

ÅRSMELDING

DEN NORSKE LEGEFORENING

1. januar–31. desember 2015



DEN NORSKE
LEGEFORENING

Fra presidenten

Når du nå skal lese årsmeldingen for Den norske legeforening for 2015, håper jeg at den er informativ, inspirerende og gir et godt bilde av denne store foreningens arbeid gjennom året som har gått. I 2015 valgte Legeforeningen nytt sentralstyre og ny president. Det nyvalgte sentralstyrets arbeid vil i større grad vises i de kommende årsmeldingene.

Innledningsvis gjør årsmeldingen rede for Legeforeningens satsingsområder gjennom de siste to årene. Her vil du gjenfinne mange saker som har preget media, debatter, innlegg og utspill Legeforeningen har hatt i mange kanaler. Vi har også et eget kapittel om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid. Legeforeningen er en sterk profesjonsforening med et bredt engasjement; alt fra å være en helsepolitisk aktør, via et betydelig ansvar for kvalitetssikring av utdanning til juridisk rådgivning til enkeltmedlemmer og forvaltning av foreningens økonomi.

Vårt arbeid for ansatte- og næringsdrivende leger er viktig for legers yrkesutøvelse. Dette omfattende arbeidet er gjort rede for i de videre kapitlene om arbeidsliv, fagmedisinsk arbeid, helsepolitikk og økonomi. I tillegg har Legeforeningen et internasjonalt samarbeid med andre legeforeninger over hele verden. Vi var i 2015 vertskap for WMA's councilmøte. Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforskningsinstituttet er også andre viktige deler av vår organisasjon, som du kan lese mer om årsmeldingen. Meldingen er bygget slik opp at den kan leses på langs – eller du kan slå opp aktuelle temaer som interesserer deg.

På noen områder har vi nådd viktige milepæler dette året. Legeforeningen er tildelt en tydelig rolle i utviklingen av fremtidens spesialiststruktur – dette kan du lese om under kapittelet om utdanning. Vi har fått gjennomslag for målsetningen om en egen Helse- og sykehusplan. Den kom i høst. Stortinget skal ta stilling til og definere fremtidens sykehustilbud og innhold, og landsstyrets vedtak om akuttsykehus har vært svært viktig i det politiske påvirkningsarbeidet – mer om dette under kapittelet om satsingsområdene. Der kan du også lese at i mai kom primærhelsemeldingen og om Legeforeningens arbeid med å påvirke retning og budskap i meldingen. Siktemål har vært en helhetlig kommunehelsetjeneste hvor fastlegen har det medisinske hovedansvaret.

Legeforeningen vokser – medlemstallet har aldri vært høyere. Meldingen som helhet viser at vår forening har stor kompetanse, dyktige medarbeidere og engasjerte tillitsvalgte - et privilegium å få lov til å lede. Sammen bidrar vi til en bedre helsetjeneste.

God lesning!



Marit Hermansen
president

Innhold

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....	6
1.1	Sykehus for fremtiden – grunnlag for en nasjonal sykehusplan	6
1.1.1	Målsetting	6
1.1.2	Måloppnåelse	7
1.2	Styrket legetjeneste i kommunene	8
1.2.1	Målsetting	8
1.2.2	Måloppnåelse	8
1.3	Faste stillinger for sykehusleger	9
1.3.1	Målsetting	9
1.3.2	Måloppnåelse	10
1.4	Forebyggende og helsefremmende arbeid	10
1.4.1	Målsetting	10
1.4.2	Måloppnåelse	11
1.5	Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste	11
1.5.1	Målsetting	12
1.5.2	Måloppnåelse	12
1.6	Fremtidens legearbeidsmarked	12
1.6.1	Målsetting	12
1.6.2	Måloppnåelse	12
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	14
2.1	Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold	14
2.2	Tillitvalgorganisering, informasjon og opplæring.....	15
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder	15
2.3.2	Twistesaker i Spekter-området	17
2.3.4	Forhandlingsarbeidet i KS-området	18
2.3.5	Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området.....	19
2.3.6	Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området.....	19
2.4	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende	20
2.4.1	Fastlegeordningen KS.....	20
2.5	Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger	22
2.6	Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg.....	24
3	UTDANNING, FORSKNING, FAGMEDISINSK ARBEID, KVALITET OG IKT. 29	
3.1	Utdanning.....	29
3.1.1	Grunnutdanningen.....	29
3.1.2	Turnustjenesten	30
3.1.3	Spesialistutdanningen	30
3.1.4	Etterutdanning	31
3.1.5	Kursutdanning.....	31

3.1.6	Kompetanseområde i smertemedisin	32
3.1.7	Veiledning i institusjonshelsetjenesten	32
3.1.8	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	32
3.1.9	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin	32
3.1.10	Videre- og etterutdanning i primærmedisin	32
3.1.11	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri	33
3.2	Forskning	33
3.3	Fagmedisinsk arbeid.....	33
3.3.1	Konferanse for de fagmedisinske foreninger	33
3.3.2	Samarbeid med de fagmedisinske foreningene.....	33
3.3.3	Akuttkirurgi.....	33
3.3.4	Legemiddelmeldingen.....	34
3.3.5	Over-/underbehandling og variasjon i helsetjenesten	34
3.4	Senter for kvalitet i legekantor (SKIL AS).....	34
3.5	Konferansen "Enkelt og håndterlig - forbedringsarbeid i praksis"	34
3.6	IKT i helsetjenesten	35
3.6.1	EPJ-løftet.....	35
3.7	Styrket satsing på e-helse	35
4	HELSEPOLITIKK.....	36
4.1	Om Legeforeningens arbeid med helsepolitiske spørsmål	36
4.2	Legeforeningens arbeid med høringer	36
4.3	Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	36
4.3.1	Policynotater	38
4.4	Myndighet og organisasjonskontakt	38
4.4.1	Stortinget.....	38
4.4.2	Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.	40
5	KOMMUNIKASJONSARBEID	41
5.1	Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid.....	41
5.2	Mediearbeid - ekstern kommunikasjon	41
5.3	Organisasjonskommunikasjon	42
5.3.1	Legeforeningen.no	42
5.3.2	Intranettet - «Torget»	42
5.3.3	Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet.....	42
5.3.4	Sosiale medier.....	43
6	INTERNASJONALT ARBEID	44
6.1	Møter mellom de nordiske legeforeningene	44
6.2	Word Medical Assosiation (WMA) www.wma.net	44

6.3	Comité Permanent des Medecins Européen (CPME)	44
6.4	Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	45
6.5	Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor SNAPS	45
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING	46
7.1	Organisering og bemanning	46
7.2	Tidsskriftet generelt	46
7.3	Engelske oversettelser	46
7.4	Pressekontakt.....	46
7.5	Legejobber.no	47
7.6	Annonsealg.....	47
7.7	Økonomi	47
8	LEFO – LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET	48
8.1	Bemanning og økonomi.....	48
8.2	Forskningsoppdrag.....	48
8.3	Forskningsformidling.....	48
8.4	Øvrige aktiviteter.....	49
9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	50
9.1	Nøkkeltall	53
9.2	Fond.....	53
9.2.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	53
9.2.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	54
9.2.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	54
9.2.4	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	55
9.2.5	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis.....	56
9.2.6	Premiereuleringsfondet	56
9.2.7	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	56
9.2.8	Allmennmedisinsk forskningsfond	57
10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	58
10.1	Organisasjonskart.....	58
10.2	Landsstyret.....	58
10.3	Sentralstyret	58

10.4	Andre organisasjonsledd	59
10.5	Endringer i Legeforeningens lover	59
10.6	Gjennomgang av Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier	59
10.7	Medlemsoppslutning.....	60
10.8	Miljøfyrtårn.....	60
10.9	Sekretariatet	60

1 Legeforeningens satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsippprogrammet for 2011-15 og av Arbeidsprogrammet for 2013-15. Bakgrunnen for etableringen av satsingsområdene er å tydeliggjøre hvilke prioriterte målsettinger foreningen skal rette oppmerksomheten mot, og legge til rette for at ressursene i foreningen fordeles og benyttes i tråd med disse.

Satsingsområder for 2013-15

I november 2013 besluttet sentralstyret satsingsområder for perioden 2013-15. De ble delt inn i kommunikasjonsområder der Legeforeningen i stor grad hadde en utviklet politikk, og utviklingsområder der det måtte utvikles en politikk.

Kommunikasjonsområder:

Sykehus for fremtiden – Grunnlag for en Nasjonal sykehusplan
Styrket legetjeneste i kommunene
Faste stillinger for sykehusleger
Forebyggende og helsefremmende arbeid

Utviklingsområder:

Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste
Fremtidens legearbeidsmarked

Satsingsområder for 2016-17

Sentralstyret besluttet i oktober 2015 fire nye satsingsområder for perioden 2016-17. For å oppnå en bedre helsetjeneste for pasientene vil Legeforeningen jobbe for:

- Trygge leger – god pasientbehandling
- Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten
- Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten
- Sikre kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen

1.1 Sykehus for fremtiden – grunnlag for en nasjonal sykehusplan

Det fremgikk av arbeidsprogrammet for 2013-15 at Legeforeningen skulle arbeide for å etablere en nasjonal og helhetlig plan for innhold i og geografisk fordeling av spesialisthelsetjenesten. Foreningen har jobbet målrettet for å få politisk gjennomslag for en nasjonal sykehusplan, og har over mange år utarbeidet bakgrunnsdokumenter, politikk og innspill til en slik plan. Regjeringen Solberg la frem sin stortingsmelding om Nasjonal helse- og sykehusplan 20.11. 2015.

1.1.1 Målsetting

Målene for satsingsområdet har vært å få gjennomslag for en nasjonal sykehusplan og utvikle Legeforeningens sykehuspolitikk. Hovedtrekkene er som følger:

Pasientenes sykehus

Sykehusene skal legge til rette for medisinskfaglig gode og helhetlige pasientforløp på tvers av behandlingsnivåer og geografi. Pasientens behov er utgangspunktet for all diagnostikk, behandling og oppfølging, og dette må prege oppbygging, praksis og ledelse av spesialisthelsetjenesten. For å sikre god kvalitet og medisinskfaglig utvikling ved sykehusene, og gode pasient- og brukererfaringer i fremtiden, er det behov for en helhetlig og systematisk gjennomgang av funksjons- og sykehusstrukturen i Norge.

Nasjonal helse- og sykehusplan

Legeforeningen mener at en nasjonal sykehusplan må fastsette krav til faglig innhold i ulike sykehusfunksjoner, slik som akuttfunksjonene, og noen overordnede prinsipper for hvordan sykehusfunksjoner skal organiseres og lokaliseres. Nasjonal sykehusplan må vedtas av Stortinget. Et bredt forlik i Stortinget om nasjonal sykehusplan vil gjøre sykehuspolitikken mer stabil og mindre påvirket av regjeringsskifter. For sykehusene vil det bidra til mer forutsigbarhet og langsiktighet for både drift og investeringer.

Nøkkelen til bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå er robuste fagmiljøer. Robuste fagmiljøer evner å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Kompetansen skal ikke være avhengig av enkeltpersoner, men være forankret i fagmiljøet. Robuste fagmiljøer, der gruppen ivaretar breddekompetansen samlet, er en forutsetning for at spesialitetene i større grad skal kunne rette seg mot avgrensede områder av faget.

Sykehusene må ha kapasitet til å håndtere økt etterspørsel som følge av befolkningsvekst, og fordi det blir flere eldre i befolkningen.

Målsettingen har vært at alle skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av bosted. Endringer i nasjonal og lokal infrastruktur gir muligheter for å endre lokalisering av ulike sykehusfunksjoner. Samtidig har Norge utfordrende geografi og et klima som setter rammer for fremtidens sykehusstruktur. Endringer i lokalisering av sykehusfunksjoner i en fremtidig sykehusstruktur må ta utgangspunkt i den medisinskfaglige og den teknologiske utviklingen. Det åpner for desentralisering av de funksjonene som blir hyppigst benyttet, samtidig som spesialiserte og ressurskrevende funksjoner sentraliseres. I en nasjonal sykehusplan må det fastsettes tydelige krav til faglig innhold i ulike typer sykehus. Legeforeningen mener sykehus skal ha akuttfunksjon med beredskap innen indremedisin, kirurgi og anesthesiologi, med tilgang til støttetjenester i radiologi og laboratoriefag. Det må være klart for befolkningen hvilke funksjoner som skal tilbys ved de ulike typene sykehus og medisinske sentre.

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 og økende andel har dårlig tilstandsgrad og den medisinsktekniske utstyrsparken er utdatert og bør skiftes ut så snart som mulig. 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.

1.1.2 Måloppnåelse

Legeforeningen har fått gjennomslag for målsetningen om å realisere en egen stortingsmelding hvor Stortinget må ta stilling til og definere fremtidens sykehustilbud og innhold. Legeforeningen hadde i 2014 formidlet budskapet i Innspill til nasjonal sykehusplan. I forlengelsen av det politiske påvirkningsarbeidet med utgangspunkt i innspillsrapporten, fattet landsstyremøtet i Trondheim 2015 følgende vedtak om lokalsykehus og akuttkirurgi:

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

Legeforeningen mener:

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

Landsstyrevedtaket har fått stor offentlig oppmerksomhet fra det politiske miljø, presse og myndighetssiden og har vært gjenstand for bred debatt siden det ble vedtatt. Vedtaket har vært førende på det politiske påvirknings- og kommunikasjonsarbeidet i kjølvannet av landsstyremøtet i Trondheim, hvor Legeforeningen har deltatt i ulike kontaktmøter og seminarer for å formidle sin politikk for fremtidens sykehus.

Legeforeningen har skrevet kronikker og debattinnlegg om behovet for akuttkirurgi, betydningen av dette for rekruttering og opprettholdelsen av gode fagmiljøer i de mindre sykehusene og trygghet for at befolkningen vet hva de får av tilbud ved de ulike sykehusene. Helse- og omsorgskomiteéns innstilling vil forelegge 10.3. 2016.

1.2 Styrket legetjeneste i kommunene

Satsingsområdet har bakgrunn i Samhandlingsreformen og et ønske om å sette behovet for en styrket legetjeneste i kommunene på agendaen. Over tid har det dannet seg et tydelig bilde der kommunehelsetjenesten har blitt satt under et stadig større press, både ut fra demografiske forutsetninger, men også som en følge av flere oppgaver har blitt lagt til fastlegene i kommunene. Dette har skjedd uten strukturelle tiltak for å styrke fastlegeordningens rammer tilsvarende. Kommuneoverlegefunksjonen har heller ikke vært understøttet i tilstrekkelig grad for å bidra til hensiktsmessig utvikling og ledelse av legetjenesten i kommunene. Hertil kommer at legevaktjenesten i for liten grad har blitt prioritert.

1.2.1 Målsetting

Legeforeningen hadde mål om både styrking av kapasitet og innhold i legetjenesten i kommunene i perioden.

1.2.2 Måloppnåelse

I mai 2015 kom primærhelsemeldingen, og denne preget arbeidet på området. Legeforeningen arbeidet aktivt med å påvirke retning og budskap i meldingen, der et siktemål har vært en helhetlig kommunehelsetjeneste hvor fastlegen har det medisinske hovedansvaret. I den forbindelse har foreningen blant annet spilt inn hvordan man kan oppnå en ønsket utvikling med større fastlegekontor og flerfaglighet i disse kontorene, og vi har gitt forslag til hvordan avtalestyringen med tilbudet på fastlegekontoret kan styrkes. Et sentralt tema i meldingen var opprettelse av primærhelseteam, og Legeforeningen ga innspill på hvordan slike team kan utvikles med fastlegene som teamets leder. En målsetning med arbeidet har vært at pasientene opplever én sammenhengende tjeneste.

Legeforeningen har også jobbet mye med å forberede og dernest gjennomføre forhandlinger om særavtalen med KS, se punkt 2.3.4 under. Særavtalen regulerer vilkårene for ansatte leger i kommunene, herunder legevakt.

Også i 2015 ble det jobbet for videreutvikling av de næringsdrivende legenes EPJ-systemer (elektronisk pasientjournal). Dette arbeidet er viktig for å bidra til en velfungerende og effektiv fastlegeordning, men blir også lagt merke til langt utenfor dette feltet. En annen prioritert oppgave hva gjelder EPJ er situasjonen i sykehjem, der Legeforeningen har søkt å opprettholde trykket for utvikling av mer fungerende journalsystem (se kapittel 3, punkt 3.6.1).

1.3 Faste stillinger for sykehusleger

Legeforeningen fikk i tariffoppgjøret 2014 gjennomslag med Spekter for avtale om fast ansettelse for leger i spesialisering. Implementeringen skulle skje gradvis, og etter 1. juli 2015 var det ikke lenger adgang for helseforetakene til å ansette leger i spesialisering i midlertidige stillinger, med unntak av i vikariater.

Utbredelsen av midlertidige stillinger har over tid medført konsekvenser utover det som rammer den enkelte lege. Halvparten av legene i sykehus er midlertidig ansatt, dvs. ca. 90-95 % av leger i spesialisering. Undersøkelser viser at opp mot halvparten av alle leger i spesialisering er ansatt i vikariater. Dette har betydning for blant annet pasientsikkerhet og arbeidsmiljø. Gjennomsnittsalder for oppnådd spesialitet var 41 år.

1.3.1 Målsetting

Med bakgrunn i ovennevnte utfordringer ble det i 2015 arbeidet ut fra følgende definerte mål for arbeidet:

- Å arbeide for hensiktsmessig implementering av faste stillinger
- Å oppnå konsensus med arbeidsgiversiden om gode modeller for å kunne forene utdanningsløp med faste stillinger

Arbeidet i 2015

Arbeidet med å implementere faste stillinger for leger i spesialisering skulle i henhold til det avtalte, igangsettes ved at legene skulle ansettes fast så tidlig som mulig og senest 1.7. 2015. Frem til dette tidspunktet var det avtalt at arbeidsgiver skulle forberede implementeringen av ny modell og utarbeide samarbeidsavtaler mellom helseforetakene der det var behov for det. Helseforetakenes dimensjonering av faste stillinger og mangelen på samarbeidsavtaler mellom de ulike helseforetakene, førte til at implementeringen av faste stillinger mange steder hadde kommet for kort, til tross for at helseforetakene hadde hatt åtte måneder på å forberede implementeringen. Legeforeningen krevde overfor Spekter at arbeidet med dette måtte prioriteres.

Spekters utredninger av mulig modell for faste stillinger førte til justering i tidligere foreslåtte modell, der legen skulle beholde sitt ansettelsesforhold ved samme helseforetak gjennom hele spesialiseringen. Legeforeningen ga sin tilslutning til denne justerte modellen, der legen skulle gis permisjon fra hovedarbeidsgiver og ansettes midlertidig ved gjennomføringen av nødvendig tjeneste i samarbeidsforetakene. Arbeidsgiver skal fortsatt ha ansvar for å sikre hensiktsmessig spesialiseringsløp for den enkelte lege.

Legeforeningen var i dialog med Spekter om avtalemålene som skulle benyttes ved ansettelsene, og fikk blant annet endret en bestemmelse som påla legene en svært vid

taushetsplikt. Formuleringen som ble foreslått var en plikt til å *bevare taushet om alle opplysninger vedkommende som medarbeider blir kjent med og som kan være til skade for helseforetaket dersom de ble kjent*. Dette skal nå være fjernet fra alle arbeidsavtaler. Arbeidsavtalens angivelse av arbeidssted når legen er ferdig legespesialist har vært problematisert flere steder, fordi arbeidsgiver har ønsket å definere flere alternative steder som arbeidssted. Følgen av dette vil være at arbeidsgiver kan pålegge leger å skifte arbeidsted, uten å gå veien om ambuleringsavtale basert på frivillighet fra legens side. Legeforeningen vurderer at dette kan være i strid med ambuleringsbestemmelsen. Noen helseforetak har hevdet at fordypningsstillingene fortsatt skal kunne være midlertidige. De sentrale partene er imidlertid enige om at overenskomsten ikke åpner opp for dette.

Legeforeningen har også arbeidet med overgang fra rangeringsbestemmelser til kvalifikasjonsprinsippet, blant annet gjennom informasjon som er sendt ut til tillitsvalgte og gjennom kursopplæring. Legeforeningen har videre overfor Spekter fått gjennomslag for at det ikke vil være i samsvar med kvalifikasjonsprinsippet dersom leger med kort tid igjen ikke er med i vurderingen til stillingen.

Foreningen har også hatt fokus på at vikariater skal være lovlige, dvs. at det skal være en ansettelse i stedet for en eller flere personer som opprinnelig innehar stillingen. Legeforeningens inntrykk er at vikariatbruk en rekke steder ikke er i samsvar med dette, noe det må ryddes opp i.

De gjenstående temaene vedrørende faste stillinger vil bli fulgt opp videre i 2016.

1.3.2 Måloppnåelse

Med meklingsresultatet i 2014 oppnådde Legeforeningen en ny ordning på sykehus, hvor målsettingen med satsingsområdet Faste stillinger i teorien var nådd. Det gjenstår imidlertid fortsatt mye arbeid med implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Det gjelder både dimensjoneringsarbeid, samarbeidsavtaler mellom sykehus, fordypningsstillinger, ansettelsesprosesser og ivaretagelse av de som skal bli ferdig spesialister etter gammel ordning med midlertidige stillinger. Dette er et arbeid som arbeidsgiver har hovedansvaret for, men hvor Legeforeningen bidrar aktivt, både sentralt, regionalt og lokalt.

1.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

1.4.1 Målsetting

Legeforeningen har som mål at samarbeidet mellom ulike samfunnssektorer må styrkes, dersom vi skal klare å skape et bærekraftig samfunn som gir god helse for alle. Det er et sentralt dilemma at arenaene for effektive forebyggende tiltak ligger utenfor helsesektoren. Samtidig ser vi at resultatene av manglende forebygging havner på helsetjenestens bord. Levekår, trygge oppvekstmiljø, aktivitetsfremmende samfunn, utdanning og arbeidsmiljø er grunnpilaren for et helsefremmende samfunn. Legeforeningen søker derfor allianser både innad i og utenfor helsesektoren.

Legeforeningen har i lengre tid vært en sentral deltaker i sammenslutningen Tobakksfritt. Legeforeningen samarbeider også med flere pasientorganisasjoner og frivillige for å få mer fysisk aktivitet i skolen. Målet om én times fysisk aktivitet hver dag støttes nå av 26 organisasjoner, bl.a. Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Turistforeningen og Diabetesforbundet. Legeforeningen deltar i jevnlige kontaktmøter med alliansens

hovedkjerne, som består av Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Fysioterapiforbundet og Idrettsforbundet.

1.4.2 Måloppnåelse

Legeforeningens kunnskapsbaserte folkehelsepolitikk har gjort foreningen til en etterspurt premissleverandør og samarbeidspartner på folkehelseområdet.

Legeforeningen deltar i faste kontaktmøter om flere folkehelsepolitiske temaer i Helsedirektoratet, hovedsakelig faglig rådgivning til myndighetenes holdningskampanjer på folkehelsefeltet. I 2015 ga blant annet Legeforeningen innspill til Helsedirektoratets kampanje rettet mot ungdoms snusbruk.

Legeforeningen har også skrevet flere høringsuttalelser om en rekke temaer innenfor folkehelse. De viktigste i 2015 var Legeforeningens innspill til virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø (NOU 2015:2 *Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø*) og Helse- og omsorgsdepartementets forslag til innføring av standardiserte tobakkspakninger (og gjennomføring av Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 i Norge). Se også oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser for 2015 i vedlegget til årsmeldingen. Sistnevnte fikk også støtte fra Verdens legeforening på rådsmøtet i Oslo i april.

Legeforeningen mener det er uheldig at Norge ikke lenger er lengst fremme på det tobakksforebyggende feltet, og ønsker en mer ambisiøs tobakkspolitikk. I desember 2015 vedtok sentralstyret at det bør innføres forbud mot salg av tobakk til alle født i år 2000 og senere. Forslaget vakte stor internasjonal oppmerksomhet.

Legeforeningens politikk på folkehelse har også blitt løftet inn i Stortinget. Legeforeningen deltok på høringen i Stortinget om regjeringens folkehelsemelding. Legeforeningen mente at folkehelsemeldingen var uten forpliktelser og etterspurte konkrete tiltak.

Legeforeningen ga i 2015 også innspill til regjeringens strategi for å snu utviklingen med antibiotikaresistens. Legeforeningen har også deltatt i møter med helsemyndighetene for å påvirke og støtte tiltaksutforming innen antibiotikaresistens.

I 2015 utarbeidet Legeforeningen en rapport om psykisk helse og rus. Rapporten *Et fullverdig liv – innspillsrapport om psykisk helse og rus* er en oppdatert og styrket politisk plattform for foreningen på feltet psykisk helse og rus. (Se også Helsepolitiske publikasjoner og rapporter i vedlegget).

Legeforeningen har i 2015 hatt utstrakt kontakt med myndigheter og organisasjonslivet. Kontakten skjer både gjennom dagsaktuelle saker og mer faste møtearenaer. Myndighets- og organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene.

1.5 Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste

Psykisk helse og rus ble definert som et aktuelt utviklingsområde i forbindelse med utarbeidelse av kommunikasjon- og utviklingsområder for 2013-15. Det ble vurdert at dersom Legeforeningen skulle oppnå sitt potensial for politisk gjennomslag på dette området måtte foreningens politiske plattform oppdateres og ytterligere faglig forankres.

1.5.1 Målsetting

Målet for satsingsområdet var å styrke Legeforeningens politiske plattform. Rus og psykiatri har lenge vært lite synlig på den politiske arena og dermed tapere i kampen om politiske ressurser. Den nye regjeringen har signalisert at psykisk helse og rus er et satsingsområde og at området skal løftes. Legeforeningen ønsket å være toneangivende i dette løftet.

1.5.2 Måloppnåelse

I mai 2014 ble det arrangert et oppstartsseminar med relevante organisasjonsledd, Norsk forening for allmennmedisin, Norsk psykiatrisk forening, Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin og Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. På bakgrunn av dette seminaret ble det dannet to arbeidsgrupper med ulik faglig bakgrunn, en med vekt på psykiatri og en med vekt på rus. Begge gruppene hadde representanter fra Norsk forening for allmennmedisin. Arbeidsgruppene fikk i oppdrag å utarbeide forslag til faglig plattform basert på disse overordnede områdene, definert av sekretariatet:

1. Bedre behandlingstilbud for de sykeste
2. Bedre samordning av tjenestetilbudet
3. Avklare gråsoner mellom psykisk sykdom og normalt biologisk mangfold

I løpet av våren 2015 var utkastet på bred høring i organisasjonen. Det var bred enighet om rapportens nytteverdi, og gode innspill som ble innarbeidet. Rapporten ble godkjent for publisering i sentralstyrets møte 14.4. 2015, og endelig rapport ble publisert i mai 2015.

1.6 Fremtidens legearbeidsmarked

Bakgrunnen for satsingsområdet er en erkjennelse av at helsetjenesten i stor grad avhenger av et legearbeidsmarked som fungerer. Rekruttering og utdanning er dermed viktige stikkord. Så vel prosesser rundt utdanningssystemet som den generelle samfunnsutviklingen tilsier at Legeforeningen har et fokus på dette.

1.6.1 Målsetting

Målsetting for satsingsområdet har vært å bidra til et velfungerende legearbeidsmarked med varierte muligheter. Satsingsområdet ble i samråd med sentralstyret noe nedprioritert som følge av ressursituasjonen i sekretariatet, herunder arbeid med ny spesialitetsstruktur og Legeforeningens rolle i denne.

1.6.2 Måloppnåelse

Legeforeningen har i 2015 vært sterkt engasjert i arbeidet med avtalespesialistordningen. Møteserien med departementet og de regionale helseforetakene m.fl. som startet i 2014 har vært videreført. Her har selve innretningen av avtalespesialistordningen har vært tema for møtene. Sentrale spørsmål som tilknytning og samarbeid med helseforetakene, finansieringsordning, spesialistutdanning i avtalepraksis, eventuell tidsbegrensning av hjemler m.v. har vært viktige – og til dels krevende – temaer for møtene. Dette arbeidet beredte grunnen for rammeavtaleforhandlingene med RHF-ene, som ble landet sent høsten 2015, jf. punkt 2.4.4.

Gjennom 2015 arbeidet Legeforeningen aktivt for en fortsatt sentral rolle i fremtidens spesialistutdanning, se kapittel 3, pkt. 3.1.3. Dette anses som et viktig bidrag til utviklingen av fremtidens legearbeidsmarked. Det samme gjelder turnusordningen, som Legeforeningen fortsatt har hatt fokus på. Kapasiteten i ordningen er fortsatt ikke god nok, og dette har vært

tatt opp med departementet. Vi har også fulgt ansettelsesrundene/prosessene i ordningen nøye, både generelt og gjennom enkeltsaker der Legeforeningens jurister har bistått.

Legeforeningen bidro i Helsedirektoratets arbeid med etablering av et system for monitorering, fremskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet. Det er vesentlig for planlegging av fremtidens legearbeidsmarked at man har riktige tall og statistikker å gjøre beregninger ut fra. Legeforeningen har gjennom arbeidet erfart at det er ulikheter i synet på hvordan tall både skal innhentes, forstås og brukes. Det er hensiktsmessig å følge myndighetens arbeide på området tett, men arbeidet har tydeliggjort verdien av å besitte egne data og foreta selvstendige analyser.

2 ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD

2.1 Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold

Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold er en kjernevirksomhet definert i Legeforeningens lover pkt. 1-2. Arbeidet favner bredt og omfatter alle vilkår og rammebetingelser både for ansatte og næringsdrivende leger – i offentlig og privat virksomhet. En grunnleggende tanke er at helsetjenesten og dermed pasienttilbudet påvirkes av tilretteleggingen for legers yrkesutøvelse. Dette innebærer ambisjoner for Legeforeningen til å påvirke langt mer enn tradisjonelle lønns- og arbeidsvilkår.

Legeforeningen driver påvirkningspolitisk, utviklingspolitisk, rettspolitisk og forhandlingsvirksomhet på en rekke arenaer. Målet med dette arbeidet er å påvirke alle juridiske, økonomiske og organisatoriske forhold som tilrettelegger for god utøvelse av det medisinske fag. Videre er det et mål å sørge for medlemmenes trygghet i sin yrkesutøvelse – herunder stillingsvern, inntektsforhold og rettssikkerhet.

Legeforeningen forvalter et omfattende sett av kollektive avtaler – både tariffavtaler og rammeavtaler mv. for næringsdrivende leger med offentlig avtale. Videre påvirker Legeforeningen regelverk gjennom en rekke høringsuttalelser og annet innspill til regelverksarbeid. Det satses betydelige ressurser på medlemsrådgivning og juridisk bistand av høy kvalitet. Videreutvikling av dette arbeidet preget også aktiviteten i 2015.

2.1.1 Likestillingssaker

Legeforeningen har i mange år hatt stort fokus både på gravide legers rettigheter og på rettigheter knyttet til permisjoner for begge kjønn i forbindelse med svangerskap og fødsel. De utfordringene gravide leger støter på, er mangeartede. Alt fra manglende tilrettelegging for gravide på arbeidstedet, til manglende forlenget tilsetning når vikariater går ut. Legeforeningen har opp gjennom årene brakt flere saker inn for Likestillings- og diskrimineringsombudet for uttalelse. I alle sakene som er brakt inn, har ombudet kommet til at det forelå brudd på likestillingsloven.

Saker som bringes inn for ombudet er tidkrevende, og det tar gjerne flere år fra saken kommer inn til Legeforeningen til uttalelse foreligger fra ombudet. Høsten 2015 mottok vi uttalelse fra Likestillings- og diskrimineringsombudet i tre saker. Vi fikk medhold i alle tre om at arbeidsgiver hadde brutt likestillingsloven.

Den ene saken gjaldt en lege i spesialisering ved et sykehus. Legen ble gravid og det ble plutselig vanskelig å få forlenget vikariatet. Før hun ble gravid, hadde hun mer eller mindre fått vikariatet forlenget automatisk flere ganger. Likestillings- og diskrimineringsombudet kom til at arbeidsgiver hadde brutt likestillingsloven ved ikke å tilby aktuell lege videre tilsetning. Arbeidsgiver aksepterte ikke uttalelsen fra ombudet og har derfor klaget den inn for Likestillings- og diskrimineringsnemnda. Det forventes at nemnda behandler saken første halvår 2016.

De to andre saken gjaldt turnusleger i kommunehelsetjenesten som var/skulle i foreldrepermisjon. Den ene gjaldt en turnuslege i foreldrepermisjon, den andre var en kvinnelig turnuslege i svangerskaps- og foreldrepermisjon.

Diskrimineringsspørsmålet gjaldt tidspunktet for gjennomføring av resttjenesten etter endt permisjon. Begge turnusleger ble i realiteten pålagt lengre permisjon enn ønsket ved at de fikk beskjed om at de måtte komme tilbake enten 1. mars eller 1. september. I begge sakene

knyttet til turnusleger, tok de respektive kommunene ombudets uttalelse til etterretning og sakene anses løst med tilfredsstillende resultat.

2.2 Tillitsvalgtoorganisering, informasjon og opplæring

2.2.1 Kursvirksomhet 2015

For Legeforeningen er det svært viktig å ha skolerte, dyktige og motiverte tillitsvalgte som kan gjøre en god jobb for sine kolleger. Legeforeningen tilbyr derfor alle tillitsvalgte i samtlige tariffområder muligheten til å delta på Legeforeningens sentrale tillitsvalgtopplæring.

Legeforeningens hovedsatsing på tillitsvalgtopplæring skjer gjennom modulpakken «Fra tillitsvalgt til leder». Gjennom tre moduler får tillitsvalgte opplæring i de mest relevante temaer som er aktuelle for funksjonen. Alle tillitsvalgte blir invitert, og kurspakken er også relevant for de som har deltatt på kurs i regi av yrkesforeningene. Helsedirektoratet har godkjent at «Fra tillitsvalgt til leder – Modul I – III» innholdsmessig tilsvarer det obligatoriske kurset i administrasjon og ledelse som inngår i spesialistutdanningen for sykehusspesialistene.

Sentralstyret vedtok i desember 2014 en endret tillitsvalgtopplæring. Formålet med endringen var dels å sikre best mulig målrettet opplæring av tillitsvalgte, dels å sikre bedre ressursutnyttelse. 2015 er dermed det første året med ny modulpakke. Som følge av den nye modulpakken slås lokalkursene sammen med modulpakken «Fra tillitsvalgt til leder».

I 2015 arrangerte eller deltok Legeforeningen i ca. 20 tillitsvalgtkurs. Blant disse ble det arrangert fem Modul I-kurs, i Helse-Nord, Helse-Midt, Helse-Vest, Helse Sør-Øst og for Stat med 201 deltakere. Det ble arrangert to Modul II-kurs med samlet deltakerantall på 170, og ett Modul III-kurs med 38 deltakere.

På statens tariffområder har Legeforeningen samarbeid med andre akademikerforeninger om felles kurs; blant annet Den norske tannlegeforening, Norsk psykologforening, Den norske veterinærforening, Samfunnsøkonomene og Norges Farmaceutiske Forening.

Det er også arrangert "temakurs" som tar opp aktuelle problemstillinger eller kurs som skal forberede de tillitsvalgte på kommende forhandlinger. Eksempler her er: Spekter: Kurs "Faste stillinger", Stat: kurs i "Lokale forhandlinger", KS: Særavtalen i KS.

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder

2.3.1 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området

2015 var et mellomårsoppgjør i forhandlingsområde Spekter. Det vil si at det kun ble forhandlet om lønnstillegg. Bare dersom begge parter er enige, kan det i et mellomoppgjør åpnes for endringer i tariffavtalenes tekst.

Bakteppet for mellomoppgjøret

I de innledende forhandlingene ble det av Akademikerne og Legeforeningen lagt særlig vekt på at det skulle gjennomføres reelle lokale forhandlinger mellom lokale tillitsvalgte og arbeidsgiver, uten sentral ramme eller grense. Frontfagsmodellen innebærer at privat sektor skal sette en normgivende ramme for oppgjørene i øvrige sektorer – på makronivå og over tid. Dette innebærer at det kan og bør være variasjoner, basert på lokale forhold og behov. Videre gjentok Akademikerne og Legeforeningen betydningen av at vi ser en bedring av samarbeidsforholdene lokalt frem mot hovedoppgjøret 2016. Et tett og tillitsfullt samarbeid mellom ledelse og tillitsvalgte er avgjørende for god utvikling av sykehusene.

Det hadde vært sterke oppfordringer om moderasjon i årets oppgjør. Frontfagene (LO/NHO i konkurranseutsatt sektor) avtalte en ramme for lønnsoppgjøret på 2,7 %.

Sentrale forhandlinger

Spekter og Akademikerne (herunder Legeforeningen) ble enige i de innledende sentrale forhandlingene i helseforetakene og på Lovisenberg 22. april 2015. Lønnstillegg for medisinstudenter med lisens, turnusleger, leger i spesialisering og legespesialister ble fastsatt sentralt, mens det ble gjennomført lokale forhandlinger for øvrige deler av Legeforeningen. Det sentrale oppgjøret lå samlet på nivå med frontfaget. Alle lønnstillegg ble gitt med virkning fra 1.1. 2015, og UTA (utvidet tjeneste/arbeidstid) og vaktlønn ble etterbetalt fra virkningstidspunktet. Minimumslønnsatsen for den nye lønnskategorien legespesialist og ny sentralt fastsatt minimumslønn for overleger (tilsvarende laveste lokalt avtalte minimumslønn) ble fastsatt i de avsluttende sentrale forhandlinger.

Lokale forhandlinger

Legeforeningen gjennomførte lokale B-delsforhandlinger for overleger, forskere med videre. Da fristen for å be om bistand utløp 4.6. 2015, var det fem helseforetak som hadde bedt om bistand, av disse var det to lokale brudd, som først ble endelig avgjort i de avsluttende sentrale forhandlingene.

Legeforeningens evaluering av de lokale forhandlingene blant de tillitsvalgte, viste at de ved flere steder var fornøyd med å ha mottatt tilstrekkelig tallgrunnlag fra arbeidsgiver i god tid før forhandlingene. Når det gjelder resultatet av forhandlingene, fikk de noen steder forhandlet frem et bedre resultat enn 2,7 %. De fleste tillitsvalgte ga derimot tilbakemelding om at de ikke har mulighet til å påvirke forhandlingsresultatet, og at forhandlingene ikke oppleves som reelle. Flere steder ble de møtt med hva som er kostnaden for de øvrige i legegruppen fra de sentrale forhandlingene og at dette også måtte få betydning for deres resultat. Noen steder hevdet arbeidsgiver at det hadde vært lønnsglidning, som skulle trekkes ifra årets lønnsramme, selv om glidningen sentralt var beregnet til 0 %.

Fristen for de lokale forhandlingene var 12.6. 2015 og de avsluttende sentrale forhandlingene mellom Spekter og Akademikerne (herunder Legeforeningen), ble gjennomført onsdag 17.6. 2015.

Den partssammensatte arbeidstidsgruppen

Som et resultat av meklingen mellom Akademikerne og Spekter i hovedoppgjøret 2014, ble det nedsatt et partssammensatt utvalg med representanter fra Legeforeningen og Spekter, som skulle se på alle sider av sykehuslegers arbeidstid. Utvalget skulle blant annet kartlegge dagens arbeidstidsmodeller, vurdere ulike modeller/ metoder for arbeidstidplanlegging og vurdere alle sider av ved legenes vaktordninger, herunder innholdet i vaktarbeidet, vaktbelastningen, lengdene på vaktene og ulike måter å organisere vaktarbeid på.

Legeforeningens representanter i utvalget har vært fra sekretariatet. I tillegg har det vært nedsatt en referansegruppe med presidenten og representanter fra Of og Ylf. Det partssammensatte utvalget hadde flere møter i 2015. I tillegg ble det avlagt to sykehusbesøk (UNN og Helse Bergen HF), der lederne for Of og Ylf også deltok. Arbeidet i utvalget synes hittil i liten grad å ha bidratt til større forståelse hos arbeidsgiversiden for de tillitsvalgtes behov for påvirkning når det gjelder arbeidstidsplanlegging, hvordan arbeidstidsordningene bør være og hva som oppleves å gi forutsigbarhet for den enkelte. Besøkene på sykehusene,

ga imidlertid gode illustrasjoner på hvor samarbeidet om arbeidstid fungerte og hva som gjorde at det fungerte. Utvalgets arbeid skal slutføres i 2016.

2.3.2 Tvistesaker i Spekter-området

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke tvistesaker fra helseforetakene om tolkningen av tariffavtalene i sykehus. Svært få saker lar seg dessverre løse i dialog med Spekter.

Sentralstyret ga i mars 2014 sekretariatet fullmakt til å bringe noen konkrete tvistesaker inn for Arbeidsretten for avklaring. Partene hadde et felles mål om å løse disse tvistesakene i forhandlingene 2014 og Legeforeningen utsatte dermed arbeidet med rettsliggjøringen av disse tvistene. Partene lyktes derimot ikke og Legeforeningen påbegynte derfor arbeidet mot stevning for Arbeidsretten mot slutten av 2014.

Legeforeningen brakte høsten 2015 tre tvistesaker mot Spekter, om tolkningen av overenskomstens Del A2, inn for Arbeidsretten. To av sakene ble ført av Legeforeningens egne advokater, mens i den tredje saken var prosessfullmektigen fra et eksternt advokatfirma. Legeforeningen vant to av sakene.

Følgende saker ble avgjort av Arbeidsretten:

Tvist om hvilke krav som stilles for rett til 35,5 timers uke, Rusbehandlingen Midt-Norge

Spekter hevdet, til tross for en klar ordlyd i avtalebestemmelsen, at retten til redusert arbeidstid var betinget av at arbeidet i perioden mellom 20.00 og 06.00 måtte være av et visst omfang. Dette vant de ikke frem med, og avgjørelsen innebærer at helseforetakene ikke kan stille krav om et visst omfang av arbeid i tidsrommet 20.00 til 06.00. Det er tilstrekkelig at det på tjenesteplan fremkommer at legene har en eller annen form for vakt (både tilstedevakt og hjemnevakt) i dette tidsrommet.

Selv om den konkrete tvisten gjaldt leger i spesialisering, vil avgjørelsen også ha betydning for overlegegruppen. Det er lite som tyder på at retten ville ha kommet til et annet resultat for overlegene. Helseforetakene må derfor legge samme forståelse som Arbeidsretten har kommet til i denne saken til grunn for overlegene der hvor arbeid i tidsrommet 20.00 til 06.00 gir rett til 35,5 timers alminnelig arbeidstid.

Tvist om forståelsen av beregningsgrunnlaget for innbetaling til Utdanningsfond III, A2 § 8.5.1

Arbeidsretten ga Legeforeningen medhold i sitt syn på beregningsgrunnlaget for innbetalingen til Utdanningsfond III. Sykehusene innbetaler kr 2 000 per lege ansatt i helseforetaket. Fondet gir støtte til reise og opphold for leger som drar på kurs. Spekter har ment at leger i såkalte profesjonsnøytrale stillinger skal unntas fra beregningsgrunnlaget, en forståelse som innebar at sykehusenes innbetaling til fondet ble lavere enn forutsatt, noe som igjen hadde negative konsekvenser for fondets økonomi.

I sin domsslutning slo Arbeidsretten fast at beregningsgrunnlaget omfatter «alle leger som er i arbeid i helseforetakene, uavhengig av hva slag stilling disse innehar, med unntak av turnusleger og medisinerstudenter». Domsslutningen var i tråd med Legeforeningens påstand, og innebærer at helseforetakene ikke lenger kan unnta leger som er ansatt i profesjonsnøytrale stillinger fra innbetalingen til fondet. De helseforetak som de siste årene har innbetalt i tråd med Spekters syn, må nå tilbakebetale det resterende beløpet.

Tvist om innholdet i rett til vaktfritak for gravide i siste trimester, A2 § 3.5.4, St. Olavs hospital HF

Saken handlet om i hvilken grad gravide leger i siste trimester av svangerskapet har rett til vaktfritak i medhold av overenskomstens del A2 § 3.6.4 mellom Legeforeningen og Spekter. Det er godt dokumentert at bestemmelsen faktisk er blitt praktisert slik i sykehus, men Arbeidsretten kom likevel til at ordlyden i § 3.6.4 talte mot en slik forståelse.

Etter Arbeidsrettens dom innebærer bestemmelsen at gravide i siste trimester og kvinner som ammer får en rett til å ha en arbeidsdag som ikke overstiger ni timer. Den sier ingenting om typen arbeid eller når på døgnet slikt arbeid skal legges. Under saken i Arbeidsretten kom det imidlertid frem at Spekter mente at tilretteleggingsbestemmelsen i overenskomst del A1 § 1.4 kunne brukes ved behov for vaktfritak når som helst i svangerskapet, fordi vaktarbeid vil kunne være risikofylt ved graviditet. Dette legger også Arbeidsretten til grunn i domspremissene.

Med denne dommen ble rettstilstanden endret, og mange tillitsvalgte og enkeltleger har i tiden etter at resultatet ble kjent uttrykt stor bekymring for hvilke ulemper og vanskeligheter dette vil pålegge gravide leger.

Tvist om lovligheten av ordning med passiv tilstedevakt 1:3, Oslo Universitetssykehus

Det har i 2015 også vært jobbet med hvordan tvisten om lovligheten av passiv tilstedevakt og arbeidstidsberegning 1:3 skal rettsliggjøres, uten at det resulterte i en endelig avgjørelse. Det planlegges et søksmål for de ordinære domstoler våren 2016.

2.3.3 Forhandlingsarbeidet i Stat-området

Mellomoppgjør 2015 - Statlig tariffområde

Natt til 30. april 2015 ble det oppnådd enighet i mellomoppgjøret i staten. Oppgjøret hadde som frontfaget i privat sektor en økonomisk ramme på 2,7 %. På grunn av et høyt lønnsoverheng fra i fjor (2,1 %) og beregnet lønnsglidning var det meste av den økonomiske ramma «brukt opp» allerede før forhandlingene startet. Derfor måtte det prioriteres hardt ved fordelingen.

Det ble ikke avsatt midler til lokale forhandlinger, men den enkelte virksomhet kunne gjennomføre slike forhandlinger om det fantes egne midler for det.

Akademikerne (Legeforeningen) mener lønnsoppgjørene i staten bør gjennomføres lokalt og ikke sentralt. Fordi den disponible rammen i 2015 var svært lav, aksepterte Akademikerne likevel et oppgjør der et likt prosenttillegg var hovedelementet.

2.3.4 Forhandlingsarbeidet i KS-området

Mellomoppgjør 2015- KS området

Oppgjøret var et mellomoppgjør og det var således kun lønn som var tema i forhandlingene. Oppgjøret endte med at de fleste medlemsforeningene aksepterte siste tilbud fra KS. Naturviterne og Econa aksepterte ikke en protokolltilførsel om tariffpolitiske forutsetninger slik at lønnsoppgjøret for deres medlemmer ble utsatt inntil avklaring forelå.

For flertallet av medlemmene i Legeforeningen skjer lønnsforhandlingene kun lokalt i den enkelte kommune, uten en sentralt fastsatt ramme. I skrivende stund er ikke utslagene av lønnsoppgjøret i kommunene i 2015 ferdig analysert. Det er imidlertid ikke grunn til å tro at

Legeforeningen medlemmer oppnådde dårligere lønnsvekst enn sammenliknbare grupper basert på henvendelser til sekretariatet og innmeldte forhandlingsbrudd.

Reforhandling av særavtalen for legetjenesten i kommunene - SFS 2305

Høsten 2015 ble særavtalen for kommunehelsetjenesten (SFS 2305) reforhandlet. Den nye avtalen gir gjennomslag på viktige punkter, herunder full rett til pensjonsopptjening ved legevaktarbeid og en særskilt regulering av ny bakvaktordning. Videre ble det foretatt en oppjustering av praksiskompensasjon, beredskapsgodtgjørelse/timelønn og turnuslegelønn.

I forkant av forhandlingene ble det foretatt en undersøkelse blant turnusleger i distrikt som viste at så mange som 42 % har arbeidet en eller flere ganger uten veiledning og tilsyn av lege i kommunehelsetjenesten. Av disse svarte 19 % at de ikke hadde fast veiledning i det hele tatt. Det var viktig for Legeforeningen å rette opp i dette slik at turnuslegene sikres en trygg arbeidshverdag. I den nye avtalen er det gitt gjennomslag for at turnusleger som den klare hovedregel ikke skal arbeide uten veiledning og tilsyn, og videre at turnuslegen til enhver tid skal ha en oppdatert oversikt over hvem som er veileder eller hvem som kan kontaktes hvis veileder ikke er tilgjengelig. For øvrig vises det til punkt 2.4.2 for mer utfyllende kommentarer om legevakt.

2.3.5 Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området

Mellomoppgjør 2015- Oslo området

Mellomoppgjøret endte med enighet mellom partene. Legeforeningen og Akademikerne sluttførte forhandlingene etter at det forelå resultat i øvrige tariffområder. Oppgjøret innebar et tillegg på 1,7 %, minimum 6 500 kroner, på hovedlønnstabellen med virkning fra 1.5. 2015. Oppgjøret ga en samlet lønnsvekst på ca. 2,7 % i 2015, og endte dermed på linje med oppgjørene i privat sektor og offentlig sektor for øvrig.

Legeforeningens medlemmer i Helseetaten (HEL) og Sykehjemsetaten (SYE) fikk lokale forhandlinger i 2014, i hovedsak etter modell fra KS. For disse medlemmene skjedde dermed lønnsdannelsen lokalt. Den største forskjellen fra KS er at det ikke foreligger tvistemulighet på resultatet av lokale forhandlinger. Også i 2015 var inntrykket at arbeidsgiver og Legeforeningen ikke har den samme forståelsen for hva lokale forhandlinger innebærer.

2.3.6 Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området

Dette forhandlingsområdet særtegnes av at fagforeningene er direkte avtaleparter i avtalene med Virke. Det er hver enkelt forening – og ikke sammenslutningene – som er part. Legeforeningen forhandler imidlertid de sentrale overenskomstene og hovedavtalen sammen med de andre foreningene i Akademikerne gjennom samarbeid i de såkalte "Akademikerforeningene". Dette er et uformelt forhandlingssamarbeid med andre fagforeninger innen Akademikerne samt NITO og Norges Farmaceutiske Forening.

Legeforeningens representanter i «Akademikerforeningene» har i 2015 deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger. De viktigste overenskomstene for Legeforeningen er den såkalte Spesialistoverenskomsten samt Landsoverenskomst for helse og sosiale tjenester. Disse to overenskomstene favner nær alle Legeforeningens medlemmer innenfor Virke-området. De sentralt avtalte tilleggene ble innrettet tilsvarende offentlig sektor, det vil si omtrent 2,7 % på årsbasis.

Beregningen av årslønnsveksten totalt baserer seg på en antakelse om at tilleggene som ble gitt sentralt hadde samme effekt innenfor Virke-området som for de korresponderende

offentlige tariffområdene. Selvstendige beregninger for de sentrale oppgjørene i Virkeområdet har heller ikke i 2015 vært mulig som følge av usikkerhet i datamaterialet.

Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt. Det ble våren 2015 gjennomført et oppgjør med forhandlinger ved den enkelte virksomhet. Basert på tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er inntrykket at oppgjørene er på linje med sammenliknbare grupper ellers i samfunnet.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter ble prolongert frem til 31.12.2015. Avtalen ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2016. Særavtalen forhandles av Legeforeningen uten de øvrige foreningene, med en forhandlingsdelegasjon som springer ut av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke. I avtalen er det inntatt en rekke viktige bestemmelser for leger, herunder arbeidstid, vaktordninger, overtidsarbeid, etterutdanning, lønnsbestemmelser, særlige regler for leger i spesialisering mm.

Virke og Legeforeningen hadde tett kontakt høsten 2015 for å legge til rette for effektive og gode forhandlinger.

Det ble gitt ulike kurstilbud til tillitsvalgte, herunder et årlig eget kurs tilpasset tillitsvalgte innenfor dette tariffområde.

2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.4.1 Fastlegeordningen KS

Rammeavtalen med KS for perioden 1.1. 2013 tom 31.12. 2014 ble prolongert også for 2015, og det ble derfor ikke gjennomført forhandlinger i denne perioden. Årsaken til prolongeringen var krevende forhandlinger av særavtalen i KS området.

Legeforeningen har like fullt jobbet aktivt med tiltak som kan bidra til en ønsket utvikling av ordningen, og har benyttet perioden til å høste erfaringer som vil brukes dersom det blir forhandlinger i 2016. Selv om fastlegeordningen er velfungerende, innebærer både primærhelsemeldingen samt generelle utviklingstrekk, som blant annet medfører at fastlegene stadig får tilført nye oppgaver, at det er et utviklingsbehov. Vi deltok gjennom 2015 i flere møter med myndighetene for å drøfte behovene, og det er det er gjennomført ulike utredningsarbeider for å kartlegge mulighetsrommet for utvikling i en ønsket retning. I etterkant av primærhelsemeldingen er det startet en møteserie mellom Legeforeningen og HOD om aktuelle tema knyttet til fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene for øvrig.

2.4.2 Legevakt

Legevakten er preget av stor grad av tilfeldig organisering, høy vaktbelastning, sviktende rekruttering og fravær av systematisk kvalitetsarbeid. Legeforeningen har derfor over tid sett behov for en videreutvikling og opprustning av legevaktsordningen. Dette både for å sørge for at kommunens innbyggere får et godt og forsvarlig helsetilbud, men også for å sikre kommunens leger en forsvarlig arbeidsbelastning og et godt arbeidsmiljø.

Med ny akuttmedisinforskrift ble det stilt flere nye krav til legevaktsordningen, som blant annet setter dagens bemanningssituasjon under ytterligere press. Legeforeningen møtte HOD for å drøfte utfordringene ved den nye forskriften og har også kommet med innspill til departementets rundskriv. Det er også avholdt møte med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i sakens anledning. Videre har Legeforeningen deltatt i arbeidsgruppe med KS for å kartlegge bemanningssituasjonen på landets legevakter, og det har vært gjennomført

tariffkonferanse. Kartleggingen har vist at det er nødvendig å iverksette tiltak for å bøte på bemanningsutfordringer og for å styrke legenes vern mot overbelastning.

Som nevnt i punkt 2.3.4 ble særavtalen (SFS 2305) reforhandlet høsten 2015. Forhandlingene ga gjennomslag på viktige punkter om legevakt, herunder en særskilt bakvaksordning som følge av ny akuttmedisinforskrift, full rett til pensjonsopptjening ved legevaksarbeid, og en tryggere arbeidshverdag for turnusleger. Til tross for dette er legevaktjenesten – særlig i de mindre kommunene – fortsatt en rekrutteringshindring på grunn av høy vaktbelastning og fritidsberøvelse. Legeforeningen ser behov for å løfte utfordringene knyttet til legevakt i perioden fremover.

2.4.3 Rammeavtalene med KS/Oslo kommune

Rammeavtale med KS ble reforhandlet etter vedtakelsen av fastlegeforskriften senhøstes 2012. Avtalen ble prolongert for ett år da den gikk ut i desember 2014, og løp til 31.12. 2015. Avtalen med Oslo kommune ble reforhandlet i 2014, og trådte i kraft fra 1.7. 2014 med varighet til 31.12. 2015.

Begge avtaler måtte sies opp per 1. oktober, ellers ville den bli prolongert med ett år. I KS området stod Legeforeningen overfor krevende særavtaleforhandlinger høsten 2015. Med bakgrunn i at rammeavtalene etter sekretariatets erfaring hadde fungert bra i perioden, og at det ikke var umiddelbare behov for endringer i avtalene, ble ikke avtalene sagt opp fra Legeforeningen side. Avtalene ble heller ikke sagt opp av motpartene, hhv Oslo kommune og KS.

Det var imidlertid i begge avtaleområder et behov å avtaleregulere forhold knyttet til etablering av såkalte nye hjemler (nullhjemler). Dette gjaldt først og fremst mekanismer for lokalisering av nye hjemler i eksisterende gruppepraksis og spørsmålet om vederlag for inntreden i gruppepraksis. Vi ba derfor om møter med KS og Oslo kommune for å finne løsninger.

Møte med Oslo kommune ble avholdt i desember 2015, og partene ble enig om at utvidelse av nemndsordningen til også gjelde inntreden i praksis ville løse hovedproblemet i disse sakene. Forslag til protokoll ble oversendt rett før nyttår, men ikke undertegnet før årsskiftet. I tillegg ble partene enige om å revitalisere det sentrale samarbeidsutvalget, og at en oppgave for utvalget ville være opplæring av rammeavtalen for bydelene og tillitsvalgte. Partene vil også i 2016 jobbe videre med kvalitetsrapportering og legenes tilknytningsforhold (ansatt/næringsdrivende) til legevakten.

KS viste dessverre ikke samme forståelse for utfordringen manglende regulering av opprettelse av nye hjemler innebærer. Det lyktes dermed ikke å få til et møte mellom partene om dette i 2015.

2.4.4 Forhandling av ny rammeavtale for avtalespesialister

Høsten 2015 forhandlet Legeforeningen med de regionale helseforetakene om en ny rammeavtale for avtalespesialister. Avtalen trådte i kraft fra 1.1. 2016.

Satsingen på avtalepraksis er nedfelt i regjeringserklæringen, og den nye avtalen er en viktig del av denne. Avtalen viderefører viktige forhold fra den tidligere avtalen, men inneholder også viktige endringer og nye bestemmelser. Blant disse kan nevnes at aldersgrensen ble økt til 72 år, dette gjelder ikke de som fylte 70 år i 2015. Det ble videre inntatt mer omfattende

regulering av styrket samarbeid mellom avtalespesialist og helseforetak. Rammeavtalen med tilleggsprotokoll gir legen en plikt til aktivt å medvirke til at slikt samarbeid kommer i gang. En forutsetning er at samarbeidet skal være likeverdig og balansert. RHF og Legeforeningen skal i felleskap utarbeide veileder og avtalemaler for samarbeidet. Det er også åpnet for at senior og junior kan jobbe samtidig i praksis ved inngåelse av senioravtale.

Flere protokolltekster forplikter de sentrale avtaleparter til omfattende samarbeid i tiden som kommer.

2.4.5 Normaltariffoppgjøret 2015

Forhandlingene om Normaltariffen ble sluttført 26.6. 2015. Forhandlingene var krevende, men partene ble enige om en ramme på 1,5 % økning i takster, driftstilskudd og basistilskudd, mens fondsøkonomien ble økt med 1,33 % (per 1. juli).

Det ble også i år avsatt særskilte midler til konkrete utviklingsprosjekter for EPJ-systemene. Dette vil videreføre arbeidet fra forrige avtaleperiode med et lenge definert behov for finansiering av ønsket funksjonalitet. Det ble opprettet flere nye takster for både fastleger og avtalespesialister samtidig som en rekke takster ble økt innenfor den framforhandlede rammen. Det ble avsatt 3,5 millioner kroner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenestepensjonsordning.

I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølginger i form av protokolltilførsler. Partene ble enige om at det skulle gjennomføres en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse. Innen 1. desember 2015 skulle partene i fellesskap vurdere hvordan legepraksisenes inntekts- og kostnadsforhold best kunne undersøkes på en representativ måte. Det skulle samtidig vurderes hvordan effektivisering bl.a. knyttet til tekniske nyvinninger kunne identifiseres og kvantifiseres.

2.4.6 Avtaler med Finans Norge og Statens pensjonskasse

Avtale om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse for forsikringsselskap mellom Legeforeningen og Finans Norge ble reforhandlet i 2015, og løper fra 1.7. 2015 til 30.6. 2016. I 2014 ble det foretatt en del tekstlige endringer, og partene så ikke behov for dette i 2015. Honorarsatsene ble imidlertid økt med 2,9 % fra 1.7. 2015.

Avtalen med Statens pensjonskasse (SPK) om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse og utlevering av journal k gjelder fra 1.7. 2014 til 30.6. 2016. I henhold til avtalen, ble honorarene regulert i tråd med inntektskomponenten i normaltariffoppgjøret fra 1.7. 2015, dvs. 1,5 %.

2.5 Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger

2.5.1 Kommentirutgave rammeavtalen for avtalespesialister

Den nye rammeavtalen for avtalespesialister inneholder en del nye bestemmelser, men også en rekke justeringer og presiseringer av tidligere bestemmelser. Det var et mål under forhandlingene at avtalen skulle bli mer pedagogisk og enklere å finne frem i enn den gamle. Det er likevel begrenset hva som kan beskrives i avtaleteksten, og det er behov for veiledning til medlemmer og tillitsvalgte om hvordan Legeforeningen mener avtalen skal forstås. Legeforeningen utarbeidet derfor en kommentarutgave til den nye rammeavtalen for avtalespesialister. Den ble publisert på nettsidene og i 2016 blir den sendt ut til alle avtalespesialister.

2.5.2 Juridisk betenkning av Erik Boe – vedtak etter rammeavtalen

Legeforeningen og RHF-ene har over tid vært uenig om anvendelse av forvaltningslovens saksbehandlingsregler når et regionalt helseforetak omdisponerer hjemmelen som en avtalespesialist har sagt opp. Spørsmålet var ventet å bli tema i rammeavtaleforhandlingene, og Legeforeningen innhentet derfor en juridisk betenkning fra professor dr. juris Erik Boe. Han konkluderte i tråd med Legeforeningens tolkning av forvaltningsloven. RHF fastholdt likevel sitt syn i forhandlingene, og Legeforeningen valgte å presisere det rettslige utgangspunktet i en ensidig protokoll.

2.5.3 Advokatloven

Et regjeringsoppnevnt utvalg avleverte 19.3. 2015 en NOU om «Advokaten i samfunnet». NOU-en tar opp en lang rekke forhold knyttet til advokatvirksomhet. Utvalget legger opp til omfattende reguleringer i en ny lov for advokater og andre som yter rettslig bistand. Lovforslaget vil kunne få konsekvenser for advokatbistanden til Legeforeningens medlemmer, herunder organiseringen av det juridiske arbeidet i sekretariatet.

I desember 2015 oversendte Legeforeningen en høringsuttalelse til Akademikerne. Legeforeningen er i uttalelsen kritisk til modellen med et pliktig medlemskap for alle advokater organisert i et nytt Advokatsamfunn. Utvalget baserer videre flere av forslagene sine på en forutsetning om ansatte advokater i organisasjoner og fagforeninger er mindre uavhengige enn advokater som arbeider i regulære advokatfirmaer. Legeforeningen ser ikke at det er grunnlag for et slikt premiss, og mener derfor at en rekke av lovforslagene framstår som dårlig funderte og har en teoretiserende tilnærming.

2.5.4 Behandling av veilederavtaler og godkjenning som allmennlege for rett til trygderefusjon

De siste årene har ulike lov- og forskriftsendringer påvirket legers adgang til å praktisere selvstendig med refusjonsrett. Sekretariatet bistod i 2015 fortsatt et stort antall leger som møtte utfordringer knyttet til regelverket om veiledet tjeneste og/eller primærgodkjenning som allmennlege for leger fra andre land.

Regelverket har vært vanskelig tilgjengelig og lite forutberegnelig, og flere leger har i ulike perioder i løpet av sine tre år med veiledet tjeneste mistet refusjonsretten. Legeforeningen har vært i tett kontakt med myndighetene om dette, og Legeforeningens jurister har blant annet bidratt i arbeidet med et rundskriv.

I tillegg til regelendringer strammet Statens Autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) inn sin praksis om midlertidige godkjenninger. For å beholde refusjonsretten etter tre år med veiledet tjeneste ble det tidligere utstedt slike godkjenninger frem til legen hadde gjennomført grunnkurs A og B. Konsekvensene av at midlertidige godkjenninger forsvant var at mange leger på svært kort tid behøvde grunnkurs A og B, og kurskapasiteten ble sterkt presset. For å unngå at medlemmer i unødig grad mistet refusjonsretten i denne situasjonen, var Legeforeningen i tett dialog med ansvarlige myndigheter og man fikk på plass midlertidige avhjelpende løsninger. Vi har også problematisert den svært lange saksbehandlingstiden hos SAK, og erfarte senhøstes at bekymringene ble tatt på alvor slik at det ble ansatt flere saksbehandlere i organet. SAK ble fra 1.1. 2016 innlemmet i Helsedirektoratet.

2.5.5 Produktivitetskommisjonen

Legeforeningen er opptatt av effektivisering og utvikling av gode rammebetingelser for helsesektoren. Vi støttet derfor myndighetenes etablering av en produktivitetskommisjon. En

utfordring var imidlertid at kommisjonens arbeid spente over så store samfunnsområder at dybdeanalysene uteble, og rapporten ble i liten grad egnet som beslutningsgrunnlag for effektiviseringstiltak. Legeforeningen avga sammen med Akademikerne en omfattende høringsuttalelse. Her påpekte vi blant annet at rapporten i liten grad belyste sammenhengen mellom forhold i helsetjenesten og de rammebetingelser for samhandling mellom helsetjenestens ulike deler som påvirker effektiv ressursutnyttelse. Legeforeningen reagerte også på at rapporten bidro til å befeste fordommer om at fagprofesjonsinteresser kan stå i veien for effektiviseringstiltak og reformer, og understreket at dialog og samarbeid med fagmiljøer er en nødvendig forutsetning for vellykkede omstillings- og regelendringsprosesser. Det ble påpekt at rapporten savnet omtale av viktige tema som behovet for investering i sykehusbygg og medisinskteknisk utstyr, betydningen av systemer og struktur for effektive pasientforløp, den økende byråkratiseringen i helseforvaltningen og betydningen dette har for hvor mye ressurser som går til administrasjon og hvor mye som går til tjenesten, særskilte styringsutfordringer i sykehusene, utfordringer i organisering av primærhelsetjenesten samt samarbeidsutfordringer oppstått etter samhandlingsreformen. Legeforeningen savnet også omtale av avtalesamarbeid med næringsdrivende og folketrygdfinansiering som viktige effektivitetsfremmende faktorer.

2.6 Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg

2.6.1 Bistand fra sekretariatet

Legeforeningens hovedordning for juridisk bistand til medlemmene er direkte bistand fra sekretariatet. Sekretariatets jurister yter juridisk bistand på mange av de samme rettsområder som omfattes av Rettshjelpsordningen, men også på rettsområder som faller utenfor Rettshjelpsordningen. Det kan for eksempel dreie seg om helserettslige spørsmål (herunder taushetsplikt), samarbeidsavtaler i privat praksis, husleierett, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett. Sekretariatet vurderer konkret ved hver henvendelse om det skal tilbys bistand fra sekretariatet eller om det bør søkes om økonomisk støtte for å kunne bruke ekstern advokat.

Sekretariatet håndterer daglig forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt noe økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester var fremdeles økende i 2015. Sekretariatet forsøker å bidra til effektiv rådgivning gjennom telefonvaktordninger, og søker på den måten at antallet skriftlige saker ikke øker unødvendig. Det kan nevnes særskilt at et stadig mer presset arbeidsmiljø i sykehus har medført svært mange henvendelser og mye arbeid for sekretariatet i 2015.

Mange saker løses ved hjelp fra sekretariatet, slik at det ikke blir aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. Legeforeningen har ofte, som avtalepart i sentrale avtaler, kunnskap om lokale forhold. Dette vil i noen tilfeller bety større muligheter for løsning av tvister i stedet for eskalering av konflikten.

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Legeforeningen opprettet og registrerte 4084 nye juridiske saker i 2015, hvorav en mindre del av disse også innbefatter yrkesforeningenes registrerte saker. Utover dette antallet besvares svært mange henvendelser på telefon i vaktcentralen, anslagsvis mellom 10-12 000. Denne formen for bistand/rådgivning er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli enda mer ressurskrevende.

År	Antall saker
2015	4084
2014	3626
2013	3206
2012	2753
2011	2542
2010	2300
2009	1613

Dette indikerer en meget betydelig stigning over tid i etterspørselen etter juridiske tjenester. Samlet sett er sakene meget ressurskrevende, og kompleksiteten øker. Sekretariatet prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen som forening. Det ble opprettet et rettshjelpsprosjekt, som startet sitt arbeid i slutten av 2015.

2.6.2 Ansatte leger

Sekretariatet har hatt et økende antall henvendelser fra sykehusleger i 2015. Dette har blant annet omhandlet spørsmål knyttet til tolkning av tariffavtalene og rettigheter etter disse. Legeforeningen har derfor hatt tre saker for Arbeidsretten i 2015 som omhandler tvist om tolkning av tariffavtalene i Spekter.

I 2015 har særlig vanskelige og ressurskrevende saker knyttet til arbeidsmiljø og stillingsvern utpekt seg. Vi har mange henvendelser som gjelder bekymring for pasientsikkerhet og forsvarlighet som følge av innstramminger og høy arbeidsintensitet- og belastning. Tillitsvalgtes rolle og ansattes ytringsfrihet har vært svært aktuelle temaer, og flere leger har opplevd å bli straffet på ulike måter av arbeidsgiver for sine faglige utspill. Legers ytringsfrihet har også tidligere vært et viktig rettsområde, men som har blitt videreutviklet i 2015. Det er en grunnleggende verdi i vårt samfunn at alle skal ha frihet til å si det de mener, og på den måten fremme åpne og verdifulle diskusjoner i det offentlige rom. Det er viktig å legge til rette for at legene tør komme med innspill i helsedebatten, da de er de som kjenner forholdene i helsevesenet best.

Enkelsaker knyttet til konflikter på arbeidsplassen og oppsigelsessaker har i varierende grad blitt løst. Legeforeningens advokater har påtatt seg prosessoppdrag.

Som tidligere år har Legeforeningen også i 2015 hatt fokus på diskrimineringssaker, og spesielt kjønnsdiskriminering. I praksis dreier dette seg om diskriminering grunnet svangerskap og fødselspermisjoner, og da i hovedsak kvinner. Med ny turnusordning har det

dukke opp flere spørsmål knyttet til rettigheter til å fortsette tjenesten ved samme turnussted etter foreldrepermisjon. Et overraskende høyt antall arbeidsgivere har fremdeles ikke fullt ut forstått hvilke regler som gjelder på dette området. Det må forventes at det er nødvendig å følge slike saker tett også i de nærmeste årene. Legeforeningens medlemsmasse består i økende grad av kvinner, slik at stadig flere medlemmer forventes å trenge juridisk bistand for å ivareta sine interesser.

Også fra statlige og kommunalt ansatte leger kommer det henvendelser, både av individuell, arbeidsrettslig karakter, spørsmål knyttet til tolkning av tariffavtalene og til yrkesutøvelsen som lege.

Særlig om team for håndtering av saker på OUS og UNN

Legeforeningen har hatt et særlig fokus på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) over lengre tid. Medlemmer og tillitsvalgte har over tid meldt om forhold som gjør at Legeforeningen opplever situasjonen ved UNN som alvorlig. Inntrykket er at det råder en fryktkultur, hvor kritiske uttalelser sanksjonerer. Sentralstyret vurderte situasjonen ved UNN i oktober 2015. Det ble besluttet å nedsette et eget "UNN-team" i JA-avdelingen.

Teamet består av 4 jurister/advokater med kompetanse på individuell og kollektiv arbeidsrett. Teamet fungerer som primærkontakt for ansatte og tillitsvalgte ved UNN. Teamet håndterer de fleste enkeltsaker ved UNN, holder oversikt og løfter saker som egner seg for media, rettsliggjøring og/eller politisk oppfølging.

Oslo Universitetssykehus (OUS) er også et sykehus med spesielt mange krevende saker. På bakgrunn av erfaringer med UNN-teamet ble det også besluttet å etablere et tilsvarende OUS-team.

2.6.3 Næringsdrivende leger

I 2015 har det vært en fortsatt jevn økning i etterspørselen etter juridisk bistand fra næringsdrivende leger. Bistanden omfatter alle problemstillinger knyttet til legens yrke, især arbeids- og helserettslige problemstillinger. Tilsynssaker utgjør en særlig stor andel av sakene hvor sekretariatet gir råd.

Det har vært gitt arbeidsrettslige råd i saker om oppsigelser av hjelpepersonell, sykefraværsoppfølging, virksomhetsoverdragelse samt pensjons- og lønsspørsmål. Sekretariatet har også hatt flere spørsmål om bistand til forhandling av tariffavtale når hjelpepersonell i privat praksis krever dette, og slike avtaler har også vært inngått med sekretariatets bistand.

Sekretariatet har videre bistått leger med spørsmål knyttet til refusjon og kravet til veiledet tjeneste for allmennleger har vært. I enkelte saker har vi bistått leger med klager overfor SAK, der legen har vunnet frem med kravene. Det har også vært flere takstsaker mot HELFO, hvor de fleste har funnet sin løsning.

Mange av sakene omhandler problemstillinger med utspring i legenes avtaleforhold med kommune eller RHF. Erfaringer fra de mange enkeltsakene sekretariatet bistår gir et verdifullt erfaringsgrunnlag i Legeforeningens forberedelser av ulike forhandlingsløp.

Medlemmer tar ofte kontakt ved konflikter legene imellom. Sekretariatet kan i begrenset grad bistå legene i slike tilfeller, da det normalt er interessekonflikter mellom medlemmer på begge

sider. Det er imidlertid behov også for generell veiledning i disse sakene, og dette skjer i begrenset grad. Sekretariatet har god erfaring med tvisteløsning mellom leger, og opptrer som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

2.6.4 Særlig om tilsynssaker

Sekretariatet har hatt et særlig fokus på tilsynssystemet, så vel overordnet som i enkeltsaker der juristene har bistått leger i deres individuelle saker for tilsynsmyndighetene. Legeforeningen har lenge etterlyst en evaluering av tilsynsmyndighetenes rolle, mandat, organisering og metoder. Det var derfor knyttet en viss forventning til det regjeringsoppnevnte utvalget ledet av Helga Arianson. Utvalget slapp i november rapporten "Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten". Legeforeningen var raskt på banen med tilbakemeldinger, og trakk blant annet frem som særlig positivt at Arianson-utvalget hadde fremhevet åpenhet og betydningen av at pasientsikkerhetsarbeid må skje i selve helsetjenesten. Saken fordret samtidig mer inngående vurderinger, innen høringsfristen mars 2016.

I samarbeid med LEFO - Legeforskningsinstituttet - gjennomførte sekretariatet en medlemsundersøkelse om oppfatning og erfaring med tilsynet, samt med sekretariatets bistand. Funnene skal brukes i høringsuttalelsen til Arianson-utvalgets rapport og som grunnlag for innretningen av sekretariatets arbeid fremover med tilsynssystemet og i enkeltsaker.

For å styrke sekretariatets bistand i enkeltsaker der medisinskfaglige problemstillinger står sentralt ble det tatt et initiativ overfor de fagmedisinske foreningene. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe og utviklet retningslinjer for et samarbeid mellom Legeforeningens jurister og de fagmedisinske foreningene, som vil bli implementert første kvartal 2016.

Sekretariatet vurderte at tilsynsmyndighetenes praksis går i en noe bekymringsverdig retning, særlig i saker hvor atferd/tillit er vurderingstema. For å evaluere utviklingen nærmere fikk vi oversendt rundt 100 tilsynssaker der dette var vurderingstema. En målsetning med arbeidet vil være å påvirke Helsetilsynets forståelse av regelverket og dermed retningslinjer/ praksis.

2.6.5 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 fattet 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.

Utvalget tok stilling til totalt 45 søknader om rettshjelp i 2015. Det ble fattet vedtak om å innvilge støtte i 32 saker, og vedtak om avslag i 13 saker. Tre av sakene ble behandlet etter hastefullmakten av leder og sekretariat. Størstedelen av sakene hvor det ble innvilget støtte dreide seg enten om arbeidsrettslige problemstillinger eller tilsynssaker. Mange av disse sakene er ofte svært arbeidskrevende med komplekse problemstillinger. Tilsynssakene innvilges normalt begrenset støtte til juridisk bistand knyttet til behandling i Statens helsetilsyn og klager til Helsepersonellnemnda. For øvrig er det gitt støtte til kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet, eksempelvis hvor kommunen har sagt opp en fastlegeavtale fordi vedkommende lege hadde reservert seg mot å sette inn spiral. I flere av sakene det er søkt om økonomisk bistand til har det vært startet

rettssak, enten av legen eller mot legen. Utvalget har også gitt sikkerhet for dekning av eventuelle idømte sakskostnader dersom en sak tapes i domstolene, samt støtte til såkalte sidekostnader (reise- og oppholdsutgifter) til advokater fra sekretariatet ved føring av sak for domstolene.

Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. I noen saker som er særskilt arbeidskrevende, eksempelvis rettssaker, har det vært innvilget beløp inntil de fullmakter Rettshjelpsutvalget har. Ingen av sakene i 2015 har vært henvist til sentralstyrebehandling.

2.7 Rettslige prosesser

Tvist om sakligheten av en oppsigelse

Legeforeningen bistod en overlege i en tvist som etter hvert ble en oppsigelse av arbeidsforholdet og sak for domstolen. Legeforeningens bistand startet da legen ble innkalt til drøftingsmøte forut for oppsigelse. En av sekretariatets advokatfullmektiger tok på vegne av overlegen ut søksmål mot arbeidsgiver. Det var en omfattende sak – berammet til 6 dager i retten- og ble gjennomført på 5 rettsdager. På grunn av omfanget av saken, utvidet sekretariatet bistanden slik at man i tillegg til prosessfullmektigen stilte med en rettslig medhjelper i slutten av saksforberedelsene og under gjennomføringen av hovedforhandlingen i tingretten.

Overlegen tapte saken i tingretten med 2-1 i dissens. Overlegen har anket dommen, og i ankerunden får overlegen bistand fra ekstern advokat. Ankesaken forventes å komme opp i løpet av 2016.

3 Utdanning, forskning, fagmedisinsk arbeid, kvalitet og IKT

3.1 Utdanning

Fagenes innhold defineres av fagmiljøene nasjonalt og internasjonalt og faget utvikles av de som arbeider i fagfeltet og som har forutsetning for å holde oversikt over fag og fagutvikling.

Legeforeningen har en godt utbygd struktur som legger til rette for at fagmiljøene i sin helhet kommer til orde. Gjennom våre fagmedisinske foreninger samles kunnskap og kompetanse om fagutvikling og hvordan faget bør utvikles av hensyn til endrede behov i befolkningen. Fagmiljøene har en helt naturlig og uomtvistelig posisjon i utviklingen av norsk helsevesen og danner bindeleddet mellom utøvelse av helsetjeneste og helsemyndigheter. De fagmedisinske foreninger følger den internasjonale utviklingen av fagene tett gjennom nær kontakt med internasjonale fagmiljøer og deltakelse i internasjonale faglige organisasjoner (for eksempel Union européenne des médecins spécialistes - UEMS).

Legeforeningen, med sine organisasjonsledd og medlemmer, har alltid hatt engasjement for og vært en sentral premissleverandør for legers utdanning. Legeforeningen organiserer både de som skal utdannes og de som utdanner. Det er avgjørende for utdanningens kvalitet og legitimitet at denne kompetansen fortløpende brukes i utvikling og gjennomføring av legers utdanning på alle nivåer.

Foreningen har tatt et betydelig ansvar for gjennomføring og kvalitetssikring av utdanningen. Legeforeningens fagorganer foreslår og gir råd om innhold i spesialitetene og råd knyttet til utdanningsavdelingenes godkjenningsstatus og kvalitet. Foreningen tar ansvaret for utvikling og gjennomføring av et bredt spekter av utdanningsaktiviteter. Legeforeningen innhenter også brukererfaringer om utdanningssystemet og formidler denne kunnskapen tilbake til utdanningsinstitusjonene.

3.1.1 Grunnutdanningen

I prinsipp- og arbeidsprogrammet for perioden 2013-15 går det frem at Legeforeningen skal arbeide sammen med helsemyndighetene og universitetene for å bidra til faglig dekkende innhold i medisinstudiet i Norge. Innholdet skal være relevant for legenes senere yrkespraksis og fremtidsrettet for medisinsk og demografisk utvikling. Sentralstyret vedtok i møte 11.3. 2014 at det skulle iverksettes et utredningsarbeid om den medisinske grunnutdanningen.

En prosjektgruppe og en referansegruppe for prosjektet ble etablert. Mandatet var å belyse situasjonen ved de medisinske fakultetene i Norge og se på om det var mulig med en økt harmonisering mellom studiestedene. Gruppen skulle også se på om det var samsvar mellom målbeskrivelser og læringsutbyttet i grunnutdanningene og helsetjenestens og samfunnets behov. I tillegg skulle utredningsarbeidet diskutere dimensjonering av den medisinske grunnutdanningen i Norge sett i forhold til fremtidig behov for leger.

Prosjektgruppen har bestått av Marit Halonen Christiansen, Julia Brox Skranes, Anders Bærheim, Even Holth Rustad og Gro Østli Eilertsen. I tillegg har Åse Brinchmann-Hansen og Øydis Rinde Jarandsen fra sekretariatet deltatt.

Foreløpig rapport om grunnutdanning ble presentert på landsstyremøtet i Trondheim i mai 2015 og på dekanmøtet på Svalbard i juni 2015. Tilbakemeldingene ble innarbeidet i revidert rapport som ble fremlagt for sentralstyret i møte i november 2015. Revidert rapport ble sendt på bred høring i organisasjonen før endelig fremlegg på landsstyremøtet 2016.

3.1.2 Turnustjenesten

Legeforeningen har fulgt - og følger – ansettelsesrundene/prosessene i turnusordningen nøye. Legeforeningen ser at kapasiteten i ordningen ikke er tilstrekkelig. For mange nyutdannede leger blir stående uten turnusplass. Differansen mellom behovet for leger og antall turnuslegetstillinger er minst 150 per år og Legeforeningen har tatt opp saken med HOD.

Foreningen har i 2015 også engasjert seg i kvaliteten i tjenesten. Ved enkelte sykehus gjennomføres ikke tjenesten i kirurgi i tråd målbeskrivelsen og Legeforeningen ønsker at kvaliteten i tjenesten må gjennomgås. Dette er også aktualisert i forbindelse med diskusjonen rundt lokalsykehus, ny spesialitetsstruktur, nasjonal helse- og sykehusplan og Legeforeningens syn på gode utdanningssykehus.

Legeforeningen har deltatt i arbeidsgrupper vedrørende utvikling av læringsmål for del 1 i ny spesialistutdanning og i revisjon og utvikling av nytt rundskriv for turnustjenesten for leger.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen vedtatt noen endringer i spesialistregelverket: Kurskravet er endret i spesialiteten øre-nese-halssykdommer og nukleærmedisin. Forslag om endring av prosedyrekravene for spesialitetene i endokrinologi, generell kirurgi og nyresykdommer er sendt til Helsedirektoratet.

HOD inviterte Legeforeningen til flere møter i januar - mars 2015 der blant annet Legeforeningens rolle i ny spesialitetsstruktur ble diskutert. Legeforeningen ga i møtene tilbakemelding om at foreningen forutsetter en fortsatt sentral plass i spesialistutdanningen.

I mars 2015 ga departementet i oppdrag til Helsedirektoratet og RHF-ene å utrede og konkretisere en ny modell 3, der både RHF-ene og universitetene gis et større ansvar i legenes spesialistutdanning. Innhold og læringsmål fastsettes av direktoratet. Departementet angir at Legeforeningen skal delta med faglig rådgivning til direktoratets arbeid, herunder kvalitetsvurdering av utdanningsavdelingene, ivareta enkelte oppgaver innen spesialistutdanningen (f.eks. etter- og videreutdanning), og bistå i overgangsordninger.

I løpet av sommeren har Legeforeningen gjennomført en rekke møter med Helsedirektoratet om Legeforeningens rolle i fremtidig spesialitetsstruktur.

Helsedirektoratet og RHF-ene leverte utredningene til HOD 30.8. 2015. Utredningene har vært på intern høring i Legeforeningens organisasjon og på bakgrunn av høringssvarene var det utarbeidet et høringsbrev som ble sendt til HOD i november 2015.

17.12. 2015 sendte HOD et brev til alle relevante aktører om roller, ansvar og oppgaver i ny ordning av legenes spesialitetsstruktur og spesialistutdanning der Legeforeningen ble beskrevet på følgende måte:

Legeforeningen er en fag- og interesseforening for leger. De ivaretar i dag et stort ansvar innen utdanningen, og besitter stor erfaring og kompetanse. Deres faglige organisasjonsdel, særlig Spesialitetskomiteene, har stor faglig legitimitet blant legespesialistene. Deres oppgaver vil være:

- *Gi faglige innspill (ved Spesialitetskomiteene) til direktoratets læringsmål, og anbefaling om læringsaktiviteter, i samarbeid med Helsedirektoratet og i henhold til mal oppsatt av direktoratet.*
- *Gjennomføre kvalitetsvurdering av utdanningssteder, og rapportere til direktoratet*

3.1.4 Etterutdanningen

Per 31.12. 2015 var det 2 732 registrerte brukere av LEIF (Legers Etterutdanning I Fremtiden), 519 nye brukere i løpet av 2015.

I 2014 ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å videreføre arbeidet med utforming av struktur, innhold og organisering av legespesialisters etterutdanning.

Legespesialister er i denne sammenheng definert til å være alle leger som hadde en godkjent spesialitet, med unntak av spesialister i allmennmedisin som har sin egen ordning med resertifisering etter fem år.

I den foreløpige rapporten fra arbeidsgruppen om etterutdanning av legespesialister ble det blant annet foreslått et femårig obligatorisk etterutdanningsprogram uten resertifisering. Etterutdanningsaktivitetene skulle poengberegnes og skulle totalt utgjøre 300 poeng fordelt på obligatoriske og valgfrie aktiviteter.

Gruppens foreløpige forslag ble presentert på seminar for spesialistutdanning i mai 2015. Innspill fra seminaret ble inkorporert i et nytt forslag som ble sendt til alle fagmedisinske foreninger og spesialitetskomiteer for kommentarer.

En foreløpig rapport *Etterutdanning for overleger og legespesialister* ble lagt frem for sentralstyret 11.11. 2015. Sentralstyret ga sin tilslutning til at arbeidsgruppen viderefører arbeidet med rapporten som skal legges frem for landsstyret 2016 etter bred høring i Legeforeningens organisasjonsledd.

3.1.5 Kursutdanning

Til Akademisk Studieforbund har Legeforeningen i 2015 innrapportert 370 kurs på til sammen 8 416 timer. Ca. 700 kurs ble i 2015 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har totalt vært 27 168 deltakere på disse kursene.

E-læring

Flere nettkurs er ferdigstilt i løpet av 2015. Av disse kan nevnes et større kurs i fordøyelsessykdommer og et kurs om overvekt og fedme. I tillegg er det samarbeidet med eksterne aktører som SKIL og Antidoping Norge. Det ble utarbeidet samarbeidsavtaler for denne type arbeid.

Legeforeningen har 22 inntektsgivende rene nettkurs på sin kursportal og tre blandede kurs. I tillegg er det tilgjengelig gratis kurs i helseforskningsloven beregnet på forskere, og fire gratis internasjonale kurs beregnet på kursdeltakere fra hele verden. I 2015 har det blitt registrert 2 314 kursfullføringer på inntektsgivende kurs. Av disse er 1 859 deltakere på obligatoriske kurs og 455 deltakere på valgfrie kurs.

Publiseringer i 2015

Det har blitt publisert de siste ni moduler i obligatorisk grunnkurs i fordøyelsessykdommer. Det er publisert en modul i det obligatoriske grunnkurs A for allmennleger. Det er publisert alle tre moduler i det valgfrie kurset om overvekt, fedme og fedmekirurgi. På oppdrag fra SKIL er det publisert en modul som inngår i SKILs emnekurs om legemiddelgjennomgang.

3.1.6 Kompetanseområde i smertemedisin

Sentralstyret vedtok 6.12. 2013 å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede smertemedisin som kompetanseområde. Arbeidsgruppen leverte sin rapport i desember 2015. Opprettelse av smertemedisin som et kompetanseområde er planlagt som landsstyresak i 2016.

3.1.7 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 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 2015 vært avholdt 16 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 308 deltakere.

3.1.8 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Per 31.12. 2015 var det i gang 88 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 17 veiledningsgrupper i samfunnsmedisin og 3 veiledningsgrupper i arbeidsmedisin.

Det var ca. 230 personer på venteliste i allmennmedisin, 14 personer på venteliste i arbeidsmedisin og 39 personer på venteliste i samfunnsmedisin.

Overlege, spesialist i arbeidsmedisin Tor Erik Danielsen er ansatt i en 10 % prosjektstilling for ett år fra og med august 2015. Han skal revidere «Veiledningshåndbok i arbeidsmedisin» fra 2003. Han har også ansvar for organisering av veiledningsgrupper i arbeidsmedisin, kontakt med Namf og nyrekruttering av veiledere.

Trinn I i veilederutdanning i allmennmedisin ble gjennomført i januar 2015 på Gålå med 29 deltakere.

Trinn II i veilederutdanning i allmennmedisin ble gjennomført i september 2015 på Kleivstua med 29 deltakere.

Det ble i 2015 godkjent 10 veiledere i allmennmedisin og 1 veileder i samfunnsmedisin.

Det ble i juni 2015 gjennomført en tre dagers etterutdanningssamling for veiledere i allmenn-, samfunns-, og arbeidsmedisin på Sola Strand Hotel med 48 deltakere.

3.1.9 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin

Det er pr. 31.12. 2015 registrert 1 160 smågrupper / etterutdanningsgrupper i allmennmedisin (85 nye grupper i 2015). Det er per 31.12. 2015 registrert 34 aktive grupper i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

3.1.10 Videre- og etterutdanning i primærmedisin

Det syvende innføringskurset i kognitiv atferdsterapi for allmennleger ble avsluttet med 28 deltakere. Dette er et samarbeid mellom Norsk forening for allmennmedisin og Norsk

forening for kognitiv terapi. Veilederkoordinatorer fra sekretariatets seksjon for utdanning har vært kursholdere.

Det ble i april 2015 avholdt et tredagerskurs i motiverende intervju, kurset er i regi av NFAs referansegruppe for kognitiv terapi og to av veilederkoordinatorene var kursledere.

Veiledningskoordinator Peter Prydz er representant for Norge i EURACT (European Academy of Teachers in General Practice) med deltakelse på rådsmøter.

3.1.11 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

Det ble i 2015 godkjent tre veiledere i psykodynamisk psykoterapi, fem veiledere i kognitiv terapi, en veileder i gruppepsykoterapi og to i barne- og ungdomspsykiatri dvs. totalt 11 godkjenninger.

3.2 Forskning

Legeforeningens forskningsutvalg har med støtte fra fagavdelingen utarbeidet og ferdigstilt sin rapport om forskningsfinansiering. Forskningsutvalget har i tidligere rapporter fokusert på både forskernes og forskningens kår i et videre perspektiv, men i denne rapporten har utvalget tatt for seg finansieringen av norsk helseforskning. Rapporten ble lagt frem for sentralstyret juni 2015, og ble endelig godkjent for publisering i sentralstyrets desembermøte. Rapporten publiseres i januar 2016.

Legeforeningen har opprettholdt kontakten med Forskningsrådet gjennom dialogmøte høsten 2015.

Allmennmedisinsk forskningsfond (AMFF) har som formål å fremme allmennmedisinsk forskning på allmennmedisinens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennmedisinske forskningsenhetene.

Styret har representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes Allmennmedisinske forskningsenheter og Helse- og omsorgsdepartementet (delegert til Helsedirektoratet).

3.3 Fagmedisinsk arbeid

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger

Det ble gjennomført et seminar for Legeforeningens fagmedisinske foreninger 12.11. 2015. Konferansen var todelt hvor den første delen tok for seg Legeforeningens rolle i spesialistutdanningen og spesialiststrukturen i forbindelse med myndighetenes planer om endret organisering. Andre del av seminaret tok for seg hvordan man kan bruke data fra Norsk Pasientregister for å kvalitetssikre spesialisthelsetjeneste.

3.3.2 Samarbeid med de fagmedisinske foreningene

Sekretariatet har jevnlig kontakt med de fagmedisinske foreningene og bidrar med støtte i viktige saker. Som eksempel kan nevnes støtte til laboratoriefagene i forbindelse med at myndighetene har etablert et nasjonalt laboratoriekodeverk. I tillegg har fagavdelingen ansatte som har faste oppgaver i Norsk psykiatrisk forening, Norsk forening for allmennmedisin og Norsk kirurgisk forening.

3.3.3 Akuttkirurgi

Etter helseministerens sykehustale i januar 2015 ble temaet om akuttkirurgi i sykehus et viktig tema. Sekretariatet forberedte en landsstyresak om temaet og i den forbindelse ble det i mars

2015 arrangert et seminar med deltagere fra ulike ledd i legeforeningen for å diskutere legeforeningens syn på akuttfunksjonen i sykehus. Seminaret dannet grunnlag for saken da den ble presentert i landsstyret i mai 2015 og saken har vært fulgt opp i samarbeid med relevante fagmedisinske foreninger høsten 2015.

3.3.4 Legemiddelmeldingen

Sekretariatet har samarbeidet om aktiviteter rundt Legemiddelmeldingen (Meld. St. 28 (2014-2015) *Riktig bruk – bedre helse*) som ble fremlagt i 2015. Sentralstyret og andre deltok på flere arenaer før, under og etter fremleggingen. Det ble holdt innlegg på DM Arena, på Legemiddeldagen i regi av Apotekforeningen og på Stortingshøringen. Sentralt tema har vært mer systematisk samarbeid mellom farmasøyter og leger som skal resultere i riktigere legemiddelbruk for pasienten. Tre verktøy må til for å oppnå det: Elektronisk pasientjournal (EPJ), kunnskapsbaserte oppdateringsvisitter (KUPP) som metode og bruk av samarbeidsarenaer. Det ble avholdt flere møter med andre organisasjoner i løpet av året. Samarbeidet har resultert i at Legeforeningen er blitt invitert til flere nye arenaer for videreutvikling av norsk legemiddelpolitikk.

3.3.5 Over-/underbehandling og variasjon i helsetjenesten

Sekretariatet tok initiativet til at det skulle lages en rapport om over-/underbehandling og variasjon i helsetjenesten. I løpet av 2015 ble det vedtatt et mandat og en arbeidsgruppe ble nedsatt. Høsten 2015 ble det arrangert en workshop om temaet. Første utkast til rapport ble klargjort for levering til sentralstyret i januar 2016.

3.4 Senter for kvalitet i legekontor (SKIL AS)

SKIL AS ble stiftet i januar 2014 med Legeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Allmennlegeforeningen, Norsk samfunnsmedisinsk forening og Praktiserende spesialisters landsforening som eiere med en representant hver i styret. SKIL finansieres i oppstartfasen ved midler fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsfondet. SKIL har kontorer ved Haraldsplass diakonale sykehus i Bergen. Hjemmesiden har adresse www.skilnet.no.

Selskapets formål er å støtte og veilede lokalt kvalitetsforbedringsarbeid, samt drive forskningsmessig evaluering av virksomheten. Styret skal arbeide for offentlig medvirkning i SKIL. Nicolas Øyane, fastlege i Bergen og spesialist i allmennmedisin, ble ansatt som leder i SKIL fra januar 2015. I løpet av året er ytterligere tre medarbeidere tilsatt i deltidsstillinger.

Det er etablert et samarbeid med de allmennmedisinske akademiske miljøene i Bergen. Første satsingsområde for SKIL er forbedring av fastlegenes legemiddelgjennomgang for pasienter med polyfarmasi. Det er utviklet e-læringskurs og uttrekksverktøy fra elektronisk pasientjournal som gjør det mulig å følge praksis. Virksomheten organiseres som smågruppekurs med veiledning, godkjent for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin. Utprøving av opplegget startet opp i november 2015.

3.5 Konferansen "Enkelt og håndterlig - forbedringsarbeid i praksis"

Konferansen samlet ca. 50 deltakere på Gardermoen 8.-9. september med innledere fra Sverige, Danmark og Norge. Legeforeningen og Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet samarbeidet om programmet og om finansieringen (Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet).

Formålet med konferansen var tredelt: å bidra til at leger med interesse for pasientsikkerhet, forbedringsarbeid og ledelse kan få økt kompetanse innen forbedringsarbeid/pasientsikkerhet,

å være et forum for gjensidig erfaringsutveksling og inspirasjon, samt å være utgangspunkt for etablering av et nettverk for leger. Det ble nedsatt et interimsstyre for nettverket.

3.6 IKT i helsetjenesten

3.6.1 EPJ-løftet

EPJ-løftet (elektronisk pasientjournal) er et program for forbedring av fastlegenes elektroniske pasientjournal med utgangspunkt i arbeidet i referansegruppen for EPJ i Norsk forening for allmennmedisin. I 2014 ble det avsatt midler i Normaltarifforhandlingene for samarbeid mellom Helsedirektoratet, Legeforeningen og EPJ-leverandørene. Arbeidet startet opp i november 2014, med Espen Hetty Carlsen som prosjektleder ansatt i Helsedirektoratet.

En styringsgruppe med tre representanter fra Helsedirektoratet og tre fra Legeforeningen beslutter hvilke delprosjekter som skal utredes og utvikles. Det har vært høy produktivitet i prosjektgrupper og gode samarbeidserfaringer. EPJ løftet konkurrerer imidlertid med en rekke offentlige utviklingspålegg, og ferdigstilling av utviklede verktøy har gått langsommere enn prosjektert. Det pågikk i 2015 ti delprosjekter. Elektronisk overføring av journal ved fastlegebytte og innføring av standard nomenklatur for laboratorieprøver var nær ferdigstilt ved årsskiftet.

3.7 Styrket satsing på e-helse

Fagavdelingen ansatte i oktober 2015 en lege som spesialrådgiver i full stilling for å øke ressursene og kompetansen innen e-helse-saker.

Sekretariatet jobbet mot Helsedirektoratet og HOD for å komme i dialog om en modell for økt styring av nasjonale e-helseprosjekter. Utredningsarbeidet involverte KS, RHF-ene og Norsk helsenett, men Legeforeningen eller andre virksomhetseiere ble ikke invitert til utredningen. Resultatet ble heller ikke sendt på høring offentlig, og arbeidet bar generelt preg av manglende åpenhet. Legeforeningen har sendt brev og flere epost-korrespondanser i tillegg til fysiske møter for å påvirke konklusjonene. Arbeidet fortsetter i 2016.

Legeforeningen var innkalt til tre dialogmøter, både én-til-én og møter med flere interessenter samtidig. Utredningsgruppen la frem arbeid og hypoteser og fikk innspill. Foreningen ga også skriftlige innspill til det vi fikk tilsendt av dokumentutkast. IT-utvalgets Kjartan Olafsson deltok som representant i noen arbeidsgrupper i prosjektet og ble høsten 2015 spurt om å delta i HODs eksterne ekspertgruppe for å evaluere rapporten.

Legeforeningen inngikk samarbeid med Norsk sykepleierforbund og Dataforeningen om å bidra som arrangør av todagerskonferansen eHelse 2016 i Oslo, og man initierte arbeidet med å utarbeide program og skaffe relevante foredragsholdere fra bl.a. EPJ-løftet, SKIL m.fl.

Rapporten *IKT i spesialisthelsetjenesten i Norge. Investeringer og styring* ble utarbeidet på oppdrag fra Legeforeningen av McKinsey & Company. Detaljer om rapporten er beskrevet i kapittel 4.2 "Helsepolitiske publikasjoner og rapporter" i årsmeldingen.

Legeforeningen har over flere år jobbet aktivt for å få til en satsning for å få på plass fungerende EPJ i sykehjem. Helsetilsynet har fastslått at dagens systemer ikke er forsvarlige, og sykehjemsleger bekrefter at situasjonen er uholdbar. Etter flere runder med KS og Helsedirektoratet løftet vi saken for Helse- og omsorgsdepartementet, og understreket særlig alvorligheten i at dagens systemer er lite egnet for å møte de minstekrav som må stilles til forsvarlig pasientbehandling i dagens sykehjem.

4 Helsepolitikk

4.1 Om Legeforeningens arbeid med helsepolitiske spørsmål

Legeforeningens arbeid med helsepolitikk og folkehelse er en kjernevirksomhet definert i Legeforeningens lover pkt. 1-2. Her fremgår det at Legeforeningen skal fremme tiltak for folkehelsen og arbeide med helsepolitiske spørsmål. En grunnleggende tanke er at folkehelsen påvirkes av forhold som også ligger utenfor helsesektoren. Legeforeningen fremmer derfor samfunnsrettede tiltak på folkehelseområdet som når hele befolkningen. Viktige innsatsområder er tobakk, alkohol og fysisk aktivitet.

Legeforeningen driver helsepolitisk påvirkning overfor både helsemyndigheter og Stortinget og samarbeider også med flere pasientorganisasjoner/frivillige innen folkehelseområdet. Målet med det helsepolitiske påvirkningsarbeidet er å sikre likeverdige helsetjenester av høy kvalitet til hele befolkningen.

Selv om den norske helsetjenesten gjennomgående holder høyt nivå må mange pasienter vente for lenge, og noen opplever en helsetjeneste som ikke henger sammen. Tillit til den offentlige helsetjenesten bygges på god tilgjengelighet og forutsigbarhet om hvilke tilbud man kan få. For Legeforeningen er det avgjørende å sikre at politiske reformer og tiltak ivaretar en faglig god utvikling av helsetjenesten.

4.2 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2015 behandlet Legeforeningen 100 høringer. Dette inkluderer både eksterne og interne høringer. 74 eksterne høringer ble avvist. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser er vedlagt i årsmeldingen. Høringsarbeidet utgjør en sentral del av politikktutviklingen i foreningen, og det nedlegges et betydelig arbeid med høringer i organisasjonsleddene og i hovedforeningen. Praksisen med utstrakt bruk av interne høringer fører til involvering av organisasjonsleddene i politikktutforming, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter.

Legeforeningens høringsuttalelser er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider under "Legeforeningen mener".

4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

Legeforeningen har lenge vært opptatt av IKT-situasjonen i norske sykehus. Rett bruk av IKT understøtter pasientbehandlingen, og effektiviserer kliniske og administrative prosesser. Rapporten *IKT i spesialisthelsetjenesten i Norge. Investeringer og styring* viser at altfor mange IKT-prosjekter i helsesektoren ikke blir målt mot det de skal levere av resultater. Dette svekker IKT som virkemiddel for bedret kvalitet og økt pasientsikkerhet. Det fremkommer at kun fem av 161 IKT-prosjekter i norske sykehus anses å ha «høy måloppnåelse».

De siste årene er det blitt investert store summer på å oppgradere datasystemene og det har vært en økende politisk vilje til handling. Likevel forteller ni av ti leger at de blir hindret i arbeidet av mangelfulle IKT-løsninger.

Ingen kjenner utfordringene og behovene bedre enn helsepersonellet selv. Derfor er det helt avgjørende at klinikere involveres i utviklingen av mer brukervennlige systemer. Det er også viktig at fremtidige satsinger har et realistisk ambisjonsnivå. Internasjonale tall viser at IKT-prosjekter i helsesektoren overskrides med i snitt 238 %. Legeforeningen etterlyser gjennomførbare prosjekter, som effektivt bedrer pasientforløpene, pasientsikkerheten og

arbeidsmiljøet. Rapporten viser hvordan IKT kan bidra til mer helhetlige pasientforløp innen en rekke behandlingsområder.

Rapporten viser at Norge utnytter drøyt halvparten av de mulighetene eksisterende teknologi gir. Vi ligger bak alle våre nordiske naboer når det gjelder tekniske løsninger.

Brukervennligheten på IKT-verktøyene er for svak. Det er derfor nødvendig å holde investeringsnivået oppe i årene fremover. Et vellykket IKT-løft krever også bedre koordinering og samspill på tvers av regioner og helseforetak.

Arbeidet med rapporten ble påbegynt oktober 2014, ferdigstilt i mai 2015 og lansert under landsstyremøtet i Trondheim.

«En legevakt for alle, men ikke for alt»

- Legeforeningens innspillsrapport for en bedre legevakt

Legeforeningen har lenge etterlyst et kvalitetsløft for legevaktstjenesten. Legeforeningen utarbeidet derfor en innspillsrapport med forslag til tiltak og løsninger for å bedre legevaktstjenesten.

Legevaktene er en hjørnestein i helsevesenet. Norske legevakter har to millioner kontakter årlig. Målet må være at alle som henvender seg til legevakten får god hjelp, og at det er trygge arbeidsforhold for de ansatte. Legeforeningen etterlyser at kommunene tar et større ansvar for legevaktstjenesten. Kommunene må forpliktes til å ha et godt planverk basert på risiko- og sårbarhetsanalyser (ROS-analyser). Det må også settes av ressurser til administrering og ledelse i legevaktene, slik at krav til kompetanse, opplæring, trening og forbedringsarbeid blir satt i system.

Legeforeningen mener legevaktstjenesten i for stor grad har mistet sin opprinnelige funksjon som en akuttmedisinsk beredskapstjeneste. Bedre bemanning, gode prioriteringsverktøy, godt samarbeid med fastlegene og tilgang på utrykningskjøretøy, er tiltak som vil styrke beredskapen og gi et bedre tilbud til de sykeste pasientene.

Arbeidet med innspillsrapporten ble påbegynt i 2014, men ble ferdigstilt og lansert i 2015. Rapporten ble vedtatt av sentralstyret våren 2015 og overrakt statsråd Bent Høie i mai 2015. Rapporten er distribuert til landets legevakter, kommuner, politikere, relevante organisasjoner og til helseforvaltningen. Innspillsrapporten var et viktig bidrag fra Legeforeningen til Akuttutvalgets arbeid, et utvalg som ble nedsatt for å utrede akuttberedskapen utenfor sykehus.

Innspillsrapporten ble også debattert da Legeforeningen inviterte til debattmøte om legevakt under Arendalsuka 2015. Arendalsuka samler toneangivende aktører innen politikk, samfunns- og næringsliv og arrangeres i Arendal i august hvert år. Formålet med legevaktdebatten var å løfte legevakt opp på den politiske dagsorden og gjøre politikere og andre beslutningstakere kjent med Legeforeningens legevaktrapport (se også satsingsområdet).

Sammen for en bedre primærhelsetjeneste - Legeforeningens oppfølging av Meld. St. 26 (2014-2015)

Regjeringen la 7.5. 2015 frem M.st. 26 (2014-2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Sentralstyret vurderte at kunnskapsgrunnlaget som HOD hadde lagt til grunn til dels var mangelfullt. På bakgrunn av dette satte sentralstyret ned, i sitt møte 26.5. 2015, en hurtigarbeidende styrings/arbeidsgruppe i sekretariatet. Gruppen skulle, blant annet ved innhenting av ekstern kompetanse, gå gjennom stortingsmeldingens faktagrunnlag og de

foreslåtte tiltak/virkemidler. Arbeidet ble gjennomført etter tidsplan og ble forelagt sentralstyret i form av utkast til innspillsrapport som ble publisert i september 2015, før Stortingshøring og behandling i helse- og omsorgskomiteen.

Arbeidet ble gjennomført i en intern arbeidsgruppe i sekretariatet, supplert med avtaler om eksterne bidrag som ble besluttet innhentet i prosesser i gruppen, hvor temautvalget ble prioritert ned fra en bred liste over mulige saksområder. Sentralstyret var representert i arbeidsgruppen ved Marit Hermansen og Kari Sollien. Følgende eksterne bidragsytere har levert innhold til rapporten: Professor Anders Grimsmo (NTNU), Fastlege Trond Egil Hansen (Bergen), Professor Per Hjortdahl (UiO), Førsteamanuensis Ole Rikard Haavet (UiO), Professor Guri Rørtveit (UiB).

Legeforeningen utarbeidet også en faglig innspillsrapport til feltet rus og psykiatri. For nærmere omtale, se beskrivelse av satsingsområde 5 "Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste".

4.3.1 Policynotater

Policynotater er kortfattede helsepolitiske notater om aktuelle problemstillinger. Formålet er dels å gi tillitsvalgte en kortfattet oversikt over Legeforeningens politikk på et område, dels å informere medlemmer og allmennhet om 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 2015 ble det vedtatt tre policynotater: Overbelegg i norske sykehus – en trussel mot pasientsikkerheten (1/2015), Slik må fremtidens pasientjournal skapes (2/2015) og En trygg og forsvarlig legevakttjeneste (3/2015).

4.4 Myndighet og organisasjonskontakt

4.4.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i 11 høringer i Stortinget i 2015. En av disse var høring i Kontroll – og konstitusjonskomitéen 13. februar om eierstyring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal. I tillegg ble det oversendt et skriftlig innspillsnotat tilknyttet et representantforslag fra Senterpartiet om å stoppe planene for et storsykehus på Gaustad og å utvikle lokalsykehusstilbudet i Oslo universitetssykehus. Nedenfor gjengis hovedinnholdet i noen tematisk sentrale høringer. Legeforeningen uttalte seg i tillegg om forslag til statsbudsjett november 2015.

Høring i Stortingets kontroll- og konstitusjonskomité om eierstyring knyttet til nytt sykehus i Nordmøre og Romsdal.

Lokaliseringssaken i Møre og Romsdal har pågått over mange år. Det var derfor viktig å avgjøre lokaliseringen av nytt sykehus. Det måtte fattes en beslutning. Det forelå en enighet om at det nye sykehuset skulle ligge de seks milene mellom byene Molde og Kristiansund. Alle utredninger og konsulentrapporter som var nødvendig for valg av lokalitet forelå. Legeforeningen erfarer at administrerende direktør i Helse Møre og Romsdal Astrid Eidsviks avgang har bidratt til usikkerhet og manglende tillit til slutfasen av beslutningsprosessen. Denne usikkerheten har medført at noen av våre fagmiljøer mener at beslutningen burde vært utsatt. Saken illustrerer at det er behov for bedre rolleavklaring og åpenhet i styringen av sykehusene. Legeforeningene mener rollene og myndighetsutøvelsen til HOD, de regionale

helseforetakene (RHF-ene) og Helseforetakene må bli tydeligere. Beslutninger må fattes på rett nivå, og det må være full åpenhet rundt prosessene.

Meld. St. 26 (2014-2015) – Primærhelsemeldingen

Et hovedtrekk i meldingen er en fremtidig primærhelsetjeneste som er tverrfaglig og teambasert. Legeforeningen støtter denne visjonen og har lenge tatt til orde for tverrfaglige fastlegesentre. En fastlegepraksis med høy tverrfaglig kompetanse vil både kunne dekke et behov for kontinuitet og gi pasienter med sammensatte og kroniske lidelser bedre hjelp. Det vil også legge et godt grunnlag for kvalitetsarbeid. Større fastlegepraksiser kan hindre ytterligere fragmentering av helsetilbudet. Det er derfor en betydelig svakhet at meldingen avviser betydningen av fastlegen som inngangsport til helsetjenesten og kjennskap til pasientene over tid. Meldingen erkjenner at teamorganisering kan svekke koordineringen og fastlegens rolle som portvokter. Legeforeningen mener det er viktig å bygge videre på et velfungerende tilbud som pasientene er svært fornøyde med. Skal man lykkes med den ønskede teamorganiseringen, er det derfor avgjørende å bevare fastlegens rolle og kompetanse som portvokter til helsetjenesten. Hvis ikke, er det fare for at tilbudet blir uoversiktlig og at pasientene ikke kommer til riktig behandler til rett tid. Det er derfor positivt at helseministeren har vært tydelig på fastlegens nøkkelrolle i teamorganiseringen.

Prop. 56 L(2014- 2015) – Fritt behandlingsvalg

De offentlige sykehusene har til dels store utfordringer med ventetid, behandlingsskøer og utilstrekkelig kapasitet. Legeforeningen er derfor positiv til tiltak og modeller som kan bedre tilgjengeligheten til spesialisthelsetjenester for befolkningen. De offentlige sykehusene har i dag i for stor grad en monopolrolle. Et noe større innslag av private aktører i spesialisthelsetjenesten vil kunne bedre effektivitet, kvalitet, service og tilgjengelighet for befolkningen. Pasientene vil tjene på det dersom reformen mobiliserer ledig kapasitet, uavhengig av om dette er på private eller offentlige sykehus. Vi støtter derfor intensjonene i lovforslaget. Det fremstår som klokt å slå sammen fritt sykehusvalg og fritt behandlingsvalg til en rettighet for pasientene. Å bygge videre på en allerede etablert ordning, gjør at fritt behandlingsvalg kan bli et tilbud til hele befolkningen – og ikke bare ressurssterke pasienter. Legeforeningen vil likevel understreke at reformen ikke må bidra til å svekke de offentlige sykehusene. Det mest effektive tiltaket for å få ned ventetidene og køene er å sikre de offentlige sykehusene adekvate rammebetingelser gjennom økte bevilgninger over statsbudsjettet.

Meld. St. 19 (2014-2015) Folkehelsemeldingen

Legeforeningen mener det er positivt at psykisk helse skal få en større plass i folkehelsearbeidet. Stortingsmeldingen bygger videre på hovedlinjene i folkehelsepolitikken fra Meld. St. 34 (2012–2013) Folkehelsemeldingen. Legeforeningen mener meldingen har mange av de samme utfordringene. Meldingen peker på mange utredninger, planer, revisjoner og utvalg, men er lite forpliktende og konkret. Legeforeningen har i lengre tid hatt fokus på alkohol som en av de viktigste medvirkende faktorene til dårlig folkehelse. Legeforeningen ønsker en bevaring av Vinmonopolet som har en viktig samfunnsrolle for salgs- og markedsføringskontroll. Vinmonopolordningen er et effektivt virkemiddel for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Det er også stor oppslutning om Vinmonopolet i befolkningen. Legeforeningen anser det å forebygge tobakkrelaterte helseskader som en viktig samfunnsoppgave. Samtidig er røyking den livsstilsfaktoren hvor de sosiale forskjellene er tydeligst. Virkemidler for å påvirke pris, tilgjengelighet og rekrutteringer derfor sentrale for å redusere sosiale forskjeller i levevaner. Norske myndigheter bør ha et tobakksfritt samfunn som en overordnet målsetting.

4.4.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.

Legeforeningen har i 2015 hatt utstrakt kontakt med myndigheter og organisasjonslivet. Kontakten skjer både gjennom dagsaktuelle saker og mer faste møtearenaer. Myndighets- og organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene.

5 Kommunikasjonsarbeid

5.1 Overordnet status 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*, i mediene og i sosiale medier 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.

5.2 Mediearbeid - ekstern kommunikasjon

2015 har vært et aktivt medieår for Legeforeningen. I løpet av året har Legeforeningen fortsatt utviklingen med høy synlighet i media og å prioritere tilstedeværelse i tunge debatter – Dagsnytt Atten og NRK Debatten – med sentrale politikere. Vi har landet flere egne store saker i NRK, TV2, Aftenposten, VG og Dagens Næringsliv.

Det samlede trykket fra media har vært stort gjennom hele året, men vi har samtidig forsøkt å prioritere hardt og selektere noen kjernesaker der vi har vært proaktive over tid. Det har vært avgjørende for å få gjennomslag. 2015 har vært preget av planer og reformer (lange politiske prosesser), eksempelvis primærhelsemeldingen, nasjonal helse- og sykehusplan (akuttkirurgi) og legevakt. Dette har lagt klare føringer for Legeforeningens utadrettede kommunikasjon og det har gitt en rekke muligheter til å ta regi og fronte egne kjernebudskap for foreningen. Legeforeningen er en helt sentral aktør og premissleverandør i samfunnsdebatten, noe de ovennevnte politiske sakene og løpene har befestet og tydeliggjort i løpet av 2015.

Medieåret har ellers vært preget av diverse saker om pasientsikkerhet og kvalitet, forebygging, antibiotikaresistens, den såkalte Kunda-saken (dommen i Høyesterett) og manglende åpenhet og ytringsfrihet i helsetjenesten, for å nevne noe. Legeforeningens tillitsvalgte har blitt intervjuet en rekke ganger i tillegg til at presidenten har vært mye fremme i media. Mange av mediesakene kan relateres til Legeforeningens satsingsområder.

Legeforeningen gjør mye proaktivt innsalg til redaksjoner i aviser, radio og TV. I 2015 hadde vi en rekke debattinnlegg og kronikker på trykk, i både riks- og regionsaviser.

Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også sentralstyrets øvrige medlemmer og andre tillitsvalgte er synlige i media. Kommunikasjonsseksjonen bistår i tillegg pressen med å komme i kontakt med leger i underforeningene om ulike medisinske temaer. Vi vurderer dette som viktig for å underbygge legers omdømme som kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i Legeforeningen. Etterspørselen er stor, og her har vi i løpet av året lykket med å ta ut mer av profileringspotensialet. Dette vil også ha prioritet i 2016.

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 vil fortsette å arrangere medietrening og kurs i nettskriving, kronikker og debattinnlegg for tillitsvalgte, organisasjonsledd og ansatte i sekretariatet.

Kommunikasjonsseksjonen har i 2015 holdt en rekke foredrag om pressehåndtering, påvirkningsarbeid og strategisk kommunikasjon for ulike organisasjonsledd og tillitsvalgte. Tilbakemeldingene er at dette er nyttig og verdifullt, og etterspørselen etter slike tjenester er også økende. Vi vil derfor prioritere dette i 2016.

Et mål for arbeidet er å sikre en god koordinering, rett timing og tilfang av saker. Hver uke møtes en redaksjonsgruppe, med representanter fra alle avdelingene i sekretariatet. Gruppen bidrar til nettsaker og presseutspill.

I 2015 ble bruk av eksterne kommunikasjonstjenester, eksempelvis for medie- og debattrening, kun kjøpt på timebasis ved behov.

5.3 Organisasjonskommunikasjon

Legeforeningen bruker egne kanaler for å nå medlemmene og andre vi ønsker å profilere oss overfor direkte.

5.3.1 Legeforeningen.no

Legeforeningens politikk, sammen med nyhetssaker, preger forsiden av legeforeningen.no. Vi løfter også frem aktuelle saker og tema. Legeforeningen.no inneholder også sidene til de rundt 90 foreningsleddene og fungerer som medlemsportal. Foreningenes rundt 200 nettrektører får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. Legeforeningen.no brukes også mye til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. Styrene i foreningsleddene sendte selv 1 123 meldinger til sine medlemmer.

Det var ca. 7,3 millioner sidevisninger fordelt på rundt 2,1 millioner besøk totalt for hovedsidene og foreningsleddenes nettsider i 2015.

Prosjektet «Derfor er jeg lege...» profilerer legestanden og viser det meningsfylte i legearbeidet. Videoer og korte artikler presenteres på www.legeforeningen.no/derfor. i Aktuelt i foreningen, i karusellen og i sosiale medier.

5.3.2 Intranettet - «Torget»

Intranettet er hovedkanal for informasjon innad i sekretariatet. Vi har gjennom redaksjonelt arbeid fått en god variasjon av praktisk informasjon og sosiale nyheter. Statistikken viser stort sett alle i sekretariatet er innom minst én gang daglig.

5.3.3 Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet

Sidene om Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet skal speile mangfoldet av aktiviteter i foreningen. Det gjelder både Legeforeningens politikk, presidentens ledere, møter av faglig og fagpolitisk karakter, helsepolitikk, samarbeid med ulike aktører som Akademikerne, Spekter, offentlige etater og internasjonalt samarbeid.

5.3.4 Sosiale medier

Legeforeningen er til stede og aktive på Twitter, Facebook, YouTube og LinkedIn. Dette gir oss blant annet muligheter til å bruke plattformene på tvers, i tillegg til å knytte innholdet til vår digitale hovedplattform som er www.legeforeningen.no.

Alle videoer på YouTube, publiseres i tillegg på Facebook og Twitter. Vi har også tatt i bruk Facebook og LinkedIn for å markedsføre ledige stillinger i Legeforeningen. Facebook lar bestilleren skreddersy målgruppen for annonsen, dette har vært benyttet med stort hell.

Facebook

På Facebook har vi hatt en betydelig økning i antall følgere, og er følgelig en kanal som prioriteres høyere. I løpet av 2015 steg antall følgere på vår side med 60 %, fra 3 414 til 5 752. Den kraftige veksten synes å fortsette inn i 2016.

Twitter

Vi aktiverte vår Twitter-konto høsten 2012, og siden den gang har vi hatt en jevn stigning med følgere. Twitter benyttes aktivt når tunge, høypolitiske saker er på dagsorden. Ved utgangen av 2015 var vi oppe i omtrent 6 000 følgere.

YouTube

Det er særlig Derfor-videoene som legges ut her, men det ble også lagt ut flere videoer i tilknytning til landsstyremøtet. I 2015 ble våre videoer spilt av 25 521 ganger.

6 Internasjonalt arbeid

Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid

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. I 2015 ble det opprettet et samarbeid med Society of Medical Doctors i Malawi om å bistå dem med å bygge opp et fungerende sekretariat. Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse behandler saker som angår internasjonale helsespørsmål og gir råd til sentralstyret innenfor sitt mandat. Utvalget utarbeider egen årsmelding. Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interesse- /fagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i deres egne årsmeldinger.

6.1 Møter mellom de nordiske legeforeningene

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.

6.2 Word Medical Assosiation (WMA) www.wma.net

Legeforeningen var i april 2015, for første gang på 44 år, vertskap for WMAs councilmøte. Totalt møtte 120 representanter fra ca. 50 legeforeninger fra hele verden. Møtet ble holdt på hotell Bristol i Oslo. 16. april var deltakerne invitert til mottakelse i Rådhuset der ordføreren ønsket velkommen og med taler av WMAs president, president Hege Gjessing og helseminister Bent Høie. Møtet er omtalt i Tidsskriftet nr. 19 2015. Generalforsamlingen ble holdt i Moskva 14. – 17.10.

Aktuelle saker i 2015 har blant annet vært alkohol og helse, atomvåpen, helsehjelp til gatebarn og bruk av mobile enheter i helsesammenheng. Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2015. Legeforeningen har vært representert ved, generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikk Svein Aarseth og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt.

6.3 Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)

Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME) ivaretar de europeiske legeforeningenes interesser innenfor EU/EØS-området. CPME har i 2015 hatt to møter, ett i april i Reykjavik og ett i november i Brussel. Legeforeningen var ikke representert på møtet i Reykjavik da dette ble holdt samtidig med landsstyremøtet.

Legeforeningens delegasjon til CPME velges av sentralstyret for hver sentralstyreperiode. Fram til 31.8. 2015 var foreningen representert ved president Hege Gjessing og sentralstyremedlem Marit Halonen Christiansen. Fra 1.9. 2015 overtok president Marit Hermansen og sentralstyremedlem Ole Johan Bakke. I tillegg har representanter fra sekretariatet vært representert på møtene.

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har behandlet, har blant annet vært kjønn og helse, e-helse og m-helse, oppgavegliding fra lege til farmasøyt, internasjonale handelsavtaler (TTIP og TISA) og beskyttelse av pasientopplysninger mot cyberangrep. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

6.4 *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)*

UEMS er den europeiske forening for legespesialister. Legeforeningen har i 2015 vært representert i 38 ulike Specialist Sections, Boards og Divisions.

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS Board ved spesialitetsrådets leder Einar Klæboe Kristoffersen, med utdanningssjef Nina Evjen som vara. Representanter i UEMS Council har vært Einar Klæboe Kristoffersen og Nina Evjen.

Nina Evjen har vært Legeforeningens representant i UEMS akkrediteringsorgan EACCME – (European Accreditation Council for Continuing Medical Education).

Arbeidsgrupper i UEMS: Spesialistutdanning, etterutdanning (CME/CPD), kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og e-helse.

6.5 *Samnordisk arbetsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor* *SNAPS*

SNAPS er et felles arbeidsutvalg for de nordiske lands legeforeninger. Utvalget arbeider med prognoser for legemarkedet, samt med spørsmål i tilknytning til spesialistutdanningen.

I 2015 har gruppen hatt ett møte i Stockholm. Det ble der besluttet å avslutte det tidligere arbeidet med faste publikasjoner, med unntak av legestatistikkfolderen "Physicians in the Nordic countries" som heretter vil bli produsert hvert år, på engelsk. Gruppens årlige møtevirkksomhet med utveksling av informasjon om legearbeidsmarkedet og spørsmål i tilknytning til spesialistutdanning fortsetter som tidligere.

Den nordiske legestatistikkfolderen er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider:
<http://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Nordiske-legefakta/>

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Charlotte Haug var sjefredaktør i Tidsskriftet frem til 10.2. 2015. Da ble Are Brean konstituert i stillingen. Han ble fast ansatt av Landsstyret i mai 2015. I 2015 har redaksjonskomiteen bestått av Ola Dale (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Anne Høie, Ole-Erik Iversen, Knut Øymar, Christian Grimsgaard (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

211 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere, denne gang på Thon Hotel Oslo Airport. Hovedtema var den ferske nobelprisen i fysiologi eller medisin til ekteparet Moser. Blant foredragsholderne var Gunnar Bovim, Menno Witter og Per Brodal. Møtet ble også denne gang arrangert som en heldagssamling med mulighet for overnatting.

I 2015 mottok redaksjonen ca. 1 400 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og en stor andel, inkludert alle de vitenskapelige artiklene, sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 255 eksterne fagvurderere i denne prosessen.

7.2 Tidsskriftet generelt

Tidsskriftet publiserer artikler fortløpende på internett, og utkommer hver 14. dag på papir og iPad. Til sammen ble det i 2015 utgitt 22 papirutgaver (hvorav to dobbeltnumre) med til sammen 2 244 (paginerte) sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets papiropplag er på 31 300 eksemplarer.

I 2015 var det 5,53 millioner sidevisninger på *tidsskriftet.no* (3,26 millioner i 2013 og 4,79 millioner i 2014), og totalt 2,27 millioner brukere (nye og returnerende brukere som har gjennomført minst én økt). Det er en økning på 23 % fra 2014. Antallet økter var 3,8 millioner. Det er en økning på 23,7 % fra 2014. En stor del av denne trafikken kommer direkte fra organiske søk via Google. Fra sosiale medier er Facebook en dominerende trafikkkanal.

7.3 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 2015 ble 130 artikler oversatt og publisert. Til sammenlikning ble 124 artikler oversatt i 2013 og 131 i 2014. Artiklene som oversettes indeksreses som tospråklige i PubMed.

7.4 Pressekontakt

Sosiale medier og nettsidene våre er viktige i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum. Det sendes ut pressemeldinger i forbindelse med hver utgivelse og nyhetsbrev på e-post hver uke. Vi har også samarbeidet med blant annet Aftenposten, Morgenbladet og Hvilepuls for å nå flere lesere. Mediebransjen er i svært rask endring. Kontinuerlig evaluering og omstilling er nødvendig for å fortsatt være synlig i mediebildet. I november 2015 ble det derfor igangsatt et prosjekt for å utrede valg av digitale kanaler og mediestrategi for Tidsskriftet.

7.5 Legejobber.no

Stillingsportalen Legejobber.no ble lansert i mai 2010 og ble tilpasset alle plattformer gjennom responsivt design i 2012. Portalen utvikles stadig i tråd med etterspørselen fra kunder og stillingssøkere. Konkurransen om jobbsøkere på nett er hard. I 2015 ble derfor et omfattende prosjekt for oppgradering og videreutvikling av portalen satt i gang.

Det er gjennomført totalt 562 000 økter i 2015, tilsvarende et ukegjennomsnitt på 10 808 økter. Det er en økning på 12,2 % fra 2014. Legejobber hadde 167 000 brukere (nye og returnerende brukere som har gjennomført minst én økt). Det er en økning på 17 % fra 2014. Det er til enhver tid fortsatt 200-300 annonser i basen.

7.6 Annonsealg

Salg av produktannonser formidles gjennom HS Media. Totale annonseinntekter for Tidsskriftet beløper seg i 2015 til kr 28 355 124. Det er en økning på kr 1 736 353 fra 2014.

7.7 Økonomi

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

Sideproduksjon og nettutgave kr 2 465 936.

Trykk og papir kr 4 085 778 (gjennomsnittlig kr 185 717 per utgave).

Ferdiggjøring kr 1 628 721 (gjennomsnittlig kr 74 032 per utgave).

Distribusjonskostnader kr 3 699 802 (gjennomsnittlig kr 168 172 per utgave).

8 LEFO – Legeforskningsinstituttet

8.1 Bemanning og økonomi

Staben ved LEFO har i 2015 bestått av sju personer i 5,2 årsverk, hvorav fire er i forskerstillinger: instituttsjef og forsker (80 %), tre seniorforskere (to i 100 %, én i 40 %), én rådgiver (100 %), én forskningssekretær og én nettredaktør/spesialrådgiver (begge i 50 %). LEFO har siden starten hovedsakelig vært finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), med en andel fra Legeforeningen. I 2015 var den budsjetterte fordelingsnøkkelen SOP/Dnlf på henholdsvis 72,5 % og 27,5 %.

8.2 Forskningsoppdrag

LEFOs virksomhet er forankret i SOPs vedtekter § 1-2 annet ledd om å "yte støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer". Fordi forebygging foregår på flere nivåer – rettet mot individer, grupper og systemer – er det også behov for kunnskap på flere nivåer. Vi studerer både enkeltlegers opplevelser og individrettede tiltak, og faktorer på systemnivå som utgjør rammene for hva som skjer i helsetjenesten.

Oppsummert resulterer dette i studier av:

- Legers helse, livskvalitet og atferd
- Samfunnsmessige og organisatoriske betingelser for god profesjonsutøvelse
- Legers holdninger, etikk og prioritering
- Legenes opplevelse av sin profesjonsrolle med særlig vekt på stadige endringer

Forskningen vår forankres i og diskuteres med SOP-styret i årlige samarbeidsmøter. Dette samarbeidet er gjensidig viktig, da forskerne får innspill fra styret for planlegging av videre aktivitet, mens styret får en oversikt over forskningsresultater og pågående prosjekter som konkretiserer forskning innen følgende tematiske områder: legers rekrutterings- fordelings- og pensjoneringsmønstre, legers dødelighet, sykелighet og utbrenthet samt kvalitet i lege-pasient-samarbeidet. Selv om forskningen først og fremst tar sikte på å være SOP-relevant, er den også relevant for Legeforeningen.

8.3 Forskningsformidling

Vår forskningsmessige integritet hviler på at vi publiserer vitenskapelig etterrettelig kunnskap. Det er et avgjørende kriterium for troverdighet at slik kunnskap publiseres uavhengig av fagpolitiske interesser.

Våre studier blir i hovedsak presentert i fagfellevurderte tidsskrift. Den vitenskapelige produksjonen er høy sammenliknet med universitet, høyskoler og forskningsinstitutter. Blant våre vitenskapelige publikasjoner i 2015 skal særlig nevnes et temanummer av tidsskriftet *Professions & Professionalism*, der LEFO hadde invitert ledende fagfolk innenfor feltet til å skrive artikler om sammenhengene mellom legers tilfredshet, behandlingskvalitet og styringssystemer i helsevesenet. Temanummeret, som hadde gjesteredaktør fra LEFO, inneholder åtte originalartikler og tre kommentarartikler: Bringedal B. *Special Issue: Professional satisfaction and the quality of medical care*. *Professions & Professionalism* 2015; (5) nr.1. I 2015 ble det for øvrig publisert fire vitenskapelige originalartikler og ytterligere fem originalartikler var sendt inn til vurdering.

LEFO bidrar fast til seksjonen "Legelivet" i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, der vi presenterer refleksjoner over egen eller andres forskning innen våre forsknings- og

kompetanseområder. I tillegg til 15 slike kommentarartikler, har vi publisert én lederartikkel og tre kronikker i 2015.

Muntlig formidling av forskningsresultater er også en viktig del av LEFOs virksomhet. Vi har i 2015 prioritert foredrag for ulike legegrupper, med formidling av aktuell forskning. Dette kan også være viktig i et forebyggende helseperspektiv. Likeens bidrar foredrag på internasjonale og nasjonale konferanser/seminarer til at staben kan knytte og holde kontakt med relevante samarbeidspartnere og forskningsmiljøer.

LEFO har selv arrangert og deltatt i planlegging av konferanser og fagseminarer i løpet av 2015:

- 26.1.2015: *"Doctors' health and work in the Nordic Countries"*. LEFO inviterte til sitt hittil andre nordiske forskerseminar med to hovedinnlegg og sju presentasjoner av pågående forskningsprosjekter.
- 9.2.2015: LEFO inviterte til heldags fagseminar/workshop *"Kvalitative studier av prioritering og kvalitativ forskning"*. Seminaret ble ledet av våre egne forskere, med innlegg fra flere eksternt inviterte forskerkolleger.
- 20.-21.4.2015: Det europeiske legehelsenettverket EAPH, hvor instituttsjef Karin Isaksson Rø har sittet i styret og vitenskapelig komité siden 2011, inviterte til sin hittil femte internasjonale konferanse *"Doctors' Resilience. Building European Networks through Research and Practice"*, med et 40-talls presentasjoner. Se www.eaph.eu.
- 4.-6.5.2015: LEFO inviterte til tre fagseminarer/symposier i samarbeid med Senter for profesjonsstudier (SPS) ved Høgskolen i Oslo og Akershus og Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Temaer var *"Medical Professionalism and Doctors' Political Advocacy"*, *"Medical professionalism in an organizational age: How context influences professionalism"* og *"Managing doctor-industry relationships: The impact of transparency on conflict of interest"*. Det var i alt 14 presentasjoner av inviterte nasjonale og internasjonale forskere.

8.4 Øvrige aktiviteter

Etter avtale har vi utført spesifikke oppdrag for Legeforeningen i 2015, som å yte konsulenthjelp ved medlemsundersøkelser der vi har bistått med kvalitetssikring, utsendelse og tolkning av resultater for flere elektroniske undersøkelser utgått fra Legenes hus. Videre har LEFO på oppdrag fra Medisinsk fagavdeling skrevet rapporten *Nasjonal evaluering av turnustjeneste for leger*. LEFO har fortsatt redaksjonelt ansvar for Legeforeningens nettsider om det landsdekkende kollegiale helse- og omsorgstilbudet, finansiert av SOP (se www.legeforeningen.no/kollegastotte). Førsteutkast av et informasjonshefte for støttekolleger, skrevet på oppdrag fra Utvalg for legehelse, forelå ved årsskiftet.

Alle våre fire forskere har i 2015 vært veiledere for doktor- og/eller postdoktorgradstipendiater, samt masterstudenter, ved både norske og utenlandske universiteter. Vi har fortløpende vært fagfellevurderere i vitenskapelige tidsskrifter. Forskerne har videre hatt sensoroppgaver (av studieprogram og masteroppgaver, samt PhD-opposisjon), og deltatt i vurdering av tildeling av midler til forskningsprosjekter. For å ivareta kvaliteten på fagmiljøet ved LEFO har forskerne også i 2015 fortsatt sitt samarbeid med internasjonale og norske forskningsprosjekter og universitetsmiljøer.

En nærmere beskrivelse av samtlige publikasjoner, forskeraktivitet og pågående prosjekter finnes på LEFOs hjemmeside: www.legeforsk.org.

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 2015 et positivt aktivitetsresultat på kr 2 168 319.

Samtlige underregnskap, med unntak av Lånefondet, viser underskudd med tilsvarende reduksjon av respektiv formålskapital. Utdanningsfond I og Utdanningsfond III viser imidlertid positive avvik sammenliknet med budsjett.

Regnskapet for Utdanningsfond I omfatter per 31.12. 2015 nå kursvirksomheten ved samtlige koordinatorkontorer, dvs.. Oslo, Trondheim, Tromsø og Bergen. Det medfører at både driftsinntektene (kursavgifter) og driftskostnadene har økt sammenliknet med tidligere år og sammenliknet med budsjett. Kursaktiviteten i fondet har vært stor og er underbudsjettet i 2015. Dette gjør størst utslag på personalkostnader hvor overforbruket sammenliknet med budsjett er på ca. kr 5,5 millioner og på kursinntektene som er ca. kr 7,3 millioner bedre enn budsjettet. Driftsunderskuddet i fondet samlet er i 2015 på ca. kr 9,3 millioner mot ca. kr 5,4 millioner i 2014. Andel av finansinntektene på ca. kr 1,6 millioner gir et negativt totalresultat på ca. kr 7,7 millioner.

I 2015 økte kostnadsførte refusjoner i Utdanningsfond II med ca. kr 8,9 millioner sammenliknet med 2014. Samtidig økte tilskuddet fra normaltarifforhandlingene med ca. kr 1,4 millioner. Det har bidratt til et driftsunderskudd i 2015 på ca. kr 1,4 millioner. Andelen av finansinntektene utgjør ca. kr 1,4 millioner, slik at fondet i 2015 ender omtrent i balanse.

I utdanningsfond III har kostnadsførte refusjoner økt fra ca. kr 46,9 millioner i 2014 til ca. kr 51,4 millioner i 2015. I 2013 var de kostnadsførte refusjonene på ca. kr 43,8 millioner. Refusjonene har således vært jevnt stigende de siste par årene. Tilskuddet fra normaltarifforhandlingene har fra 2014 til 2015 økt med ca. kr 2,1 millioner. Den andre store inntektsposten i Utdanningsfond III er et tilskudd (p.t. kr 2 000) per ansatt lege i helseforetakene. Arbeidsgiverforeningen Spekter og Legeforeningen har over en tid vært uenige om hvordan innbetalingen til Utdanningsfond III skal beregnes. Spekter har ment at leger i profesjonsnøytrale stillinger skal unntas fra beregningsgrunnlaget. Arbeidsretten ga i november 2015 Legeforeningen medhold i at samtlige autoriserte leger ansatt i helseforetakene, uavhengig av hva slags stilling disse har, skal inkluderes i grunnlaget. Dommen har medført en etterbetaling i 2015 fra helseforetakene på ca. kr 2,5 millioner for årene 2013-2015. Samlet er det på denne posten i 2015 inntektsført ca. kr 27,4 millioner mot ca. kr 23,8 millioner i 2014. Totale inntekter i fondet i 2015 er dermed ca. kr. 54,0 millioner. Utdanningsfond III får med dette et driftsunderskudd på ca. kr 1,2 millioner. Med en andel av finansinntektene på ca. kr 1,1 millioner, får fondet i 2015 et negativt totalresultat på ca. kr 77 000.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Kvalitetssikringsfondet) fikk i 2015 et driftsunderskudd på ca. kr 3,5 millioner og et totalunderskudd etter finansinntekter på ca. kr 3,3 millioner. Det er i 2015 kostnadsført ca. kr 11,9 millioner i prosjektstøtte, inklusiv kr 4,8 millioner til SKIL AS (Senter for kvalitet i legekontor). Fra 2011 har inntektene fra normaltarifforhandlingene steget jevnt fra ca. kr 9,4 millioner til ca. kr 10,5 millioner i 2015. Kvalitetssikringsfondet har per 31.12.15 en formålskapital på ca. kr 24,0 millioner.

Lånefondet fikk et totalresultat på ca. kr 23,1 millioner i 2015, ca. kr 2,6 millioner svakere enn budsjett. Dette inkluderer kr 2 millioner som er avsetninger tap på lån som har gått til inkasso. Fra en situasjon med eskalerende utlånsvekst og begrenset utlånskapital, har situasjonen endret seg i 2015, og utlånsveksten har sunket. Det er nå om lag kr 200 millioner i tilgjengelig kapital for nye utlån. Det utgjør ca. 25 % av formålskapitalen på rundt kr 800 millioner. Sammenliknet med bankenes utlånsrente med pant i bolig, har den høye utlånsrenten i Lånefondet i 2014 og 2015 bidratt til redusert utlånsvekst. Årsaken til dette er periodens unaturlige høye normrente. Sentralstyret har vedtatt å nedjustere renten over Normrentesats med 0,25 % for styrke utlånsveksten.

Legeforeningens investeringsportefølje fikk en samlet avkastning på 1,1 % i 2015, 2,4 % - poeng svakere enn budsjettert avkastning (3,5 %). Avkastningen medførte at netto finansinntekter ble kr 14,7 millioner lavere enn budsjett. Året begynte bra i aksjemarkedene og videreførte de siste års sterke utvikling. Annet halvår av 2015 var midlertidig preget av markedsuro. Markedsutviklingen var preget av fallende oljepris og svakere vekstutsikter. I løpet av året falt oljeprisen med 30 %, til det laveste nivået siden 2004. Nedgangen i oljepris er normalt en viktig årsak til svekkelse av kronekursen. I 2015 svekket kronen seg nærmere 17 % mot amerikanske dollar. Legeforeningen har valutasikret sine utenlandske investeringer og drar ikke nytte av kronesvekkelsen. Den norske og den globale aksjeporteføljen oppnådde en avkastning på henholdsvis 4,6 % og 2,4 %. Den norske renteporteføljen fikk en avkastning på 0,3 % mens den globale renteporteføljen fikk avkastning på 0,6 % i 2015.

Annonseinntekter i Tidsskriftet og på Legeforeningen.no utgjorde i 2015 brutto ca. kr 28,5 millioner. Dette innebærer et positivt avvik på ca. kr 2,0 millioner sammenliknet med budsjett og en økning på ca. kr 1,1 millioner sammenliknet med 2014. Produktannonser viste en spesielt god utvikling utover høsten 2015. Samtidig er også de direkte produksjonskostnader i Tidsskriftet ca. kr 0,4 millioner bedre enn budsjett. Kontingentinntektene er ca. kr 3,5 millioner høyere enn budsjett før avsetninger til tap. Samlet er driftsinntektene i Hovedforeningen ca. kr 7,4 millioner bedre enn budsjettert.

Totale driftskostnader i Hovedforeningen er på ca. kr 218,3 millioner, noe som er ca. kr 3,6 millioner over budsjett. Ikke budsjetterte tap/tapsavsetninger utgjør ca. kr 1,6 millioner hvorav halvparten er avsetninger til tap på kontingent. Ca. kr 2,2 millioner i avskrivninger på ny registerløsning er ikke budsjettert, men var forutsatt dekket av tidligere avsetninger til IT-investeringer. Årets pensjonskostnad inkl. arbeidsgiveravgift er ca. kr 6,2 millioner høyere enn i 2014. Det er derfor i regnskapet for 2015 foreslått å tilbakeføre avsetninger med kr 2,0 millioner til ny registerløsning samt kr 6 millioner fra pensjonsavsetningen på kr 12 millioner. Begge deler i tråd med forutsetningene for budsjett 2015 presentert på Landsstyremøtet i 2014. Fra andre selvpålagte avsetninger tilbakeføres kr 330 000 tidligere avsatt til WMA Council-møte i Oslo i 2015 samt kr 500 000 fra avsetning til kompetanseutvikling og lederutdanning i sekretariatet.

Driftsresultatet i Hovedforeningen viser et underskudd på ca. kr 11,0 millioner. Dette er likevel totalt ca. kr 3,8 millioner bedre enn budsjettert. Hovedforeningens andel av finansinntektene utgjør ca. kr 1,2 millioner. Dette gir et underskudd før årsoppgjørdisposisjoner i Hovedforeningen på ca. kr 9,8 millioner. Underskuddet i Hovedforeningen korrigert for tilbakeførte avsetninger i årsoppgjørdisposisjonene, utgjør ca. kr 950 tusen. Finansinntektene for Legeforeningen totalt budsjetteres og inntektsføres i Hovedforeningen gjennom året, og fordeles mellom Hovedforening og fond per 31.12. hvert år. Finansinntektene er i 2015 fordelt proporsjonalt i henhold til størrelsen på formålskapitalen i det enkelte underregnskap.

9.1 Nøkkeltall

Økonomiske nøkkeltall 2015

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2015 Formålskap./ Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	409 414	440 015	32 769	0	2 168	1 357 224	1 492 274
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	207 338	218 346	1 228	0	-9 781		
2 Utdanningsfond I	90 821	100 169	1 623	0	-7 725		
3 Utdanningsfond II	46 210	47 577	1 346	0	-21		
4 Utdanningsfond III	54 009	55 220	1 133	0	-77		
5 Lånefondet	0	4 040	27 161	0	23 121		
6 Kvalitetssikringsfondet	11 036	14 572	259	0	-3 277		
8 Fond for forebyggende medisin	0	30	9	0	-21		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	60	9	0	-51		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	260	154	0	-106	8 057	8 085
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	29	337	0	308	8 327	8 327
3 Delphin og hustrus legat	0	193	760	0	567	6 665	6 667
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	544	1 053	0	509	15 112	15 615
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	59 813	58 048	-3 568	0	-1 803	45 444	131 259
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	13 176	195 832	175 006	-50 319	42 670	109 168	4 914 399
E. Allmennmedisinsk forskningsfond	14 288	14 530	100	0	-141	3 636	7 217
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	18 026	4 696	-4 500	0	8 830	43 106	165 212

¹⁾ Årsresultat for Soria Moria viser resultat før skattekostnad. Regnskapet er revidert men ikke endelig godkjent.

²⁾ Resultatet for Christiania Torv AS viser resultat før skattekostnad. Regnskapet er godkjent.

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

9.2 Fond

Representasjon i fondsstyrene finnes i vedlegget 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 som avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

Aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2015:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- dekning av underskudd til kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, lokalavdelinger
- dekning av underskudd til kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning som er arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens e-læringsvirksomhet
- støtte til spesialitetskomiteer i forbindelse med revisjon av utdanningen
- støtte til Nmfs medisinerutdanningskonferanse der tema er rettet mot legers grunnutdanning
- individuelle stipend til leger som ønsker å kvalifisere seg innenfor de områdene de arbeider med i legers videre- og etterutdanning
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta utdanning som gir studiepoeng
- støtte til sommer-/forskningsstipend til medisinstudenter
- prosjekter innenfor grunnutdanning og etterutdanning

Se vedleggets punkt 1.1 for fondsutvalgets sammensetning i 2015.

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

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

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2015 – 30.6. 2016 er tilskuddet 46,5 millioner kroner, opp 0,6 millioner kroner fra forrige periode. Tilskuddet har økt med 79 % på fire år.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2015 ble 5 660 søknader om refusjon innvilget, mot 5 276 i 2014, 4 559 i 2013, 5 173 i 2012 og 6 451 i 2011.

Svekket økonomi førte til at fondsutvalget fra 1.1. 2012 måtte redusere ytelsene. Som følge av at tilskuddene i 2012 og 2013 økte, fant fondsutvalget grunnlag for, med virkning fra 1.1. 2014, å styrke ytelsene igjen gjennom endring av retningslinjene slik at fondet igjen dekker diettkostnader etter bestemte bestemmelser. I regnskapene for 2015 er det regnskapsført 43,9 millioner kroner i refusjoner og stipendier, mot 35,1 millioner kroner i 2014, 23,2 millioner kroner i 2013 og 31,2 millioner kroner i 2012. Driftsresultatet var negativt med ca. 1,4 millioner kroner, mot et positivt driftsresultat på ca. 6,6 millioner kroner i 2014. Etter godskriving av finansresultatet med 1,3 millioner kroner, utgjorde den samlede kapital ved utgangen av 2015 133,4 millioner kroner, mot 133,5 millioner kroner ved utgangen av 2014.

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

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

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2015 -30.6. 2016 er tilskuddet 26,8 millioner kroner, opp 0,4 millioner kroner fra forrige periode.

I henhold til overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og Virke betalte arbeidsgiver (helseforetakene) et tilskudd til Utdanningsfond III svarende til 2 000 kroner per legeårsverk. Det ble i 2015 betalt inn 27,4 millioner kroner, mot 23,8 millioner kroner i 2014.

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 2015 innvilget sekretariatet refusjon i 9 719 saker, mot 9 104 i 2014, 8 489 i 2013 og 7 654 i 2012.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold ble regnskapsført med 43,9 millioner kroner i 2015, mot 47 millioner kroner i 2014 og 43,8 millioner kroner i 2013. Inntektene til fondet utgjorde totalt 54 millioner kroner i 2015, mot 49,3 millioner kroner i 2014 og 49,9 millioner kroner i 2013. Etter godskriving av finansresultatet på 1,1 millioner kroner, utgjorde fondets samlede kapital 112,3 millioner kroner ved utgangen av 2015, mot 112,4 millioner kroner ved utgangen av 2014.

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 Arbeids- og sosialdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Driftsresultatet ble i 2015 42,7 millioner kroner, mot minus 149 millioner kroner i 2014. Endringen kan i stor grad forklares ved at aktuariemessige forutsetninger, særlig knyttet til uføresannsynligheten hos leger, har resultert i behov for lavere avsetninger til fremtidige pensjoner. Videre er SOPs alderspensjoner fra 2015 opphørende med to utbetalingsalternativer, over ti år eller til fylte 77 år. Ved å fjerne livsvarig alderspensjon som mulig utbetalingsperiode, er noe av kompleksiteten som forventet økt levealder gir i forhold til krav om fremtidige avsetninger fjernet, noe som også trekker i retning av redusert behov for avsetning til pensjoner.

Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2015 ca. 4 914 millioner kroner, mot 4 917 millioner kroner 31.12. 2014. Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 262,2 millioner kroner, etter en verdijustert avkastning på 3,8 %. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 166,2 millioner kroner, mot 154,3 millioner kroner i 2014. Av dette utgjorde pensjoner 110,5 millioner, mot 93,7 millioner kroner i 2014 og 87,6 millioner kroner i 2013. Avbruddsytelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenge, utgjorde 44 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 11,7 millioner kroner i 2015.

I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter med hjemmel i ordningens formålsparagraf. Dette gjelder i hovedsak støtte til Legeforskningsinstituttet (LEFO), Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, lokalavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. I alt utgjorde støtten til disse formål 12,1 millioner kroner.

SOPs brutto uførepensjon økte fra 1.1. 2015 med 54 %, ved at tilknytningen til livsvarig alderspensjon ble erstattet av tilknytning til ordningens pensjonsreferanse. Fra 2015 utgjorde ordningens uførepensjon to ganger pensjonsreferansen, som for 2015 tilsvarer 154 000 kroner

før samordning med tjenestepensjoner. Pensjoner fra Legeforetakenes Pensjonsordning er ikke gjenstand for samordning. Styrkingen av SOPs uførepensjon har vært viktig for styret, da dette innebærer en ekstra trygghet også for de yngste medlemmene. Retten til uførepensjon er uavhengig av autorisasjonstidspunktet i motsetning til retten til alders- og ektefellepensjon. SOPs styre holder seg kontinuerlig oppdatert på omkringliggende regelverk, og vil følge med på hva slags effekt endring i regelverket omkring beregning av uføretrygd i det offentlige kan få på SOPs ytelser.

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 fatter vedtak om tildeling av lån i tråd med vedtektene og lånebetingelser som til enhver tid er fastsatt av sentralstyret.

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

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. 800 000 kroner ved første gangs lån. Ved senere låneopptak er grensen for samlet lån 400 000 kroner. Lånerenten for nye lån utgjør to prosentpoeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. I 2015 ble rentesatsen endret fra 2,50 % til 2,90 % fra 1. mars, til 2,80 % fra 1. mai, og til 2,70 % fra 1.juli og ut året.

Lånefondet innvilget i 2015 lån tilsvarende 77,7 millioner kroner til 139 leger, mot 155,1 millioner kroner til 258 leger i 2014. Per 31.12.2015 var det i alt 2283 låntakere, mot 2415 låntakere per 31.12. 2014. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2015 577,1 millioner kroner, mot 694,3 millioner kroner 31.12. 2014. Lån til Soria Moria utgjorde 4,625 millioner kroner (gjeldsbrev 2 - pantelån 2,625). Formålskapitalen utgjorde 811,5 millioner kroner per 31.12. 2015, mot 788,4 millioner 31.12. 2014.

9.2.6 Premiereguleringsfondet

Fondet ble etablert i 2009 for å kompensere for urimelige og utilsiktede konsekvenser av en endring i regelverket for offentlige tjenestepensjonsordninger fra 2004. Fondets formål er å dekke privatpraktiserende legers kostnader forbundet med regulering av pensjonsrettigheter for tidligere ansatte som hadde vært ansatt i offentlig virksomhet. Målgruppen er i hovedsak leger som i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen overtok arbeidsgiveransvaret for hjelpepersonell som hadde vært kommunalt ansatt. Det ble i 2015 utbetalt støtte med i alt 2, 58 millioner kroner til leger som hadde pensjonskostnader i offentlige tjenestepensjonsordninger for tidligere ansatte.

9.2.7 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 sosialdepartementet, 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 2015 ble det avsatt 10,4 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2015. Det totale antall søknader til fondet i 2015 var 44, med en samlet søknadssum på kr 22,6 millioner kroner. Det ble bevilget 9,84 millioner kroner til

14 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

Se vedleggets punkt 1.5 for fondsutvalgets sammensetning i 2015.

9.2.8 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fondets midler er avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre. I 2015 mottok fondet 34 søknader med samlet søknadssum kr 23,3 millioner. Det ble innvilget 25 prosjekter med en samlet utbetalingssum på kr. 13,66 millioner.

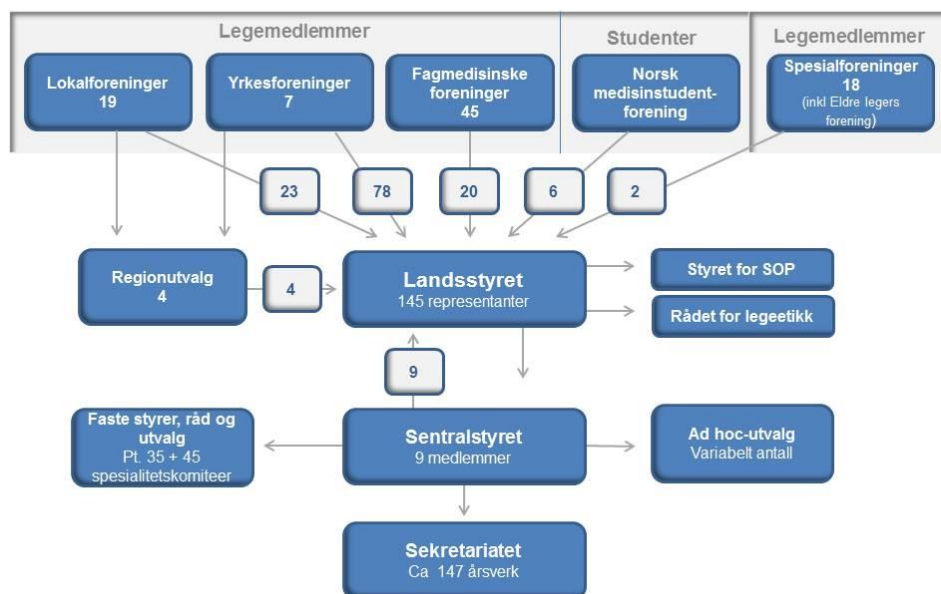
10 Legeforeningens organisasjon

Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst. Ved årsskiftet hadde foreningen 32 270 medlemmer, en vekst på ca. 1 266 medlemmer fra foregående år. Medlemmene er fordelt på en rekke foreningsledd langs flere akser. Svært mange tillitsverv 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 2015 som fremstilt i figuren nedenfor.

Den norske legeforening - organisasjonsplan



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 hadde i perioden 142 representanter. I 2015 ble det avholdt ett møte fra 27.-29. mai i Trondheim. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider. Fra 1.9.2015 – 31.8.2017 har landsstyret 145 medlemmer som følge av medlemsvekst i foreningen.

10.3 Sentralstyret

Sentralstyret hadde fram til 31.8. 2015 følgende sammensetning: President Hege Gjessing, visepresident Jon Helle, Kari Sollien, Christian Grimsgaard, Marit Hermansen, Marit Halonen Christiansen, Ivar Halvorsen, Synnøve Bratlie, og Kristian Hamandsen.

I forbindelse med landsstyremøtet 2015 ble det valgt nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2015-31.8. 2017. Sentralstyret har følgende sammensetning: President Marit Hermansen, visepresident Jon Helle, Christian Grimsgaard, Kari Sollien, Cecilie Alfsen, Christer Mjåset, Anja Fog Heen, Kjartan Olafsson og Ole Johan Bakke. Som varamedlemmer ble Torstein Schrøder-Aasen, Rasmus Bakken og Anne-Karin Rime valgt.

Sentralstyret har i 2015 avholdt 12 møter og behandlet 270 saker. Referat fra møtene er fortløpende lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminar ble arrangert 14.-15.1 i Oslo.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 45

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 18

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 45 spesialitetskomiteer

Under landsstyremøte i Alta 2013 ble rapport med forslag til endrede vilkår for godkjenning av spesialforening i Den norske legeforening og forslag om endringer i lovenes §§ 3-9-1- om Vilkår for godkjenning for spesialforeninger, behandlet. Det ble vedtatt nye krav som innebærer at spesialforeningen må ha minst 20 legemedlemmer og være spesialitetsovergripende. Den må årlig kunne dokumentere aktivitet i henhold til formålsparagrafen i foreningens vedtekter. Spesialforeninger som ikke tilfredsstiller kravene etter § 3-9-1 (1), mister statusen som spesialforening i Den norske legeforening.

Norsk hjerneslagforening ble godkjent som ny spesialforening i sentralstyremøte 25.8. 2015. Oversikt over spesialforeningene finnes på legeforeningen.no.

10.5 Endringer i Legeforeningens lover

I 2015 behandlet landsstyret tre lovendringsforslag.

- Gjennomføring av landsstyremøter - frister for å fremme saker for landsstyret, sakliste på landsstyremøter, avstemming i landsstyret, elektroniske valg: Legeforeningens lover § 3-1-2 (5) og (7) samt § 3-2-3 (3) ble endret samt at sentralstyret endret prosedyren for sentralstyrets arbeid med å fremme saker for landsstyret.
- Endringer av Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) funksjonsperioden for landsstyret: Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) ble endret til at Landsstyrerepresentanter valgt i medhold av § 3-5-4 (1) kan fungere utover funksjonsperioden, for en periode som ikke kan strekke seg lenger enn utgangen av oktober i valgåret, i påvente av nyvalg. Norsk medisinstudentforening og de fagmedisinske foreninger kan i sine vedtekter fastsette avvikende funksjonsperiode.
- Om betegnelsen lokalforening og forslag om endret betegnelse til fylkesavdeling – forslaget ble ikke vedtatt.

10.6 Gjennomgang av Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier

På landsstyremøtet i 2015 ble sentralstyret anmodet om å iverksette en prosess for gjennomgang av alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier. Landsstyret ba sentralstyret om å nedsette et bredt sammensatt utvalg, med representanter både fra Tidsskriftets redaksjon/redaksjonskomiteen for Tidsskriftet og sentrale personer fra Legeforeningens organisasjon. Utvalget skulle vurdere alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier, herunder hvordan Redaktøren for Tidsskriftets kan ivareta utøvelse av sin myndighet og sitt ansvar etter redaktørplakaten og Vancouver-erklæringen, redaksjonskomiteens rolle og ansvar, sentralstyrets og landsstyrets rolle og ansvar, kommunikasjonsveier og

rapporteringsrutiner, hvordan eventuell uenighet med eier skal håndteres, og eventuelle lovendringer som følge av gjennomgangen. Landsstyret ba videre om at sentralstyret fremla innstilling til landsstyret på landsstyremøtet i 2016.

10.7 Medlemsoppslutning

Per 31.12. 2015 hadde Legeforeningen 32 279 medlemmer, og per 31.12. 2014 hadde foreningen 31 004 medlemmer. Dette innebærer en økning med 1 275 medlemmer, tilsvarende 4,11 %, noe som er nær ved å være den høyeste medlemsveksten i Legeforeningens historie. Mer medlemsstatistikk finnes i vedlegget til årsmeldingen, og på Legeforeningens nettsider: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>

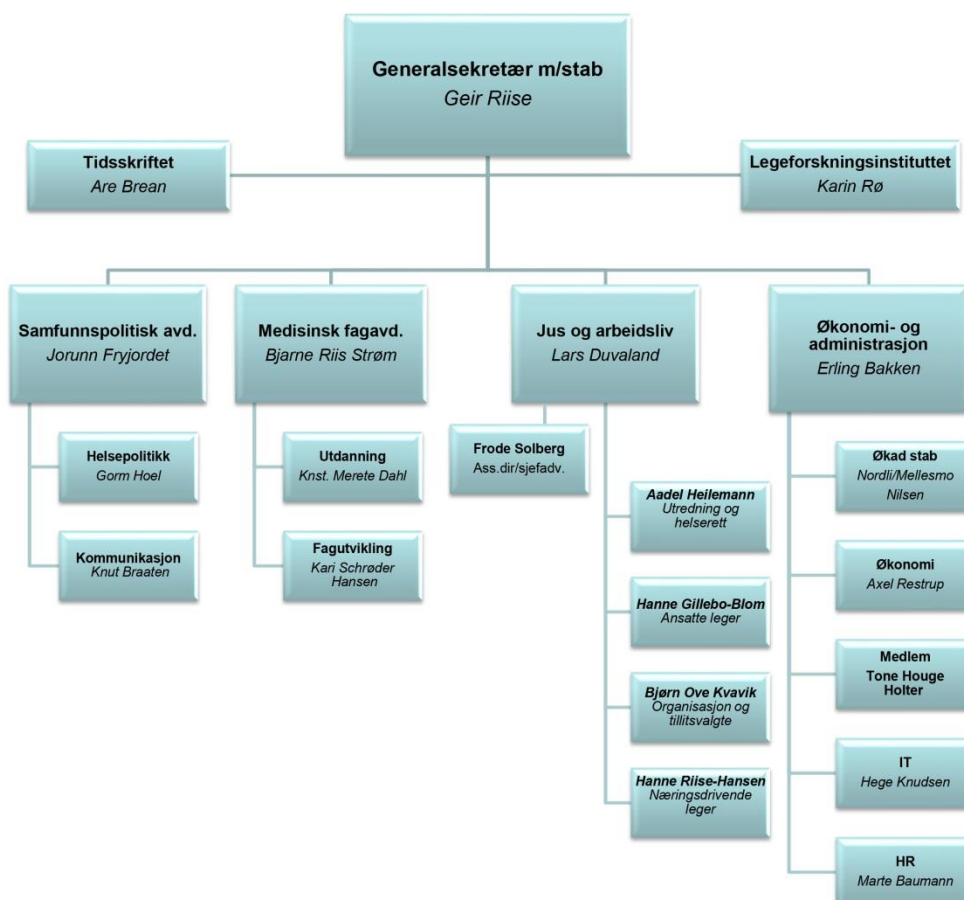
10.8 Miljøfyrtårn

Legeforeningen (hovedforeningen) er miljøfyrtårnsertifisert.

10.9 Sekretariatet

Per 31.12. 2015 var det 167 ansatte i Legeforeningen inkludert vikarer og prosjektmedarbeidere. Dette svarer til 147,05 årsverk. og innebærer en nedgang med 1,3 årsverk sammenliknet med bemanningssituasjonen per 31.12. 2014.

Den administrative ledelsen bestod i 2015 av generalsekretær og fire avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO) av instituttsjefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet var i 2015 totalt 4,36 %. Legeforeningen er IA-bedrift.



VEDLEGG

1	REPRESENTASJON I FONDSSTYRER	3
1.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	3
1.2	Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	3
1.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	3
1.4	Allmennmedisinsk forskningsfond.....	3
1.5	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	3
1.6	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	4
1.7	Premiereuleringsfondet.....	4
2	RÅD OG UTVALG	5
2.1	Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden	5
2.1.1	Nordisk etikkseminar	5
2.1.2	Seminar om medisin og marked.....	5
2.1.3	Øvrig aktivitet	5
2.1.4	Oppsummering av prinsipielt viktige saker	6
2.2	Spesialitetskomiteene.....	7
2.3	Spesialitetsrådet	8
2.4	Turnusrådet	8
2.5	Rettsbelpuvalget.....	9
2.6	Legeforeningens IT-utvalg	9
2.7	Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse	10
2.8	Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet)	10
2.9	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf)	10
2.10	Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	11
2.11	Psykoterapiutvalget 2014-17	11
2.12	Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse	11
2.13	Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens	12
2.14	Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	12
2.15	Representasjon i Akademikernes organer.....	14

3 MEDLEMSDATA OG SPESIALISTGODKJENNINGER.....15

3.1 Utvikling i medlemstall	15
3.1.1 Lokalforeninger	15
3.1.2 Yrkesforeninger	15
3.1.3 Fagmedisinske foreninger	15
3.1.4 Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2016 per 1. januar:	16
3.2 Spesialistgodkjenninger i 2015	16
3.2.1 Totalt antall godkjenninger i 2015 og sammenlikninger med tidligere år.....	16
3.2.2 «Utdanningstid» og gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning.....	17
3.2.3 Fordeling på statsborgerskap for alle spesialistgodkjenninger i 2015.....	18
3.2.4 Spesialistgodkjenninger i 2015 etter spesialitet, kjønn og konverteringsland.....	19
3.2.5 Kvinneandel	20
3.2.6 Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader	21
3.2.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	22
3.2.8 Kompetanseområde i allergologi	22

4 PROSJEKTER/ANNET23

4.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen	23
4.2 Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten	26
4.3 Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten	26
4.4 Forbedringsprosjekt obstetrikk	26
4.5 Arbeidsgruppe – sykemelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger.....	26
4.6 Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer	27
4.7 Medlemstilbud	27

5 LEGEFORENINGENS MEDLEMSKAP I ANDRE ORGANISASJONER28

5.1 Fagakademiet.....	28
5.2 Akademisk Studieforbund	28
5.3 Norsk legemiddelhåndbok (NLH)	28

1 Representasjon i fondsstyrrer

1.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger

Sentralstyret er fondets styre. For anvendelse av fondets midler er det oppnevnt et parts-sammensatt fondsutvalg for en periode på fire år.

Fondsutvalget har i 2015 bestått av: Ole Johan Bakke (leder), Helge Sigurd Haarstad, Bente Bjørnhaug Pedersen, Tone Dorthe Sletten, Tor-Arne Hagve og Marie Skontorp/ Kristin Kornelia Utne fra september 2015.

Varamedlemmer har vært Arne Runde, Kirsten Toft, Kirsten Rokstad, Kirsti Ytrehus og Tilde Broch Østborg/Christopher Elnan Kvistad september 2015.

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

Sentralstyret er fondets styre. Et partssammensatt fondsutvalg forvalter anvendelsen av fondsmidlene. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen har leder og to representanter i fondsutvalget, mens Helse- og omsorgsdepartementet og KS har en representant hver. I 2014 har utvalget bestått av Ivar Halvorsen (leder), Marit Sæbø, Ernst Horgen, Svein Høegh-Henrichsen (HOD) og Anne Tøndevold (KS).

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

Sentralstyret er fondets styre. A Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen har leder og to representanter i fondsutvalget, mens arbeidsgiverforeningen Spekter og Helse- og omsorgsdepartementet har ett medlem hver.

Fondsutvalget var i 2015 sammensatt slik: Siri Tau Ursin (leder), Heidi Johanne Espvik/Kristin Kornelia Utne, Helge Bjørnstad Pettersen, Eli Årnot (Spekter) og Gunnar Misvær (HOD).

1.4 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fagrådet 2015 bestod av Ståle Onsgård Sagabråten, AF/NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim (nestleder), Elise Klouman, AFE Tromsø, Stefan Hjørleifsson, UiB, Jørund Straand, UiO, Karin Frydenberg NFA og Jens Søndergaard, Universitetet i Odense (internasjonal representant).

Styret 2015 bestod av Marit Hermansen, NFA (leder), Kari Sollien, AF (nestleder), Erik Werner, NFA, Kirsti Malterud, AFE og Kjell Maartmann-Moe, HOD.

1.5 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondsutvalgets sammensetning 2015:

Oppnevnt av Legeforeningen: Stein Tore Nilsen (leder), Ole Strand, Rolf Kirschner, Marit Hermansen (til 14.9.2015), Petter Brelin (fra 14.9.2015) og Maria Gaard. Varamedlemmer: Vibeke Dons Wankel og Terje Tollåli.

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet: Hilde Skyvulstad, Helge Haarstad og Elisabeth Arntzen (varamedlem).

Oppnevnt av KS: Sigrid Askum og Kari Rolstad (varamedlem).

1.6 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

SOPs styre har fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2015 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus og Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var Arbeidsdepartementets representant i styret.

Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

1.7 Premiereguleringsfondet

Styret i Premiereguleringsfondet består av Kari Sollien (leder), Trond Egil Hansen (til 13.10. 2015)/Nils Kristian Klev (fra 13.10. 2015), Arne L. Refsum, Vibeke Birkeland og Terje Lycke.

2 Råd og utvalg

2.1 Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

Rådet for legeetikk har slik sammensetning for perioden 1.1. 2014 – 31.12. 2017:

Leder Svein Aarseth, allmennlege

Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.

Ellen Økland Blinkenberg, overlege

Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

Siri Brelín, overlege

Varamedlemmer

1. Ståle Clementsen – lege i spesialisering

2. Thore Andre Henrichsen – overlege

Spesialrådgiver/advokatfullmektig Stine K. Tønsaker er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og ferdigbehandlet 67 saker.

I klagesaker arbeider Rådet etter kontradiksjonsprinsippet og bygger sitt vedtak på partenes skriftlige og eventuelle muntlige fremstillinger. Det er vanlig at partene kommenterer hverandres innspill i flere omganger. Rådet driver ingen etterforskning ut over dette.

Av de 67 sakene ble det for 14 av sakene ikke gjort vedtak etter Etske regler for leger. Seks av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler, tre saker ble vurdert å ligge utenfor Rådets mandat av andre årsaker, én var rent avtalerettslige forhold, to var rent juridiske og kunne ikke vurderes i lys av etiske regler og i fire av klagenes var det åpenbart ikke brudd.

2.1.1 Nordisk etikkseminar

2.-4. september deltok Rådet for legeetikk på Nordisk etikkseminar i Uppsala, arrangert av den svenske legeforeningen. De nordiske landene presenterte ulike temaer som har vært sentrale i de respektive land.

2.1.2 Seminar om medisin og marked

Rådet arrangerte seminar om medisin og marked den 28. oktober 2015

Publiserte artikler i perioden:

Karsen Hytten, *Medisin og marked*. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:1471 – 2

Svein Aarseth: *Betaling for ubenyttet time*. Tidsskr Nor Legeforen 2015; 135:662

Svein Aarseth: *Omskjæring av gutter*. Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:10

Kronikk i Dagbladet 5. januar: Karsten Hytten og Svein Aarseth: *Aktiv dødshjelp er det motsatte av hva leger skal drive med*.

Rådets medlemmer har uttalt seg til pressen om aktiv dødshjelp, rituell omskjæring og genteknologi.

2.1.3 Øvrig aktivitet

Rådets leder har, sammen med Legeforeningens generalsekretær Geir Riise og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt i sekretariatet, representert foreningen i World Medical Association.

Rådets leder har forelest om etikk på tillitsvalgtkurs modul III og på lederkurs.

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

2.1.4 Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Aktiv dødshjelp. Lindrende behandling

Etter Rådets seminar høsten 2014 om aktiv dødshjelp mottok Rådet en henvendelse vedrørende bruk av Liverpool Care Pathway (LCP) i sykehjem. Henvendelsen gikk på om verktøyet var tilstrekkelig validert til slik bruk. Rådet mente at problemstillingene som ble reist var viktige, men i hovedsak av medisinsk faglig karakter og valgte derfor å rette en henvendelse til Helsedirektoratet. Henvendelsen ble besvart i juni og konkluderer med at det er behov for en bedre kunnskapskartlegging. Korrespondansen finnes på Rådets nettsider.

Endring av etiske regler

Rådet for legeetikk fremmet forslag enkelte omformuleringer og endring av begreper i reglene for Landsstyret 2014. De fleste endringer ble vedtatt, med unntak av forslag til endringer i § 2 og § 5. Landsstyret vedtok ny § 2 med enkelte endringer, og opprettholdelse av § 5. Videre at § 5 skulle sendes tilbake til Rådet for nærmere vurdering og avklaring av begrepsbruken.

Rådet avholdt i den forbindelse seminar om eutanasi og behandlingsavslutning i oktober 2014. Blant annet ble ny formulering i Etiske regler for leger § 5 diskutert, og det ble avholdt en nettdiskusjon om den konkrete formuleringen i etterkant av seminaret.

Etiske regler for leger kap I, § 5 lød:

Legen må ved livets avslutning vise respekt for pasientens selvbestemmelsesrett. Aktiv dødshjelp, dvs. tiltak som har til hensikt å fremskynde en pasients død, må ikke anvendes. En lege må ikke hjelpe pasienten til selvmord. Å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling, er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Rådet for legeetikk fremmet forslag for Landsstyret 2015. Endringen ble vedtatt, slik at § 5 i Etiske regler for leger nå lyder:

Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensning) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.

Markedsføring

Rådet har også i 2015 hatt flere klagesaker etter kapittel III (Markedsføring). Det dreier seg bl.a. om manglende informasjon om faglig ansvarlig. Et annet tema er annonser som spiller på helseangst. Private helsetjenester er et voksende marked, og dette var noe av bakgrunnen for seminaret "Medisin og marked" høsten 2015.

Et fagfelt som særlig har utpekt seg på dette området i 2015 er plastikkirurgi, og rådet vil følge dette tett i 2016.

Aktiv dødshjelp i pressen

Det siste året har flere saker om aktiv dødshjelp vært omtalt i pressen. Det har i hovedsak handlet om enkeltsaker der pasienter og pårørende har tatt til orde for en slik mulighet.

Rådet reagerte særlig på "Brennpunkts" program "Den siste reisen", en dokumentar som fulgte en 41 år gammel kvinne på reise til Sveits for å avslutte livet sitt og med det "slippe en langsom og smertefull død". Rådet, Rådet for sykepleieetikk, Lars Mehlum, Senterleder ved Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, samt overlege Morten Horn v/ Nevrologisk avdeling Oslo universitetssykehus klaget NRK inn for PFU, for brudd på Vær

Varsom- plakaten punkt 4.9. Punktet oppfordrer pressen til å unngå beskrivelse av selvmord som kan bidra til å utløse flere selvmordshandlinger.

Utvalgets flertall (4 av 7) kom til at NRK har opptrådt kritikkverdig. De mente at den mulige smittevirkningen gjør at NRK skulle vist større varsomhet, selv om det ikke kan slås fast at programmet har hatt en selvmordsfremmende virkning.

Rådets leder, nestleder og Morten Horn klaget også programmet inn for Kringkastingsrådet:

1. Hvordan forholder NRK seg til personer i en sårbar situasjon som åpenbart trenger hjelp for ikke å ta sitt liv?
2. Er det riktig av NRK å overlate motforestillinger når kontroversielle temaer belyses til andre sendeflater i stedet for å inkludere motforestillingene i programmet?
3. Har NRK som resten av samfunnet et ansvar for å redusere forekomsten av selvmord?

Kringkastingsrådet ga delvis medhold i punkt 2.

2.2 Spesialitetskomiteene

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider:

legeforeningen.no/Emner/Andre/emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/Spesialitetskomiteer/ .

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

Det er et omfattende arbeid som utføres av de 45 spesialitetskomiteene. I enkelte komiteer er saksmengden så stor at de tre vararepresentantene trekkes inn i saksbehandlingen. Det vil si at det er opptil 360 leger som utfører et omfattende, uhonorert arbeid for det norske samfunn i spesialitetskomiteene.

Spesialitetskomiteene vurderte i 2015 rapporter fra 884 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner). I tillegg ble det vurdert et betydelig antall særskilte rapporter fra institusjoner som ikke i tilstrekkelig grad hadde dokumentert oppfyllelse av kravene i regelverket. Det ble gjennomført 162 besøk (audit) på godkjente utdanningsinstitusjoner. Det ble også behandlet 88 saker om godkjenning/endring av godkjenning som utdanningsinstitusjon og en rekke henvendelser fra utdanningsinstitusjonene. Alle 45 spesialitetskomiteer har i 2015 vurdert alle kurs som søkes godkjent for legers videre- og etterutdanning i den aktuelle spesialitet. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisinsens utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføring av spesialistutdanningen.

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

2.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har per 31.12. 2015 slik sammensetning:

Einar Klæboe Kristoffersen (leder) og Kathinka Meirik (nestleder).
Medlemmer: Hans Høvik, Bjørn Hilt (vara), Inger Sofie Samdal Vik,
Ketil Arne Espnes (vara), Svein Rotevatn, Hanne Thürmer (vara),
Tone Skeie-Jensen,
Turid Thune (vara),
Tom Glomsaker, Hebe Kvernmo (vara),
Christer Mjåset og Kristin Kornelia Utne (vara).
Terje Osnes, Trond Buanes (vara), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.
Eyvind Rødahl, Thomas Halvorsen (vara), Det medisinsk-odontologiske fakultet,
Universitetet i Bergen.
Erik Solligård, Petter Aadahl (vara), Det medisinske fakultet, NTNU.
Øivind Irtun, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø.
Knut Fredrik Thorne, Tove Hanche-Olsen (vara), Norsk pasientforening.
Sverre Harbo (observatør), Kristin Refsdal (vara), Helsedirektoratet.
Heidi Merete Rudi (observatør), Hans Petter Næss (vara), Statens helsetilsyn.
Kommunenes Sentralforbund har ikke oppnevnt noen representant for perioden 2014 – 2017.

Rådet hadde seks møter i 2015.

Endringer i rådets sammensetning i perioden:

Fratrådte:	Marit Halonen Christiansen (16.4. 2015)
	Anja Fog Heen (31.8. 2015)
	Jørgen Holmboe (15.1. 2015)
Nye medlemmer:	Christer Mjåset (17.4. 2015)
	Kristin Kornelia Utne (1.9. 2015)
	Sverre Harbo (16.1. 2015)

Ved siden av å ha sin oppmerksomhet på alle forhold av betydning for spesialistutdanningen, har rådets oppgave vært å avgi innstilling overfor sentralstyret i prinsipielle saker og i saker under forberedelse for landsstyret. Spesialitetsrådet har hatt møter med spesialitetskomiteene i fødselshjelp og kvinnesykdommer og nevrologi i 2015. Temaene i disse møtene var bl.a. problemområder og utfordringer for utdanningen i de respektive fagområder.

2.4 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Anja Fog Heen (leder), Thomas Hagen Jensen (nestleder), Sarah Løvdahl (Nmf), Kristian Hamandsen (Ylf)/Clara Bratholm (Ylf) fra september 2015, Barbro Kvaal (LSA), Ole Henrik Krat Bjørkholt (AF), Ulla Dorte Mathisen (Of), Øyvind Ellingsen (De medisinske fakultetene)
Varamedlemmer: Hanne Støre Valeur, Petter Risøe, Ole Johan Bakke, Mia Lie Petersen.

Turnusrådet har i perioden hatt fire møter og behandlet 44 saker. Rådet har blant annet engasjert seg i spørsmålet om antall turnusstillinger, kvalitet i turnustjenesten, arbeidet med nytt rundskriv og revisjon av Legeforeningens veiledere for turnus i sykehus og kommunehelsetjenesten.

Rådet har bidratt med innspill og kommentarer til Legeforeningens nasjonale evaluering av turnustjenesten for leger som ble sendt ut i februar 2015 til turnusleger som hadde avsluttet

turnustjenesten i sykehus og i kommunehelsetjenesten. Resultatene av evalueringen ble publisert medio november 2015.

Det har i perioden vært saker knyttet til ansettelse i sykehus og i kommunehelsetjenesten, blant annet når det gjelder fordeling av stillinger i kommunehelsetjenesten.

Turnusrådet har i perioden behandlet og kommentert ulike høringsforslag, blant annet Helsedirektoratets forslag til ny spesialitetsstruktur.

Turnusrådets leder Anja Fog Heen, med bistand av jurister i Avdeling for jus og arbeidsliv, har deltatt i arbeidsgruppen i Helsedirektoratet for å revidere og oppdatere rundskrivet om den nye turnusordningen for leger. Rundskrivet ble ferdigstilt våren 2015. Leder har også deltatt i arbeidet med utvikling av læringsmål i Del 1 i ny spesialitetsstruktur.

Rådet har i 2015 vært på besøk til St. Olavs hospital og Sykehuset i Levanger.

2.5 Rettshjelputvalget

Utvalget er oppnevnt av sentralstyret. Medlemmene består av oppnevnte leger fra de sju yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2015 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Åge Henning Andersen, Helle Birgit Laier, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Tonje Tvinnereim, Fredrik Svenskerud og Torunn Forbord. Sjefadvokat Frode Solberg var utvalgets sekretær, og advokat Synne Bjørvik Staaen var saksforbereder. Sekretariatet besto ellers av sekretær Ragni Skille Berger.

2.6 Legeforeningens IT-utvalg

Fra utvalgets mandat siteres:

«Hovedoppgaven for utvalget er å bidra til å samordne Legeforeningens tidligere erfaringer fra IT- støttede prosesser i primær- og spesialisthelsetjenesten med nye forslag til IT-støttede tiltak for helsetjenestene basert på medlemmenes kunnskaper og erfaring.

Utvalget skal ha spesiell oppmerksomhet på mulighetene til forbedring av IT-støtte til bedre klinisk ressursutnyttelse og samhandling i tråd med målsetningene i samhandlingsreformen.»

Utvalget har i 2015 hatt to møter, i tillegg til omfattende kontakt per epost. Utvalget har avgitt høringsuttalelser til Legeforeningen i saker som gjelder E-helse.

IT-utvalgets medlem Petter Hurlen førte i pennen et omfattende dokument om historien bak strukturering av pasientjournalen, som ble publisert på legeforeningen.no, og dannet grunnlaget for Legeforeningens policynotat 2/2015, "Slik må fremtidens pasientjournal skapes".

IT-utvalgsmedlemmer har deltatt i flere eksterne ad hoc oppdrag: Møter med Helsedirektoratet i forbindelse med konseptvalgutredningen av *En innbygger – én journal* og i dialogmøter med Norsk Helsenet. Utvalget har bistått i kvalitetssikringen av flere oversendelser til Helsedirektoratet om e-helse.

Utvalgets leder og medlemmer har holdt en rekke foredrag og vært paneldeltakere på nasjonale e-helsekonferanser som eHelse, HelsIT, EHIN og HealthWorld 2015.

IT-utvalgets leder (frem til høsten 2015) Kjartan Olafsson er også Legeforeningens representant i styret for Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren og har deltatt på styremøter.

Utvalgsmedlemmer i 2015:

Kjartan Olafsson (leder), Linn Brandt (nestleder), Jon Hardie, Petter Hurlen, Morten Laudal, Jan Sigurd Røtnes og Jan Størmer. Kjartan Olafsson trakk seg senhøstes 2015 og nestleder Linn Brandt ble konstituert som leder.

2.7 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse

Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse skal etter sitt mandat arbeide med forholdet mellom medisinsk virksomhet og menneskerettigheter, helsemessige konsekvenser av global oppvarming og globale helsespørsmål.

Utvalget har i 2015 hatt følgende sammensetning: Hilde Marie Engjom (leder), Ruth Abraham, Ellen Johanne Annexstad, Ingebjørn Bleidvin (permisjon), Barbro Kvaal, Knut Erling Moksnes, Margit Steinholt. Utvalget har hatt fire møter, ett telefonmøte og ett internseminar.

2.8 Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet)

Praksiskonsulentordningen er forankret i rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. Rådet er sentralstyrets rådgivende organ i saker som angår praksiskonsulentordningen.

PKO- rådet hadde i 2015 denne sammensetningen: Torgeir Hoff Skavøy (leder), Kirsten Rokstad, Hans Henrik Strøm, Ole Johan Bakke, Sverre Sand, Lars Kåre Selland Kleppe, Morten Engzelius, Harald Hauge. Rådet avholdt to møter i perioden, hvor tema var videreutvikling av praksiskonsulentordningen og rådets rolle i dette arbeidet.

2.9 Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf)

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

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole Sejersted (leder), Kirsti Ytrehus, Eystein Hoddevik, Eyvind J. Paulssen, Asbjørn Årøen, Andreas Wahl, Elise Klouman, Eva Gerts og Berit Schei. Høsten 2015 meldte leder Ole Sejersted at han ikke ønsket å fortsette sitt verv som leder og representant for UiO, også Ylfs representant Eystein Hoddevik meldte at han avslutter sitt verv f.o.m januar 2016. Sentralstyret oppnevnte i desember Kirsti Ytrehus som ny leder av utvalget, Christopher Elnan Kvistad er ny representant for Ylf og Kjetil Retterstøl er ny representant fra UiO.

Utvalget avholdt fire ordinære møter, og et ekstraordinært møte, avsatt til å ferdigstille rapporten om forskningsfinansiering. Forskningsutvalget har behandlet 26 saker i 2015. Utvalget har i all hovedsak konsentrert seg om utvikling og oppfølging av Legeforeningens rapport om forskningsfinansiering, Utvalgets leder la frem rapporten for sentralstyret i juni, og rapporten ble endelig godkjent i sentralstyrets desembermøte og vil publiseres i 2016.

Andre viktige saker har vært oppfølging av Legeforeningens forskningspolitiske strategidokument, forskningsutvalget samarbeid med LVS (leger i vitenskapelige stillinger) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Oppfølging av HelseOmsorg21, helse- og omsorgssektorens forsknings- og innovasjonsstrategi, samt regjeringens langtidsmelding for forskning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer.

2.10 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Utvalget hadde i 2015 følgende medlemmer:

Ellen Tveter Deilkås (leder), Hans-Petter Næss, Inger Lyngstad, Jens Lind-Larsen, Hege-Kristin Aune Jørgensen, Monika Eidem og Tonje Elisabeth Hansen

Utvalget hadde fire regulære møter i 2015. Utvalget har innstilt kandidater til Legeforeningens to kvalitetspriser som deles ut på landsstyremøtet. Utvalget har kommet med innspill til høringer om Legeforeningens prinsipp- og arbeidsprogram. Utvalget har samarbeidet med Overlegeforeningen om å lage et nettverk for legeledere som er engasjert i kvalitetsforbedring, og var representert med både innleder og deltakere på Legeforeningens konferanse *Enkelt og håndterlig – Kvalitetsarbeid i praksis*. Hans-Petter Næss og Tonje Elisabeth Hansen er medlem av Pasientsikkerhetsprogrammets fagråd. Utvalget deltok på 27th Annual National Forum for Quality Improvement in Health Care i Orlando, Florida.

2.11 Psykoterapiutvalget 2014-17

Torbjørn Tvedten (leder), Liv Ørbeck (nestleder), Trygve Nissen, Elfrida Kvarstein, Kjersti Lyngstad, Terje Fladvad og Robert Rahn. Torbjørn

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst tre års godkjent veiledning i psykoterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede leger i spesialisering i det psykoterapeutiske grunnarbeidet som er et nødvendig minimum innen spesialiteten psykiatri. Psykoterapiutvalget er oppnevnt av sentralstyret og skal avgi uttalelse i relasjon til søknader om godkjenning som veileder i psykoterapi, gir midlertidig dispensasjon for veiledere som ikke er ferdig med sin veilederutdanning, behandler søknader om dispensasjon fra reglene om psykoterapiveilederutdanning (leger i veilederutdanning) overvåke alle forhold som vedrører psykoterapiveiledningen og eventuelt foreslå endringer i retningslinjene for godkjenning av veiledere i psykoterapi. Utvalget har et nært samarbeid med spesialitetskomiteen i psykiatri vedrørende psykoterapiveiledningen ved psykiatriske utdanningsinstitusjoner.

2.12 Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse

Utvalg for legehelse er et fast rådgivende utvalg, oppnevnt av sentralstyret, som har som oppgave å koordinere Legeforeningens helse- og omsorgstilbud. I tillegg har utvalget fått delegert ansvar for å foreslå utdeling av midler fra Legeforeningens legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød.

For perioden 1.1.2012 – 31.12.2015 består utvalget av følgende medlemmer: Øystein Melbø Christiansen (leder), Finn Nilsson, Stein Nilsen, Christina Drewes og Nina Helene Ingebrigtsen. Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat er sekretær for utvalget. Legeforeningens helse- og omsorgstilbud består av fylkesvise kollegiale støtteordninger samt Ressurssenteret Villa Sana på Modum Bad.

Støttekollegaordningen er godt etablert i alle landets fylker. Hvert år tar rundt 6-7 leger i hvert fylke kontakt med ordningen. Disse har i snitt to samtaler hver med en støttekollega. Problemer på jobb, i familie og psykiske problemer oppgis som hovedårsak til at de søker

hjelp. I tillegg til at leger som har problemer selv tar kontakt med støttekollegaordningen, kan både pårørende, kolleger eller også støttekollegaen selv være den som tar første initiativ til et møte. Legeforeningens sekretariat kan også være bindeledd mellom en lege som har behov for noen å snakke med og støttekollegaordningen.

Ressurssenteret Villa Sana har tatt imot leger til rådgivning og på kurs gjennom de siste 15 årene, og det er omlag 2 700 leger som har benyttet seg av tilbudet. Tilbakemeldingene fra brukerne er at de opplever tilbudet som svært nyttig, og at kontakt med Villa Sana har medført at de har foretatt viktige endringer i livene sine enten det gjelder balanse mellom arbeid/fritid, tiltak for å redusere stress samt at dette for mange har gjort terskelen for å oppsøke videre behandling lavere. Det er størst etterspørselen etter en dags rådgivning, og fra 2014 har det i tillegg til rådgivning på Villa Sana vært gitt tilbud om rådgivningssamtaler i Oslo en dag i uken.

Utvalg for legehelse har hatt fire møter i løpet av 2015, i tillegg til årssamlingen som hvert år arrangeres på Soria Moria. Konkretisering og forventningsavklaring av avdelingsleder - og støttekollegarollen har vært et viktig tema på utvalgets møter gjennom 2015, og har resultert i et informasjonsdokument som oppsummerer bakgrunnen for opprettelsen av ordningen, og beskriver hvordan ordningen skal fungere. Dette dokumentet vil bli et viktig arbeidsverktøy for alle nye og «gamle» støttekolleger og avdelingsledere, og vil bli sendt ut våren 2016. Søknader til Legeforeningens legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød ble behandlet på årets siste møte i november etter utlysing av midlene i august. Det kom i 2015 kun en søknad om midler fra legatet, men utvalget fant ikke grunnlag for å innvilge denne.

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

2.13 Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens

Gruppen ble vedtatt opprettet høsten 2014 som en prøveordning for 2015, og har følgende medlemmer: Iren Høyland Röhr (leder), Morten Lindbæk, Per Espen Akselsen, Ingun Heiene Tveterås og Eivind Witsø.

Gruppen skal ha oppmerksomhet på resistenssituasjonen generelt og på myndighetenes planer og tiltak spesielt, og gi råd om hvordan Legeforeningen bør forholde seg til disse. Gruppen har utarbeidet en rapport til Legeforeningen, og har bidratt i arbeidet med å utforme et policydokument om antibiotikaresistens. Medlemmer i gruppen har deltatt på vegne av foreningen i helsemyndighetenes utvikling av strategi og handlingsplan mot antibiotikaresistens.

2.14 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger

Forhandlingsutvalgene er oppnevnt for samme periode som sentralstyret. Sammensetningen ble dermed endret i september 2015.

Presidenten leder forhandlingsutvalgene i alle tariffområder. Øvrige representanter til utvalgene oppnevnes i henhold til retningslinjer om sammensetning i forhandlingsreglementet, samt yrkesforeningenes forslag. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalgene med representanter fra berørte yrkesforeninger/Norsk medisinstudentforening (Nmf) avhengig av hvilke temaer som er på dagsordenen. Forhandlingsutvalgene har jevnlig møter knyttet til

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

Spekter

Forhandlingsutvalget for Spekter har fra januar til mai 2015 bestått av president Hege Gjessing, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Marit Halonen Christiansen og Ruth F. Flenning.

Varamedlemmer: Erna-Gunn Moen, Turid J. Thune, Marit Halonen Christiansen og Heidi Espvik. Observatør Af: Kari Sollien, Observatørvara Af: Ivar Halvorsen, Observatør LVS: Espen S. Kristoffersen, Observatørvara LVS: Tor-Arne Hagve og Siv Kvernmo. Observatør Nmf: Even Holth Rustad/Elisabeth Holven. Fra og med mai 2015 trådte Marit Halonen Christiansen, og Ruth F. Flenning ut av forhandlingsutvalget og ble erstattet av Christer Mjåset og Anja Fog Heen, med Øyvind Haugen Lie som ny vara.

Fra 1. september har utvalget hatt følgende sammensetning: president Marit Hermansen, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Christer Mjåset og Anja Fog Heen. Varamedlemmer: Turid J. Thune, Kjetil A. H. Karlsen, Torstein Schrøder-Aasen og Christopher Elnan Kvistad. Observatør Af: Kari Sollien, observatørvara Af: Kirsten Rokstad, observatør LVS: Espen S. Kristoffersen, observatør Nmf: Elisabeth Holven og observatørvara Nmf: Anne Sandvik.

Virke

Forhandlingsutvalget for Virke har frem til mai 2015 bestått av president Hege Gjessing, Jon Helle, Of, Albert Bolstad, Of, Marit Halonen Christiansen, Ylf, og Ranghild Eide Skogseth, Ylf. Fra og med mai 2015 trådte Marit Halonen Christiansen ut og ble erstattet av Christer Mjåset, med Marius Myrstad som vara.

Fra 1.9. 2015 har utvalget bestått av president Marit Hermansen, Jon Helle, Albert Bolstad, Christer Mjåset og Anja Fog Heen. Varamedlemmer: Cristina Spada, Jesper Blomquist, Silje Watterdal Syversen og Ragnhild Eide Skogseth.

KS/Oslo kommune

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har i 2015 bestått av president Hege Gjessing, Marit Halonen Christiansen, Kari Sollien, Kirsten Toft og Marit Johanne Kamøy. Fra og med mai 2015 ble Marit Halonen Christiansen erstattet av Christer Mjåset.

Fra 1.9. 2015 har utvalget bestått av president Marit Hermansen, Kari Sollien og Christer Mjåset. Varamedlemmer: Tom Ole Øren og Anja Fog Heen. Observatør Nmf: Vivian S. Amundsen, varaobservatør Knut Lien.

Stat

Forhandlingsutvalget i Stat har i 2015 bestått av: president Hege Gjessing, Marit Halonen Christiansen, Jon Helle, Karin Rønning og Kristi Ytrehus. Fra og med mai 2015 ble Marit Halonen Christiansen erstattet av Christer Mjåset, med Anja Fog Heen som vara.

Fra 1.9. 2015 har utvalget bestått av: president Marit Hermansen, Kari Risnes, Torstein Schrøder-Aasen, Jon Helle. Varamedlemmer Christopher Elnan Kvistad og Anne-Karin Rime.

Forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom deltar i tillegg som forhandlingskoordinator for de enkelte områdene. Koordinator for de ulike områdene er Kristin Krogvold (Spekter), Henrik Leinonen-Skomedal (KS/Oslo kommune), Bente A. Kvamme (Stat), Frode Solberg (Virke,) og Pål Alm-Kruse (Tariffutvalget).

Tariffutvalget

Tariffutvalg for privat praksis besto i første halvdel av 2015 av Hege Gjessing (leder), Kari Sollien (Af), Bjørn Nordang (Af), Tone Dorthe Sletten (Af), Sverre Dølvik, (PSL), Ole Johan Bakke (LSA) og Trygve Kase (PSL). Fra 1.september 2015 består utvalget av Marit Hermansen(leder), Kari Sollien (nestleder), Tom Ole Øren (Af), Nils Kristian Klev (Af), Sverre Dølvik (PSL), Even Holt (PSL), Ole Johan Bakke (Af).

Sekretariatet deltar med direktør Lars Duvaland, seksjonssjef Hanne Riise-Hanssen, forhandlingsøkonom Pål Alm-Kruse og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

2.15 Representasjon i Akademikernes organer

Akademikernes organer har en funksjonstid som sammenfaller med Akademikernes rådsperiode. En ny rådsperiode startet høsten 2014. Det er et mål at man med kontinuitet i Legeforeningens representasjon får innflytelse i organene.

Akademikerne helse

Forhandlingene av overenskomst og hovedavtale for sykehusene skjer i regi av Akademikerne helse. President Hege Gjessing fungerte som nestleder fram til 1.9.2015. Fra samme dato overtok ny president, Marit Hermansen nestledervervet.

Sekretariatet var fram til 1.5.2015 representert med medlemmene Jon Helle og Marit Holonen Christiansen samt varamedlemmene: forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom, seksjonssjef Bjørn Ove Ekern Kvavik, spesialrådgiver Kristin Krogvold og rådgiver Henrik Leinonen-Skomedal.

Fra 1.5. 2015 var sekretariatet representert med Jon Helle og Christer Mjåset.

Varamedlemmer var forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom, seksjonssjef Bjørn Ove Ekern Kvavik, spesialrådgiver Kristin Krogvold og rådgiver Henrik Leinonen-Skomedal. Andre ansatte i Avdeling for jus og arbeidsliv har deltatt i utvalgsmøtene ved behov.

Akademikerne Stat

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne stat. Bente A Kvamme, sekretariatet, var i 2015 Legeforeningens medlem i Akademikerne stat, Henrik Leinonen-Skomedal, sekretariatet, som vara.

Akademikerne Kommune

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Legeforeningen har i 2015 vært representert ved Henrik Leinonen-Skomedal, sekretariatet og Pål Alm-Kruse, sekretariatet, som observatør.

Akademikerne Næringsdrivende

Rammevilkår for næringsdrivende i Akademikerne drøftes i Akademikerne Næringsdrivende. I rådsperioden 2014-16 var Legeforeningen representert ved Lars Duvaland, sekretariatet, som leder av utvalget, og møtende medlem Kari Sollien, Af.

Akademikerne Privat

For rådsperioden 2014-16 er Legeforeningen representert ved Frode Solberg, sekretariatet, og Kristian Vetlesen, Namf (vara).

3 Medlemsdata og spesialistgodkjenninger

Det er en viss usikkerhet omkring hvilke leger som til enhver tid befinner seg i Norge, og det er vanskelig å finne pålitelige tall for leger totalt i Norge i annen offentlig statistikk. Dermed blir det også en viss usikkerhet om Legeforeningens medlemsoppslutning regnet som andel av leger i Norge. Legeforeningen bruker data for leger totalt i Norge i vårt eget legeregister som grunnlag for opplysninger om prosentandelen medlemmer.

Basert på dette registeret antas det at det per 31.12. 2015 var ca. 29 100 leger inkludert pensjonister i Norge. Av disse var ca. 27 500 under 75 år og ca. 24 800 under 67 år. Ca. 23 850 eller omkring 96 % av legene under 67 år i Norge var medlemmer av Legeforeningen. Denne prosentandelen medlemmer fremstår en anelse lavere enn ellers i året fordi det ved årsskiftet blir foretatt utmeldinger som følge av manglende kontingentbetaling i løpet av året, i slutten av 2015 utgjorde dette totalt ca. 430 leger og medisinstudenter. Mange av disse utmeldte blir senere reinnmeldt. Av de ca. 650 utmeldte pga. manglende kontingentbetaling i slutten av 2014, er ca. 52 % senere blitt reinnmeldt.

I tillegg kommer omlag 415 legemedlemmer som ikke var i Norge og som dermed ikke er medlemmer av noen lokalforening. Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er stabil eller langsomt økende, mens andelen av medisinstudentene som er medlemmer, er synkende.

Per 31.12. 2015 var det totale antallet medlemmer i Legeforeningen 32 279, (15 375 kvinner og 16 904 menn). Tallet inkluderer 4 199 studentmedlemmer (2 722 kvinner og 1 477 menn). I løpet av 2015 er ca. 105 medlemmer avgått ved døden.

De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer har økt noe blant utenlandske statsborgere, mens andelen er stabil og meget høy for norske statsborgere. Blant leger under 67 år er en økende andel av de utenlandske statsborgerne godkjente spesialister (ca. 58 %), mens denne andelen er synkende blant norske statsborgere (ca. 49 %).

3.1 Utvikling i medlemstall

3.1.1 Lokalforeninger

Per 31.12. 2015 hadde de 19 lokalforeningene totalt 27 665 medlemmer mot 26 558 per 31.12. 2014. Oslo legeforening var den største lokalforeningen med 6 039 medlemmer.

3.1.2 Yrkesforeninger

Per 31.12. 2015 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 28 013 ordinære medlemskap og 312 assosierte medlemskap, mens antallet var 26 931 ordinære medlemskap og 306 assosierte medlemskap per 31.12. 2014. Norsk overlegeforening har fortsatt flest medlemmer totalt med 9 396 ordinære medlemmer, men Yngre legers forening har mer enn 1 200 flere yrkesaktive ordinære medlemmer under 70 år enn Overlegeforeningen.

3.1.3 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2015 hadde de 45 fagmedisinske foreningene til sammen 27 324 ordinære medlemskap, fordelt på 24 378 unike medlemmer. Antallet medlemskap inkluderer dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter som har ett ordinært medlemskap for hovedspesialiteten og ett ordinært medlemskap for grenspesialiteten. I tillegg kommer 1 543 assosierte medlemskap i fagmedisinske foreninger. Per 31.12. 2014 hadde de fagmedisinske foreningene til sammen 27 071 ordinære medlemskap og 1 533 assosierte medlemskap.

Oppdatert og detaljert medlemsstatistikk for både Legeforeningen og for hver enkelt av Legeforeningens underforeninger av alle typer (også spesialforeninger) finnes på <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk/>

3.1.4 Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2016 per 1. januar:

År	<i>Antall legemedlemmer - Antall studentmedlemmer</i>	
1920	1 103	
1925	1 317	
1930	1 530	
1935	1 898	
1940	2 264	
1945	2 332	
1950	2 986	
1955	3 525	
1960	3 308	
1965	4 372	
1970	5 126	
1975	6 495	
1980	8 178	
1985	10 134	
1990	11 854	1 397
1995	13 775	2 147
2000	16 075	2 890
2001	16 677	3 330
2002	17 142	3 299
2003	17 421	3 483
2004	18 086	3 444
2005	18 925	3 439
2006	19 654	3 479
2007	20 314	3 603
2008	21 337	3 786
2009	22 043	3 688
2010	22 728	3 838
2011	23 640	3 777
2012	24 513	3 941
2013	25 451	4 148
2014	26 284	4 099
2015	26 931	4 073
2016	28 080	4 199

3.2 Spesialistgodkjenninger i 2015

3.2.1 Totalt antall godkjenninger i 2015 og sammenlikninger med tidligere år

Tall fra Legeforeningens legerregister viser at det ble gitt totalt 1 040 nye spesialistgodkjenninger for leger i 2015, mot 1 147 i 2014. Av disse var 793 godkjenninger etter norske regler, mens 153 var konverteringer fra Norden (herav 20 i allmennmedisin, hvorav 11 fra Sverige og 9 fra Danmark) og 94 var konverteringer fra EU/ EØS-området. Etter 2007 er det bare i 2008 og i 2012 at dette totale antallet nye spesialistgodkjenninger har vært lavere enn i

2015, mens antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler (dvs. ekskl. konverteringene) i 2014 var det klart høyeste noensinne med 919. Det nest høyeste var 812 spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2013, mens de 792 i 2015 er det tredje høyeste antallet noensinne. Til tross for nedgangen fra 2014 til 2015, både totalt og for godkjenninger etter norske regler, har vi likevel fortsatt en klart økende tendens i antallet nye spesialistgodkjenninger etter norske regler siden 2007. I årene 2013- 2015 har det samlet vært klart flere godkjenninger etter norske regler enn foregående år. Antallet konverteringer fra Norden/EU/EØS har vært klart lavere i årene 2012- 15 enn i årene 2006- 11, da dette antallet var rekordhøyt. Det totale antallet nye spesialistgodkjenninger var høyest i 2009 med 1 209 nye spesialistgodkjenninger, i tillegg til resertifiseringene i allmennmedisin. Det nest høyeste var i 2013 med 1 162 nye godkjenninger.

Der ikke annet er oppgitt, er all statistikk basert på Legeforeningens legeregister per 4. 3.2016, etter synkronisering mot Helsepersonellregisteret. Siden 1.10. 2011 er det Helsedirektoratet som godkjenner spesialister. Legeforeningens tall er i ganske godt samsvar med direktoratets tall for alle spesialiteter. Det er noen mindre avvik, samt avvik mellom Helsedirektoratets tall fra Helsepersonellregisteret og direktoratets tall fra deres saksbehandlingssystem. Det viser ikke antall spesialistgodkjenninger per spesialitet, bortsett fra i allmennmedisin.

I tillegg til de totalt 1 040 nye spesialistgodkjenningene for leger i 2015, viser Legeforeningens manuelle registreringer at det ble gitt 435 resertifiseringer i allmennmedisin i 2015, mot 453 i 2014. Inkludert resertifiseringene i allmennmedisin ble det dermed altså gitt totalt 1 475 spesialistgodkjenninger til leger i 2015, mot 1 600 i 2014. Resertifiseringstallene er ikke inkludert i tallene over eller under. Legeregisteret viser 154 konverteringer fra Norden i 2015 (108 fra Sverige, 41 fra Danmark, 5 fra Island og ingen fra Finland), mot 166 i 2014. Dette innebærer en fortsatt nedgang i antallet fra 203 konverteringer fra Norden i 2013, og ellers en betydelig nedgang fra tidligere år. 154 konverteringer fra Norden er det laveste antallet siden 1994, mens det høyeste var 438 konverteringer fra Norden i 2010.

Når det gjelder konverteringer fra det øvrige EU/EØS, er det annerledes. 94 konverteringer fra øvrige EU/EØS i 2015 er det femte høyeste antallet noensinne. Dette antallet var bare 62 i 2014. Det høyeste antallet fra det øvrige EU/EØS var i 2010 med 114 konverteringer. Det nest høyeste antallet var i 2009 med 103 konverteringer. Blant de 94 konverteringene fra det øvrige EU/EØS i 2015 var det 11 konverteringer fra Litauen, 10 fra Tyskland og 9 fra Ungarn. For Tyskland er dette en økning fra bare 6 konverteringer i 2014, men ellers er dette antallet konverteringer fra Tyskland for 2014 og 2015 de laveste siden 1996. Flest konverteringer fra Tyskland var det i 1999 med 68, og det var så høyt som 22 senest i 2013.

3.2.2 «Utdanningstid» og gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning

I 2015 var gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning (som vi kaller «utdanningsstid») etter norske regler totalt 9,24 år; 9,35 år for kvinner og 9,13 år for menn. Dette er en økning i "utdanningsstid" fra 2014 til 2015 for begge kjønn. Dette er en reduksjon i forskjellen mellom kjønnene i «utdanningsstid» siden 2013, da gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler totalt var 9,00 år; 9,38 år for kvinner og 8,63 år for menn, og uendret på 0,22 år fra 2014 da gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler var totalt 9,11 år; 9,22 år for kvinner og 9,00 år for menn. I alle disse tallene beregner vi gjennomsnittet for alle med minimum fem og maksimum 15 år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning.

I 2015 var gjennomsnittsalderen for nye spesialistgodkjenninger etter norske regler 40,6 år totalt (40,9 år for menn og 40,3 år for kvinner). Dette er en nedgang fra 41,0 år i 2013 og 41,2

år i 2014. Dersom vi også her avgrenser til de som har minimum fem og maksimum 15 år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning, slik vi har gjort for «utdanningstiden», blir gjennomsnittsalderen for godkjenningene etter norske regler i 2015 redusert til 39,5 år totalt sett, og det er praktisk talt ingen forskjell mellom kjønnene i 2015.

For konverteringene av spesialistgodkjenninger fra Norden/EU/EØS var gjennomsnittsalderen langt høyere enn for godkjenninger etter norske regler, og markant høyere for menn enn for kvinner. I 2013 var dette 49,1 år totalt; 47,1 år for kvinner og 50,2 år for menn. I 2014 var dette redusert til 46,0 år totalt, 44,3 år for kvinner og 46,7 år for menn. I 2015 var gjennomsnittsalderen ytterligere redusert for kvinner, til 43,2 år, mens den var omtrent uendret for menn fra 2014, med 46,8 år for menn i 2015, totalt 45,4 år. Gjennomsnittsalderen var i 2015 høyest for overføringene fra Bulgaria, Latvia, Danmark og Sverige, mens den var lavest for overføringene fra Tsjekkia, Slovakia, Litauen, Romania, Frankrike, Hellas og Nederland.

3.2.3 Fordeling på statsborgerskap for alle spesialistgodkjenninger i 2015

For alle de 1 040 nye spesialistgodkjenningene ser fordelingen på statsborgerskap slik ut:

Statsborgerskap gruppe	Antall	% av alle
Norge	660	63.5
Norden utenom Norge	177	17.0
EU-land før 1.5. 2004 utenom Norden	80	7.7
Land utenfor EU/EØS/Sveits	40	3.8
10 nye land EU-land fra 1.5. 2004	55	5.3
Romania og Bulgaria (EU-medlemmer fra 1.1. 2007)	15	1.4
Kroatia (EU-medlem fra 1.7. 2013)	12	1.2
Sveits (egen spesialavtale med EU/EØS)	1	0.1

For første gang har vi i 2015 komplette data for statsborgerskap for alle spesialistgodkjenningene. Til tross for nedgangen i andelen konverteringer fra Norden, er det i alle kategorier en meget kraftig økning i andelen utenlandske statsborgere fra 2014, aller mest for de totalt 13 nye EU-landene siden 1.5. 2004. 380 eller 36,5 % av spesialistgodkjenningene i 2015 gjelder utenlandske statsborgere, langt flere enn det registrerte antallet konverteringer fra Norden/EU/EØS, som utgjorde 248 (23,8 %) av godkjenninger i 2015. Samtidig gjelder 10 av de 248 konverteringene norske statsborgere, en markant nedgang fra 2014.

For første gang er det under halvparten av de utenlandske statsborgerne som er nordiske borgere, noe som er en fortsettelse av en langsiktig tendens til lavere andel nordiske borgere av det totale antallet utenlandske statsborgere. Det er for de nye spesialistgodkjenningene i 2015 totalt flest utenlandske statsborgere fra Sverige, Danmark, Tyskland, Litauen, Kroatia, Polen, Hellas, Nederland, Ungarn, Island og Romania. Det er 35 statsborgere fra Tyskland, til tross for bare ti konverteringer fra Tyskland (og to av disse gjelder ikke statsborgere fra Tyskland). Ti konverteringer fra Tyskland er et betydelig lavere antall enn tidligere enn i 2013 og tidligere år (i 2014 var det enda lavere enn i 2015, med bare fem).

96 av spesialistgodkjenningene gjelder leger med statsborgerskap fra Øst-Europa (herav 61 konverteringer), både innenfor og utenfor EU – en økning fra 73 i 2014 (og omtrent som i 2013 da det var 95). Denne økningen er størst for konverteringene. Dette antallet var imidlertid høyest i 2010 da det var 116 spesialistgodkjenninger for leger med statsborgerskap fra Øst-Europa (herav 84 konverteringer).

3.2.4 Spesialistgodkjenninger i 2015 etter spesialitet, kjønn og konverteringsland.

Spesialitet	Totalt antall	Kvinner*	Menn*	Antall konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land**
Allmenntidisin (ekskl. resertifiseringer)	178	98	78	20	0
Anestesiologi	81	24	52	32	4
Arbeidsmedisin	13	7	6	0	1
Barnekirurgi	3	1	2	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	19	16	2	2	1
Barnesykdommer	29	20	9	1	3
Blodsykdommer	6	5	1	0	0
Bryst- og endokrinkirurgi	2	2	0	0	0
Endokrinologi	5	2	3	1	1
Fordøysessykdommer	9	1	8	2	0
Fysikalsk medisin og rehabilitering	10	1	8	0	3
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	34	28	6	6	7
Gastroenterologisk kirurgi	12	2	9	0	1
Generell kirurgi	60	17	41	11	7
Geriatri	14	6	8	0	0
Hjertesykdommer	24	5	19	5	3
Hud- og veneriske sykdommer	10	4	5	2	3
Immunologi og transfusjonsmedisin	2	1	1	0	0
Indremedisin	106	46	58	7	5
Infeksjonssykdommer	6	3	3	0	0
Karkirurgi	7	1	5	2	1
Klinisk farmakologi	4	3	1	0	0
Klinisk nevrofysiologi	2	0	2	0	0
Lungesykdommer	14	4	10	4	0
Maxillofacial kirurgi	2	0	2	0	0
Medisinsk biokjemi	0	0	0	0	0
Medisinsk genetikk	3	3	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	8	7	1	0	2
Nevrokirurgi	4	0	3	0	1
Nevrologi	16	14	1	1	1
Nukleærmedisin	1	1	0	0	1
Nyresykdommer	9	5	3	0	1
Onkologi	17	14	3	0	1
Ortopedisk kirurgi	47	5	41	11	4
Patologi	14	11	3	1	3
Plastikkirurgi	15	8	6	3	1
Psykiatri	93	53	37	20	17
Rus- og avhengighetsmedisin	27	10	17	0	0
Radiologi	75	36	34	14	17
Revmatologi	11	7	4	2	0
Samfunnsmedisin	4	2	2	0	0
Thoraxkirurgi	1	0	1	0	0
Urologi	10	1	8	1	2
Øre-nese-halssykdommer	15	3	11	4	1
Øyesykdommer	18	5	12	2	1
TOTALT	1 040	482	526	154	93

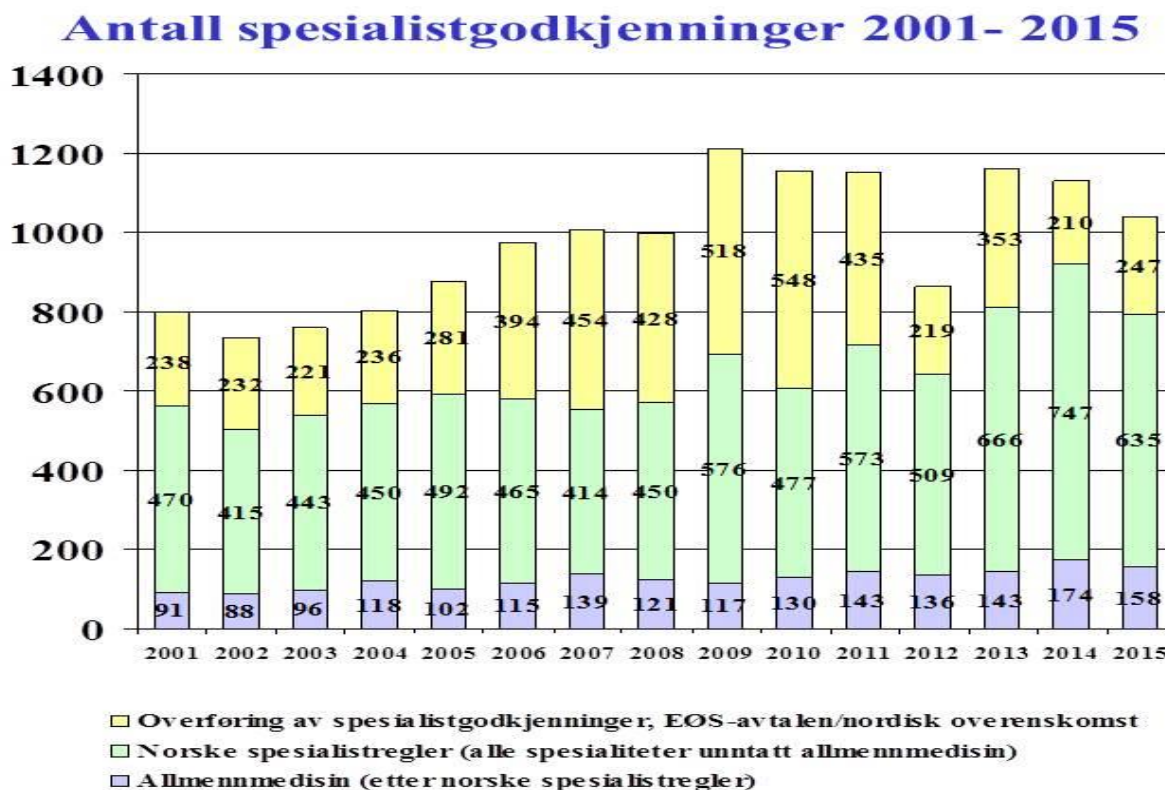
*Vi mangler data for kjønn for totalt 32 av spesialistgodkjenningene i 2015. Alle disse 32 gjelder konverteringer.

**Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene, samt Sveits.

3.2.5 Kvinneandel

Kvinneandelen for alle 1 040 spesialistgodkjenningene i 2015 var minst 46,3 %, eller høyere (vi mangler data for kjønn for totalt 32 av spesialistgodkjenningene i 2015, som alle gjelder konverteringer, og kvinneandelen er 46,3 % dersom alle disse 32 konverteringene gjelder menn). Dette er omtrent på nivå med 2014, da kvinneandelen var 46,5 %, som var den høyeste kvinneandelen noensinne, mot 45,7 % i 2013. Kvinneandelen i de konverterte godkjenningene er som tidligere klart lavere enn godkjenningene som ble gitt etter norske regler. Dersom vi kun ser på de 793 godkjenningene etter norske regler, var kvinneandelen høyere enn på totalen, og for første gang er det klart kvinneflertall for spesialistgodkjenninger etter norske regler, med 50,8 % kvinner, mot omtrent like mange kvinner og menn godkjent etter norske regler i 2013 og i 2014. Dette var en klar økning fra 44,2 % kvinner i 2011 og 47,9 % i 2012. Kjønnfordelingen i tabellen inkluderer imidlertid konverteringene.

I allmennmedisin derimot var det en nedgang i kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger (ekskl. resertifiseringer) fra 2012 da det her var kvinneflertall for første gang, både for godkjenninger etter norske regler (med hele 54,4 %) og totalt sett (med 51,3 %). Dette gikk ned til til 44,3 % i 2013 for godkjenninger etter norske regler og 43,1 % totalt sett. I 2014 gikk dette ytterligere ned, til 39,1 % for godkjenninger etter norske regler og 38,7 % totalt sett. I 2015 derimot er det derimot igjen klart kvinneflertall, både for godkjenninger etter norske regler (med hele 57,6 %) og totalt sett (med minst 55,1 %), i allmennmedisin.



3.2.6 Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader

I det følgende ser vi nærmere på antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2015 etter spesialitet og etter hvorvidt søknadene har vært behandlet i spesialitetskomiteen. Konverteringer blir normalt ikke sakkyndigvurdert av spesialitetskomiteene, men det finnes noen få unntak som omfatter tre konverteringer gitt i 2015 (to fra Lativa og én fra Kroatia). Disse er ikke tatt med i tallene i det følgende. Tallene i det følgende er også avgrenset til dem som faktisk fikk spesialistgodkjenning i 2015. Det totale antallet saker som har vært sakkyndigvurdert i 2015 er derfor høyere enn det som blir angitt her.

For de totalt 793 førstegangs spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2015 har det vært 231 sakkyndigvurderinger (en nedgang fra 305 i 2014), herav 7 i 2012, 13 i 2013 og 16 i 2014. Men disse tallene omfatter både flere sakkyndigvurderinger for samme spesialistgodkjenning og flere sakkyndig-vurderinger for flere spesialiteter for samme lege. Tallet må derfor justeres ned til 223 for å korrigere for dette. Dette har utgjort en stor nedgang fra 2013 til 2014 og utgjorde omtrent 27 % av spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2014 og 28 % i 2015, fortsatt langt lavere andel enn i 2013 og tidligere.

I allmennmedisin er andelen som har vært sakkyndigvurdert enda lavere enn tidligere, med bare 18 % i 2015, mot ca. 25 % i 2014.

Innen radiologi, fysikalsk medisin og rehabilitering og samfunnsmedisin har alle, eller de aller fleste, av spesialistgodkjenningene skjedd etter sakkyndigvurdering i spesialitetskomiteene både i 2015 og i 2014. I 2015 gjelder dette også for arbeidsmedisin (hvor det totale antallet godkjenninger har økt kraftig), immunologi og transfusjonsmedisin (bare to godkjenninger), samt den nye spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin, hvor vi har fått de første 27 spesialistgodkjenningene i 2015.

Så vidt vi kan se, er det bare 23 av spesialistgodkjenningene innen grenspesialitetene i 2015 som har vært gitt etter sakkyndigvurdering, åtte i grenspesialiteter under generell kirurgi (herav fire i urologi av totalt sju godkjenninger etter norske regler, som gir den høyeste andelen sakkyndigvurderinger av grenspesialitetene under generell kirurgi med 57 %) og 15 i grenspesialiteter under indremedisin (herav sju i hjertesykdommer av totalt 16 godkjenninger etter norske regler, som gir den høyeste andelen sakkyndigvurderinger av grenspesialitetene under indremedisin med 44 %). Disse tallene inkluderer imidlertid seks sakkyndigvurderinger som er registrert under generell kirurgi og 12 sakkyndigvurderinger registrert under indremedisin. Det er dermed bare fem spesialistgodkjenninger i grenspesialitetene som er gjort etter sakkyndigvurderinger registrert på grenspesialitetene, to i grenspesialiteter under generell kirurgi og tre i grenspesialiteter under indremedisin. Andelen sakkyndigvurderinger i grenspesialitetene var dermed vært meget lav både i 2014 og i 2015, sammenlignet med 2013.

Også innen mange av hovedspesialitetene har relativt få saker vært til sakkyndigvurdering i 2014, og det er overhodet ingen sakkyndigvurderinger for spesialistgodkjenninger i ortopedisk kirurgi, barnesykdommer og revmatologi (det er registrert saker, men ingen blant spesialistgodkjenningene i 2015). Her har vi bare nevnt tre hovedspesialiteter med minst fem spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2015.

For barnesykdommer, ortopedisk kirurgi og mange andre spesialiteter er dette en stor nedgang i andelen fra 2014 da en del av spesialistgodkjenningene skjedde etter sakkyndigvurdering, selv om andelen var relativt lav også i 2014. Det er en andel på bare 5- 20 % av spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2015 gitt etter sakkyndigvurderinger innen

fødselshjelp og kvinnesykdommer, geriatri, gastroenterologisk kirurgi, patologi, øre-nese-halssykdommer, fordøyelsessykdommer, generell kirurgi, nevrologi, indremedisin, blodsykdommer, infeksjonssykdommer, medisinsk mikrobiologi, allmennmedisin (se foran), onkologi, psykiatri og lungesykdommer.

Disse spesialitetene har mellom 5 % og 20 % av spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2015 gitt etter sakkyndigvurdering, nevnt etter stigende andel med sakkyndigvurdering. Alle disse spesialitetene har mer enn fem spesialistgodkjenninger totalt etter norske regler i 2015.

For mer statistikk over godkjente spesialister, se Legeforeningens nettsider, her:

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

3.2.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sakkyndig komité har i 2015 hatt tre møter og godkjent 60 kurs. Legeforeningen mottok ingen søknader om godkjenning i kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin. Det er per desember 2015 godkjent 27 leger i kompetanseområdet.

3.2.8 Kompetanseområde i allergologi

Sakkyndig komité har i 2015 hatt fem møter og godkjent 6 kurs i kompetanseområdet i allergologi. 65 leger ble godkjent i kompetanseområdet av sentralstyret i 2015. Det er per desember 2015 godkjent 80 leger i kompetanseområdet.

4 Prosjekter/Annet

4.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen

1	Høring - Forslag til forskrift om helseforetaksfinansierte legemidler til bruk utenfor sykehus (h-reseptlegemidler).
2	Høring - Etablering av regelråd.
2	Høring - Rapport om finansiering av universiteter og høyskoler.
4	Høring - Rundskriv til forskrift for legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.
5	Høring - Forslag til endring av etiske regler for leger leger kap I, § 5.
6	Høring - Endringer i forskrift om ansettelse og opprykk i undervisnings- og forskerstillinger.
7	Høring - Ny papirversjon av Helsekort for gravide.
8	Høring - Samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten og utdanningssektoren om barn og unge med habiliteringsbehov.
9	Høring - Rapport 2.0 for «Kritisk informasjon for kjernejournal».
10	Høring - Lov og forskrifter om gjennomføring av rusomsorgen.
11	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for avrusning.
12	Høring - Endring i straffegjennomføringsloven.
13	Fra Akademikerne: Høring - Forslag til endring av § 7 nr.2 bokstav b i forskrift til tjenestemannsloven.
14	Høring - Akademikerprisen 2015.
15	Innspill til høring om endringer i arbeidet med skikkethetsvurdering i høyere utdanning.
16	Intern høring – Landsstyresak: Om betegnelsen lokalforening og forslag om endret betegnelse.
17	Intern høring – Landsstyresak: Forslag til endringer i lovenes 3-3-3 (2).
18	Intern høring – Landsstyresak: Legeforeningens samarbeid med andre.
19	Militærmedisinsk forening: Personellov i Forsvaret.
20	Landsstyresak: Forslag til Prinsippprogram 2015-2019 og arbeidsprogram 2015-2017.
21	Fra Akademikerne: Høring - Utredning av behovet for et utvidet vern mot diskriminering på grunn av alder.
22	Høring - Utkast til innspillrapport om satsningsområdet psykisk helse og rus.
23	Høring - forskrift om opptjening av pensjonsrettigheter i lovfestet offentlig tjeneste-pensjonsordning for personer som har midlertidig uførepensjon og uførepensjon.
24	Høring - forskrift om kombinasjon av avtalefestet pensjon for medlemmer av Statens pensjonskasse og arbeidsinntekt (pensjonsgivende inntekt).
25	Høring om endringer i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram – Tilbud om hepatitt B-vaksine til alle barn.
26	Høring - Produktivitetskommisjonens første delrapport - NOU 2015: 1 Produktivitet - grunnlag for vekst og velferd.
27	Høring - Veileder i tilsyn med miljørettet helsevern.
28	Høring av forslag til innføring av standardiserte tobakkspakninger og gjennomføring av Tobakkskonvensjonen artikkel 5.3 i Norge.
29	Høring - Forslag til strukturelle endringer i de helsefaglige prosedyrekodeverkene innen radiologi og nukleærmedisin (NCRP), kirurgi (NCSP) og medisin (NCMP).

30	Intern høring - Forslag til nytt policynotat <i>Offentlig og privat helsetjeneste</i> .
31	Høring - EPJ Standard del 5 – arkivuttrekk.
32	Høring - EPJ standard del 2 - tilgangsstyring, redigering, retting og sletting.
33	Høring - NOU 2015:2 <i>Å høre til. Virkemidler for et trygt psykososialt skolemiljø</i> .
34	Høring - Helsedirektoratets vurdering av bruk av Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i kombinasjon med klinisk samtale som del av psykisk helsehjelp til gravide og spedbarnsfamilier.
35	Høring på vegne av Norsk anestesilogisk forening - Forslag til «Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge».
36	Høring - Forslag til endringer i forskrifter til folketrygdloven og spesialisthelsetjenesteloven - finansiering av behandling i spesialisthelsetjenesten etter henvisning fra tannlege.
37	Høring - Revidert nasjonal traumeplan – traumesystem i Norge 2015.
38	Høring - Reviderte prioriteringsveiledere for 33 fagområder i spesialisthelsetjenesten.
39	Fra Akademikerne: Høring - Forslag til ny folkeregisterlov.
40	Høring - Legeforeningen som aktør ved utarbeidelse av faglige veiledere og retningslinjer.
41	Høring - Forslag til endring av universitets- og høyskoleloven og forslag til endring i egen betalingsforskrift.
42	Høring – Forskrift om endring i forskrift 0. januar 2012 nr. 85 om faste grenser for påvirkning av andre berusende eller bedøvende middel enn alkohol m.m.
43	Høring om å tillate TV-reklame for reseptfrie legemidler.
44	Høring - Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten - fritt behandlingsvalg.
45	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for spedbarnsernæring.
46	Høring - Forslag til ny forskrift om obduksjon og avgjeving av lik til bruk i undervisning og forskning.
47	Høring - NOU 2015:5 <i>Pensjonslovene og folketrygdreformen IV</i> .
48	Høring - Felleskatalogen; fortsatt behov for papirutgave
49	Høring - Nasjonal veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten.
50	Høring - Referansekatalog over IKT-standarder i helse- og omsorgstjenesten.
51	Intern høring - Søknad om ny spesialforening – Norsk hjerneslagforening.
52	Høring - Utkast til endringer i lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen.
53	Høring av endringer i pasientskadeloven m.m. - omorganisering i sentral helseforvaltning.
54	Høring - Demensplan 2020.
55	Høring - Endring i private helsetjenesters tilskudd til Norsk Pasientskadeerstatning.
56	Høring om omorganisering av kriminalomsorgen.
57	Høring – Fritt rehabiliteringsvalg.
58	Høring - Protokoll til Oviedokonvensjonen om bruk tvang i psykiatrien.
59	Høring - Anbefalinger fra ekspertgruppe om helsetilbudet ved kjønnsdysfori.
60	Høring - Forslag til lov om endring av juridisk kjønn.
61	Høring - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for gynekologisk kreft.
62	Høring - Forskrift om straffegjennomføring i Nederland.
63	Høring - Lovforslag om å etablere et kommunalt pasient- og brukerregister (KPR).
64	Høring - Nøytral merverdiavgift i helseforetakene.

65	Høring - Akademikernes klima- og miljøpolitiske policydokument.
66	Sluttrapport: Ekspertgruppe som har gjennomgått NAV.
67	Utkast til veileder for tvangstiltak ovenfor personer med rusmiddelproblemer etter helse- og omsorgstjeneste. kapittel 10.
68	Høring - Innspill til arbeid med erfaringsgjennomgang av norsk ebolahåndtering.
69	Høring - Revisjon av forskningsetikkloven.
70	Høring - Styrket gjennomføringsevne innen IKT i helse- og omsorgssektoren.
71	Høring - Mulighetsstudien.
72	Høring - Utredning av Helsedirektoratets og RHF-enes oppgaver i fremtidig spesialitetsstruktur.
73	Høring - Rett til opphold i sykehjem eller tilsvarende bolig særskilt tilrettelagt for heldøgns tjenester - kriterier og ventelister.
74	Høring av krav om politiattest for personell i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.
75	Høring - Utkast på rapport og policynotat om forskningsfinansiering fra Legeforeningens forskningsutvalg.
76	Høring - Endret forslag til bestemmelser for førerrett ved diabetes.
77	Høring - Utkast til revidert Standard for elektronisk kommunikasjon med pleie- og omsorgstjenesten 2.0.
78	Høring - Endringer i forskrift om håndtering av humane celler og vev i implementering av EU-regler.
79	Høring - forslag til endringer i psykisk helsevernloven.
80	Høring - Mandat for faglige referansegrupper og fagråd for de seks laboratoriefagområdene som omfattes av Norsk laboratoriekodeverk.
81	Høring - Policynotat om antibiotikaresistens.
82	Høring om implementering av tobakksproduktdirektivet.
83	Høring - Policynotat fra Legeforeningen <i>Styrket satsing på rehabilitering.</i>
84	Høring - Helseberedskap ved miljø- og kjemikaliehendelser mv.
85	Høring - Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.
86	Høring - På ramme alvor - Alvorlighet og prioriteringer.
87	Høring - NOU 2015:11 – <i>Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse – og omsorgstjenesten.</i>
88	Høring Landsstyremøtet 2016 – Synspunkter på vinkling av helsepolitisk debatt og aktuelle saker.
89	Høring - Forslag til felles likestillings- og diskrimineringslov
90	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for palliativ behandling til barn og unge uavhengig diagnose.
91	Høring - Kvinnslandutvalget - Invitasjon til å gi skriftlige innspill.
92	Høring - Endringer i arbeidsmiljøforskriftene - vold og trusler om vold i arbeidslivet.
93	Høring - Forslag om endring av funksjonsperiode for organisasjonsledd i Legeforeningen.
94	Høring – NOU 2015:17 <i>Først og fremst. Et helhetlig system for håndtering av akutte sykdommer og skader utenfor sykehus.</i>

4.2 *Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten*

Kull 5 gjennomførte de den første samlingen av tre i kurset ultimo 2015. Søkningen til kurset har vært avtagende, evaluering fra deltagerne er svært positive. Kurset gjennomføres som et samarbeid mellom Legeforeningen og KS organisert i en styringsgruppe. Denne besluttet i 2014 å iverksette en helhetlig vurdering av kurskonseptet i 2015. Evalueringen ble overlevert partene i juni 2015. Hovedfunnene var at sammenlignet med primærlegegruppen som sådan har kursdeltagerne i stor grad søkt seg til lederjobber, fra bistillinger til etatslederstillinger, og kursdeltagerne rapporterer at gjennomføring av kurset har vært viktig for deres karrierevalg.

4.3 *Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten*

Kurset har vært et samarbeid mellom Legeforeningen og Nasjonal ledelsesutvikling som representerer de fire regionale helseregionene. Nasjonal ledelsesutvikling ønsket ikke lenger å være med å arrangere kursene. Fagavdelingen gjennomførte en evaluering av kurset ved at alle tidligere kursdeltagere fikk tilsendt et spørreskjema. Resultatet viste at få som ikke allerede var i lederstillinger, hadde fått en lederstilling etter kurset. Sette kunne ha flere årsaksfaktorer, blant annet at utvelgelse av deltakerne ble gjort av de enkelte foretak og ikke i form av en åpen søknad om deltagelse.

Siste kull startet i juni 2015, og sentralstyret har vedtatt å stoppe kurset.

4.4 *Forbedringsprosjekt obstetrikk*

I samarbeid med Norsk gynekologisk forening, Norsk sykepleierforbund og Den norske jordmorforening, og med finansiering fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, startet Legeforeningen vinteren 2014 forbedringsprosjekt obstetrikk etter gjennombruddsmetoden. En ressursgruppe utformet forslag til forbedringsområder. 26 forbedringsteam fra 25 avdelinger gjennomførte tre samlinger i prosjektet fra september 2014 til juni 2015. Ubenyttede prosjektmidler vil bli benyttet til en fjerde fellessamling i 2016.

Prosjektets ressursgruppe besto av:

Jørg Kessler (leder), Patji Alnæs-Katjavivi, Eli Aaby, Lise Gaudernack, Elsa Lindtjørn, Toril Kolås, Marit Martinussen, Thorbjørn Steen, Pål Øian, Dag Moster, og Annette Moldrup Pedersen.

Gruppen anbefalte følgende fem forbedringsområder for prosjektet:

- Håndtering av langsom fremgang (av fødsel) og bruk av oxytocin (valgt av 17 team)
- Fosterovervåkning og diagnose av truende asfyksi
- Ikke-medisinske årsaker til keisersnitt
- Indikasjoner og metoder for induksjon av fødsel
- Kontinuerlig tilstedeværelse av jordmor under aktiv fødsel

4.5 *Arbeidsgruppe – sykemelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger*

En arbeidsgruppe nedsatt av sentralstyret i 2011 overleverte i september 2013 et notat til Legeforeningens sentralstyre der det ble foreslått at Legeforeningen skulle rette en henvendelse til Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og be dem utrede problemstillingen nærmere, for eksempel ved å nedsette en arbeidsgruppe. Legeforeningens henvendelse resulterte i at Arbeids- og sosialdepartementet inviterte til en dialog, hvor Arbeids- og sosialdepartementet, Legeforeningen og Arbeids- og velferdsdirektoratet partene har drøftet ulike tilnærminger til å avklare det faktiske utfordringsbildet før eventuelle tiltak drøftes. Arbeidet vil fortsette inn i 2016.

4.6 Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer

Sentralstyret vedtok i juni 2014, etter forberedende drøftinger i styret og med fagmedisinske foreninger, at det skulle nedsettes et prosjekt for å utrede om Legeforeningen kan påta seg en rolle i utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer i nært samarbeid med de fagmedisinske foreningene.

Prosjektets arbeidsgruppe besto av: Marit Hermansen (leder), Ole-Gunnar Anfinsen, , Petter Brelin, Kjell-Morten Myhr og Anny Spydsaug.

Gruppen ble oppnevnt høsten 2014, og har i 2015 hatt to møter, samt deltatt i møte med prosjektets referansegruppe. Gruppens utkast til rapport ble sendt på høring i foreningen, og rapportutkastet ble bearbeidet (e-postrunder) på grunnlag av tilbakemeldingene.

Prosjektgruppen tilrådet blant annet at Legeforeningen bør utrede mulig samarbeid med andre, at GRADE-metoden bør brukes der det er hensiktsmessig og gjennomførbart, at differensierte finansieringsløsninger bør benyttes, der noen personer eller grupper mottar kompensasjon for medgått tid, samt at sekretariatets kompetanse må styrkes for å kunne bistå de fagmedisinske foreningene.

Sentralstyret vedtok at foreningen skal utrede mulig samarbeid med andre aktører.

4.7 Medlemstilbud

Legeforeningens medlemmer er interessante kunder for en rekke bransjer. Legeforeningen ønsker å utnytte dette til medlemmenes fordel ved å benytte kraften i medlemskollektivet til å oppnå økonomiske fordeler for medlemmene som individer og næringsdrivende.

Bestemte kriterier må være oppfylt for at Legeforeningen skal inngå avtaler med kommersielle aktører. Avtalene må være forenlige med hensynet til Legeforeningens omdømme og verdier. De må være gode nok til å ha potensiale for å bli verdsatt av det enkelte medlem. De skal gi besparelser som bidrar rekruttering av nye medlemmer og til å beholde medlemmer. De skal være selvfinansierende ved at en del av den kommersielle verdien benyttes til å dekke Legeforeningens kostnader.

Legeforeningen har nå medlemsavtaler innenfor følgende områder: Bank, forsikring, reise og hotell, data, bil og drivstoff. Videre er det for næringsdrivende avtaler innenfor områdene pensjon, forsikring, kontorrekvisita og forbruksmateriell.

2015 trådte ny avtale med Danske Bank og Storebrand i kraft. Den erstattet tidligere avtale om bank og forsikring med DNB. Ved utgangen av 2015 hadde Danske Bank omtrent 1/3 av forretningsvolumet på bankområdet av det DNB hadde ved utløpet av 2014. Storebrand hadde overtatt ca. halvparten av forretningsvolumet på forsikringsområdet.

5 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

5.1 Fagakademiet

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

Fagakademiet har etablert nettverk i de fleste kommuner og fylkeskommuner. Det er inngått samarbeidsavtaler med universiteter, høyskoler og konsulenter om spisskompetanse. Fagakademiet utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov.

I 2015 var Merete Dahl og Nina Evjen henholdsvis representant og vararepresentant i Fagakademiets styre. I november 2015 ble Merete Dahl valgt til nestleder i Fagakademiets styre. I 2015 ble det gjennomført 393 kompetansetiltak og omsetningen var 37,1 millioner kroner.

5.2 Akademisk Studieforbund

Legeforeningen er medlem av Akademisk Studieforbund (AKS). AKS mottar årlig statlig tilskudd til studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene for foregående år, og fordeles til medlemsforeningene i forhold til gjennomført studieaktivitet.

Legeforeningen har i 2015 mottatt kr 928 667,87 for kursvirksomheten i 2014.

Øydis Rinde Jarandsen er nestleder og Anders Taraldset er varamedlem i styret til AKS.

5.3 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.

Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok ledes av et styre, hvor Legeforeningens representant er Audun Fredriksen. Vararepresentant er Bjarne Riis Strøm.

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 er tilgjengelig som papirutgave, på nett og via applikasjon for smarttelefon. Styret planlegger å avvikle utgivelsen av papirutgave, og kun publisere elektronisk.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 27.-29.5.2015.

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

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 1 15/1023	Godkjenning av innkallingen	Innkallingen til landsstyremøtet 27.-29.5.2015 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 2 15/1023	Valg av dirigenter	Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2015.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 3 14/639	Forslag til forretningsorden	Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2015 godkjennes	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 4 15/1023	Valg av tellekomité	Som tellekomité ved landsstyremøtet 2015 velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 5 15/1023	Sakliste for landsstyremøtet	Saklisten godkjennes Dirigentenenes forslag til sakliste	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 6 15/1023	Valg av redaksjonskomité	Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 7	Helsepolitisk debatt	Debatt			OK.

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 8 15/1785	Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. – 31.12. 2014	Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2014 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 9.1 14/4349	Legeforeningens samarbeid med andre	Forslag for rammer og prinsipper for Legeforeningens samarbeid med andre godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 9.2	Primærhelsemeldingen	Revidert utkast til resolusjon.	Enstemmig vedtatt	Følges opp.	OK
Sak 9.3 15/1689	Akuttfunksjoner i sykehus	Revidert utkast til resolusjon	Enstemmig vedtatt	Følges opp.	OK
Sak 10 15/665	Forslag om prinsippprogram for 1.9.2015-31.8.2019	Revidert forslag til Prinsippprogram Forslag fra Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse v/ Hilde Marie Engjom, støttet av delegat 131 Eivind Solheim: Landsstyret oppmodar alle organisasjonsledd og sekretariatet til å synliggjøre verdiane og måla fra prinsippprogrammet i sitt virke. Foreslås oversendt til sentralstyret. <u>Forslaget oversendt sentralstyret.</u>	Enstemmig vedtatt.	Ingen Legeforeningens Prinsipp- og arbeidsprogram for 2015-19 ligger til grunn for foreningens faglige- og politiske arbeid i perioden. Verdiene og målene synliggjøres gjennom foreningens budskap i politisk påvirkningsarbeid, og i den offentlige debatten om helsetjenesten. Legeforeningens sentralstyre vil også vurdere status for deres satsingsområder, i relasjon til prinsipp- og arbeidsprogrammet.	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 11 15/655	Forslag om arbeidsprogram for 1.9.2015-31.8.2017	Revidert forslag til Arbeidsprogram Forslag fra Troms legeforening v/delegat 22 Jo-Endre Midtbu: Nedsettelse av utvalg vedrørende legers rettshjelp Det nedsettes et utvalg for å se på hvordan rettshjelpen for leger kan videreutvikles. Utvalget skal vurdere Legeforeningens bistand i saker hvor leger har behov for rettshjelp og regelverket knyttet til dette, herunder eventuelle endringer i rettshjelpsordningen. Utvalget skal også vurdere hvordan slik bistand skal finansieres herunder eventuelle behov for fondsfinansiering, vurdere egen rettshjelpsforsikring utover dette, samt vurdere størrelsen på medlemskontingenten. Utvalget skal fremlegge en skriftlig rapport som skal diskuteres på L landsstyremøtet i 2016. <u>Forslaget oversendt sentralstyret.</u>	Enstemmig vedtatt	Ingen Følges opp	OK Sak LS 2016
Sak 12 15/14	Forslag til endring i De etiske regler for leger kap. I, § 5	Etiske regler for leger kap. I, § 5 endres til: Leger skal ikke utføre aktiv dødshjelp eller assistert selvmord. Det å avslutte eller ikke sette i gang hensiktsløs behandling (behandlingsbegrensing) er ikke å regne som aktiv dødshjelp.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 13.1 14/3158	Sak 13.1 - Gjennomføring av landsstyremøter - frister for å fremme saker for landsstyret, saksliste på landsstyremøter, avstemming i landsstyret, elektroniske valg	1. Sentralstyret innstiller ovenfor landsstyret på at forslagene til endringer i Legeforeningens lover § 3-1-2 (5) og (7) samt § 3-2-3 (3) vedtas. 2. Sentralstyret endrer prosedyren for sentralstyrets arbeid med å fremme saker for landsstyret.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 13.2 14/5998	Forslag til endringer av Legeforeningens lover § 3-3-3 (2) funksjonsperioden for landsstyret	Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at det gjøres endringer i Legeforeningens lover § 3-3-3 (2).	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 13.3	Om betegnelsen lokalforening og forslag til endret betegnelse	Forslag om å endre betegnelsen lokalforening tilbake til betegnelsen fylkesavdeling forkastes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 14.1	Tidsskrift for Den norske legeforenings forhold til Legeforeningen som eier-forslag til landsstyret om nedsettelse av utvalg	Landsstyret anmoder sentralstyret om å iverksette en prosess for gjennomgang av alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeforening og Legeforeningen som eier. På denne bakgrunn bes sentralstyret.....	Vedtatt med 137 stemmer	Følges opp	Sak LS 2016
Sak 14.2 15/1753	Tilsetting av ny sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening	Are Brean tilbys ansettelse som sjefredaktør i Tidsskrift for Den norske legeforening	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 15 14/5137	Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøtet i 2017	Møre og Romsdal er valgt til arrangør av landsstyremøte 2017.	Valgt med 49 stemmer	Planlegge møte 2017	OK
Sak 16 14/5137	Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer	Valgt ble....			OK
Sak 17	Valg av to styremedlemmer med varamedlemmer til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	Valgt ble...			OK
Sak 18 15/1023	Valg av valgkomite	Valgt ble..			OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 19 15/1023	Valg av desisorutvalg	Valgt ble...			OK
Sak 20 14/1015	Grunnutdanning av leger – utvikling og harmonisering. Foreløpig rapport	Debatt		Innspill til videre arbeid med ferdigstillelse av rapport	Sak LS 2016
Sak 21 14/1588	Godkjenning av regnskaper for 2014	Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsoverskudd på kr 59 010 631, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2014. Overskuddet avsettes som følger:	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 22	Regnskap for 2014 til landsstyrets orientering	Fire regnskap ble lagt frem	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 23	Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2014	Årsberetningen godkjennes. Regnskapet, som viser et årsunderskudd på kr 149 417 235, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2014.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 24 15/1685	Budsjett for Den norske legeforening 2016	Sentralstyrets forslag til budsjettvedtak: Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening Landsstyret ber sentralstyret utrede behovet og eventuelle metoder for å gi tillitsvalgte på sykehus merkantil støtte. <u>Oversendes sentralstyret</u> Forslag fra Kirsti Ytrehus	Enstemmig vedtatt	Sentralstyret har gjort en vurdering/kartlegging av behovet for merkantil støtte til tillitsvalgte. Det er igangsatt et arbeid med å etablere et prøveprosjekt for merkantil støtte til foretakstillitsvalgte ved seks utvalgte sykehus (universitetssykehusene).	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Sentralstyret og sekretariatet oppfordres til å arbeid videre med budsjettmodell for fordeling av kontingent slik at de minste yrkesforeningene gis økonomiske muligheter til å overleve uten å måtte skrive ut ekstra kontingent. <u>Oversendes sentralstyret.</u>		Håndteres i forbindelse med landsstyrets behandling av budsjett 2017.	OK

6.4.2016/ATN