høsten publisert på Legeforeningens nettsider. Boka er ment som et praktisk hjelpemiddel for arbeidet i veiledningsgruppene.

Ni leger ble godkjente spesialister i samfunnsmedisin i 2012, noe som er det høyeste tallet siden 1998.

3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I 2012 var det 94 veiledningsgrupper i allmennmedisin, ni veiledningsgrupper i arbeidsmedisin og 22 veiledningsgrupper i samfunnsmedisin. I alle tre fagene ble det opplevd økende tilstrømning 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. 2012 registrert 1 150 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin. Det er registrert og startet åtte nye grupper i alders og sykehjemsmedisin.

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

Utdanning av veiledere i allmennmedisin og arbeidsmedisin med 34 deltakere, 29 allmennmedisinere og fire arbeidsmedisinere, ble sluttført på Kongsvold i september 2012.

Trinn III i den nye veilederutdanningen for samfunnsmedisin ble gjennomført på Sola våren 2012 og 16 nye veiledere er nå ferdige med denne utdanningen. 15 av 16 deltakere er nå i gang med egne grupper alene eller sammen med en kollega.

3.3.10 Etterutdanning av veiledere i allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin

Det ble gjennomført to dagers kurs på Sola i april 2012 med 30 veiledere med praktiske ferdigheter i veiledning ved veilederkoordinatorer.

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 2012 vært avholdt 20 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 268 deltakere.

3.4 Godkjenning av veiledere

3.4.1 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri

Det ble i 2012 godkjent fem veiledere i psykodynamisk psykoterapi, tre i gruppepsykoterapi og ni i kognitiv terapi.

Samlet sett er dette det femte høyeste antallet godkjenninger på ett år. Antallet godkjenninger har tidligere bare vært høyere i 2000 og hvert av årene 2005 – 2007.

3.4.2 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri

Det ble i 2012 godkjent seks veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri.

Dette er det tredje høyeste antallet godkjenninger på ett år og det høyeste antallet godkjenninger siden 1990. Antallet godkjenninger har tidligere bare vært høyere i 1989 med sju godkjenninger og i 1990 med 21 godkjenninger. Det var ingen slike godkjenninger verken i 2011 eller i årene 2005- 07.

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

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/Statistikk-om-godkjente-psykoterapiveiledere/>

3.4.3 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin

Det ble i 2012 godkjent én veileder i allmennmedisin, mens det ble godkjent tre i 2008, fire i 2009, tre i 2010 og 12 i 2011.

3.4.4 Godkjenning av veiledere i samfunnsmedisin

Det ble i 2012 godkjent én veileder i samfunnsmedisin.

4 Helsepolitikk

4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid

Legeforeningens utvikling av helsepolitikk i 2012 har vært todelt. Det strategiske og langsiktige arbeidet har vært knyttet til de strategiske satsingsområdene *Ledelse i sykehus* og *Nasjonal sykehusplan*. 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 2012 er bemanning, investerings- og ledelsesutvikling ved sykehus, oppfølging av samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift, og folkehelsearbeidet.

Bemanning, investerings- og ledelsesutvikling i sykehus

Legeforeningen mente sykehusreformen i 2002 kunne legge grunnlag for en bedre håndtering av investeringer i bygninger og utstyr. I dag ser vi et stort sprik mellom investeringsbehov og – midler, til bygg IT og utslitt medisinsk utstyr. Norsk spesialisthelsetjeneste er preget av ubalanse mellom oppgaver og ressurser. Sykehusene må styre økonomisk stramt og skape overskudd for helt nødvendige investeringer innen IKT, bygningsmasse og medisinsk-teknisk utstyr. Slike investeringer kan ikke være avhengig av en usikker økonomisk situasjon i sykehusene. Legeforeningen har i 2012 mottatt mange tilbakemeldinger fra tillitsvalgte i flere helseforetak om at nødvendige investeringer ikke vil være mulig innenfor budsjettrammen.

Legeforeningen har lagt vekt på at når samhandling er nøkkelen til effektiv utnyttelse av helsetjenestens ressurser må det satses mer på teknologi som letter samarbeid og deling av informasjon. Hvis datasystemene i helsetjenesten hadde fungert bedre, ville pasientene fått både raskere og tryggere behandling. Norge er på sisteplass i Norden når det gjelder IT-investeringer i sykehus. Dagens situasjon preges av manglende standardisering, manglende brukervennlighet og at mange systemer ikke kan kommunisere med hverandre. Legeforeningen har fremhevet behovet for en Nasjonal IKT-satsing i helsetjenesten (topp-moderne IT-systemer) må på plass snarest.

Det er heller ikke samsvar mellom pålagte oppgaver og ressurser. Det må ansettes flere leger i sykehus. Fremover vil det være spesialistmangel innen en rekke spesialiteter. Legeforeningen har derfor markert seg i bemanningsproblematikken. Ubalansen mellom oppgaver og ressurser fører til at de ansatte nær pasienten har det for travelt, med mange brudd på arbeidstidsbestemmelsene. Faste stillinger for sykehusleger har i 2012 vært en kjernesak. Legene har for liten tid til legearbeid. Undersøkelser fra Legeforeningens forskningsinstitutt viser at sykehusleger i dag bare bruker 46.9 % av arbeidsdagen til pasientrettet arbeid, mens resten brukes på administrasjon, møter og dokumentasjon.

Oppfølging av samhandlingsreformen og ny fastlegeforskrift

Legeforeningen brukte i 2012 store ressurser på myndighetsdialog knyttet til utvikling av ny fastlegeforskrift. Forskriften trådte i kraft 1.1.2013.

Siden 2001 har Norge hatt en velfungerende fastlegeordning, og det er ikke uten grunn at den gang på gang blir kåret til den beste offentlige ordningen vi har.

Fastlegens fremste oppgave er å være tilgjengelig for sine listepasienter. Den nye forskriften ivaretar dette, og det er også sammenheng mellom myndighet og ansvar. Forskriften synliggjør fastlegens rett og plikt til å gjøre selvstendige prioriteringer og vurderinger i pasientbehandlingen. Tydelige ansvarsforhold er avgjørende for pasientsikkerheten.

For Legeforeningen har det vært viktig å bidra i det videre arbeidet med å forbedre og fornye fastlegeordningen: Det må lages en opptrappingsplan for å øke antallet fastleger, det må bli

obligatorisk å være spesialist eller spesialisere seg i allmennmedisin for å få fastlegehjemmel og et senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK) må etableres. Legeforeningen utga i 2012 statusrapporten *Godt å bli gammel i Norge? - Fra ord til handling i eldreomsorgen*. Rapporten peker på flere sentrale tiltak i oppfølging av samhandlingsreformen, jf. kap. 4.3.2.

4.2 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2012 behandlet Legeforeningen 68 høringer. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser er vedlagt i årsmeldingen. Høringsarbeidet utgjør en sentral del av politikkutviklingen 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 politikkutformingen, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter. Høringsuttalelser fra 2005 frem til i dag ble lagt ut på legeforeningen.no og disse er nå tilgjengelig under “Legeforeningen mener”.

4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

Legeforeningen ferdigstilte i 2012 statusrapportene *Pulsen opp for bedre helse - om helsefremmende og forebyggende arbeid* og *Godt å bli gammel i Norge? - Fra ord til handling i eldreomsorgen*. Arbeidet med statusrapport om nasjonal sykehusplan ble påbegynt.

4.3.1 Statusrapport - Pulsen opp for bedre helse

Rapporten peker på at det er nødvendig med en langt sterkere satsing på å forebygge sykdom som forårsakes av usunne levevaner. Helse må inn i all politikk. Folkehelsen i dag formes av hvordan vi lever, og helseforskjellene øker innad i befolkningen. Den generasjonen som vokser opp i dag står i fare for å leve kortere enn sine foreldre. Sosiale helseforskjeller arves og de øker. Grunnen er en kraftig økning i alvorlige livsstilssykdommer. En god folkehelsepolitikk må redusere sosial ulikhet i helse.

Pris- og lovendringer har bidratt til en kraftig reduksjon i tobakksforbruket. Tilsvarende grep må også tas på kostholdsidene. Det må tilrettelegges langt bedre for daglig fysisk aktivitet i alle aldersgrupper. Helsetjenesten har en viktig rolle i det forebyggende og helsefremmende arbeidet. Forskning viser at helsepersonell er den gruppen fagfolk som befolkningen har størst tiltro til når det gjelder endring av levevaner. Kunnskap om hvilke tiltak som er treffsikre må økes. Økt satsing på tiltak som reduserer funksjonstap, utstøting og ensomhet må være grunnmuren i alt forebyggende og helsefremmende arbeid.

Legeforeningen presenterte den nye statusrapporten på landsstyremøtet 2012. Landsstyret tok også den viktige debatten om betydningen av en mer offensiv folkehelsepolitikk.

4.3.2 Statusrapport – Godt å bli gammel i Norge? - Fra ord til handling i eldreomsorgen

Legeforeningen peker i denne rapporten på viktige forbedringsområder i eldreomsorgen. Vårt utgangspunkt er det aldri har vært så mange kompetente og ressurssterke mennesker i pensjonsalder her i landet. Disse ressursene må mobiliseres, hentes ut og verdsettes både i arbeidslivet, i frivillig arbeid og i politikken. Samtidig vil økt levealder og flere eldre i befolkningen føre til økt forekomst av helseplager og sykdom. Nødvendige tiltak for å møte økt behov for helse- og omsorgstjenester må planlegges nå og iverksettes i tide.

Det forebyggende arbeidet må styrkes slik at vi holder oss friske og selvhjulpne lengre. Også eldre har helsegevinst av fysisk aktivitet, et sunt og næringsrikt kosthold, røykeslutt og et begrenset alkoholinntak, og må motiveres til dette.

De kommunale helse- og omsorgstjenestene må styrkes både når det gjelder kapasitet og kompetanse, slik at flere kan bo lengre hjemme. Fastleger og legevaktsleger må kunne legge pasienter som trenger øyeblikkelig pleie og omsorg - men ikke sykehusenes spesialiserte tjenester- direkte inn i kommunale institusjoner/sykehjem (på korttidsplass/rehabiliteringsplass). Samhandlingen mellom hjemmetjenestene og fastlegene må forbedres, gjennom faste kontaktpunkter, gode systemer for elektronisk meldingssystem, og styrking av kommuneoverlegens rolle som ansvarlig for utvikling og vedlikehold av nødvendige systemer og rutiner.

Terskelen for å få sykehjemsplass/heldøgns pleie og omsorg må bli lavere. Det er behov for flere sykehjemsplasser, særlig korttidsplasser, som brukes til formålet de er avsatt til. Det må stilles klare kvalitetskrav til omsorgsboliger som omfatter tilbud om heldøgns pleie og omsorg, egnet medisinsk utstyr og et definert helsetilbud. Legetjenestene til beboere i sykehjem må prioriteres høyere, blant annet gjennom innføring av Legeforeningens forslag til nasjonal legebemanningsnorm i sykehjem. Myndighetene må formelt etablere et kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin.

Syke eldre må sikres nødvendige spesialisthelsetjenester. Samhandlingsreformens mål om å styrke kommunehelsetjenesten støttes, men nye økonomiske insentiver må ikke føre til svekket helsetjenestetilbud til eldre og økte kommunale forskjeller. Sykehusene må ikke «presse» legene til å fremskynde utskrivningstidspunktet på grunn av økonomisk gevinst. Hjemmeboende eldres muligheter til å få sykehjemsplass må ikke ytterligere svekkes. De medisinske fagområdene som står for diagnostikk, behandling og oppfølging av eldre i spesialisthelsetjenesten, og samarbeidet mellom dem må styrkes.

En viktig oppgave for samfunnet er å bidra til at forventede dødsforløp kan møtes med så god omsorg og smertelindring som mulig.

4.3.3 Policynotater

Policynotater er kortfattede helsepolitiske notater om aktuelle problemstillinger. Formålet er dels å gi tillitsvalgte kortfattet Legeforeningens politikk på et område, dels å informere medlemmer og allmennhet hva som er Legeforeningens politikk. Notatene er utformet for å være lett tilgjengelige. Policynotatene har også en funksjon ved at foreningen raskt kan samles om et aktuelt helsepolitisk standpunkt. Notatene sendes ved noen tilfeller på høring internt i foreningen før de vedtas av sentralstyret.

I arbeidet med skriftliggjøring av Legeforeningens politikk som sentralstyret vedtok i 2012, er det igangsatt et arbeid med en gjennomgang av alle eksisterende policynotater samt utarbeiding av nye. Målet er å ha oppdatert, tydelig og godt forankret politikk på de fleste helsepolitiske temaer. Policynotatene skal heretter systematiseres etter temaene i prinsippprogrammet: Etikk, Medisinsk forskning og fagutvikling, Folkehelse, Sosial ulikhet, Organisering av helsetjenestene, Utdanning og kompetanseutvikling, Gode rammer for yrkesutøvelsen, Ledelse. Policynotatene skal justeres hvert fjerde år etter at nytt prinsippprogram er vedtatt (sentralstyrevedtak 19.8.2012). I forbindelse med oppdateringen av policynotater er det utarbeidet enklere prosesser, slik at det er mulig raskt å utarbeide og vedta slike ved behov.

I 2012 ble det vedtatt 12 policynotater: Kvalitet må måles og brukes til forbedring (1/2012), Arbeidsmiljø i sykehus (2/2012), Fysisk aktivitet – verdens beste behandling (3/2012), Kosthold – sunne valg må gjøres enklere (4/2012), Stump røyken – snus må ut (5/2012), Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling (6/2012), Barn og unges helse (7/2012), Flere leger i sykehjemmene (8/2012), Omsorgsboliger og sykehjem er ikke det samme (9/2012), Alkohol og helseskader – det bagatelliserte alvor (10/2012), Innvandrerhelse (11/2012) og Legens rolle i sykefraværarbeidet (12/2012).

4.4 Myndighet og organisasjonskontakt

4.4.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i seks høringer i Stortinget i 2012, hvorav 5 i Helse- og omsorgskomiteen og 1 i Kontroll- og konstitusjonskomiteen. Nedenfor gjengis hovedinnholdet i noen tematisk sentrale høringer. Legeforeningen uttalte seg i tillegg om forslag til statsbudsjett i oktober 2012.

Høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité om Oslo Universitetssykehus

Kontroll- og konstitusjonskomiteen avholdt høring om omstillingen ved Oslo universitetssykehus. Legeforeningen la i høringen vekt på at forståelsen av risikoen knyttet til dagens situasjon er svært ulik mellom pasienter og pasientorganisasjonene, ansatte og Helsetilsynet på den ene siden - og helseforetak, regionalt helseforetak og departementet på den andre siden. Det ble formidlet at det må utarbeides en ny og realistisk plan for den videre omstillingen ved OUS. Effektiviseringsgevinster kan ikke hentes ut før etter at omstillingen er gjennomført. Realistiske finansieringsrammer som er i samsvar med planen for det videre fusjonsarbeidet ble fremhevet som avgjørende. Staten må ta et større ansvar for nasjonale IKT-løsninger, og ta ansvar for nødvendige investeringsmidler til moderne sykehusbygg. Ansatte må i større grad involveres i planleggingen og gjennomføringen av omstillingsprosessen

Prop. 89 (2011-2012) Endringer i helseregisterloven mv.

Sentralt i lovforslaget var innføring av nasjonal kjernejournal. Legeforeningen uttalte seg i hovedsak enig i formålet med en kjernejournal. Det ble lagt vekt på at det må utvikles løsninger som bygger på brukernes behov ved å ta utgangspunkt i behandlingssituasjonen og hva som tjener pasientene. Legeforeningen støttet derfor opprettelsen av en nasjonal kjernejournalløsning, forutsatt at personvern, datasikkerhet og finansiering er tilfredsstillende ivarettatt. Legeforeningen fremhevet at en kjernejournalløsning må fremstå så trygg og sikker at pasientene føler tillit til den. Både pasienter og helsepersonell må ha tillit til at opplysningene i kjernejournalen er korrekte og oppdaterte. Alle relevante virksomheter i helsevesenet må være forpliktet til å avlevere opplysninger til kjernejournalen. Det følger av dette at alle aktører i helsetjenesten m Representantforslag 18S (2011-2012) om en reell behandlingsgaranti for kreftpasienter å være i stand til å samhandle elektronisk.

Representantforslag 18S (2011-2012) om en reell behandlingsgaranti for kreftpasienter

Representantforslaget pekte på reell behandlingsgaranti for kreftpasienter som inneholder en juridisk rett til behandling innen tjue virkedager dersom det ikke foreligger medisinskfaglige begrunnelser som tilsier lengre behandlingstid. Legeforeningen uttalte at utfordringene knyttet til lange ventetider på kreftområdet skyldes ikke at kreftpasienter systematisk blir nedprioritert som følge av dagens prioriteringsforskrift. Tilbudet er mangelfullt som følge av for lav samlet kapasitet herunder begrenset tilgang på kompetanse. Det er behov for økt kapasitet og kvalitet i tilbudet til kreftpasientene, herunder kortere ventetider, mer treffsikker diagnostikk, raskere start av behandling og bedre oppfølging. Dette må sørges for gjennom

tilførsel av ressurser til feltet, herunder flere spesialister. Individuell medisinskfaglig vurdering ved fastsetting av behandlingsfristen legger til grunn den enkelte pasients situasjon og dermed en reell og konkret vurdering av hvor lenge det er forsvarlig å vente. Særskilte behandlingsgarantier for pasientgrupper er prinsipielt problematisk og ikke alene tilstrekkelig for å oppnå de ønskede målsetningene om å øke kapasitet og kvalitet i tilbudet.

4.4.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv.

Legeforeningen har i 2012 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 2012.

Legeforeningen har i 2012 gjennomført flere møter med pasientorganisasjoner på folkehelsefeltet. Samarbeidet med Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Norsk Fysioterapiforbund og Idrettsforbundet om fysisk aktivitet i skolen ble videreført og styrket. Det ble gjennomført et stort seminar på Litteraturhuset i Oslo der myndighetene ble utfordret til handling. Målet om en times fysisk aktivitet hver dag støttes nå av 26 organisasjoner bl.a. LHL, Turistforeningen, Diabetesforbundet.

Legeforeningen deltar i faste kontaktmøter om flere folkehelsepolitiske tema i Helsedirektoratet. Samarbeidet i sammenslutningen Tobakksfritt er videreført i 2012.

5 Internasjonalt arbeid

5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid 2011-12

Legeforeningen internasjonale engasjement er spesielt rettet mot CPME (den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). Legeforeningen er også engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina og Tyrkia. Fra 2012 var utvalg for menneskerettigheter, utvalg for klima og global oppvarming og utvalg for global helse slått sammen til ett utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse behandler saker som angår internasjonale helsespørsmål og gir råd til sentralstyret innenfor sitt mandat. Legeforeningen bidro også til planlegging og gjennomføring av Globvac-konferansen om Innovation for Global Health. Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interesse-/fagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i deres egne årsmeldinger.

5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner

Verdens legeforening (WMA) www.wma.net

WMA holdt sitt councilmøte i Praha i april og generalforsamling i Bangkok i oktober. Tidligere president Torunn Janbu har ledet den medisinsk-etiske komiteen og er medlem av finanskomiteen. Sentrale saker har vært revisjon av Helsinkideklarasjonen, dødsstraff, organdonasjon, leger og streik og vold i helsesektoren. Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2012. Legeforeningen har vært representert ved tidligere president Torunn Janbu, generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikk Trond Markestad og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt

Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)

Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME) ivaretar de europeiske legeforeningenes interesser innenfor EU/EØS-området. CPME har i 2012 hatt to møter, ett i april i Brussel og ett i november på Kypros.

Legeforeningens delegasjon til CPME velges av sentralstyret for hver sentralstyretperiode. I 2012 har foreningen vært representert ved president Hege Gjessing og sentralstyremedlem Marit Halonen Christiansen, med støtte fra sekretariatet. I tillegg har Trond Egil Hansen fra Allmennlegeforeningen deltatt på to møter og Overlegeforeningen ved Jon Helle på ett møte. Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har behandlet, har bl.a. vært direktivet om yrkeskvalifikasjoner (godkjenning på tvers av landegrensene), godkjenning av medisinsk utstyr og implantater, klinisk utprøving av medisiner og CPMEs uttalelse om alkohol og ungdom. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

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.

Den Europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeforeningen har representanter i 31 av totalt 38 Sections and Boards. Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og e-helse. European Accreditation Council for CME (UEMS-EACCME) har en jevn økning av søknader om godkjenning av kurs.

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS Board ved spesialitetsrådets leder Kristin Bjørnland, med utdanningssjef Nina Evjen som vara. Representanter til UEMS Council har vært Kristin Bjørnland, Einar Skoglund (til 23.april 2012) og Nina Evjen. Nina Evjen har vært Legeforeningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon vises til nettsidene www.uems.net

Samnordisk arbeidsgrupp för prognos och specialistutbildningsfrågor (SNAPS)

Sentralstyrene i de nordiske lands legeforeninger nedsatte i Åbo i Finland i 1976 et felles arbeidsutvalg (SNAPS) til å arbeide med prognoser for legemarkedet, samt med spørsmål i tilknytning til spesialistutdanningen. SNAPS står for «Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- og specialistutbildningsfrågor»

Denne arbeidsgruppen har omtrent annet hvert år siden 1976 fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjon om spesialistutdanning i EØS-området.

I tillegg til disse 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, og statistikkfolderen i tillegg på engelsk.

Det er ikke utgitt noen publikasjoner i 2012, men arbeid med nye publikasjoner er igangsatt. Publikasjoner i 2013 er planlagt utgitt på engelsk. Alle publikasjoner er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Specialistutdanning/Rapporter-og-utredninger-om-utdanning/>

For Legeforeningens deltakelse i SNAPS, se vedleggets punkt 3.11.

6 Kommunikasjonsarbeid

6.1 Om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid

God kommunikasjon er et av flere virkemidler for å nå organisasjonens mål. Legeforeningens overordnede mål er derfor førende for hva som ønskes prioritert 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 30 000 medlemmer vil intern og ekstern kommunikasjon i stor grad overlappe hverandre. Medlemmene er både avsendere og mottakere. På *legeforeningen.no* og i mediene kommuniserer vi i utstrakt grad både med medlemmer, myndigheter og befolkning for øvrig.

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.

6.2 Mediearbeid

2012 har vært et rikt og aktivt medieår for Legeforeningen. Hele året har vært preget av saker om sykehus, pasientsikkerhet og kvalitet, fastlegeordningen/ny fastlegeforskrift og forebygging, for å nevne noe. Legeforeningens tillitsvalgte har blitt intervjuet en rekke ganger i tillegg til at presidenten har vært mye fremme i media.

Forslag til ny fastlegeforskrift var en gjenganger i mediebildet inntil høringen var over og forskriften ble justert etter innspill fra Legeforeningen. Det store engasjementet fra fastlegene/fastlegeaksjonen/Legeforeningen kom tydelig til uttrykk i media (nasjonalt, regionalt og lokalt). Opposisjonen og medias egne kommentatorer ga nesten utelukkende støtte til legenes syn i denne saken. Flere hundre debattinnlegg fra fastleger og andre tillitsvalgte kom på trykk i perioden og bidro til å holde trykket på saken oppe.

En stor andel av mediasakene kan relateres til Legeforeningens satsingsområder. I løpet av året har det blant annet vært en rekke saker om situasjonen i sykehus, kvalitet, pasientsikkerhet og faste stillinger for leger i spesialisering.

Legeforeningen gjør mye proaktivt innsalg av saker til redaksjoner i aviser, radio og TV. Foreningen fikk blant annet mye oppmerksomhet for sykehussakene sine ved fremleggelsen av statsbudsjettet for 2013, og var den eneste organisasjonen som var representert i Dagsnytt 18 denne dagen sammen med sentrale politikere. Vi fikk på trykk flere debattinnlegg og kronikker enn i løpet av fjoråret ved bevisst å fortsette satsingen på dette. Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. De sentrale talspersonene i foreningen er stort sett enkle å få tak i for uttalelser. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også andre sentrale tillitsvalgte, sentralstyret og tillitsvalgte på sykehusene har vært godt synlige i media.

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. Etterspørselen er stor og her ligger det potensiale til mer.

Foreningen har fortsatt samarbeidet med andre organisasjoner om enkelte saker, særlig gjelder dette forebygging (én times fysisk aktivitet i skolen hver dag). Legeforeningen og Kreftforeningen gikk sammen om denne saken i 2011, og i 2012 sluttet Nasjonalforeningen og Fysioterapeutforbundet seg til. I alt støtter nå over 25 organisasjoner tiltaket. I slutten av april ble det arrangert et frokostseminar om temaet. Seminaret fikk mye medieomtale, og flere politiske partier har nå programfestet forslaget om én times fysisk aktivitet i skolen hver dag.

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.

En ny versjon av *legeforeningen.no* ble lansert 7. 2. 2012. Dette ble samtidig en fusjon av *legeforeningen.no* og den gamle Min side. Det ble lagt inn en del ny og oppgradert funksjonalitet i tillegg til at innholdet i stor grad var revidert.

6.3.1 Legeforeningen.no

Målet for nyhetssakene er å sikre en god redaksjonell styring. Etablering av en redaksjonsgruppe i sekretariatet i 2010 har ført til bedre koordinering og timing av presseutspill og nettsaker. Legeforeningens politikk på ulike områder preger forsiden på *legeforeningen.no*.

Legeforeningen.no inneholder også sidene til i underkant av 90 underforeninger. Nettrektørene får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte.

Det er for tidlig å måle alle effekter av omlegging til ny løsning. Men vi ser at noe av det nye har fått stor oppslutning blant brukerne. Særlig gjelder dette muligheten til å sende meldinger og ikke minst den nye medlemssiden.

Legeforeningen.no er nå også foreningens lukkede medlemsportal – og brukes mye til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. De tillitsvalgte sendte selv 1 030 epostmeldinger til sine medlemmer, en økning på ca. 50 % fra året før da dette måtte gjøres via Min side. Det er også stadig flere som tar i bruk muligheten til å lage egne grupperom.

Det var ca. 4,4 millioner sidevisninger og 270 152 besøkende i 2012. Besøkene viser at særlig faginformasjon 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 og fikk ved relansering navnet «Torget». Gjennom året har intranettet befestet seg som hovedkilde for felles informasjon i sekretariatet. Statistikken viser at alle stort sett er innom minst én gang daglig.

6.3.3 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. I studentnummeret bidro studentene til hovedtyngden av artiklene.

6.3.4 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. Foreningen 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.

Alle nye nettredaktører får individuell grunnopplæring, og alle nettredaktører kan fritt be om veiledning og nye kurs. I 2012 var det fortsatt et fokus på opplæring av nettredaktører som følge av ny publiseringsløsning. I tilknytning til omleggingen har over 200 nettredaktører fått kurs, enten på dagssamlinger eller ved individuell opplæring.

6.4.1 Kommunikasjonsdagen 2012

Kommunikasjonsdagen er et nytt tiltak og fant sted for første gang 1.11. 2012 på Gardermoen med omlag 40 deltakere fra lokalforeninger og fagmedisinske foreninger. Sekretariatet vurderer dagen som utbytterik og høstet gode erfaringer. Innholdsmessig ble det vekslet mellom forelesninger og gruppearbeid/presentasjonsteknikk.

Temaer som ble omtalt var blant annet hvordan ha pressekontakt, hva «trigger» en journalist, muntlig presentasjonsteknikk og hvordan arbeider en nyhetsredaksjon? Det var praktiske øvelser med å skrive en pressmelding og å bli intervjuet foran et fjernsynskamera. Evalueringen viste at deltakerne så kurset som nyttig.

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Redaktør i Tidsskriftet er Charlotte Haug. I 2012 har redaksjonskomiteen bestått av Ola Dale (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Ole-Erik Iversen, Jan Frich, Cecilie Risøe (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

167 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med rundt 75 deltakere på Soria Moria. Virginia Barbour, sjefredaktør i *PLoS Medicine*, som er verdens ledende medisinske tidsskrift innen åpen publisering (open access), holdt plenumsforelesningen.

I 2012 mottok redaksjonen ca. 1 450 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 365 eksterne fagvurderere i denne prosessen.

7.2 Tidsskriftet generelt

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag på nett, papir og (fra november 2012) på iPad. Til sammen ble det utgitt 22 numre (hvorav to dobbeltnumre) med 2 724 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger utgjorde 522 sider og andre annonser 210 sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 28 750 eksemplarer (desember 2012). Temaseriene *Ryggmargsskade* og *Rettspsykiatri og tilregnelighet* ble publisert i Tidsskriftet i 2012. I Tidsskriftets iPad-app er det publisert to temahefter; ett om muskel- og skjelettlidelser og ett om rettspsykiatri og tilregnelighet.

I 2012 var det 2,7 millioner besøk på *tidsskriftet.no* (2011: 2,2 millioner), og 4,9 millioner sider ble besøkt (2011: 4,5 millioner). Daglig har vi rundt 10 000 besøkende på nettstedet (tall fra Google Analytics). Sosiale medier (spesielt Facebook) og PubMed er viktige kilder til trafikk på Tidsskriftets nettside. Trafikken fra mobile enheter (mobiltelefoner og nettbrett) har vært økende fra 2010. I 2011 utgjorde den omtrent 7 %, mens tallet i 2012 var 15 %.

7.3 Designendringer

I 2012 fikk papirutgaven ny design. Flest endringer er gjort i de vitenskapelige artiklene, og særlig tabeller og grafer er blitt enklere og mer leservennlige. I november skiftet vi til nytt papir som gir bedre lesbarhet. Papiret produseres miljøvennlig. Bloggen vår fikk også ny design, slik at den fremstår som en helhetlig del av Tidsskriftet. Arbeidet er forankret i prosjektet med å bygge Tidsskriftet som en helhetlig merkevare.

7.4 Premiært for gode forsider

I juni 2012 ble Tidsskriftet tildelt Fagpressens forsidepris. Vi endret forsidene fra nr. 1/2011 for at de skal være et av de viktigste kjennetegnene ved produktet. Konseptet er å skape et elegant og enkelt "lerret" av forsidene slik at illustratører kan tolke et medisinsk tema i hver utgave. Forsiden skal gi noe utover det vitenskapelige, en annen synsvinkel, en annen inngang for å vekke en stemning, utløse refleksjoner og gi innsikt utover resultater og konklusjoner.

7.5 Engelske oversettelser

Alle forfattere som får en artikkel akseptert for publisering i Tidsskriftet, får tilbud om oversettelse til engelsk. Forfatterne betaler selv for oversettelsen. I 2012 ble 154 artikler oversatt og publisert. Dette er en økning fra året før (2011: 109 oversettelser). Tilbudet er blitt

stadig mer populært, og til sammen er nå ca. 300 artikler oversatt. Den økte interessen skyldes særlig at artiklene indekseres som tospråklige i PubMed.

7.6 Pressekontakt

Sosiale medier og nettsidene våre er blitt viktigere i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum, men det sendes fortsatt ut pressemeldinger i forbindelse med hver utgivelse. Oppslag i mediene basert på artikler publisert i Tidsskriftet dokumenteres i spalten *Siden sist* i hver utgave.

7.7 Legejobber.no

Stillingsportalen Legejobber.no har vært en suksess siden lanseringen i mai 2010. Vi jobber stadig med å utvikle portalen i takt med etterspørselen fra kunder og stillingssøkere. Jobbsøkende leger bruker i økende grad mobile plattformer (nettbrett og smarttelefon) når de sjekker ledige stillinger. For at Legeforeningens medlemmer skal ha god tilgang til ledige legestillinger – uavhengig av hvor de er og hvilken plattform de jobber på – valgte vi i 2012 å tilpasse Legejobber.no til alle plattformer gjennom responsiv design. Resultatet er at Legejobber.no nå er brukervennlig på alle plattformer. Det er like enkelt å søke enten man bruker PC, nettbrett eller smarttelefon.

Samtidig laget vi en helt ny abonnementsløsning, rettet mot alle medlemmer som er aktive jobbsøkere. Nå er det enkelt å bestille og redigere sine abonnementer på ledige stillinger uten å måtte være innlogget. Når nye stillinger som passer den enkelte lege publiseres på Legejobber.no, sendes automatisk en e-post til abonnenten.

Legejobber.no inneholder også relevant informasjon om arbeidssteder, nyheter om leger som har byttet jobb og om arbeidsmarkedet for leger. Annonseutviklingen er stabil, og det er en økning i bruk av portalen. Portalen har ukentlig i gjennomsnitt 3 731 brukere (mot 3 722 i 2011), 9 321 besøk (mot 7 522 i 2011), 57 295 sidevisninger (mot 48 941 i 2011). Det er til enhver tid 200-300 annonser i basen.

7.8 Tidsskriftets blogg

I 2012 ble det publisert 53 poster i Tidsskriftets blogg. Dette er en sterk økning fra året før (2011: 30 poster). Postene dekker temaer som legerollen, helsepolitikk, utdanning, teknologi og utviklingen av Tidsskriftet. I 2012 publiserte vi også en serie om leger og pasienter i sosiale medier. Skribentene på bloggen er både leger, tillitsvalgte i Legeforeningen og andre med interesse for helsestoff. Bloggen hadde over 77 000 besøkende, og den viktigste kilden til trafikk er sosiale medier, særlig Facebook og andre blogger.

7.9 Mobilversjon

Høsten 2010 kunne Tidsskriftet tilby leserne en versjon tilrettelagt for mobiltelefon. Denne kan benyttes fra alle typer smarttelefoner. Mobilversjonen har vært gjenstand for kun mindre forbedringer i 2012.

7.10 iPad-utgaven

12. november 2012 ble Tidsskriftets iPad-app lansert - etter et grundig forprosjekt med bred involvering av lesere i 2011 og utvikling gjennom hele 2012. Det er vektlagt at iPad-utgaven skal utnytte nettbrettets egenskaper og ikke være en kopi av papirversjonen eller nettvversjonen. Den tilbyr:

- Funksjoner vi er vant til fra digitale medier, slik som mulighet til å dele innholdet med andre og å skreddersy innholdet etter egne interesser, inkludert muligheten til å lese artikler innen egen spesialitet
- Funksjoner som er nyttige for brukerne og som det ikke er mulig å få til i dagens nettutgave, bl.a. sette bokmerke på artikler og bygge opp eget bibliotek med artikler fra Tidsskriftet samt understreke/markere tekst i artikler
- Grafisk design tilpasset nettbrett

Det er gratis for Legeforeningens medlemmer å lese Tidsskriftet på iPad, andre interesserte kan kjøpe enkeltutgaver eller årsabonnement. Tidsskriftets første nettbrettversjon er tilrettelagt for iPad fordi dette nettbrettet er klart mest brukt av leserne, ifølge våre statistikker.

Appen har fått gode omtaler i AppStore, og per mars 2013 har 8 000 lastet den ned.

7.11 Økonomi

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

Sideproduksjon og nettutgave kr 2 894 444 (gjennomsnittlig kr 131 566 per utgave).

Trykk og papir kr 4 641 101 (gjennomsnittlig kr 210 959 per utgave).

Ferdiggjøring kr 1 813 228 (gjennomsnittlig kr 82 419 per utgave).

Distribusjonskostnader kr 3 778 635 (gjennomsnittlig kr 171 756 per utgave).

Totale inntekter beløper seg årlig til kr 27 558 774, hvorav stillingsannonser utgjør kr 19 983 014, andre annonser kr 5 818 175 og abonnementer kr 1 757 585.

8 Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO)

I mars 2012 markerte instituttet 20-årsjubileum med en fagkonferanse. Nær 70 inviterte gjester fikk del i spennende og inspirerende innlegg. Senere er flere av disse publisert på www.legeforsk.org og i andre medier.

I anledning jubileet hadde LEFO en godt besøkt informasjonsstand under Legeforeningens landsstyremøte. Mange delegater benyttet anledningen til å plukke med seg et utvalg sentrale artikler som LEFO har publisert de senere årene, likeledes å studere historisk materiale – bokutgivelser, doktorgradsavhandlinger, rapporter m.m. – fra tjue års virksomhet.

8.1 Bemanning og økonomi

Staben har i 2012 bestått av sju personer i 4,6 årsverk, hvorav fire er i forskerstillinger (stillingsprosent ved instituttet i parentes): instituttsjef (i 50 %-stilling), tre forskere (to i 100 %-stilling og en i 60 %-stilling), to forskningssekretærer (hver i 50 %-stilling) samt en informasjonsrådgiver/nettredaktør (i 50 %-stilling). Instituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag.

8.2 Publikasjoner

LEFOs hovedanliggende er – som tidligere – kartlegging og beskrivelse av forhold som har betydning for legers arbeidssituasjon og helse. Studiene presenteres hovedsakelig i artikler i fagfellevurderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. På www.legeforsk.org fins en fyldig publikasjonsdatabase hvor samtlige LEFO-publikasjoner er gitt en egen presentasjon, og lenket til artiklenes fulltekstversjon der disse er fritt tilgjengelige.

I 2012 ble det publisert ti vitenskapelige artikler. Ytterlige ti studier var kommet såpass langt i publiseringsprosessen at de enten var under redaksjonell revidering, akseptert for publisering og/eller under trykking.

LEFOs forskere ble også i 2012 invitert til å skrive lederartikler, bokkapitler og anmeldelser av relevant faglitteratur. Videre hørte kronikker og debattinnlegg i dagspressen med til den utadrettede virksomheten. Fagfellevurdering av andre forskeres artikkelproduksjon var med blant oppgavene, sistnevnte i økende grad både hva gjelder nasjonale og internasjonale vitenskapelige tidsskrifter. Blant skriftlige bidrag i 2012, har åtte slike forannevnte publikasjoner fått en nærmere presentasjon på LEFOs nettsider.

8.3 Innlegg på konferanser, seminarer etc. - organisatoriske og faglige verv

LEFOs forskere har i 2012 deltatt med en rekke innlegg på nasjonale og internasjonale konferanser og seminarer, i tillegg til innlegg på mer interne arrangementer, som den årlige samlingen for støttekolleger, samt veiledning/undervisning på høyskole- og universitetsnivå. I løpet av året ble det holdt 16 konferanseforedrag innenlands, og et tilsvarende antall i utlandet. En egen oversikt med temaer/innhold i disse presentasjonene finnes på hjemmesiden.

LEFO-stabens deltakelse på forskningsarenaen innebærer å påta seg (ubetalte) verv og oppgaver på arrangementssiden, eksempelvis å sitte i komiteer som vurderer hvilke studier som skal aksepteres som paper-/poster-presentasjon på de kommende forskningskonferansene. I 2012 kan spesielt nevnes den internasjonale legehelsekonferansen i regi av de amerikanske, britiske og kanadiske legeforeningene i Montreal, Canada, i oktober,

hvor instituttsjef Olaf G. Aasland var i Scientific Committee. Under selve konferansen «From Awareness to Action» bidro våre forskere med seks presentasjoner.

Fra høsten 2011 overtok Karin Isaksson Rø styrevervet i det europeiske legehelsenettverket EAPH (European Association for Physician Health). Dette innebærer blant annet deltakelse i Scientific Committee for den fjerde EAPH-samlingen «Keeping Doctors Healthy», våren 2013.

Planlegging av øvrige forestående konferanser fortsatte i 2012. Bl.a. har LEFO tatt initiativ til en nordisk samling i november 2013 for forskere på legehelse/legers livs- og arbeidskår, for å kunne vite om hverandres forskningsområder og utvikle nettverk. Prosjektet «Physicians discontent and its root causes» er et annet samarbeid som ble videreført i fjoråret. Sammen med New England Research Institute (NERI) i Boston, MA, studeres blant annet legers økende utilfredshet i et internasjonalt perspektiv. Det settes søkelys på virkninger både for den enkelte leges helse og eventuelle sykefravær, og på kvaliteten på yrkesutøvelsen. Her planlegges en internasjonal konferanse våren 2014.

8.4 LEFOs øvrige virksomhet

Evaluering av de SOP-finansierte kollegastøtteordningene

To av forskerne reiste landet rundt for å ha fokusgruppeintervjuer med støttekolleger i alle fylker. Samtlige intervjuer ble transkriberte innen årsskiftet, og analysearbeidet ble påbegynt.

Evaluering av kurs- og rådgivningsvirksomheten ved Villa Sana – Modum Bad

LEFOs tredje evalueringsrapport forelå innen SOP-styrets møte i desember.

Regulering av legers autonomi og legers holdning til kliniske retningslinjer

I desember ble det holdt avslutningskonferanse/workshop av et NF-finansiert internasjonalt prosjekt som henter data fra Skottland, England og Norge. LEFOs forskere har bidratt med metoder og teorier i studiet av profesjonelt skjønn, profesjonell autonomi og begrensning av skjønn.

«Burnout and help-seeking among physicians: possible risk factors and preparation of a preventive programme»

Denne kvalitative intervjuundersøkelsen av leger ved større og mindre sykehus finansieres delvis av Helse Sør-Øst. En rekke intervjuer ble gjennomført og transkribert i løpet av året, og analysearbeidet er godt i gang.

Referansepanelet – ny spørreskjemaundersøkelse

På slutten av året gjennomførte LEFO den ellefte runden i instituttets unike datainnsamling hvor det gjøres longitudinelle studier av legers helse, holdninger og atferd. I løpet av sommeren ble panelet supplert med ca. 310 nye deltakere – alle disse fikk norsk autorisasjon etter 2008. Referansepanelet utgjør dermed ca. 1 800 medlemmer. I likhet med tidligere år var flere temaer knyttet til samarbeidet med forskningsmiljøer utover LEFOs eget. En nærmere omtale av denne nye kartleggingen av legekårene ble presentert på www.legeforeningen.no i november (og i Tidsskriftet nr. 3/13).

Informasjon om Legeforeningens helse- og omsorgstilbud

LEFOs nettredaktør har hatt/har i oppdrag å presentere og oppdatere nettsidene på den sentrale hjemmesiden www.legeforeningen.no/kollegastotte, organisert av Utvalg for legehelse (tidligere KOHO) og finansiert av SOP.

Navneendring

I desember ga SOP-styret støtte til en foreslått navneendring for instituttet – dvs. at Legeforeningens forskningsinstitutt erstattes med Legeforskningsinstituttet, og at vi formelt etablerer kortformen LEFO som egennavn. Sentralstyret ga sin tilslutning til dette i sitt januarmøte 2013.

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 2012 et regnskapsmessig positivt aktivitetsresultat på kr 41 453 454.

Samtlige underregnskap viser overskudd med tilsvarende styrking av respektiv formålskapital. Underregnskapene viser gjennomgående positive avvik sammenliknet med budsjett 2012.

Etter flere år med store underskudd i Utdanningsfond II, viser regnskapet for 2012 at det nå er etablert en bærekraftig balanse mellom inntekter og kostnader i fondet. Etter fordeling av fondets andel av finansinntektene, viser regnskapet et lite overskudd på ca. kr 200 000 i 2012. Fondet hadde til sammenlikning et driftunderskudd i 2011 på hele kr 22,1 millioner. Fondets retningslinjer ble revidert med virkning fra 1.2. 2012 og er nå harmonisert med ytelsesnivået i Utdanningsfond III. Fondet ble i tillegg prioritert i normalt tarifforhandlingene våren 2012. Tilskuddet til fondet i perioden 1.7. 2012 - 30.6. 2013 økte således med kr 7,8 millioner - tilsvarende 30 %, sammenliknet med foregående avtaleperiode. Antall refusjonssøknader behandlet i fondet i 2012 ble redusert med ca. 20 % fra 2011. Både fondsutvalget og sentralstyret følger utviklingen tett og vil vurdere tiltak om reduksjonen i aktivitetsnivå fortsetter.

Resultatet i Fond I er ca. kr 6,4 millioner bedre enn budsjettet mens resultatet i Utdanningsfond III er kr 6,8 millioner bedre enn budsjettet. Viktigste årsak til positive budsjettavvik i Fond I og III er høyere finansinntekter enn forutsatt i budsjett.

Netto finansinntekter endte vesentlig høyere enn budsjettet i 2012. 2011 ble preget av kreditturo i eurosonen, store svingninger i de fleste markeder og fallende aksjekurser. Mye av usikkerheten i eurosonen og volatiliteten i markedene fortsatte i 2012. Legeforeningens investeringsportefølje fremstod likevel som robust og den samlede avkastningen på investert kapital på 7,1 % er blant de beste i foreningens historie.

Annonseinntekter i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen utgjorde i 2012 ca. kr 27,5 millioner. Dette innebærer et positivt avvik på ca. kr 2,3 millioner sammenliknet med budsjett og en økning på ca. kr 1,7 millioner sammenliknet med 2011. Tidsskriftets drift endte i 2012 ca. kr 200 000 bedre enn budsjettet. Produksjons- og driftskostnadene økte noe sammenliknet med budsjett. Noe av kostnadsveksten er direkte knyttet til økt sideantall som en følge av høyere annonsevolum enn forutsatt. I tillegg har Tidsskriftet i 2012 gjennomført store investeringer blant annet knyttet til utvikling og lansering av iPad-versjon høsten 2012.

Driftskostnadene i hovedforeningen viser samlet sett positiv utvikling sammenliknet med årsbudsjett 2012. Personalkostnader viser et underforbruk mot budsjett på ca. kr 3,1 millioner. Økte pensjonskostnader i 2012 dekkes inn uten å måtte gjøre bruk av ekstraordinær avsetninger til fremtidige pensjonskostnader som ble gjort per 31.12. 2009. Norsk regnskapsstiftelse endret i 2012 reglene for fastsettelse av diskonteringsrente i ytelsespensjonsordninger. Dette betyr at behovet for å benytte nevnte avsetning heller ikke vil bli relevant i 2013. Avsetningen fra 2009 på kr 4,9 millioner omdefineres i balansen til en bufferavsetning for å møte usikkerhet og svingninger i fremtidige finans- og annonseinntekter.

«Andre driftskostnader» og «tilskudd og bidrag» viser et samlet mindreforbruk sammenliknet med årsbudsjett på ca. kr 200 000.

Driftsresultatet i hovedforeningen er i sum ca. kr 2,8 millioner bedre enn budsjettet.

9.1 Nøkkeltall

Økonomiske nøkkeltall 2012

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2012 Formålskap./ Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	305 840	322 536	58 150	0	41 453	1 230 412	1 326 277
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	170 614	183 358	17 743	0	5 000		
2 Utdanningsfond I	47 040	51 451	7 794	0	3 383		
3 Utdanningsfond II	29 576	34 350	4 997	0	223		
4 Utdanningsfond III	48 448	39 817	4 590	0	13 221		
5 Lånefondet	0	3 901	21 986	0	18 086		
6 Kvalitetssikringsfondet	10 161	9 600	951	0	1 512		
8 Fond for forebyggende medisin	0	30	44	0	14		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	30	45	0	15		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	258	286	0	28	7 907	8 042
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	83	220	0	137	8 039	8 050
3 Delphin og hustrus legat	0	442	319	0	-123	5 977	6 347
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	747	546	0	-201	14 152	14 630
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	58 623	60 754	-3 099	0	-5 230	54 786	134 788
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	11 901	163 728	389 465	-198 386	39 253	54 203	4 503 398
E. Allmenntilleggsforskingsfond	13 248	12 848	91	0	491	1 122	4 628
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	16 695	13 333	-5 743	0	-2 380	37 058	161 203

¹⁾ Årsresultat for Soria Moria viser resultat før skattekostnad.

²⁾ Resultatet for Christiania Torv AS vises resultat før skattekostnad.

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

9.2 Fond

Representasjon i fondsstyrer 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 2012:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- dekning av underskudd til kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, fylkesavdelinger
- dekning av underskudd til kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens e-læringsvirksomhet
- individuelle stipend til leger som ønsker å kvalifisere seg videre 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 Nmfs medisnutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning
- støtte til sommer-/forskningsstipend til medisinstudenter

Se vedleggets punkt 2.1 for fondsutvalgets sammensetning i 2012.

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 Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2012 – 30.6. 2013 er tilskuddet 33,8 millioner kroner, opp 7,8 millioner kroner fra forrige periode.

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

Det ble i 2012 innvilget refusjon tilknyttet 5 179 søknader, mot 6 451 i 2011, dvs. en reduksjon på ca. 20 %. Etter flere år med svekket økonomi, fant fondsutvalget det nødvendig å gjennomføre innstramningstiltak i form av reduserte ytelser og innføring av egenandel med virkning fra 1.2. 2012. De samlede refunderte utgifter til kurs og stipendier var i 2012 på ca. 28 millioner kroner mot ca. 42,2 millioner kroner i 2011. Driftsresultatet var negativt med ca. 4,8 millioner kroner, mot et negativt driftsresultat i 2011 på 22,1 millioner kroner. Etter godskriving av finansresultatet utgjorde samlet tilgjengelig kapital til formålet ved utgangen 2012 kr 102,7 millioner kroner, mot 102,5 millioner kroner i 2011.

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 Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2012 - 30.6. 2013 er tilskuddet 25 millioner kroner, det samme som i forrige periode.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og Virke om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2012. Tilskuddet fra Virke og Spekter utgjorde i 2012 kr 2 000 per legeårsverk. Det ble i 2012 innbetalt 23,4 millioner kroner mot 21,7 millioner kroner i 2011.

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 7 654 søknader, mot 8 084 søknader i 2011, dvs. en reduksjon på 5 %.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold utgjorde 37,3 millioner kroner, mot 38,2 millioner kroner i 2011. Inntektene til fondet utgjorde totalt 48,4 millioner kroner i 2012 mot 46,7 millioner kroner i 2011. Etter godskrivning av finansresultatet utgjorde fondets tilgjengelige kapital til formålet 100,9 millioner kroner ved utgangen av 2012, mot 87,6 millioner kroner ved utgangen av 2011.

9.2.4 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 2012 237,4 millioner kroner, mot et negativt driftsresultat i 2011 på 119,5 millioner kroner. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2011 ca. 4 503,4 millioner kroner.

Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 398,6 millioner kroner. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 136,5 millioner kroner mot 145,6 millioner kroner i 2011. Av dette utgjorde pensjoner 81,9 millioner. Avbruddsytelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 42,7 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 11,9 millioner kroner i 2012. 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 11,4 millioner kroner. SOP har lagt om ytelsene de senere år for å tilpasse ordningens ytelser til ordningens økonomiske kapasitet og til de reformer som har pågått på pensjonsområdet de senere år. Med reduserte ytelser i SOP har det blitt viktigere for leger med privat praksis å sikre seg private tilleggsdekninger. Spesielt gjelder dette leger autorisert etter 1.1. 1993, som har mindre rettigheter i SOP enn dem autorisert før 1.1. 1993. SOP og Legeforeningen har lagt til rette for individuelle tilleggsdekninger gjennom egne avtaler om pensjon og sykeavbruddsforsikring.

9.2.5 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 fattet 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 to prosentpoeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år, og i 2012 utgjorde rentesatsen 2,75 % fra januar til mai. Resten av året var rentesatsen 2,25 %.

Lånefondet lånte i 2011 ut 152,8 millioner kroner til 259 leger, mot 153 millioner kroner til 267 leger i 2011. Per 31.12. 2012 var det i alt 2 406 låntakere, mot 1 977 låntakere 31.12. 2011. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2012 654,8 millioner kroner mot 619 millioner kroner 31.12. 2011. Lån til Soria Moria utgjorde 5,25 millioner kroner. Formålskapitalen utgjorde 741,3 millioner kroner mot 723,2 millioner kroner 31.12. 2011.

9.2.6 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 2012 utbetalt støtte med i alt kr 1,76 millioner kroner til leger som hadde pensjonskostnader fra offentlige tjenstepensjonsordninger for tidligere ansatte.

9.2.7 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. Søknader skjer via elektronisk søknadssystem, og videre behandling og fildeling i fagråd og styre har vært gjort i et arbeidsrom i legeforeningen.no.

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 2012 mottok fondet 43 søknader med samlet søknadssum kr 23 175 000. Det ble innvilget 26 prosjekter med en samlet utbetalingssum på kr 12 140 000.

Se vedleggets punkt 2.5 for fagrådets og styrets sammensetning i 2012.

9.2.8 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 2012 ble det avsatt 9,9 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2012. Det totale antall søknader til fondet i 2012 var 42, med en samlet søknadssum på kr 16 198 860. Det ble bevilget kr 7 513 200 til 23 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

Se vedleggets punkt 2.6 for fondsutvalgets sammensetning i 2012.

10 Legeforeningens organisasjon

Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst. Ved årsskiftet hadde foreningen ca. 30 000 medlemmer, en vekst på 1 500 medlemmer fra foregående år. I desember 2000 hadde foreningen 20 000 medlemmer. Medlemmene er fordelt på en rekke foreningsledd langs flere akser. Det er svært mange tillitsverv som skal besettes, noe som gir mulighet for mange medlemmer som ønsker å engasjere seg i foreningsarbeid, både som fagforeningstillitsvalgt, i helsepolitisk sammenheng og i faglige spørsmål. Legeforeningen har mange medlemmer som ønsker å gjøre en frivillig og ubetalt innsats for fellesskapet.

10.1 Organisasjonskart

Legeforeningens organisasjon var ved utgangen av 2012 som fremstilt i figuren nedenfor:



Rev. 31.12.2012/ATN

10.2 Landsstyret

Landsstyret vedtok 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. Landsstyret har 141 representanter og vil ha dette frem til 31.8. 2013. Landsstyret har i 2012 avholdt ett møte i tidsrommet 22.5.-24.5. 2012, på Soria Moria hotell og konferansesenter. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider.

10.3 Sentralstyret

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). Kjell Vikenes trådte ut av sentralstyret 31.12.2012. Nytt medlem er Synnøve Bratlie.

Sentralstyret har i 2012 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 262 saker. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminaret som normalt avholdes i november måned ble utsatt til januar 2013.

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

Sentralstyret vedtok i møte 7.12. 2012 å godkjenne spesialforeningen Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin som fagmedisinsk forening. Fra 2013 vil Legeforeningen dermed ha 45 fagmedisinske foreninger og 20 spesialforeninger.

10.5 Medlemsoppslutning

Per 31.12. 2011 hadde Legeforeningen 28 454 medlemmer. Medlemstallet ved utgangen av 2012 var 29 599. Dette innebærer en økning med 1 145 medlemmer, tilsvarende 4 %. For en utdypende oversikt over medlemsmassen, se vedleggets punkt 4. Medlemsdata.

10.6 Sekretariatet

Per 31.12. 2012 var det 161 ansatte i Legeforeningen inkludert medisinske redaktører i Tidsskriftet., veiledningskoordinatorer og ansatte på koordinatorkontorene. Dette svarer til 141,1 årsverk, og er en nedgang på 1,9 årsverk sammenliknet med 2011. Av de 161 ansatte er 15 personer (12,6 årsverk) ansatt i tidsbegrensede stillinger grunnet tidsavgrensede prosjekter eller vikariater som følge av sykdom eller foreldrepermisjon.

Den administrative ledelsen bestod i 2012 av generalsekretær og fem avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt av instituttsjefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Legeforeningen er IA-bedrift. Sykefraværet var i 2012 5,20 %, hvorav langtidsfraværet utgjorde 3,25 %. Sykefraværet i Norge var i 2012 på 6,5 %, hvorav av 5,5 % legemeldt.

Legeforeningens sekretariat

