

Fra presidenten

Årsmeldingen for 2017 viser høy aktivitet innenfor Legeforeningens kjerneområder. En rask titt i innholdsfortegnelsen viser at Legeforeningen er en komplett profesjonsforening med stor bredde i engasjement og aktivitet.

Satsingsområdene for 2016 – 2017 er oppsummert i starten av årsmeldingen. Sentralstyret vedtok høsten 2015 fire satsingsområder som har vært retningsgivende for politikken i denne perioden. *Trygge leger – god pasientbehandling* var det første satsingsområdet. Dette arbeidet har hatt et stort spenn - fra pasientsikkerhetsprogrammet via fryktkulturdebatten til konflikten i sykehus rundt arbeidstid. Satsingsområdet *Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten* kulminerte på landsstyremøtet i Ålesund hvor Legeforeningen vedtok å arbeide for å utvikle de regionale helseforetakene. Det tredje satsingsområdet *Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten* har resultert i to rapporter om ledelse og portnerrollen, i tillegg til et arbeid sammen med KS om anbefalinger for ledelse av legetjenesten. Det siste satsingsområdet skulle sikre *kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen*. Dette har vært en krevende prosess politisk og faglig. Spesialitetskomiteene har i denne perioden gjort et formidabelt arbeid med å utarbeide læringsmål.

Legeforeningen har i løpet av året som har gått startet viktige utviklingsprosjekt på flere områder. En styrking av den fagmedisinske aksen er helt nødvendig for å befeste vår rolle som en komplett profesjonsforening. Noen endringer ble gjort allerede på landsstyremøtet i 2017 og vil bli fulgt opp med forslag på dette landsstyremøtet. *Kloke valg* er et annet prosjekt som vi vil se mer av de kommende årene. Dette er en oppfølging av rapporten om variasjon som ble lagt fram på landsstyremøte i 2016.

Med nesten 35 000 medlemmer er det behov for utstrakt rådgivningsvirksomhet som sekretariatet leverer gjennom hele året. I tillegg er Tidsskriftet og LEFO viktige hjørnестener i Legeforeningens tilbud til medlemmene.

Det nye sentralstyret startet sitt arbeid 1. september og vil i de kommende årene videreutvikle Legeforeningens politikk med nye satsingsområder. Det viktige overordnede målet for Legeforeningen er entydig: en sterk offentlig helsetjeneste. Årsmeldingen viser at vi jobber godt og på mange plan for å understøtte dette.

God lesning!



Marit Hermansen
president

Innhold

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER	6
1.1	Trygge leger – god pasientbehandling	6
1.2	Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten.....	6
1.3	Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten	8
1.4	Sikre kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen	10
2	ARBEID MED ARBEIDSVILKÅR FOR LEGER INNEN ULIKE FORHANDLINGSOMRÅDER	11
2.1	Opplæring og oppfølging av tillitsvalgte.....	11
2.1.1	Kursvirksomhet 2017.....	11
2.2	Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder	12
2.2.1	Pensjon.....	12
2.2.2	Forhandlingsarbeidet i Spekter-området.....	12
2.2.3	Tvistesaker i Spekter-området	14
2.2.4	Implementering av faste stillinger.....	15
2.2.5	Forhandlingsarbeidet i stat.....	16
2.2.6	Forhandlingsarbeidet i KS-området	16
2.2.7	Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området.....	17
2.2.8	Forhandlingsarbeid innenfor Virke-området.....	17
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende	18
2.3.1	Rammeavtale for fastlegeordningen KS	18
2.3.2	Rammeavtale for fastlegeordningen Oslo.....	19
2.3.3	Rammebetingelser avtalespesialister	19
2.3.4	Normaltariffoppgjøret 2017	20
2.4	Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger	21
2.4.1	Primærhelseteam.....	21
2.4.2	Personvernforordningen og behandling av personopplysninger.....	21
2.5	Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg.....	22
2.5.1	Bistand fra sekretariatet	22
2.5.2	Tilsynssaker	22
2.5.3	Ansatte leger	23
2.5.4	Næringsdrivende leger	24
2.5.5	Rettshjelpsordningen.....	25
2.5.6	Rettslige prosesser	25
3	UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING.....	27
3.1	Utdanning.....	27
3.1.1	Grunnutdanningen.....	27
3.1.2	Turnustjenesten/LIS1 fra 1.9.2017.....	27
3.1.3	Spesialistutdanningen	27
3.1.4	Etterutdanning.....	28
3.1.5	Kursutdanning.....	28
3.1.6	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	28

3.1.7	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin	29
3.1.8	Videre- og etterutdanning i primærmedisin	29
3.1.9	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – til spesialiteten i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri	30
3.2	Forskning	30
3.2.1	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning	30
3.3	Fagmedisinsk arbeid.....	30
3.3.1	Konferanse for de fagmedisinske foreninger	30
3.3.2	Samarbeid med de fagmedisinske foreningene	30
3.3.3	Variasjon i helsetjenesten – "Kloke valg"-kampanjen	30
3.4	Kvalitetsarbeid.....	31
3.4.1	Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender"	31
3.4.2	Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)	31
3.4.3	Konferansen "Enkelt og håndterlig 3 - forbedringsarbeid i praksis"	32
3.5	IKT i helsetjenesten	32
3.5.1	EPJ-løftet.....	32
3.5.2	Styrket satsing på e-helse	32
3.5.3	En innbygger - én journal.....	32
3.5.4	Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF	33
3.5.5	Konferansen eHelse 2017	33
3.5.6	Konferansen EHIN 2017	33
3.5.7	Elektronisk pasientjournal i sykehjem	33
3.5.8	Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-20.....	33
3.5.9	Felles legemiddelliste/pasientenes legemiddelliste	33
3.5.10	IT-utvalget.....	33
3.5.11	Endringsråd for e-resept.....	34
3.5.12	Styringsgruppe for norm for informasjonssikkerhet (Normen)	34
3.5.13	Produktråd helsenorge.no.....	34
3.5.14	Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT).....	34
3.5.15	Nasjonalt utvalg for helsefag og arkitektur (NUFA)	34
3.5.16	Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)	34
3.5.17	Sentralstyrets arbeidsmøte - Studiebesøk i Cambridge University hospitals. Integrert journalsystem i drift	34
3.5.18	Nettsider for IKT og e-helse	34
3.5.19	Helsedataprogrammet	35
3.5.20	Leverandørmøter i Direktoratet for e-helse.....	35
3.5.21	HIMSS 2017	35
4	HELSEPOLITIKK.....	36
4.1	Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid	36
4.2	Legeforeningens helsepolitiske utspill, høringer og publikasjoner	36
4.2.1	Legeforeningens arbeid med høringer	36
4.2.2	Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	36
4.3	Myndighet og organisasjonskontakt	38
4.3.1	Stortinget.....	38
4.3.2	Kontakt med myndigheter, organisasjoner, m.v.	40

5	KOMMUNIKASJONSARBEID	42
5.1	Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid	42
5.2	Mediearbeid – ekstern kommunikasjon	42
5.3	Organisasjonskommunikasjon	43
5.3.1	Legeforeningen.no	43
5.3.2	Aktuelt i foreningen – medlemssidene i Tidsskriftet	44
5.3.3	Derfor er jeg lege	44
5.3.4	Intranettet – "Torget"	44
6	INTERNASJONALT ARBEID	45
6.1	Møter mellom de nordiske legeforeningene	45
6.2	World Medical Association (WMA).....	45
•	WMA utarbeider en overordnet plan for kommunikasjon med medlemmene.....	45
•	Vurdere organiseringen av møtene for bedre å imøtekomme medlemmenes behov – gjøre møtene mindre formelle enn i dag ved for eksempel å endre romoppsettet.	45
6.3	Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)	46
6.4	Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	47
6.5	Samnordisk arbeidsgrupp for prognos- och specialistutbildningsfrågor - SNAPS	47
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING.....	48
7.1	Organisering og bemanning	48
7.2	Tidsskriftet generelt	48
7.3	Engelske oversettelser	48
7.4	Redesign av papirutgaven.....	49
7.5	Legejobber.no	49
7.6	Økonomi	49
8	LEFO – LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET	50
8.1	Sentrale prosjekter i 2017	50
8.2	Forskersamarbeid, nettverk, oppdrag	50
8.3	Datagrunnlag	51
8.4	Forskningsformidling.....	51
8.5	Bemanning og økonomi	52

9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	53
9.1	Nøkkeltall	56
9.2	Fond	56
9.2.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	56
9.2.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	57
9.2.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	57
9.2.4	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	57
9.2.2	Premiereguleringsfondet	59
9.2.3	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	59
9.2.4	Allmennmedisinsk forskningsfond	60
10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	61
10.1	Organisasjonskart.....	61
10.2	Landsstyret.....	62
10.3	Sentralstyret	62
10.4	Andre organisasjonsledd	62
10.5	Endringer i Legeforeningens lover - Regionutvalg	62
10.6	Opprettelse av fagutvalg for utdanningsleger i de fagmedisinske foreningene (Fuxx) - endring av Legeforeningens lover – Fuxx	63
10.7	Medlemsopplutning.....	63
10.8	Miljøfyrtårn.....	63
10.9	Sekretariatet	63

1 Legeforeningens satsingsområder

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 2016-17

Sentralstyret besluttet i oktober 2015 følgende fire 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 Trygge leger – god pasientbehandling

Satsingsområdet Trygge leger - god pasientbehandling handler om tiltak som bidrar til at legen opplever gode rammer rundt arbeidssituasjonen slik at tid og krefter kan brukes på pasientbehandling og faglig arbeid. Legeforeningens vurdering er at det er en rekke hindringer for dette i legenes arbeidshverdag og de rammer og systemer som styrer denne.

Gjennom 2016 etablerte Legeforeningen et betydelig press knyttet til ytringsfrihet, åpenhet og arbeidsmiljø i helsetjenesten. 2017 ble dominert av arbeid med konflikten i sykehus, der det etablerte presset mot nevnte forhold ble et viktig bakteppe. Arbeidskonflikten i Spekterområdet var også innenfor rammene av dette satsingsområdet. Dette oppgjøret handlet ikke om lønn, men i stor grad om viktige vernebestemmelser for sykehusleger både når det gjelder arbeidstid (vaktfordeling og vaktbelastning) og gravide arbeidstakere. Konflikten synliggjorde betydningen av kollektivt vern og den tryggheten det bidrar til på arbeidsplasser som i stadig større grad er preget av høyt arbeidspress og fokus på drift. Dette ble betydelig fokusert gjennom både rikslønnsnemndsbehandling og arbeidsrettssak.

Legeforeningen gjennomførte en egen medarbeiderundersøkelse for leger i sykehus for å få på plass ytterligere dokumentasjon av hvordan hverdagen i sykehus oppleves. Samtidig ble det gjennom Pasientsikkerhetskampanjen, arbeidet med å påvirke RHF-enes felles medarbeiderundersøkelse for sykehusene.

1.2 Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten

Etter en engasjert debatt om styringsmodellen i sykehusene, vedtok landsstyret i Ålesund (mai 2017) å jobbe for å avvikle de regionale helseforetakene i neste stortingsperiode.

Bakteppet for debatten var Kvinnsland-utvalgets innstilling om fremtidige styringsmodeller som ble overlevert helseministeren 1.12.2016. Utvalget var delt og landet ikke på en entydig tilrådning om hvordan staten burde innrette sitt eierskap til sykehusene.

Sentralstyret foreslo overfor landsstyret å jobbe for å avvikle de regionale helseforetakene. Ansvarliggjøring av politikerne, lokal forankring, og flytting av makt ble sentrale begreper i debatten. Landsstyret går nå inn for et system med flere selvstendige sykehus underlagt regional styring, og at sykehusene må stå sentralt i arbeidet med ny regionreform.

Maktkonsentrasjon og svekket lokal medvirkning

Sentralstyremedlemmene Christian Grimsgaard og Christer Mjåset innledet på landsstyremøtet om politikktutviklingen på området med refleksjoner om fremtidig styring av spesialisthelsetjenesten. Landsstyret fikk presentert en utvikling i sykehusene som har svekket den pasientnære ledelsen og gradvis sementert beslutningsmyndighet hos de fire regionale helseforetakene.

I 2002 hadde de fleste sykehusene to eller tre ledernivåer. Ti år senere har antallet økt til mellom fire og seks ved flertallet av norske sykehus. Grimsgaard, som selv satt i Kvinnsland-utvalget, viste til frustrasjonen i sykehusene som følge av stadig lengre beslutningslinjer mellom ledelse og ansatte.

Utviklingen har vært stikk i strid med tidligere helseminister Tore Tønnes opprinnelige intensjon for sykehusreformen i 2002. Tilbakemeldingene fra fagmiljøene er at reformen ikke har medført noen reell desentralisering og maktforskyvning ned til de pasientnære nivåene.

AD-møtene under lupen

Legeforeningen har også løftet de prinsipielt utfordrende sidene tilknyttet de såkalte AD-møtene mellom de fire direktørene i de regionale helseforetakene. (AD-møter er møter de administrative direktørene har hver måned). Det er i dag ikke mulig å vite hvilke beslutninger som fattes i disse møtene. Det er heller ingen balansert representasjon på vegne av nivåene nedover i styringskjeden. Disse møtene er et eksempel på uheldig maktkonsentrasjon som har forsterket seg over tid.

Et delt utvalg med uklart mandat

Flertallet i Kvinnsland-utvalget ønsket å videreføre dagens organisering med de fire regionale helseforetakene. Samtidig ville halvparten av utvalget fjerne styrene på helseforetaksnivå, mens den andre halvparten var bekymret for sterkere maktsentralisering ved en slik organisering. Legeforeningen har gjennom hele Kvinnsland-prosessen advart sterkt mot å fjerne styrene og mot faren for ytterligere sementering av makt i de fire regionale helseforetakene. Legeforeningen har også vært kritisk til Kvinnsland-utvalgets mandat og at dette har vært for snevert til å utrede flere alternative modeller, også sett i lys av en fremtidig regionreform. Foreningen har derfor tatt til orde for en ny utredning med åpent mandat som inkluderer dette perspektivet.

Sentralstyret har jobbet med satsingsområdet "Bedre styring, organisering og ledelse i spesialisthelsetjenesten" gjennom hele perioden 2015-17. I denne forbindelse ble det igangsatt et eksternt utredningsarbeid ledet av helseøkonom Jon Magnussen. Utredningsarbeidet ble konkretisert i rapporten *Mellom politikk og administrasjon – Organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge* som ble presentert på landsstyremøtet i Oslo i 2016. Rapporten pekte på alternativer til dagens foretaksmodell og skapte en engasjert debatt.

Tilbakemeldingen fra landsstyremøtet i 2016 var klar: Faget må gis mer plass og fokuset på pasientbehandlingen og pasientsikkerheten må styrkes. Landsstyret samlet seg deretter i 2017 om vedtaket om å avvikle de regionale helseforetakene.

Legeforeningen vil arbeide for å avvikle de regionale helseforetakene

Sammenslåing av sykehus til store enheter har svekket lokal ledelse og økt antallet ledernivå. Legeforeningen ønsker et styringssystem med flere selvstendige sykehus underlagt regional styring. Antall regioner bør økes. Dette vil bidra til kortere lederlinjer og styrket lokal og stedlig ledelse. Et nytt styringssystem må sikre regional forankring og samordning. De enkelte sykehusene må videreutvikles i nær dialog med lokal primærhelsetjeneste og legge til rette for gode pasientforløp mellom tjenestenivåene. Eierskapet må innrettes slik at politikerne fatter de overordnede beslutningene. Sykehusene og den pasientnære ledelsen må sikres økt beslutningsmyndighet.

- *Legeforeningen mener sykehusorganiseringen må inngå i arbeidet med ny regionreform. En inndeling i flere nye helseregioner kan lede an og sette retning for reformen*

- *Legeforeningen mener følgende alternativer til dagens modell må vurderes:*

a) en hybrid-modell (med forvaltning på regionalt nivå, og foretak på det utførende nivå – sykehusene)

b) en ren forvaltningsmodell

(forvaltningsmodell på begge nivåer)

Vedtatt med 134 stemmer, 6 blanke stemmer, 2 imot.

Regionreform vedtatt på Stortinget juni 2017

Regionreformen reduserer antall fylkeskommuner fra dagens 19 til 11, inkludert Oslo, innen 2020. Nye Trøndelag erstatter Nord- og Sør-Trøndelag allerede fra januar 2018. Samtidig med Stortingets vedtak ble det nedsatt et ekspertutvalg som skal foreslå nye oppgaver som kan overføres de nye fylkeskommunene. Utvalget leverer sin tilrådning til Kommunal- og moderniseringsdepartementet 1.2.2018. Legeforeningen ble invitert og ga sine innspill til ekspertutvalget basert på landsstyrets vedtak i Ålesund.

Politisk avklaring om helseforetaksmodellen høsten 2017

Helseminister Bent Høie la frem regjeringens innstilling om fremtidig modell i forbindelse med forslaget til statsbudsjett 2018. Regjeringen innstilte på å videreføre foretaksmodellen uten store endringer. Inntektsmodellen til de fire regionale helseforetakene skal gjennomgås på nytt etter ti år. Departementet mener videre at det bør utredes hvordan det kan legges bedre til rette for verdibevarende vedlikehold av sykehusbygg innenfor dagens styringsmodell.

1.3 Styrket medisinskfaglig ledelse i primærhelsetjenesten

Sentralstyret vedtok i møte 13.10.2015 satsingsområde 3 - Styrket medisinskfaglig ledelse i primærhelsetjenesten, som et av fire satsingsområder for perioden 2016-17. Satsingsområdet hadde utspring i et oversendelsesforslag til sak 9.5 ved landsstyremøtet 2014 med ordlyden: "Lederopplæring bør også omfatte legeledere i primærhelsetjenesten og andre potensielle legeledere".

Satsingsområdet har arbeidet både med lederutdanning av primærleger (2015-16) og ledelse av primærhelsetjenesten samt en gjennomgang av fastlegeordningens portnerrolle basert på oppdatert forskningsbasert kunnskap 2016-17).

Arbeidet har vært drevet frem i en bredt sammensatt arbeidsgruppe med følgende sammensetning:

Ole Johan Bakke (leder av arbeidsgruppen), sentralstyret og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid

Petter Brelin, Norsk forening for allmennmedisin

Jon Helle, sentralstyret og Overlegeforeningen

Elizabeth Kimbell, Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin

Nils Kristian Klev, Allmennlegeforeningen

Frantz Leonard Nilsen, Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin

Kari Sollien, sentralstyret og Allmennlegeforeningen

Tom Ole Øren, Allmennlegeforeningen

Arbeidet førte frem til to rapporter:

- *Pasientens primærhelsetjeneste må ledes - Om ledelse av det medisinske tilbudet i kommunene*
- *Riktig diagnose til rett tid – fastlegen som helsetjenestens portner*

Rapportene ble fremlagt til høring for landsstyret 2017. Med innspill derfra ble de ferdigstilt og publisert i november 2017.

Den første rapporten viser hvordan pasientens primærhelsetjeneste må ledes. Den andre viser at fastlegenes portnerrolle er positiv for både helse og samfunnsøkonomien – og hvordan portnerrollen bør moderniseres.

Begge rapportene er supplert med utredninger gjort av fire fremstående helsetjenesteforskere: Professor Jan Frich ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo (UiO), Anders Grimsmo, professor ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim, Geir Godager og Tor Iversen, Helseøkonomisk analyse AS. Godager er også førsteamanuensis ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, UiO. Tor Iversen er professor samme sted.

Arbeidet har tydeliggjort at medisinsk kunnskap må inn i kommunenes toppledelse. Det gir et godt kunnskapsgrunnlag for utviklingen av et moderne og sammenhengende medisinsk tilbud i kommunene.

Kommunene må gjøre omfattende grep for at fremtidens helse- og omsorgstjenester skal være effektive og sikre og gi gode brukeropplevelser. Det er behov for et bredere perspektiv på ledelse av kommunenes medisinske tilbud enn bare fastlegetjenesten. Medisinsk kompetanse må inn i hele lederlinjen.

Utredningen viser også at kommunene i sum har minst like sterke styringsvirkemidler overfor næringsdrivende fastleger som kommunalt ansatte. Når kommunene i dag i alt for liten grad leder avtalebaserte helsetjenester er det først og fremst uttrykk for manglende kunnskap og vilje til bruk av lederressurser samt manglende medisinskfaglig kompetanse.

Fastlegens portnerfunksjon var viktig ved innføringen av fastlegeordningen. I ettertid har det vært en avtagende interesse for denne rollen fra myndighetenes side. Sentralstyret har derfor sett behov for å avklare om fastlegens portnerfunksjon fortsatt forsvarer sin plass, og om den bør moderniseres.

Ekspertvurderingene har sett på portnerrollen både fra et samfunnsmedisinsk og et helseøkonomisk perspektiv. Funnene er klare. Fastlegens portnerrolle bidrar til en helsetjeneste som gir et mer likeverdig tilbud til hele befolkningen, med bedre resultat for pasientene og lavere pris for samfunnet. Portnerrollen er kostnadseffektiv, men gevinsten kan økes ytterligere ved å sikre kvalitet og øke kapasiteten.

Fastlegeordningen bør derfor styrkes og moderniseres dersom den skal kunne møte behovene til en aldrende befolkning hvor stadig flere lever med mange samtidige sykdommer og ulike grader av funksjonssvikt.

Legeforeningen ble i kjølvannet av rapporten *Legetjenesten i kommunene – kan den ledes?* (Levert av Agenda Kaupang AS våren 2016 på oppdrag fra KS) invitert inn i en prosess med KS for å utvikle en veileder for ledelse av legetjenesten i kommunen. Den partssammensatte arbeidsgruppen har fra Legeforeningen bestått av Nils Kristian Klev og Frantz Leonard Nilsen, samt Sverre Vigeland Lerum og Jan Emil Kristoffersen fra sekretariatet.

Prosjektet har utviklet tre overordnede anbefalinger for ledelse av legetjenesten i kommunene basert på dagens organisering og ledelsesstruktur i kommunene. Anbefalingene er vedtatt av sentralstyret og av KS, og er planlagt publisert i 2018.

1.4 Sikre kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen

Legeforeningen har levert forslag til reviderte læringsmål for spesialistutdanningens del 1 til Helsedirektoratet.

Spesialitetskomiteene har på oppdrag fra direktoratet gjennomgått, vurdert og kommentert alle høringsinnspill til læringsmålene for del 2 og 3 i de respektive spesialiteter, og avgitt anbefaling om endelige læringsmålsformuleringer til Helsedirektoratet. Komiteene har også arbeidet med anbefalinger om kurs, prosedyrer og andre læringsaktiviteter.

Det er opprettet en etableringskomité i akutt- og mottaksmedisin som på oppdrag fra Helsedirektoratet har omformulert de vedtatte læringsmålene for å harmonisere oppsett og ordlyd med de andre spesialitetene. Komiteen har også arbeidet med anbefalinger om læringsaktiviteter og kartlegging av behovet for særskilt tilpassede aktiviteter i etableringsfasen. Spesialiteten etableres 1.3.2019.

Helsedirektoratet utreder om spesialiteten generell kirurgi skal videreføres med noe endret faglig profil. Direktoratet har bedt Legeforeningen utarbeide forslag til læringsmål og navn på spesialiteten. Forslag til læringsmål er utarbeidet av spesialitetskomiteene i generell kirurgi og overlevert Helsedirektoratet.

Til å følge utviklingen av spesialistutdanningen har sentralstyret nedsatt en beredskapsgruppe med medlemmer fra FaMe (de fagmedisinske foreningene), de store yrkesforeningene og sentrale tillitsvalgte. Gruppen ledes av presidenten.

2 Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområder

2.1 Opplæring og oppfølging av tillitsvalgte

2.1.1 Kursvirksomhet 2017

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. Her vil det trolig skje en endring i og med at spesialistutdanningen er i ferd med å bli endret.

I 2017 arrangerte Legeforeningen 21 tillitsvalgtkurs. Blant disse var det fire Modul I-kurs. Kursene fant sted i Helse-Nord, Helse-Midt Norge, Helse-Vest og for Helse Sør-Øst-KS/Stat/Oslo kommune med til sammen 189 deltakere. Det ble arrangert to Modul II-kurs (alle tariffområder) med samlet deltakerantall på 190, og ett Modul III-kurs (alle tariffområder) med 40 deltakere.

På statens tariffområder har Legeforeningen samarbeid med fem andre akademikerforeninger om felles grunnkurs. Disse er: 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 lokale forhandlinger. Eksempler her er: Spekter: Kurs Forhandlinger, Virke-HUK: Tillitsvalgtkurs, Stat: Kurs i lokale forhandlinger og KS: Særavtalen i KS.

2.1.2 Utvikling av nettbaserte grunnkurs

Spesialitetskomiteen i allmennmedisin har lagt om grunnkurs A og B, slik at kursene i hovedsak er nettbaserte, med en kortere samlingsdel. Sekretariatet har i den forbindelse bidratt med innspill til utvikling av kurskatalogen/samlingsdelen, blant annet for å sikre at fagområdet vi har erfart som sentrale blir ivarettatt. Sekretariatets jurister har bidratt som redaktører på to moduler om "Regelverket og fastlegekontoret" i grunnkurs A, og som fagansvarlige tekstforfattere på grunnkurs B, hvor vi har laget sju moduler for temaet "Jus for allmennleger". Kursene er godkjent med totalt fem valgfrie kurstimer i etterutdanningen og skal fra 2018 inngå som obligatoriske nettkursmoduler i grunnkurs A og B i spesialistutdanningen for allmennleger.

2.2 *Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder*

2.2.1 Pensjon

På initiativ fra Arbeids- og sosialdepartementet ble det høsten 2017 igangsatt en prosess med partene i offentlig sektor, med sikte på å få en omforent pensjonsløsning for offentlig ansatte. 1.12.2017 ble det inngått en prosessavtale som beskriver en prosess i to faser, med sluttdato 1.3.2018. Arbeidet ledes av arbeids- og sosialministeren, med deltakelse fra Akademikerne, LO, YS og UNIO på arbeidstakersiden, KS og Spekter på arbeidsgiversiden, med Oslo kommune og NHO som observatører. Dette er en stor og omfattende prosess med mange parter, interesser og potensielt store konsekvenser for flere tiår fremover.

Forhandlingsutvalgene i Akademikerne vedtok i desember 2017 å sette sammen en forhandlingsgruppe bestående av én person fra hver av medlemsforeningene. Forhandlingsgruppen ledes av de tre lederne av forhandlingsutvalgene (Stat, KS og Helse). Leder av Akademikerne deltar også. Fra Legeforeningen deltar Hanne Gillebo-Blom, med Pål Alm-Kruse som vara. Forhandlingsgruppens mandat er å forestå de kommende forhandlingene på vegne av forhandlingsutvalgene frem til det foreligger et anbefalt forslag (eller et brudd). Et eventuelt anbefalt forslag skal legges frem og behandles i de respektive utvalgene. Det innebærer at Legeforeningen med sitt flertall i Akademikerne helse vil ha innflytelse på den endelige beslutningen.

2.2.2 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området

2017 var et år med mellomoppgjør, det vil si at det kun skulle forhandles om lønn. Forhandlingssituasjonen var derimot mer komplisert, fordi partene ikke hadde blitt enige i hovedoppgjøret 2016. Ved inngangen til 2017 var streiken avsluttet, men saken var fortsatt ikke behandlet av Rikslønnsnemnda.

Bakgrunnen for den manglende enigheten i hovedoppgjøret 2016

I perioden fra hovedoppgjøret 2014 til 2016 ble forutsetningene som var satt for videreføring av unntakene etter Legeforeningens oppfatning ikke oppfylt. Perioden ble preget av forsøk på innføring av individuell arbeidsplanlegging ved noen sykehus, mot sterke protester fra berørte leger og Legeforeningen. I tillegg hadde Legeforeningen tapt saken mot Spekter for Arbeidsretten om tolkning av bestemmelsen om vaktfritak for gravide. Spekter og Akademikerne brøt 9.6.2016 forhandlingene med Spekter om ny overenskomst i sykehusene. Heller ikke under meklingen 6.9.2016 kom partene til enighet. Akademikerne og Legeforeningen gjennomførte en meget vellykket, ansvarlig og begrenset streik i helseforetakene i 35 dager høsten 2016. Akademikernes streik i helseforetakene ble stoppet med tvungen lønnsnemnd av Regjeringen tirsdag 11.10.2016. Etter at streiken ble avsluttet forberedte Legeforeningen Akademikernes innlegg i Rikslønnsnemnda. Legeforeningen var i dette arbeidet særlig opptatt av at nemnda ikke hadde kompetanse til å kunne videreføre overenskomstens bestemmelser med grunnlag i svært vide unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel.

Rikslønnsnemndas kjennelse 27.2.2017

Akademikerne og Legeforeningen fikk ikke medhold i Rikslønnsnemnda, og overenskomsten ble dermed videreført uendret, med virkningsdato for lønnsoppgjøret 2016 satt til 12. oktober. Rikslønnsnemnda hadde ved sin kjennelse fastsatt ny tariffavtale/overenskomst for Akademikernes og Legeforeningens medlemmer i område 4 og 10. Rikslønnsnemndas

kjennelse innebar at overenskomstens del A og A1 som ble avtalt med enighet i april 2016 ble del av ny overenskomst og at Legeforeningens del A2 ble videreført i sin helhet. Rikslønnsnemnda videreførte også arbeidstidsunntakene som forutsetter enighet etter arbeidsmiljøloven § 10-12 (4) til tross for at disse ikke lenger er inngått med Legeforeningen.

For Legeforeningen var det særlig problematisk at Rikslønnsnemnda gjennom sin kjennelse tvang en arbeidstakerforening til å videreføre vidtgående unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel. Videre at virkningstidspunktet for lønnsoppgjøret ble satt til streikens siste dag, og dermed straffes så gjennomgående lønnsmessig for en streik hvor lønn ikke var tvistetema – i en situasjon hvor staten griper inn i streikeretten med tvungen lønnsnemnd. Akademikerne besluttet å stevne Spekter for Arbeidsretten, med påstand om at tariffavtalen var ugyldig som følge av at Rikslønnsnemnda ikke hadde kompetanse til å videreføre en avtale som forutsettes inngått mellom avtalepartene i medhold av arbeidsmiljøloven § 10-12, nr. 4.

Arbeidsrettens dom av 6. november 2017 – var Rikslønnsnemndas avgjørelse gyldig?

Arbeidsretten behandlet 2.-4.10.2017 spørsmålet om Rikslønnsnemnda hadde kompetanse til å videreføre tariffavtalen med unntak fra arbeidsmiljøloven § 10-12 (4) mot Legeforeningens vilje. Saken ble fra Akademikerne prosedert av advokat Christopher Hansteen i advokatfirmaet Grette. Fra Akademikerne/Legeforeningen stilte advokat Bjørn Ove Ekern Kvavik som rettslig medhjelper.

Akademikernes prinsipale påstand var at arbeidsplaner skal settes opp og rulleres etter et fast mønster basert på antall leger i vaksjiktet, slik at belastningen fordeles jevnt mellom legene og at arbeidstiden er forutsigbar. De svært vide unntakene fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler som er tariffavtalt, henger uløselig sammen med en kollektiv arbeidstidsplanlegging.

Mandag 6.11.2017 avsa Arbeidsretten dom i saken mellom Akademikerne helse og Spekter. Arbeidsretten ga Akademikerne medhold i at Rikslønnsnemnda ikke hadde kompetanse til å fastsette vide unntak etter arbeidsmiljøloven § 10-12(4) mot fagforeningens vilje, og at avtalen dermed ikke kunne videreføres slik nemnda hadde bestemt.

Dommen innebærer et betydelig gjennomslag for grunnleggende vernehensyn i norsk arbeidsliv og har rekkevidde langt utover dette oppgjøret. Dommen har allerede vakt stor oppmerksomhet og vil bli stående for ettertiden som en av de banebrytende avgjørelsene fra Arbeidsretten. Den gir et korrektiv til Rikslønnsnemnda fremover av betydning for hele det norske arbeidslivet. Dommen legger bånd på hvilke virkemidler Rikslønnsnemnda kan ta i bruk for å løse arbeidstvister der hvor tariffavtalen har unntak fra arbeidstidsbestemmelsene.

Arbeidsretten viser til fagforeningenes særlige innsikt til å ivareta både vernemessige og sosiale hensyn på vegne av sine medlemmer ved avgjørelsen om det skal inngås vide unntak. Et statlig organ som Rikslønnsnemnda har ikke samme forutsetning og kan altså ikke tvinge sykehuslegene til å jobbe langt utover arbeidsmiljølovens rammer, mot deres vilje.

Arbeidsrettens flertall bygger på legalitetsprinsippet og var klar i sin konklusjon om at det betydelige inngrep i Legeforeningens foreningsfrihet som Rikslønnsnemndas avgjørelse innebar, måtte ha klar lovhjemmel. Det var ikke tilfelle her. Dommen har også viktige uttalelser om forståelsen av arbeidstidsdirektivet og hvilke begrensinger det legger på statens mulighet for å gjøre inngrep. Forhandlinger om arbeidstid er en viktig del av den kollektive

forhandlingsretten. Dersom en fagforening på varig basis skulle fratas mulighet til å forhandle om rammene for medlemmenes arbeidstid kan det komme i konflikt med de internasjonale menneskerettighetene.

Arbeidsrettens dom innebar at overenskomstens del A2 mellom Spekter og Legeforeningen var ugyldig i sin helhet. Den ble henvist tilbake til Rikslønnsnemnda for fortsatt behandling. Arbeidsretten la til grunn for Rikslønnsnemndas fortsatte behandling at Akademikernes påstand i nemnda om at bestemmelsen om arbeidstid skal inneholde en presisering om rullerende planer, skal tas til følge. Det vil etter dette være opp til nemnda om hvorvidt en presisering i tråd med Legeforeningens påstand om rullerende planer, tilsier at det også skal gjøres andre justeringer av overenskomsten.

I perioden frem til ny behandling i Rikslønnsnemnda var muligheten åpen for at Akademikerne og Spekter kunne finne en forhandlingsløsning.

Videre dialog mellom partene

Allerede dagen etter Arbeidsrettens dom, ble Akademikerne invitert til Spekter for å diskutere muligheten for en avtaleløsning. For å skape ro i sykehusene, tilbød Akademikerne og Legeforeningen Spekter et løsningsforslag 20. november. Forslaget la Arbeidsrettens føringer til grunn ved at kollektive, rullerende tjenesteplaner skulle være hovedregelen i sykehusene, med mindre annet er avtalt lokalt. De øvrige temaene det var uenighet om ble foreslått utsatt til hovedoppgjøret 2018. Spekter avsto dette tilbudet. Dialogen fortsatte, samtidig som partene forberedte ny behandling i Rikslønnsnemnda som var berammet til 25.1. 2018. Den 22. desember sendte både Akademikerne og Spekter sitt skriftlige innlegg til Rikslønnsnemnda, og var dermed forberedt på ny nemndsbehandling.

Partene kom etter omfattende prosesser til enighet om ny overenskomst og dermed om avslutning av hovedoppgjøret 2016 den 24.1.2018. I avtalen som ble signert fikk Legeforeningen innfridd kravet om tariff-festing av rullerende planer. De nærmere forholdene rundt avtale vil bli rapportert i årsmelding for 2018.

Mellomoppgjøret 2017

Akademikerne, herunder Legeforeningen, og Spekter ble 2.6.2017 enige i de avsluttende sentrale forhandlingene for helseforetakene og Lovisenberg om mellomoppgjøret. Resultatet for legene i spesialisering var samsvarende med frontfaget på 2,4 % i årlig lønnsvekst. Resultatet for overlegene som forhandler lokalt, viste at de ved noen helseforetak fikk et bedre resultat enn frontfagsprosenten.

Gjennomgående var tilbakemeldingene fra de tillitsvalgte at forhandlingene ble opplevet som lite reelle og at arbeidsgiver fremsto som bundet av resultatet fra frontfagene.

Sekretariatet var i dialog med de tillitsvalgte underveis i forhandlingene og ga sentral bistand noen steder. Ved tre helseforetak ble det brudd lokalt som ble brakt inn i de sentrale avsluttende forhandlingenes. Bruddene var på Sykehuset Telemark HF, Nordlandssykehuset HF og Sykehuset i Vestfold.

2.2.3 Twistesaker i Spekter-området

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke tvistesaker fra helseforetakene om tolkningen av tariffavtalene i sykehus. Spekter og Legeforeningen er uenige om tolkningen av en rekke av overenskomstens bestemmelser. Hvorvidt vi skal sette disse uenighetene på

spissen gjennom en lokal og sentral tvistebehandling, og deretter bringe rettstvisten inn for endelig avgjørelse i Arbeidsretten, beror på en bredt sammensatt vurdering der en rekke forhold spiller inn.

2017 var et spesielt år fordi partene fortsatt ikke var enige om hovedoppgjøret 2016. Som følge av det, har det ikke blitt gjennomført formelle tvistesaker.

Passiv tilstedevakt

Legeforeningen har i en årrekke vært uenig med Spekter om det er lov til å avtale at arbeid tilstede på sykehuset ikke beregnes fullt ut som arbeidstid (passiv tilstedevakt), slik overenskomsten gir grunnlag for. Legeforeningen mener at Arbeidstidsdirektivet i EU setter grenser for denne måten å telle arbeidstid på. Legeforeningen brakte en sak om en tjenesteplan ved OUS/Radiumhospitalet med passiv tilstedevakt inn for Oslo tingrett. Hovedforhandling i saken var i mars 2017.

I den konkrete saken var det et spørsmål om arbeidsgiver overholdt kravene etter EUs arbeidstidsdirektiv som uttrykkelig fastslår at arbeidstaker ikke kan pålegges arbeid utover 48 timer per uke i gjennomsnitt. Spekter innrømmet at i relasjon til denne bestemmelsen må all tid til stede telle 1:1. Dersom arbeidstiden etter tjenesteplan går utover dette kreves det et samtykke fra den enkelte lege. Samtykke til arbeid utover 48 timer må gis av den enkelte lege for tjenesteplanen som sådan. I tillegg må det gis i hvert enkelt tilfelle som inkluderer overtidarbeid. Det kan ikke gis et generelt forhåndssamtykke (og det kan ikke presumeres). Passiv vakt kan ikke legges i den arbeidsfrie perioden. Dersom den enkelte lege ikke samtykker til slikt arbeid må tjenesteplanen endres.

Etter denne innrømmelsen trakk Legeforeningen saken, og partene var enige om å ha fortsatt dialog om temaet.

Passiv tilstedevakt er lite brukt. Det er klart at en slik arbeidstidsordning forutsetter at arbeidet vesentlig må være av passiv art. Omfanget av gjøremål og plikter må for størstedelen av arbeidstiden være så lite at det ikke krever nevneverdig innsats. Den aktuelle saken løste ikke alle problemstillingene ved 1:3 beregning av passiv tilstedevakt. Spekter og Legeforeningen er enige om å diskutere dette spørsmålet i hovedoppgjøret 2018.

2.2.4 Implementering av faste stillinger

Legeforeningen fikk i tariffoppgjøret 2014 gjennomslag for avtale om fast ansettelse for leger i spesialisering med Spekter. Implementeringen skulle skje gradvis, og etter 1.7.2015 er hovedregelen at leger i spesialisering skal ansettes fast. Unntak fra hovedregelen om fast ansettelse er nærmere avtaleregulert, blant annet for vikariater og for nødvendig tjeneste på annet helseforetak som ledd i spesialiseringen (såkalte gjennomstrømningsstillinger, hjemlet i bestemmelsen om praksisarbeid).

Det var forventet at det ville ta tid å implementere en så stor reform. Det har gått nærmere tre år siden kravet trådte i kraft. Legeforeningen har etterlyst at arbeidsgiversiden inntar en enda mer aktiv rolle for å sørge for realiseringen. Dette stiller krav til både oversikt over situasjonen og konkrete tiltak.

Også 2017 var preget av fortsatt mye arbeid med implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Det gjaldt både dimensjoneringsarbeid mellom faste stillinger og såkalte gjennomstrømningsstillinger, fordypningsstillinger og ansettelsesprosesser. I 2017 var det

dessuten mange problemstillinger knyttet til arbeidstakers rett til fast ansettelse etter arbeidsmiljøloven etter tre års sammenhengende ansettelse som vikar. Denne retten har medført en tilbakeholdenhet hos helseforetakene til å utlyse faste stillinger, ansette med hjemmel i vikariatsbestemmelsen og en dreining over til bruk av lovens praksisarbeidsbestemmelse.

Særlig ved Oslo universitetssykehus HF hadde det oppstått en rekke utfordringer knyttet til implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Ved at det ble dimensjonert med altfor mange gjennomstrømningsstillinger, ble det utlyst svært få faste stillinger for leger i spesialisering. Det har også i liten grad vært utlyst fordypningsstillinger. OUS har av frykt for at flere skal få rett til fast ansettelse etter tre år i vikariat, også begrenset utlyste vikariater. I stedet defineres vikariatene som gjennomstrømningsstillinger. Det ble i hele 2017 jobbet lokalt og sentralt for å finne løsninger på de ulike problemstillingene.

2.2.5 Forhandlingsarbeidet i stat

Akademikerne kom til enighet med staten om mellomoppgjøret 2017 om morgenen lørdag 29.4.2017. Mellomoppgjøret var en oppfølging av det partene ble enige om i 2016 om at lønnsutviklingen for Akademikernes medlemmer skal forhandles lokalt i den enkelte virksomhet. Med 2017-oppgjøret tok Akademikerne enda et skritt i denne retning. Lønnsforhandlingene skjer ikke lenger sentralt, men i den enkelte virksomhet. Med lokale forhandlinger baseres lønnsutvikling for den enkelte i større grad på utdanning, kompetanse, ansvar, innsats og resultater – et ønske fra organisasjoner som representerer ansatte med høyere akademisk utdanning gjennom mange år. For arbeidsgiver er det viktig å kunne bruke lønn som virkemiddel for å beholde og tiltrekke seg riktig kompetanse.

I mellomoppgjøret 2017 ble det gjennomført viktige systemendringer i Akademikerens Hovedtariffavtale;

- Rammen for Akademikernes oppgjør er på linje med arbeidslivet for øvrig, og all lønn forhandles lokalt.
- Lønnstabellen med lønnstrinn fjernes, og lønn oppgis i kroner. Partene lokalt står fritt til å heve lønningene med et hvilket som helst beløp.
- Lokalt har man mulighet til å opprette arbeidstitler, noe som åpner opp for en større bruk av titler knyttet til arbeidsoppgaver og profesjon.
- Lokalt kan man benytte alle virkemidler: Generelle tillegg til alle medlemmer, individuelle tillegg og eventuelt heving enkeltgrupper.

Rammen for 2017-oppgjøret var på linje med frontfaget og arbeidslivet for øvrig. Hele den disponible rammen på 0,85 % av Akademikernes lønnsmasse per 1.10.2017 gikk til lokale forhandlinger. Akademikernes oppgjør i 2016 er årsaken til at det var noe mindre friske midler til fordeling i 2017.

Akademikernes hovedtariffavtale er ulik de øvrige hovedsammenslutningenes hovedtariffavtale, og innebærer at avsetningen til lokale forhandlinger for våre medlemmer, beregnes av vår egen lønnsmasse. Akademikerne er derfor ikke lenger med på å subsidiere lønnstillegg til andre grupper av arbeidstakere.

2.2.6 Forhandlingsarbeidet i KS-området

Mellomoppgjøret i området endte med at alle medlemsforeningene aksepterte siste tilbud fra KS.

For Legeforeningens medlemmer skjer lønnsforhandlingene lokalt i den enkelte kommune, uten en sentralt fastsatt ramme. Basert på henvendelser til sekretariatet og innmeldte resultater er det grunn til å tro at Legeforeningens medlemmer oppnådde en bedre lønnsvekst enn sammenliknbare grupper.

Oppgjøret var et mellomoppgjør. Det var således kun lønn som var tema i forhandlingene.

2.2.7 Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området

Mellomoppgjøret endte med brudd mellom partene. Bruddet kom ikke som en følge av den økonomiske rammen for oppgjøret, men fordi siste tilbud la opp til en sentral lønnsdannelse uten en lokal del. Oppgjøret ble brakt i havn 24. mai gjennom mekling. Akademikerne fikk ikke gjennomslag for en lokal pott, men det ble oppnådd enighet om å sette seg ned høsten 2017 for å diskutere veien videre for forhandlingssystemet i Oslo kommune. Dette ble fulgt opp med et møte høsten 2017, uten konkret utfall.

Oppgjøret la opp til en samlet lønnsvekst på ca. 2,4 prosent i 2017, og endte dermed på linje med oppgjørene i privat sektor og offentlig sektor for øvrig.

Legeforeningens medlemmer i Helseetaten (HEL) og Sykehjemsetaten (SYE) har lokal lønnsdannelse, i hovedsak etter modell fra KS. For disse medlemmene skjedde dermed lønnsdannelsen lokalt.

2.2.8 Forhandlingsarbeid 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.

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.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen er viktig for Legeforeningen innenfor Virke-område, med dets arbeidstids- og lønnsbestemmelser (som suppleres av eventuelle lokale avtaler ved sykehusene). Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter varte i utgangspunktet frem til 31.12.2016. Avtalen ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2017.

Legeforeningen og Virke møttes den 7.3. og 13.3.2017 for å forhandle om endringer i den sentrale særavtalen som omfatter en rekke helserelaterte virksomheter. Til tross for grundige forberedelser, innså partene at det er behov for ytterligere dialog om de viktige temaene som ble berørt i årets forhandlinger. Resultatet ble at avtalen prolongeres med to år. Det betyr at de samme bestemmelsene videreføres frem til 31.12.2018.

Legeforeningen hadde en rekke krav til endringer i den sentrale særavtalen. Viktige temaer var arbeidstid, vaktfritak for gravide, faste stillinger for LIS og styrkede rettigheter når det gjelder kompetanseutvikling. Virke ønsket en utvidelse av dagarbeidstiden fra kl. 07-17 til

kl. 07-18 og 07-19 for leger som ikke går vakt, altså dagarbeidstid som tilsvarer avtalen med Spekter. Virke ønsket imidlertid ikke å møte våre krav. For Legeforeningen var det viktig å ikke øke arbeidsgivers styringsrett når det gjelder arbeidstidsordninger.

I 2017 ble det også avholdt sentrale forhandlinger om mellomoppgjøret i Virke. Det var ingen sentrale temaer for Legeforeningen i årets mellomoppgjør. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt.

Det ble fra våren 2017 og utover året 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, og at forhandlingene ble gjennomført på en god måte. Virke har ikke en sentral oversikt over lønnsdata fra sine medlemsvirksomheter, slik at komplette beregninger for de sentrale oppgjørene i Virkeområdet forefinnes ikke for 2017. Legeforeningen har likevel ganske god innsikt i resultatene basert på tilbakemeldinger fra tillitsvalgte.

For øvrig har Legeforeningens representanter i Akademikerforeningene deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger.

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.3.1 Rammeavtale for fastlegeordningen KS

ASA 4310 – Rammeavtale mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene (heretter kalt rammeavtalen) regulerer kommunens og fastlegenes oppgaver, og ble sist revidert i revidert i 2012.

Det var allerede ved inngangen av 2017 klart at det var et behov for å reforhandle avtalen på flere punkter. Man ønsket blant annet å heve aldersgrensen for automatisk opphør av avtalen, regulering av såkalte "null-lister", tydeliggjøring av rettigheter og ansvar ved inntak av vikar, endringer som følge av endringer i struktur og innhold i spesialistutdanningen for allmennmedisin, regulering av rekrutteringsstillinger osv.

Forhandlinger om revisjon av rammeavtalen startet 23.10.2017. Forhandlingene foregikk parallelt med forhandlinger av særavtalen for legetjenesten i kommunene (SFS 2305). Se mer om dette i pkt. 2.2.6.

Hovedutfordringene før forhandlingsstart var de store utfordringene i fastlegeordningen med blant annet økende rekrutteringssvikt og stadig økende oppgavemengde for fastlegene. Utover året var det kommet stadig sterkere til uttrykk en utbredt misnøye blant fastlegene. Det utviklings- og oppjusteringsbehov av fastlegeordningen som Legeforeningen over år har pekt på, uten å få et tilstrekkelig gehør, begynte i 2017 for alvor å vise seg.

Forhandlingene viste seg å bli svært krevende. Til tross for et stort behov for å gjøre nødvendige endringer i rammeavtalen for å legge til rette for rekruttering av fastleger samt å kunne beholde fastleger, opplevde vi ingen vilje hos KS til å gjøre nødvendige endringer på noe vesentlig punkt. Underveis i forhandlingene var det enighet om noen nye elementer i rammeavtalen. KS gikk imidlertid tilbake på disse, og krevde prolongering.

Legeforeningen vurderte å si opp rammeavtalen. Sett hen til at det ble brudd i forhandlingene om særavtalen (SFS 2305) for leger i kommunene (jf. pkt. 2.2.6 over), kom vi til at oppsigelse

av rammeavtalen på dette tidspunktet ville skape usikkerhet og kaos, noe ingen av partene var tjent med. Vi valgte derfor en tidsbegrenset forlengelse av eksisterende rammeavtale i ett år.

2.3.2 Rammeavtale for fastlegeordningen Oslo

Avtalen med Oslo kommune ble reforhandlet i 2014, og trådte i kraft fra 1.7.2014 med varighet til 31.12.2015. Den har etter dette blitt prolongert, med to protokolltilførsler;

- 1) Opprettelse av partssammensatt utvalg som vil gjennomgå og vurdere organiseringen av legevakt i sin helhet
- 2) Avtalens punkt 7.5, 2 ledd gis anvendelse også for nyopprettede hjemler.

Ad 1) Partssammensatt utvalg – legevakt Oslo kommune

Partssammensatt utvalg ble nedsatt i september 2016, og det ble avholdt fire møter i perioden 27. 9.2016 til 22.3.2017. Arbeidsgruppen presenterte 7.4. 2017 en rapport hvor utfordringer og konkrete tiltak beskrives.

Fra Legeforeningen har Gunnar Frode Olsen/Kristin Hovland fra Oslo legeforening og Egil Johannesen fra AF, i tillegg til sekretariatet deltatt. Fra Oslo kommune har Johan Torper, Anne Christine Breivik, Jon Ørstavik, Erlend Elde og Bjørn Slettvold deltatt. Sekretariatet og representant for legevakten gjennomførte i 2016 en questback. Her ble det avdekket en del utfordringer med hvordan Oslo kommune organiserer og drifter legevaktstjenesten, som i stor grad ligger til grunn for rapporten utvalget har utarbeidet. Oppfølgingen av tiltakene som er beskrevet i rapporten, vil være avgjørende for om det blir behov for å reforhandle rammeavtalen med Oslo i 2018/2019.

2.3.3 Rammebetingelser avtalespesialister

Legeforeningen har engasjert seg på flere områder i forbindelse med utvikling av rammebetingelser for avtalespesialister.

Legeforeningen og RHF-ene er opptatt av å styrke samarbeidet mellom avtalespesialist og helseforetak. Rammeavtalen forplikter legen til aktivt å medvirke til at slikt samarbeid kommer i gang. Legeforeningen og RHF-ene utarbeidet våren 2016 felles veiledningsmateriale og mal til samarbeidsavtale for å understøtte prosessen med og inngåelsen av, samarbeidsavtaler. Det er avtalefestet og forutsatt mellom partene at samarbeidet skal være likeverdig og basert på enighet mellom partene. Sekretariatet har bistått enkelte avtalespesialister ved inngåelse av samarbeidsavtaler.

Det har vært en tydelig forutsetning fra både den forrige og nåværende regjering at avtalespesialistordningen skulle utvikles, herunder at det skulle etableres flere hjemler. Legeforeningen har reagert på at politiske bestillinger om å utvide antall avtalehjemler ikke har blitt iverksatt av RHF-ene og har hatt møter både med Helseministeren og representanter for RHF-ene om dette.

Legeforeningen har også vært pådriver for at RHF-ene gjennomfører arbeidet med regionale planer. I 2017 har Legeforeningen ved PSL deltatt i utarbeidelse av regional plan i Helse Sør-Øst. Legeforeningen har underveis i prosessen reagert på at planen blant annet foreslår at enkelte spesialiteter ikke lenger skal omfattes av avtalespesialistordningen. Legeforeningen har reagert på prosessen og manglende utredning. Dersom planen skal gi anbefalinger om spesialiteter som ikke lenger skal omfattes av ordningen, bør dette utredes på en helt annen og mer grundig måte enn det man har hatt tid og ressurser til i det aktuelle planarbeidet.

Begrunnelsene som gis for slik utfasing er mangelfulle, sviktende og lite faglig fundert. Slik denne arbeidsgruppen er satt sammen, er den ikke egnet til å foreta de faglige vurderinger som må gjøres før man eventuelt anbefaler en utfasing av eksisterende spesialiteter i ordningen. Begrunnelsene for utfasing er også i for stor grad ensidig basert på behov som helseforetakene har formidlet. Legeforeningen har tatt opp saken i flere fora og nivåer i Helse Sør-Øst.

Partene ble i 2017 enige om at det var behov for mer forpliktende og løpende samarbeid mellom de sentrale partene, og har avtalt å møtes fire ganger årlig for å diskutere praktisering av rammeavtalen og utvikling av ordningen.

Sommeren 2017 ble ansvaret for rettighetsvurdering i avtalepraksis og LIS i avtalepraksis flyttet fra Helsedirektoratet til henholdsvis Helse Vest og Helse Sør-Øst. Legeforeningen var representert i prosjektgruppe og styringsgruppen i Helse Sør-Øst knyttet til utvikling av rammebetingelser for LIS i avtalepraksis.

Det har i flere år vært jobbet med å få på plass en modell for Innsatsstyrt finansiering (ISF) for enkelte kostnadskrevende prosedyrer som det er ønskelig at skal utføres i avtalepraksis. Helsedirektoratet har utarbeidet en modell for dette. RHF-ene og Legeforeningen skal nå ta dette et skritt videre og bli enige om noen prosedyrer som kan være en pilot for dette. Legeforeningen har oversendt enkelte forslag fra de ulike spesialitetene til RHF-ene.

Legeforeningen deltar også i et pilotprosjekt om utvikling av journalsystemet DIPS til bruk i avtalepraksis i et prosjekt ledet av Helse Vest RHF.

2.3.4 Normaltariffoppgjøret 2017

Forhandlingen om Normaltariffen ble sluttført 15.6.2017. Partene ble enige om en ramme på 1,9 % økning i takster, driftstilskudd, basistilskudd og fondsøkonomien. I dette lå en inntektsøkning på 2,4 % som er på linje med utviklingen i resten av samfunnet, og en kostnadsdekning på 2,9 %.

Avsetningen til konkrete utviklingsprosjekter for EPJ-systemene ble videreført i 2017. Dette arbeidet ble igangsatt i 2014 og har gitt verdifull utvikling av funksjonalitet i EPJ-systemene. Legeforeningen skal sammen med helsemyndighetene følge opp prosjektene partene er enige om å prioritere.

Det var lite rom for å opprette nye takster innenfor oppgjøret, men det ble likevel rom for en ny takst for spesialister i allmennmedisin som tillegg til tidstaksten. For fastlegenes del ble økning i takster som honorerer spesialistutdanning, sykebesøk og ultralyd tilgodesett spesielt. For avtalespesialistene fikk man gjennomslag for to nye takster og en rekke viktige utvidelser av eksisterende takster som bidrar til ytterligere modernisering og utvidelse av avtalepraksis. Det ble avsatt to millioner kroner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenstepensjonsordning.

Avtale om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse for forsikringsselskap mellom Legeforeningen og Finans Norge (FNO) ble reforhandlet i 2017. Sekretariatet hadde mottatt svært få henvendelser knyttet til arbeid for forsikringsselskap i perioden, og ingen som ga grunnlag for krav om tekstlige endringer i avtalen. Det var derfor bare honorarsatsene som ble endret. Satsene ble fra 1.7.2017 regulert med 5 % på de to takstene som benyttes mest og 3 % på øvrige.

Avtalen med Statens Pensjonskasse om veiledende honorar og retningslinjer for helseopplysninger ble sagt opp av Legeforeningen til reforhandling i mars. Partene var enige om at avtalen fungerer godt, slik at årets forhandlinger kun dreide seg om økning i honorarsatsene. Partene ble enige om en økning i de veiledende satsene med 3 % med virkning fra 1. juli.

2.4 Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger

2.4.1 Primærhelseteam

Legeforeningen var fra mai 2017 til årsskiftet involvert i Helsedirektoratets forberedende arbeid med pilotordningen for primærhelseteam. Arbeidet dreide seg særlig om å gi innspill til direktoratets prosjektskisse, herunder særlig publikasjonen *Primærhelseteam - Kvalitet, Ledelse og Finansiering*. Foreningen deltok sammen med KS i flere diskusjonsmøter i direktoratet, og ga tidlig tilbakemelding om bekymringer med hensyn til finansiering og organisering av piloten. Foreningen arbeidet også med å gi informasjon til alle medlemmer om forslaget til pilotordning. Det ble lagt særlig vekt på å opprette dialog med legekontorer som viste interesse for piloten ved å søke direktoratet om deltakelse. I denne sammenheng ble det utarbeidet flere informasjonsskriv med foreningens vurderinger som ble sendt ut via medlemsnytt, og til enkelte legekontor. Foreningen bistod videre med medlemsrådgivning angående primærhelseteam over telefon. Sammen med blant annet Helsedirektoratets prosjektgruppe ble det gjennomført besøk hos én legepraksis som hadde søkt om deltakelse.

Legeforeningen mottok før årsskiftet Helse- og omsorgsdepartementets høring av forslag til nytt og endret regelverk for gjennomføring av primærhelseteampiloten, og tok rett før årsskiftet initiativ for å innhente foreningsleddenes synspunkter på forslaget.

2.4.2 Personvernforordningen og behandling av personopplysninger

Legeforeningen har i 2017 brukt mye ressurser på et arbeid rundt behandling av personopplysninger. Bakgrunnen for dette er at ny lov for behandling av personopplysninger trer i kraft 25.5. 2018. Regelverket er i stor grad en gjengivelse av EUs personvernforordning (GDPR). Reglene vil gjelde for alle virksomheter som behandler personopplysninger, hvilket innebærer at det gjelder for Legeforeningen, for de ulike foreningsleddene som selvstendige rettssubjekter og for næringsdrivende leger.

Regelverket innebærer ingen revolusjon sammenliknet med dagens regelverk. Likevel innebærer det noen skjerpede krav, høyere bøter og stiller større krav til egenkontroll for virksomhetene i relasjon til behandlingen av personopplysninger. Samtidig har vi avdekket at den behandlingen som skjer i dag ikke nødvendigvis oppfyller alle krav etter dagens regelverk. Dette er ikke særegent for Legeforeningen, men gjør at arbeidet for å etterleve regelverket har vært, og er, omfattende. Brudd på regelverket vurderes å innebære særlig en stor omdømmemessig risiko for foreningen.

Arbeidet i 2017, som vil gå videre inn i 2018, omfatter behandling av personopplysninger i sekretariatet, foreningsledd og for næringsdrivende leger. Sekretariatet har kartlagt dagens behandling av personopplysninger, sett på rutiner for behandling av personopplysninger og hvilke tiltak vi må gjøre i systemer for å være forenlig med det nye regelverket. Det er holdt ulike informasjonsmøter og kurs i sekretariatet. Vi jobber også med rådgivning overfor de ulike foreningsleddene, siden disse er selvstendig behandlingsansvarlige etter personvernregelverket. Videre jobbet vi med rådgivning ovenfor de næringsdrivende legene, som også er selvstendig behandlingsansvarlig og vil påvirkes av endringene i regelverket. Vi tok også tatt initiativ til samarbeid med Akademikerne i sakens anledning.

2.5 Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg

2.5.1 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 ordningen. Det kan for eksempel dreie seg om helserettslige spørsmål (herunder taushetsplikt), samarbeidsavtaler i privat praksis, husleierett, en del selskapsrettslige problemstillinger, pengekravsrett og generell avtalerett. Det juridiske medlemstilbudet omfatter normalt ikke skatte- og selskapsrett. Det ble derfor i 2017 inngått avtale med Skattebetalerforeningen, som en prøveordning, for å komplementere medlemstilbudet. Avtalen skal evalueres i 2018. 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.

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

Sekretariatet håndterer daglig forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt noe økonomisk rådgiving. Sekretariatet forsøker å bidra til effektiv rådgivning gjennom telefonvaktordninger og veiledere, 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 de senere år. Sekretariatet har erfart at dette har økt ytterligere i 2017. Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke.

Jus- og arbeidslivsavdelingen i Legeforeningen opprettet og registrerte 4 585 nye saker i 2017, hvorav en mindre del av disse også innbefatter yrkesforeningenes registrerte saker. Tilsvarende tall for 2016 var 4 149. Utover dette antallet besvares svært mange henvendelser på telefon i vaktentralen og direkte telefoner, 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. Sekretariatet har fokus på å effektivisere saksbehandlingen. Det jobbes med å implementere bedre elektroniske hjelpemidler.

Det var opprettet et rettshjelpsprosjekt, som startet sitt arbeid i slutten av 2015. Dette prosjektets anbefalinger ble fremmet for landsstyret i 2016, noe som blant annet innebar en målrettet styrking av den juridiske kapasiteten i sekretariatet i form av tre nye jurist-/advokatstillinger. Videre ble det gitt signaler om økt ressursbruk til ekstern juridisk bistand i form av bevilgninger fra Rettshjelpsutvalget. Sentralstyret besluttet på slutten av 2016 at enkelte temaer skulle utredes videre for å styrke og utvide tilbudet til medlemmene. Prosjektet ble avsluttet i 2017. Videre ble rettshjelpsavsetningen, som kan benyttes der det oppstår behov for bevilgninger til ulike former for juridiske tjenester, styrket.

2.5.2 Tilsynssaker

Sekretariatet har bistått over hundre medlemmer i enkeltsaker, i tillegg til omfattende uformell rådgivning. Det har vært en merkbart økning i antall henvendelser. En særlig utfordring er at det er svært lang saksbehandlingstid hos både Fylkesmannen, Statens helsetilsyn og Helseklage-/Helsepersonellnemnda. I tillegg til at tilsynsmyndighetene fortsatt har et stort forbedringspotensiale i å gi veiledning og å fatte tydelige, konstruktive vedtak, ser vi en

økning av saker som ikke blir godt nok opplyst. Vi ser også tydelige tegn på manglende ressurser og kapasitet. Vi har også merket oss en økning i saker hvor "ressursbruk" og misbruk av trygdens midler har vært vurderingstema. For sistnevnte har vi vært opptatt av å få frem at tilsynet må foreta egne vurderinger og ikke kun basere seg på de vurderinger Helfo har gjort. Dette har vi blitt hørt med i Helsepersonellnemnda, og vil følge tett videre.

Etter at vi i møte med tilsynet påpekte utfordringer med hvordan man skal kunne gjenopprette tillit og "få tilbake" autorisasjonen i saker med tilbakekall på grunn av atferd uforenlig med yrkesutøvelsen, har de forbedret og tydeliggjort dette i rundskriv IK-2/2017. Samarbeidet med de fagmedisinske foreningene om medisinskfaglige vurderinger i tilsynssaker fungerer godt, og oppleves som en reell styrking av vårt medlemstilbud.

2.5.3 Ansatte leger

Sekretariatet har over lang tid hatt et økende antall henvendelser fra sykehusleger i 2017. Dette har blant annet omhandlet spørsmål knyttet til tolkning av tariffavtalene og rettigheter etter disse. Også i 2017 har særlig vanskelige og ressurskrevende saker knyttet til arbeidsmiljø og stillingsvern utpekt seg. Sekretariatet har mange henvendelser som gjelder bekymring for pasientsikkerhet og forsvarlighet som følge av innstramminger og høy arbeidsintensitet- og belastning. Tillitsvalgte rolle og ansattes yringsfrihet har vært høyaktuelle temaer, og flere leger har opplevd å bli straffet på ulike måter av arbeidsgiver for sine faglige utspill.

Enkeltsaker 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 2017 arbeidet med diskrimineringssaker, og spesielt kjønnsdiskriminering. I praksis dreier dette seg om diskriminering grunnet svangerskap og foreldrepermisjoner, og da i hovedsak kvinner. 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 i denne typen saker. I tillegg har det også forekommet noen saker om aldersdiskriminering. Sett hen til at pensjonsordningene endres, vil flere måtte stå i jobb lengre, slik at dette er et tema som vil måtte få økt fokus fremover.

Også fra statlige og kommunalt ansatte leger kommer det henvendelser, både av individuell og arbeidsrettslig karakter, spørsmål knyttet til tolkning av tariffavtalene og til yrkesutøvelsen som lege. I statlig sektor har det også vært en del omorganiseringer der medlemmer har hatt behov for juridisk bistand for å ivareta sine rettigheter.

Særlig om styrking av tilbudet til foretakstillitsvalgte på universitetssykehus

Landsstyret har etterspurt muligheter for at Legeforeningen kunne etablere et tilbud om merkantile tjenester til tillitsvalgte med arbeidskrevende verv for å støtte dem i deres hverdag. Sentralstyret besluttet å etablere et prøveprosjekt som ble igangsatt i 2017. Målet er å tilby merkantile tjenester i form av mulighet for arkiv, bistand til innhenting av ulik informasjon i form av lokale medlemsundersøkelser m.m. Målet var at tjenestene skulle være operative tidlig i 2017 og skulle gi tilbud til foretakstillitsvalgte ved universitetssykehusene. Tiltredelse i prosjektstillingen skjedde februar 2017. I løpet av våren har det vært møter med alle foretakstillitsvalgte på alle de aktuelle foretakene for å diskutere hvilke tjenester de ønsker skal inngå i dette tilbudet. En viktig del av prosjektet har vært arbeidet med å opprette ulike

IT-tjenester til de foretakstillitsvalgte, som grupperom i SharePoint og egne e-postkontoer. I tillegg får foretakstillitsvalgte bistand til å gjennomføre Questback-undersøkelser og valg, og de får hjelp til å få oversikt over medlemmer, oppdatere medlemslister og få tilgang til kontaktinformasjon. Sentralstyret besluttet å videreføre prosjektet med merkantil støtte til foretakstillitsvalgte ved universitetssykehusene frem til 1.7.2018. Sentralstyret skal da gjennomføre en evaluering.

2.5.4 Næringsdrivende leger

I 2017 har det fortsatt vært en jevn økning i etterspørselen etter juridisk bistand fra næringsdrivende leger. Bistanden omfatter alle problemstillinger knyttet til legens yrke, især arbeids- og helserettslige problemstillinger samt spørsmål knyttet til selve fastlegeavtalen. Tilsynssaker utgjør en særlig stor andel av sakene hvor sekretariatet gir råd. Også i saker knyttet til særavtalen SFS 2305, og da særlig legevakt, ytes bistand i betydelig omfang.

Enkeltsakene på dette området handler ofte om arbeidsbelastning og honorar/sosiale rettigheter. I mange tilfeller har vi bistått tillitsvalgte med forhandlinger med kommuner om særskilte lokale ordninger. Det har også vært en pågang fra avtalespesialister, da flere har fått utfordringer knyttet til avtaleforholdet med RHF-et, både i løpende avtaler og ikke minst ved opphør av avtalen i form av inndragning og omlokalisering.

Det har vært gitt arbeidsrettslige råd i saker om oppsigelser av hjelpepersonell, sykefraværsoppfølging, virksomhetsoverdragelse, samt pensjons- og lønsspørsmål og inngåelse av tariffavtaler.

Sekretariatet har videre bistått leger med spørsmål knyttet til refusjon, kravet til veiledet tjeneste for allmennleger/nye krav til spesialisering og andre søknader om godkjenninger til Helsedirektoratet. Det har vært mange saker knyttet til lang saksbehandlingstid i direktoratet, og de konsekvenser dette har fått for legene. Det har vært flere takstsaker mot Helfo. Mange av sakene som kommer inn til sekretariatet omhandler problemstillinger med utspring i legenes avtaleforhold med kommune eller RHF. Erfaringer fra de mange enkeltsakene sekretariatet er involvert i gir et verdifullt erfaringsgrunnlag i Legeforeningens forberedelser av ulike forhandlingsløp.

Sekretariatet har den siste tiden sett mer av saker vedrørende personvern, herunder problemstillinger knyttet til bruk av ny teknologi i forbindelse med både pasientbehandling og pasientkommunikasjon. I 2018 skal det innføres en ny forordning om personvern i EU og EØS, som innebærer nye prinsipper og regler som vil påvirke både offentlige og private virksomheter. Sekretariatet bistår med tilpasning til regelverket. Det vises til punkt (2.4.2) for mer informasjon om dette arbeidet.

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. Sekretariatet gir imidlertid veiledning om hvilket regelverk som gjelder og hvordan dette generelt er å forstå. Dette skjer i utstrakt grad. Sekretariatet har også god erfaring med tvisteløsning mellom leger, og opptrer som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

2.5.5 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsutvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av sentralstyret. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til ekstern juridisk bistand innenfor gitte saksområder.

Utvalget tok stilling til totalt 29 søknader om rettshjelp i 2017. For 2016 var tallet 46. Det ble fattet vedtak om å innvilge støtte i 18 saker, og vedtak om avslag i 11 saker. Én av sakene ble behandlet etter hastefullmakten av leder og sekretariat. Én av sakene har vært henvist til sentralstyrebehandling pga. klage på vedtak om avslag om støtte til rettssak. Størstedelen av sakene hvor det ble innvilget støtte dreide seg enten om arbeidsrettslige problemstillinger eller tilsynssaker. Disse to sakstypene har vært dominerende i hvert fall de siste 15 årene.

Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis.

2.5.6 Rettslige prosesser

Sekretariatets advokater og advokatfullmektiger er involvert i en rekke prosesser hvert år. Mange blir forlikt. Noen få av dem kommer til doms. Arbeidsrett er en meget stor del av porteføljen, mest hvor legen er arbeidstaker, men også noen hvor legen er arbeidsgiver. Sekretariatet fører også andre type saker for domstolene. Nedenfor er to slike eksempler fra 2017.

Sak om gyldigheten av Helfo-vedtak i tilbakekrevings sak

En fastlege hadde iht. vedtak fra Helfos ankeinstans betalt tilbake om lag kr 420 000 for feil bruk av takst 14 i Normaltariffen. Saken, som ble brakt inn for Halden tingrett, gjaldt gyldigheten av Helfos vedtak om tilbakekreving. Partene var enige om at det forelå feil takstbruk. Fastlegen hadde sammen med en psykiater gjennomført hyppige terapitimer med pasienter, mens takst 14 skal brukes for møter av mer koordinerende/planleggende art, hvor helsepersonell i tverrfaglige møter legger opp en plan for behandlingen. Spørsmålet var om legen var i aktsom god tro da han brukte taksten feil, jf. folketrygdloven § 22-15 a.

Legen hadde i 2002 vært i kontakt med det som tidligere var folketrygdens oppgjørskontor om hvorvidt han kunne bruke takst 14 for møtene som ble gjennomført. Etter en konkret bevisvurdering festet tingretten lit til legens fremstilling om at han hadde fått godkjent sin bruk av takst 14, og at han ved sin kontakt med trygdemyndighetene hadde gjort det som "med rimelighet kan kreves for å bringe på det rene" hva som var riktig bruk av taksten. Det kunne etter tingrettens oppfatning ikke kreves at han senere skulle ha undersøkt dette på ny mellom 2002 og kontrollperioden fra 2009 til 2012. Helfos vedtak ble dermed kjent ugyldig, og staten ble ved tingrettens dom av 23.1.2017 dømt til å betale tilbake om lag kr 420 000 med tillegg av forsinkelsesrenter og sakskostnader (til Legeforeningen).

Staten anket tingrettens dom til Borgarting lagmannsrett. 1.11.2017 ble partene imidlertid enige om et forlik som gjorde at legen økonomisk sett kom ut relativt nært utfallet etter tingrettens dom. Forliket innebærer ikke erkjennelse av ansvar for noen av partene.

Sak om gyldigheten av oppsigelse og rett til å utføre legearbeid i oppsigelsestiden

En kommunelege ble sagt opp fra sin stilling. I sammenheng med oppsigelsen vedtok kommunen at legen ikke hadde rett til å utøve pasientrettet arbeid i oppsigelsestiden, og legen ble overført til administrativt arbeid. Kommunen begrunnet dette blant annet med at legen etter et vedtak i Helsetilsynet var gitt begrenset autorisasjon. Spørsmålet om arbeid i oppsigelsestiden ble brakt inn for tingretten etter tvistelovens regler om midlertidig forføyning.

Retten ga kommunen medhold, og kom til at det ikke ble sannsynliggjort at kommunens vedtak var i strid med de arbeidsrettslige plikter og rettigheter som gjelder mellom partene. Retten bestemte at hver av partene dekket sine egne sakskostnader.

I samme sak ble det senere tatt ut stevning for tingretten med krav om at oppsigelsen var ugyldig etter arbeidsmiljøloven § 15-7. I forkant av hovedforhandlingen ble det berammet rettsmekling, som ble holdt for lukkede dører. Det ble oppnådd enighet mellom partene, som inngikk et utenrettslig forlik. Saken ble begjært hevet som forlikt, og partene dekket egne sakskostnader.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Sentralstyret vedtok i august 2016 at rapporten skulle danne grunnlag for Legeforeningens politikk i spørsmål om medisinsk grunnutdanning. Det ble i februar 2017 vedtatt en milepælsplan for å følge opp de aktiviteter og forslag til tiltak som rapporten skisserer. Noen av aktivitetene er fulgt opp i 2017, som behovet for flere LIS1-stillinger, økt utplassering i allmennmedisin og lovfestet undervisningsansvar i kommunehelsetjenesten.

3.1.2 Turnustjenesten/LIS1 fra 1.9.2017

Turnustjenesten som begrep er nå avviklet og videreføres som LIS1 fra 1.9.2017. LIS1 er første del av spesialiseringen. Legeforeningen anser det som en uakseptabel situasjon at Norge ikke dimensjonerer spesialistutdanningen for leger etter det faktiske legebehovet nå og i fremtiden, men heller i stor grad baserer seg på ferdigutdannede spesialister utdannet i utlandet. Legeforeningen har over flere år påpekt at kapasiteten i ordningen ikke er tilstrekkelig. Differansen mellom behovet for leger og antall LIS1 er minst 200 per år og Legeforeningen har tatt dette opp med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). Saken ble fulgt videre opp i forbindelse med kommentarer til statsbudsjettet 2018.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Legeforeningen har levert forslag til reviderte læringsmål for spesialistutdanningens del 1 til Helsedirektoratet.

Spesialitetskomiteene har på oppdrag fra direktoratet gjennomgått, vurdert og kommentert alle høringsinnspill til læringsmålene for del 2 og 3 i de respektive spesialiteter, og avgitt anbefaling om endelige læringsmålsformuleringer til Helsedirektoratet. Komiteene har også arbeidet med anbefalinger om kurs, prosedyrer og andre læringsaktiviteter. Komiteene har utført et særdeles omfattende arbeid med høy kvalitet og til fastsatte frister. Arbeidet har vært gjennomført på en meget god måte i nært samarbeid med sekretariatet. I løpet av året har det vært holdt tre konferanser om spesialistutdanningen der både leder av spesialitetskomiteene og leder av de fagmedisinske foreningene har deltatt.

Det er opprettet en etableringskomité i akutt- og mottaksmedisin som på oppdrag fra Helsedirektoratet har omformulert de vedtatte læringsmålene for å harmonisere oppsett og ordlyd med de andre spesialitetene. Komiteen har også arbeidet med anbefalinger om læringsaktiviteter og kartlegging av behovet for særskilt tilpassede aktiviteter i etableringsfasen. Spesialiteten etableres 1.3.2019.

Helsedirektoratet utreder om spesialiteten generell kirurgi skal videreføres med noe endret faglig profil. Direktoratet har bedt Legeforeningen utarbeide forslag til læringsmål og navn på spesialiteten. Forslag til læringsmål er utarbeidet av spesialitetskomiteene i generell kirurgi og overlevert Helsedirektoratet.

Til å følge utviklingen av spesialistutdanningen har sentralstyret nedsatt en beredskapsgruppe med medlemmer fra FaMe (de fagmedisinske foreningene), de store yrkesforeningene og sentrale tillitsvalgte. Gruppen ledes av presidenten.

Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen vedtatt noen endringer i spesialistregelverket. Kurskravet er endret i spesialiteten geriatri, mens det i spesialiteten

barnesykdommer er gjort endringer i spesialistreglenes punkt 1.2 b) og 1.2 c). Forslag om endring av attestasjonsskjema i anesthesiologi er sendt til Helsedirektoratet.

3.1.4 Etterutdanning

Spesialitetskomiteene innenfor samtlige spesialiteter godkjenner kurs både for legers videre- og etterutdanning.

Arbeidet med obligatorisk etterutdanning av leger med spesialistgodkjenning videreutvikles for hver spesialitet. Dette arbeidet iverksettes i 2018.

3.1.5 Kursutdanning

Til Akademisk Studieforbund har Legeforeningen i 2017 innrapportert 353 kurs på til sammen 8 546 timer. Ca. 700 kurs ble i 2017 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har totalt vært 27 000 – 30 000 deltakere på disse kursene.

E-læring: Legeforeningen har 45 nettkurs i kursportalen. Kursene består av 292 undervisningstimer. Kursene omfatter poenggivende kurs i videre- og etterutdanningen, to tillitsvalgtkurs, et gratis kurs i helseforskningsloven beregnet på forskere, og fire internasjonale kurs beregnet på kursdeltakere fra hele verden.

2 217 betalende brukere fullførte kurs i 2017. Ca. 80 % av fullføringene gjaldt obligatoriske kurs. Av disse er *Sakkyndig arbeid* det mest brukte, med 1 032 deltakere.

Publiseringer i 2017: Legeforeningen publiserte 15 nye valgfrie kurstimer og fem nye obligatoriske kurstimer i løpet av året. Basalkurs i endoskopi (13timer) og et kurs fra Kreftregisteret om Cervix Screening (to timer) utgjør de nye valgfrie kurstimene. Nye obligatoriske kurstimer består av modulene Regelverket og fastlegekontoret (inngår i Grunnkurs A) og Jus og arbeidsliv (inngår i Grunnkurs B).

I tillegg ble 71 kurstimer revidert og nypublisert.

3.1.6 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Per 31.12.2017 var det i gang 73 veiledningsgrupper i allmennmedisin. 52 grupper avsluttet og 43 grupper startet i 2017. Det var ti grupper i samfunnsmedisin. Tre grupper avsluttet og fire grupper startet i 2017. Det var seks veiledningsgrupper i arbeidsmedisin. To grupper avsluttet og to grupper startet i 2017.

Per 31.12.2017 var 323 personer på venteliste i allmennmedisin, 21 i arbeidsmedisin og 54 i samfunnsmedisin. Alle på venteliste i arbeidsmedisin fikk tilbud om plass i veiledningsgruppe i løpet av 2017.

Trinn I i veilederutdanning i allmenn- og arbeidsmedisin ble gjennomført i januar 2017 på Ilsetra med 32 deltakere. Trinn II for samme kull ble gjennomført i september 2017 på Kleivstua med 31 deltakere. I 2017 ble det godkjent 11 veiledere i allmennmedisin.

Det ble i august 2017 gjennomført en tre dagers etterutdanningssamling for veiledere i allmenn-, samfunns-, og arbeidsmedisin på Sola Strand Hotel med 42 deltakere.

3.1.7 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin

Per 31.12.2017 er det registrert 1 256 smågrupper/etterutdanningsgrupper i allmennmedisin (111 nye grupper i 2017). Det er registrert 44 aktive grupper i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

3.1.8 Videre- og etterutdanning i primærmedisin

Forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1.3.2017. Med ny forskrift ble det krav om at leger som tiltrer en fastlegehemmel, stilling ved kommunal legevakt eller annen stilling med oppgave om å yte helsehjelp i medhold av helse- og omsorgstjenesteloven enten må være i spesialisering eller godkjent spesialist i allmennmedisin. Samtidig utfases ordningen om veiledet tjeneste og mulighet for godkjenning som EU-lege/allmennlege.

Oppstart og avslutning av veiledningsgrupper går kontinuerlig. Det er et jevnt tilsig av leger i spesialisering fra hele landet. Det er foreløpig ingen dramatisk økning etter at spesialisering er obligatorisk for fastleger f.o.m. 1.3.2017. Alle leger i spesialisering som fullfører utdanningen i veiledningsgrupper får tilsendt sluttevalueringsskjema via Questback. Svarprosent var på 78. Hovedinntrykket fra svarene er at deltakerne er fornøyd med den gruppebaserte veiledningen over to år.

Sola-samlingen for veiledere ble i 2017 lagt til slutten av august. Hovedtema var nye læringsmål i de tre spesialitetene og praktisk veiledningspedagogikk i egne tverrfaglige grupper. De 50 deltakerne var fra alle de tre ASA-spesialitetene (allmenn-, samfunns- og arbeidsmedisin).

I oktober startet oppdatering og fornying av *Håndbok for veiledningsgrupper i allmennmedisin* som sist ble revidert i 2014. Det kreves en betydelig gjennomgåelse og arbeidet er nå kontinuerlig.

Veilederposten er gjenoppstått med tanke på elektronisk melding til alle veiledere i de tre fagene. Det planlegges en kvartalsvis utsendelse. Høsten 2017 ble det sendt ut to numre.

Sverre Lundevall bidro på kurskomitéseminaret på Soria Moria i januar 2017 med innlegget "Allmennmedisinsk kurskomitearbeid: Outsourcing eller pedagogisk ledelse?".

Kristin Prestegaard deltar i møtene til ULVE – Utvalg for legers videre- og etterutdanning – som holdes fire ganger i året.

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

Sverre Lundevall deltar i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet som skal skrive en veileder i vurdering av om læringsmål er nådd. Lundevall har fra 1.11.2017 et koordinerende og overordnet ansvar for koordinatarbeidet som er økt til 40 % - stilling.

Siden mai 2017 har det pågått et arbeid med å etablere elektronisk basert påmelding til veiledningsgrupper og forenklet administrering av ventelistene. Også registrering av smågruppevirksomhet er nå elektronisk.

3.1.9 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – til spesialiteten i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri

Det ble i 2017 godkjent 13 veiledere i psykodynamisk psykoterapi, to i kognitiv terapi og ingen innen gruppepsykoterapi. I barne- og ungdomspsykiatri ble det godkjent tre. Totalt ble 18 veiledere godkjent av Sentralstyret i 2017.

Det er psykoterapiutvalget som vurderer søknader i relasjon til godkjenning som veileder i psykoterapi, og det er spesialitetskomiteen i barne- og ungdomspsykiatri som vurderer søknader i relasjon til veiledere i BUP.

3.2 Forskning

3.2.1 Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning

Sentralstyret godkjente i januar 2017 Legeforeningens forskningspolitiske strategi. Strategien ble publisert i januar 2017. Andre viktige saker har vært å styrke medisinsk forskning i allmennmedisin, forskningens plass i grunnutdanningen, forskningsutvalgets samarbeid med LVS (Leger i vitenskapelige stillinger) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer samt et større bidrag til LEFOs legekårsundersøkelse.

3.3 Fagmedisinsk arbeid

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger

Det ble gjennomført to konferanser for de fagmedisinske foreningene: 15. februar med temaet ny forskrift for spesialistutdanningen, nye læringsmål og orientering om "Kloke valg"-kampanjen, og 20. november med tema "Organisering av den fagmedisinske akse i Legeforeningen". Modell for ny struktur for den fagmedisinske aksen ble vedtatt av landsstyret i 2017. Landsstyret ga en arbeidsgruppe sammensatt av representanter fra de fagmedisinske foreningene og yrkesforeningene, i oppdrag å utvikle modellen og legge frem forslag til lovendringer og finansiering for landsstyret i 2018. Arbeidsgruppen har utarbeidet forslag og involvert de fagmedisinske foreningene ved Questback og de nevnte konferanser.

3.3.2 Samarbeid med de fagmedisinske foreningene

Sekretariatet bidrar med sekretærfunksjon for Norsk psykiatrisk forening (Npf) i 80 % - stilling og Norsk forening for allmennmedisin (NFA), i 50 %-stilling. Norsk kirurgisk forening og Norsk oftalmologisk forening har mottatt tjenester svarende til ca. 10 % - stilling.

Sekretariatet har ansatt en spesialist innen psykiatri. Dette har gjort det mulig å bistå de fagmedisinske foreningene innen psykisk helse og rus på en bedre måte. Norsk psykiatrisk forening (Npf) har startet flere arbeider for å bedre tilbudet innen psykisk helse i Norge og fagavdelingen bistår inn i disse prosjektene. Et av prosjektene omhandler ulike sider av tvangsbruk i psykisk helsevern. Et annet prosjekt gjelder samarbeid mellom Npf og Norsk forening for allmennmedisin vedrørende samhandling mellom fastleger og spesialisthelsetjenesten. Sekretariatet bistår i disse arbeidene.

3.3.3 Variasjon i helsetjenesten – "Kloke valg"-kampanjen

Landsstyret ga sin tilslutning til rapporten "For lite, for mye eller akkurat passe. Variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten" i 2016. Sentralstyret vedtok tiltak mot uønsket variasjon høst 2016 og gikk inn for å se på muligheten for å gjøre en norsk versjon av den internasjonale "Choosing Wisely Campaign". Det er etablert en arbeidsgruppe og en styringsgruppe for prosjektet. I første halvdel av 2017 har arbeidsgruppen jobbet med å rekruttere fagmedisinske foreninger til kampanjen, og har i den forbindelse besøkt styrene i

flere fagmedisinske foreninger og arrangert en workshop. Dette arbeidet resulterte i at til sammen ti fagmedisinske foreninger var i gang med, og hadde delvis avsluttet arbeidet med, å lage lister med anbefalinger innen 1.1.2018.

Kampanjen skal også formidles til befolkningen og pasientene. Denne informasjonen planlegges i samarbeid med en ekstern kommunikasjonsstilbyder. Etter planen skal kampanjen rulles ut i september/oktober 2018.

3.4 Kvalitetsarbeid

3.4.1 Pasientsikkerhetsprogrammet "I trygge hender"

"I trygge hender" er et oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Det viderefører arbeidet som ble startet under pasientsikkerhetskampanjen ved samme navn (2011-13).

Legeforeningen er representert i styringsgruppen ved generalsekretær Geir Riise. Programmet skal etter planen avsluttes 31.12.2018, men sentrale deler av aktiviteten i programmet søkes videreført som lokale prosjekter.

Norsk Sykepleierforbund og Den norske legeforening har i felles brev oppfordret til at Pasientsikkerhetsprogrammet forlenges ut over 2018. Både Sykepleierforbundet og Legeforeningen mener at felles overordnet styring er viktig for å sikre bred forankring og koordinering. Til tross for at programmet har flere utfordringer, mener Sykepleierforbundet og Legeforeningen at resultatene som er nådd så langt, peker i riktig retning.

3.4.2 Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)

SKIL 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 foreløpig ved midler fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsfondet. SKIL har kontorer sammen med Institutt for global helse og samfunnsmedisin i Bergen. Nettsiden 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, er leder.

SKIL har per 31.12.2017 seks faste medarbeidere i til sammen vel 3,8 stillinger. I tillegg er det engasjert 15 veiledere, hvorav åtte har vært i aksjon i 2017 med veiledning av kollegagrupper. SKIL har i 2017 hatt 86 legegrupper i virksomhet eller tilmeldt for oppstart. SKIL har utviklet en avansert elektronisk portal for deltakere/potensielle deltakere. Over 2 000 brukere av portalen er registrert. SKIL utvikler e-læringskurs, og brukeruttrekksverktøy fra elektronisk pasientjournal som gjør det mulig å følge kvalitetsdata. Virksomheten organiseres som veiledede kvalitetssirkler. Kursene blir godkjent for videre- og etterutdanningen i allmennmedisin.

De første satsingsområdene for SKIL:

- Forbedring av fastlegenes legemiddelgjennomgang for pasienter med polyfarmasi
- Riktig antibiotikabruk (samarbeid med Antibiotikasenter for primærmedisin)
- Forbedring av pasientforløp for innbyggere med kronisk sykdom (samarbeid med KS)

SKIL har etablert samarbeid med kommuner som støtter fastlegenes deltakelse. Kommunene får aggregerte kvalitetsrapporter om fastlegetjenesten i kommunen.

SKIL samarbeider med E-helsedirektoratet i tilknytning til "EPJ-løftet". Det er laget e-læringskurs om kvalitetsutvikling i praksis og om forbedringer av den elektroniske pasientjournalen, på oppdrag av "EPJ-løftet".

Det er også etablert samarbeid med de allmennmedisinske akademiske miljøene i Bergen.

3.4.3 Konferansen "Enkelt og håndterlig 3 - forbedringsarbeid i praksis"

Konferansen samlet ca. 50 deltakere på Gardermoen 14.-15. november. Legeforeningen samarbeidet om konferanseprogrammet med styret for nettverk av leger med interesse for kvalitet og pasientsikkerhet. Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet hadde bevilget penger til konferansen. Formålet med konferansen var å bygge nettverk av leger fra primær- og spesialisthelsetjenesten med interesse for forbedringsarbeid og pasientsikkerhet, øke kompetansen for dette fagfeltet, presentere aktuelle tema og konkrete forbedringstiltak og prosjekter.

På konferansens andre dag ble "Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet" stiftet. Det ble valgt et styre på sju medlemmer, etablert vedtekter og avtalt kontingent. Foreningen søker status som spesialforening i Legeforeningen og sendte sin søknad til sentralstyret i desember 2017.

3.5 IKT i helsetjenesten

3.5.1 EPJ-løftet

Legeforeningen følger tett opp prosjektet EPJ-løftet. Via normaltariff-forhandlingene settes det av 17 millioner kroner til utvikling av fastleger og avtalespesialisters EPJ-systemer. Det har blitt arrangert formøter før styremøtene i tillegg til egne dialogmøter med Direktoratet for e-helse som står for prosjektadministrasjon. I styringsgruppen for Legeforeningen sitter Inger Lystad, Egil Johannesen og Eirik Nikolai Arnesen.

3.5.2 Styrket satsing på e-helse

Som følge av innsatsen i 2015 og 2016 blir Legeforeningen i stadig større grad invitert til å delta både i de strategiske og operative arenaene i de nasjonale prosessene som pågår. Legeforeningen arbeidet gjennom 2017 med å styrke og koordinere sin innsats på e-helseområdet. Dette ble gjort gjennom saksforberedelser for Legeforeningens representanter og et styrket IT-utvalg.

Det har vært utfordrende for Legeforeningen at Direktoratet for e-helse ikke har ønsket å involvere Legeforeningen og andre fagforeninger i de sentrale beslutningsarenaene. Det har vært felles formøter med KS for både Nasjonalt utvalg for prioritering (NUIT) og Nasjonalt utvalg for fag og arkitektur (NUFA.)

3.5.3 Én innbygger - én journal

Rapporten *Veikart for realisering av én innbygger – én journal* (EIEJ) ble levert Helse- og omsorgsdepartementet fra Direktoratet for e-helse i starten av januar 2018, én måned forsinket. Utredningen tar altså tid, og nytt i 2017 var at RHF-ene var tydelige på at de ikke ville ha opsjon i en felles anskaffelse av EPJ-løsning med kommunene. Veikartet skisserte derfor en anskaffelse av en nasjonal EPJ for kommunale helse og omsorgstjenester inkludert fastleger.

Det er etablert en operativ styringsgruppe for EIEJ der Kjartan Olafssen ble oppnevnt som fastlege i samråd med KS. Petter Hurlen stiller som Legeforeningens representant. Sekretariatet bistod i saksforberedelser.

3.5.4 Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF

Helseplattformen skal anskaffe og innføre en ny vertikal integrert journalløsning (EPJ) for spesialist- og kommunehelsetjenesten med mulighet for fastleger og private spesialister å ta i bruk løsningen. Eirik Nikolai Arnesen, (sekretariatet) ble oppnevnt som representant i styringsgruppen for programmet.

3.5.5 Konferansen eHelse 2017

Legeforeningen hadde inngått samarbeid med Norsk sykepleierforbund og Dataforeningen om å bidra som arrangører av todagers konferansen eHelse 2017 i Oslo. Denne ble gjennomført våren 2017 med mange leger, rekruttert av Legeforeningen, som foredragsholdere. Konferansen fremstår som en viktig arena hvor politiske beslutningstagere, IKT-utviklere og helsepersonell møtes. Konferansen er godkjent som tellende timer til legers videre- og etterutdanning.

3.5.6 Konferansen EHiN 2017

EHiN (E-helse i Norge) arrangeres av IKT-Norge. Det var 1 300 deltakere i 2017. Legeforeningen deltok i programkomitéen. Legeforeningen stilte også som moderator for flere sesjoner. Sentralstyremedlem Kjartan Olafsson holdt innlegg i plenum på åpningen av konferansen. Legeforeningen hadde i 2017 en stand for å vise legenes ambisjoner på feltet.

3.5.7 Elektronisk pasientjournal i sykehjem

Legeforeningen jobbet for å få i gang et EPJ-løft for EPJ i sykehjem og hadde kontakt med Direktoratet for e-helse og KS om dette. Det kom positive signaler, men det ser ut til å være lav fremdrift.

3.5.8 Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-20

Direktoratet for e-helse sendte på høring versjon 0.7 av strategi- og handlingsplan som i hovedsak ble utarbeidet i 2016. Legeforeningen drøftet et høringssvar i sentralstyret i februar 2017. Legeforeningen anbefaler at en i de neste tre årene bør fokusere på å ferdigstille dagens prosjekter og samhandlingsinfrastruktur, med spesiell prioritet til verktøy som understøtter god klinisk virksomhet. I tillegg bør man støtte arbeidet i Helseplattformen.

3.5.9 Felles legemiddelliste/pasientenes legemiddelliste

Legeforeningen oppnevnte tre representanter til helsefaglig arbeidsgruppe for utredning av felles legemiddelliste. Disse er Egil Johannesen, Inger Lyngstad og Torbjørn Henriksen. Referansegruppen hadde også flere leger, oppnevnt av RHF, men rekruttert gjennom Legeforeningens fagmedisinske foreninger.

3.5.10 IT-utvalget

Utvalget ble etablert i 2002. I 2017 ble det vedtatt at det skulle bestå av representanter fra seks av yrkesforeningene samt foreningens representanter i de seks viktigste nasjonale gruppene. Eivind Valestrand, sentralstyret, er også oppnevnt til utvalget.

IT-utvalgets mandat:

Legeforeningens IT-utvalg er et rådgivende utvalg for sentralstyret. Utvalget skal arbeide for å utbre forståelsen for å fremme bruk av IT-støtte i klinisk virksomhet for bedre kvalitet i pasientbehandling, arbeidsprosesser og samhandling i helsevesenet.

Utvalgets hovedoppgave er å bidra til å samordne Legeforeningens påvirkning av anskaffelse, utvikling og drift av e-helseløsninger. Utvalget skal ha spesiell oppmerksomhet på mulighetene til forbedring av IT-støtte til bedre klinisk ressursutnyttelse, kvalitetsarbeid, forskning og samhandling.

Utvalget kan og bør ha uformell kontakt med relevante aktører i og utenfor Legeforeningen for å samle innspill og erfaringer, men konkrete initiativ og utspill overfor eksterne parter skal ivaretas av foreningens sentrale organer.

IT-utvalget ble betydelig styrket etter vedtak i sentralstyret høsten 2017. Utvalget har nå som medlemmer Legeforeningens representanter fra nasjonale råd og utvalg i tillegg til representanter for de største yrkesforeningene. Totalt er det 13 medlemmer i utvalget. Kjartan Olafsson er utvalgets leder.

3.5.11 Endringsråd for e-resept

Legeforeningens representant er Egil Johannesen. Rådet har hatt kvartalsvise møter.

3.5.12 Styringsgruppe for norm for informasjonssikkerhet (Normen)

Legeforeningens representant er Petter Hurlen. Sekretariatet bistår med saksforberedelser. Som ledd i innføringen i EUs personverndirektiv GDPR i 2018 ble det høsten 2017 startet et arbeid med å modernisere normen i sin helhet.

3.5.13 Produktråd helsenorge.no

Kjartan Olafsson er Legeforeningens representant i produktråd for *helsenorge.no*, en gruppe som gir råd om strategi for pasientportalen.

3.5.14 Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT)

Mangearig representant Morten Laudal døde i september 2017. Som ny representant ble Egil Johannesen (AF) oppnevnt. Prioriteringsutvalget har kvartalsvise møter og Legeforeningen har formøter sammen med KS. Sekretariatet bistår med saksforberedelser.

3.5.15 Nasjonalt utvalg for helsefag og arkitektur (NUFA)

Legeforeningen har i samråd med KS oppnevnt Torgeir Fjermestad som representant i Fag- og arkitekturutvalget siden 2016.

3.5.16 Nasjonalt e-helsestyre (NEHS)

I nasjonalt e-helsestyre finnes foreløpig ikke en representant for Legeforeningen, men KS har oppnevnt Ivar Halvorsen som fastlege i samråd med Legeforeningens støtte.

3.5.17 Sentralstyrets arbeidsmøte - Studiebesøk i Cambridge University hospitals. Integrert journalsystem i drift

Sekretariatet arrangerte studiebesøk for det nye sentralstyret på Cambridge University hospital som består av sykehusene Addenbrooke's og The Rosie (women and maternity). Addenbrooke's har de fleste spesialiteter og er på størrelse med Ahus i antall senger og aktivitet. CUH anskaffet det integrerte journalsystemet Epic våren 2013. Sentralstyret var på studiebesøk én dag i september, som ledd i sin arbeidssamling. Tilbakemeldingene var gode.

3.5.18 Nettsider for IKT og e-helse

Høsten 2017 ble Legeforeningens nettsider oppdatert med relevante publikasjoner og temaer fra de siste årene. Det ble gjort forberedelser til overgang til nye nettsider også for Legeforeningen. Se: <https://legeforeningen.no/ikt>

3.5.19 Helsedataprogrammet

Legeforeningens representant er Petter Hurlen. Programmet har en rekke referansegrupper og leverte i årsskiftet 2017-18 en underveisrapport som Legeforeningen kommenterte.

3.5.20 Leverandørmøter i Direktoratet for e-helse

Sekretariatet har deltatt på leverandørmøter hvor Direktoratet for e-helse har dialog med leverandørene.

3.5.21 HIMSS 2017

Fond for kvalitet og pasientsikkerhet ga et reisestipend til konferansen Healthcare Information and Management Systems Society (HIMSS 2017) i Orlando. Delegasjonen bestod av seks leger, to fra sekretariatet og fire sentrale representanter for foreningen. Det ble gjennomført to sykehusbesøk under reisen.

4 Helsepolitikk

4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid

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.

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 helsepolitiske utspill, høringer og publikasjoner

4.2.1 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2017 behandlet Legeforeningen totalt 123 høringer. Dette inkluderer både de eksterne og de interne høringer. 55 av de eksterne høringer ble avvist. Tilsvarende tall for 2016 var 103 og 58. Samlet oversikt over alle avgitte og avviste høringsuttalelser for 2017 finnes i vedlegg til årsmeldingen. Legeforeningens ferdige høringsuttalelser er tilgjengelige på Legeforeningens nettsider, under "Legeforeningens politikk".

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

I 2017 jobbet Legeforeningen systematisk og målrettet med å forbedre de interne rutinene og måten vi arbeider med høringer. Hver enkelt høring gjennomgår en grundig vurdering av om den er innenfor foreningens interesseområder, og om den kan få betydning for foreningens medlemmer. I tillegg er det i 2017 også lagt vekt på å modernisere Legeforeningens nettsider for høringer. Målet har vært å øke nettsidenes brukervennlighet, og gjøre det lettere å finne frem til Legeforeningens gjeldende politikk.

4.2.2 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

I oppfølgingen av sentralstyrets satsingsområde på sykehus 2016-17, og utredningen fra Jon Magnussen m.fl., besluttet sentralstyret å bestille ytterligere utredning om sykehusøkonomien fra Menon Economics. Beslutningen innebar også medfinansiering fra og et styrket samarbeid med Norsk Sykepleierforbund på temaet sykehusøkonomi. Rapporten om sykehusøkonomi ble publisert av Menon Economics på et eget lanseringsmøte i mars 2017. Rapporten slo blant annet fast at Norge bruker mindre på helsesektoren som andel av brutto nasjonalprodukt (BNP) enn hva man skulle forvente ut fra observasjoner av forholdet mellom inntektsnivå og helseutgifter i andre europeiske land de siste ti årene.

Oppsummering av rapportens hovedpunkter

Bevilgningene til helsesektoren har ikke vært spesielt høye de siste ti årene og vi bruker ikke mer enn andre land med tilsvarende høyt inntektsnivå.

Selv om helsebudsjettene har vokst gjennom hele perioden så er det ikke noe av denne økningen som ikke kan forklares av en økende befolkning, vekst i samlede offentlige bevilgninger eller høy kostnadsvekst for innsatsfaktorene i sektoren. Helsesektorens andel av totale offentlige utgifter har ikke endret seg i perioden. Norge bruker mindre på helsesektoren som andel av BNP enn hva man skulle forvente ut fra observasjoner av forholdet mellom inntektsnivå og helseutgifter i andre europeiske land de siste ti årene. Dette støttes av en ny OECD-rapport bestilt av helse- og omsorgsministeren: Rapporten viser at «Norge ligger i nedre del av ressursbruken blant de rikeste landene i OECD».

De siste ti årene har investeringer i helsesektoren blitt nedprioritert.

Selv om investeringene har økt, har investeringenes andel av de totale utgiftene i spesialisthelsetjenesten likevel falt. Man har i økende grad prioritert drift fremfor investeringer. Som følge av dette har den såkalte *kapitalintensiteten* falt. Dette har ført til at produktiviteten i helsesektoren ikke har vokst de siste ti årene. Den svake produktivitetsutviklingen betyr imidlertid ikke at de som jobber i helsesektoren har blitt mindre produktive. Tvert imot viser analysen at man har lykket med å effektivisere arbeidsprosessene i spesialisthelsetjenesten. Isolert sett har arbeidskraften blitt mer effektiv, men denne effekten har blitt «spist opp» av at man ikke har satset tilstrekkelig på investeringer i ny teknologi, oppgradering av utstyr, vedlikehold av bygningsmasse osv. Dermed har produktivitetsveksten uteblitt.

Basert på funnene i rapporten er det vanskelig å argumentere at Norge bruker «for mye» på helsesektoren.

Det kritiske spørsmålet er imidlertid ikke om vi bruker for mye eller for lite på helse, men om vi bruker pengene riktig på tvers av alle sektorer. Valget om å prioritere investeringer ned i helsesektoren og opp i samferdselssektoren (som vi har sett de siste årene) bør være basert på vurderinger av hvilke investeringer (i ulike sektorer) som gir høyest samfunnsnytte. For å svare på spørsmålet om man bruker pengene riktig trenger man et konsistent rammeverk for samfunnsøkonomiske analyser som gjør det mulig å prioritere ressursbruken på tvers av sektorer.

Helsesektoren særbehandles indirekte gjennom dagens metoderammeverk for samfunnsøkonomiske analyser.

Problemet er at dagens rammeverk ikke tilbyr en tilstrekkelig metode for å vurdere samfunnsverdien av helseeffekter. Dette gjør det vanskelig å gjøre analyser av helsetiltak som kan sammenliknes med andre sektorer. I helsesektoren fokuseres det i dag på kostnadseffektivisering og kun vurdering av helsetiltak sett opp mot andre helsetiltak.

Samtidig observerer vi at samfunnsøkonomiske analyser blir stadig viktigere for beslutninger om prosjekter og i de offentlige budsjettprosessene. Uten et rammeverk som tilbyr et konsistent grunnlag for verdsetting av helseeffekter og bruk av samfunnsøkonomiske vurderinger vil dette på sikt kunne føre til at man feilprioriterer helsesektoren i de offentlige budsjettene i forhold til hva som er samfunnsøkonomisk lønnsomt.

En økt satsing på investeringer i helsesektoren i dag kan gi økt produktivitsvekst og spare kostnader i fremtiden.

Vi står overfor en stor demografisk utfordring: vi vil bli flere og vi vil bli eldre. Dersom man ønsker et helsevesen som er i stand til å møte den ventede demografiske utviklingen, uten å gå på kompromiss med kvaliteten på tilbudet og samtidig unngå en todeling av helsevesenet, bør man investere mer i helsesektoren. Dette vil bidra til å legge til rette for den produktivitsveksten som trengs for å redusere bemanningsbehovet over tid – og dermed spare fremtidige driftskostnader. Vurderinger knyttet til størrelsen på disse investeringene bør ikke styres med mål om å redusere kostnader, men med vekt på å maksimere samfunnets totale nytte.

Basert på funnene og argumentasjonen i analysen har vi følgende anbefalinger:

1. Investeringene i produktivitsfremmende løsninger i spesialisthelsetjenesten må trappes opp.
2. Økt investeringstakt må finansieres med friske midler dersom dagens helsetilbud ikke skal svekkes.
3. En økt satsning på produktivitsfremmende teknologi krever at det utarbeides omfattende og langsiktige planer for investeringer og investeringsbehov.
4. Helsemyndighetene bør igangsette utvikling av et rammeverk for verdsetting av helseeffekter.
5. Fokus må dreies fra kostnadseffektivisering til også å se på forholdet mellom kostnad og nytte.

4.3 Myndighet og organisasjonskontakt

4.3.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i fire høringer i Stortinget i 2017. Det ble i tillegg avgitt flere skriftlige høringsinnspill på blant annet følgende saksområder: Statsbudsjettet 2018, Rekruttering av fastleger til fastlegeordningen, Styrking av det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus, Kvalitet og pasientsikkerhet, og Likestillings- og diskrimineringsloven.

I tillegg til det politiske påvirkningsarbeidet via høringsinstituttet på Stortinget har det vært gjennomført flere møter med helsepolitikere på Stortinget, og med hele helse- og omsorgskomiteen på Legenes Hus i Oslo. Legeforeningen har også deltatt på seminarer under Arendalsuka og i forbindelse med stortingsvalgkampen høsten 2017. Lanseringen av Menon Economics rapport om sykehusøkonomi *Bruker vi for mye på helse?* (ref. pkt. 4.2.2) ble arrangert i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund 10.3.2017.

Nedenfor følger sentrale utdrag fra noen viktige stortingshøringer:

Prop. 1 S (2017-2018): Statsbudsjettet

Norge har vært i en krevende økonomisk omstillingsfase de siste årene. Helsetjenesten har tatt sitt ansvar gjennom kontinuerlig effektivisering over mange år. Korrigert for befolkningsveksten har ressursinnsatsen i spesialisthelsetjenesten stått på stedet hvil i løpet av de ti siste årene. Sykehusene har håndtert stramme rammer ved å øke produktiviteten. Tilsvarende har primærhelsetjenesten håndtert stramme budsjetter til tross for flere og sykere pasienter. Mange kommuner opplever nå store utfordringer med å rekruttere fastleger til befolkningen. Skal sykehusene og kommunene kunne leve opp til politikernes felles ambisjon om helsetjenester i verdensklasse, må ressursene til helsesektoren prioriteres tilsvarende høyt fremover. Legeforeningen la vekt på at Regjeringens forslag til helsebudsjett for 2018 er

stramt. Sammenliknet med de andre sektorene vises det likevel en vilje til å prioritere helse. Legeforeningen uttrykte et håp om at dette markerer et nødvendig taktskifte for helsetjenesten fremover. Kapasitets- og demografiutfordringer, og etterslep i investeringer preger fremdeles sektoren. Det gjør det nødvendig at partiene på Stortinget finner sammen og tar tverrpolitisk ansvar for å løfte helsetjenesten ytterligere.

Legeforeningen mener:

- For å unngå en fastlegekrise haster det med en tydelig rekrutteringssatsing i fastlegeordningen. Legeforeningen oppfordrer komiteen til å følge opp Stortingets enstemmige vedtak om evaluering med midler til en rekrutteringssatsing.
- Det må bli bedre samsvar mellom sykehusenes pålagte oppgaver og tilgjengelige ressurser. Økningen i driftsbevilgninger på vel 1,5 milliarder for å oppnå 2 % aktivitetsvekst er ikke fullfinansiert.
- Avbyråkratiserings- og effektiviseringskravet på 0,5 % er feil medisin for allerede hardt pressede sykehus. Kravet om kutt på 687 millioner kroner vil antagelig føre til reduksjon i viktige støttefunksjoner til helsepersonell.
- Det er positivt at regjeringen gir klarsignal til bygging av flere nye sykehus. Men det savnes en helhetlig og ambisiøs investeringsplan for sykehusene.
- For å sikre riktig kapasitet og god kvalitet i helsetjenesten må antall studieplasser i Norge og stillinger til leger i spesialisering økes.

Rep.forslag 34 S - Styrking av det akuttmedisinske tilbudet utenfor sykehus

Til tross for et omfattende kunnskapsgrunnlag om status og utfordringer for legevaktjenesten i dag, er den fortsatt et av de mest forsømte områdene i norsk helsetjeneste. Legeforeningen berømmet Akuttutvalget for et solid arbeid, og mente at utvalgets løsninger vil kunne gi den akuttmedisinske kjede et nødvendig løft. Legeforeningen delte forslagsstillernes syn på nødvendigheten av en handlingsplan: Tiden er overmoden for et reelt løft av legevaktjenesten som vil kreve nytenking og satsing på virkemiddelbruk og ressurser. Norge er et lite land med stor geografisk utstrekning bestående av mange kommuner med varierende størrelse og befolkningstetthet. Dette gjør innretning og organisering av legevakt komplisert, fordi legevaktdistrikter må ta hensyn til lokale forhold som vanskeliggjør universelle løsninger. Samtidig er det helt nødvendig at nasjonale helsemyndigheter i større grad legger føringer for de kommunale akutt-tjenestene. En slik strategi må tydeliggjøre kommunes ansvar og forpliktelser. Kommunen har som øverste forvalter det endelige ansvaret for å sikre et helhetlig tjenestetilbud. Legeforeningen mener dette langt fra er godt nok ivaretatt i dag.

Legeforeningen mener:

- Det må stilles krav til kommunene om en felles akuttmedisinsk plan basert på risiko- og sårbarhetsanalyser.
- Nasjonale krav som kan gi legevaktjenesten retning for fremtidig styrking og dimensjonering må innføres. Kravene bør utarbeides i retningslinjer og veiledere.
- Alle legevaktdistrikter må ha tilgjengelig utrykningskjøretøy med støttepersonell.
- Det må være legevaktoverlege i alle legevaktdistrikter og kommunenes medisinskfaglige ledelse må styrkes ved å utvide kommunelegens ansvarsområde. Fastlegene må også kobles tettere i arbeidet med å utvikle kommunens akuttberedskap.
- Legedekningen må støtte opp om målsettingen for den kommunale akuttberedskapen.

Meld. St.13 Kvalitet og pasientsikkerhet (2016–2017)

Legeforeningen stiller seg positiv til at stortingsmeldingen om kvalitet og pasientsikkerhet er etablert som en årlig oppdatering for Stortinget på to av helsetjenestens aller viktigste områder. Det er viktig at Stortinget gjennom meldingen og faktagrunnlaget den bygger på, får et overordnet innblikk i helsetjenestens kvalitet og pasientsikkerhet. Legeforeningen støttet departementets presisering av at hver for seg gir ikke kildene et representativt bilde av kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten, men samlet inneholder de kunnskap som tjenesten bør bruke til læring og forbedring. Legeforeningen delte den overordnede situasjonsbeskrivelsen i meldingen om at det er vedvarende utfordringer når det gjelder kommunikasjon, samhandling, kompetanse læring og ledelse.

Regjeringen ønsker blant annet å rette innsatsen mot etablering av systemer som skal "bidra til en sikkerhetsfokusert og lærende kultur" og redusere uønsket variasjon i helsetjenestene. Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) og SKIL-metodikken har dokumenterte effekter med praktisk nytteverdi og må være en del av løsningen for å heve kvaliteten i hele primærhelsetjenesten. Legeforeningen rettet søkelyset på SKILs rolle tilknyttet fastlegekontorene og kommunehelsetjenesten. Dette fordi Legeforeningen opplever at det er i denne delen av helsetjenesten kvalitetsarbeidet er svakest.

Legeforeningen mener:

- Ethvert sykehus eller legekantor må organiseres som en lærende organisasjon som driver kontinuerlig utviklings- og forbedringsarbeid. Disse må bruke uheldige hendelser og avvik – og god praksis som fungerer - til læring og kvalitetsforbedring.
- Arbeidet med å utvikle gode kvalitetsmål og kvalitetsindikatorer må forankres i fagmiljøene.
- Kommunene har et lovpålagt og overordnet ansvar for at det gjennomføres kvalitetsarbeid i hele den kommunale helsetjenesten.
- Gjennom SKIL ønsker Legeforeningen samarbeid med kommunene og staten om å styrke det helhetlige kvalitetsarbeidet i pasientbehandlingen.
- SKIL-modellen kan brukes som et effektivt verktøy i øvrige kommunale tjenester hvor diagnostikk og behandling foregår, og hvor samarbeid med fastlege-tjenesten står sentralt.

4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv.

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 som har som mål å skape et tobakksfritt samfunn. Legeforeningen samarbeider også med flere pasientorganisasjoner og frivillige for å få mer fysisk aktivitet i skolen. Alliansens hovedkjerne består av Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Fysioterapiforbundet og Idrettsforbundet, men støttes i tillegg av 26 organisasjoner, blant annet Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL), Turistforeningen og Diabetesforbundet. I 2017 fikk Legeforeningen og alliansen endelig gjennomslag for forslaget. Alliansen har fortsatt en viktig oppgave med å påse at vedtaket gjennomføres på en

god måte. I 2017 har Alliansen også hatt jevnlige møter med forskere på Høgskolen i Sogndal og forskingsprosjektet Active, Smarter, Kids (ASK) som har mye kompetanse på feltet.

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.

Under Arendalsuka blir Legeforeningen alltid invitert til en rekke debattmøter om helsetjenesten, arbeidsliv og folkehelse. Arendalsuka er en fin arena til å fronte Legeforeningens politikk og bygge og videreføre samarbeidsallianser. I 2017 deltok Legeforeningen på debattmøter om blant annet fremtidens helsetjeneste, tillitsreform i offentlig sektor, e-helse og rus i arbeidslivet.

Legeforeningen arrangerte i august et frokostseminar om helseforskjeller i samarbeid med Agenda: "Er vi i ferd med å se grensen for velferdsstaten slik vi kjenner den innenfor helsesektoren?". "Vil vi gå mot en større todeling i årene som kommer?". Det var de overordnede spørsmålene som ble stilt under arrangementet. Konferansen samlet helseministeren, sentrale helsepolitikere og helseforvaltning. Legeforeningen bidro videre med fagmedisinske talspersoner som har opplevd utfordringer med knappe ressurser i pasientbehandlingen.

Legeforeningen har i 2017 videreført samarbeidet med Norsk Industri, NHO, LO, STAMI, og Arbeidstilsynet om den årlige Arbeidshelsekonferansen i regi av Norsk Industris "Industri Futurum". Konferansen samler store deler av Norsk Industris medlemsvirksomheter, og landets største bedrifter. I 2017 var temaet "Hvor er mennesket i fremtidens arbeidsliv?" Både Legeforeningens president og generalsekretær var innledere og foredragsholdere på konferansen.

5 Kommunikasjonsarbeid

5.1 Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid

God kommunikasjon er ett 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 nesten 35 000 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 befolkningen for øvrig.

Sekretariatet driver daglig 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

2017 har vært et svært aktivt og godt år for Legeforeningen i media. Den betente og langvarige konflikten med Spekter nådde et foreløpig høydepunkt med seieren i Arbeidsretten og vellykket kommunikasjonsarbeid både før under og etter seieren. Legeforeningen har vært en tydelig stemme i den pågående debatten om den varslede krisen i fastlegeordningen. Legeforeningen var en sentral premissgiver i helsepolitikken under stortingsvalgkampen, med en rekke utspill i media og deltakelse i debatter. Alle disse saksområdene har lagt klare føringer for Legeforeningens utadrettede kommunikasjon, og gitt foreningen en rekke muligheter til å ta regi og fronte foreningens kjernebudskap.

Det samlede medietrykket har vært høyt gjennom hele året. Samtidig har vi prioritert hardt og kanalisert ressursene slik at vi er proaktive i de viktigste sakene over tid. Konflikten med Spekter har vært den mest ressurskrevende saken i 2017.

Legeforeningen er en sentral aktør i samfunnsdebatten. I løpet av året har foreningen fortsatt utviklingen med høy synlighet i media og har prioritert å delta i tunge debatter med sentrale politikere, blant annet i Dagsnytt atten og NRK Debatten.

Foreningen gjør også et betydelig proaktivt mediearbeid, med en rekke innsalg til redaksjoner i aviser, radio og TV. I løpet av året har vi fått på flere store saker, både i NRK, TV2, Aftenposten, VG og Dagens Næringsliv. I 2017 hadde vi et stort antall debattinnlegg og kronikker på trykk, både i riks- og regionsaviser.

Legeforeningen er aktiv på Twitter, Facebook, YouTube og LinkedIn. Dette gir blant annet muligheter til å bruke plattformene på tvers, i tillegg til å knytte innholdet til Legeforeningens digitale hovedplattform, hjemmesiden www.legeforeningen.no. Video blir et stadig viktigere medium for å nå ut med tydelige budskap på en effektiv måte, særlig i sosiale medier og spesielt på Facebook. Legeforeningen har i 2017 utviklet en enda mer offensiv rolle i sosiale medier og tatt i bruk videoproduksjon i stor skala. Foreningen har som mål å ligge i tet på bruk av sosiale medier og vil satse videre på video i årene som kommer.

Medieåret har ellers vært preget av en rekke saker om pasientsikkerhet og kvalitet, forebygging, antibiotikaresistens, rus og psykiatri, #MeToo, for å nevne noe. Legeforeningens tillitsvalgte er blitt intervjuet hyppig, i tillegg er presidenten i media flere ganger i løpet av en uke. Mange av mediasakene kan relateres til foreningens satsingsområder. Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også sentralstyrets øvrige medlemmer og andre tillitsvalgte er ofte i media, med bistand fra kommunikasjonsseksjonen. Seksjonen bistår også pressen med å komme i kontakt med leger i foreningsleddene om ulike medisinske temaer. Dette er viktig for å underbygge legers omdømme som kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i Legeforeningens organisasjon.

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/sosiale medier. Legeforeningen vil fortsette å arrangere medietrening og bistå medlemmer, tillitsvalgte, organisasjonsledd og ansatte i sekretariatet som kommuniserer og skriver.

Kommunikasjonsseksjonen har i 2017 holdt en rekke foredrag om pressehåndtering, påvirkningsarbeid og strategisk kommunikasjon for ulike organisasjonsledd og tillitsvalgte. Tilbakemeldingene er at dette er nyttig og verdifullt. Etterspørselen etter slike tjenester er økende. Dette arbeidet vil bli prioritert videre i 2018.

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/saker til *Aktuelt i foreningen* og presseutspill.

5.3 Organisasjonskommunikasjon

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

5.3.1 Legeforeningen.no

I 2016 ble det igangsatt et utviklingsprosjekt for Legeforeningens nettsider, dvs. hovedforeningens sider samt ca. 90 foreningsledd. Prosjektet innebærer blant annet en teknisk oppgradering av nettløsningen, nytt design og restrukturering av innhold. Nettsidene skal bli mer brukervennlige for medlemmer og tillitsvalgte.

Innmeldingsskjema, Min side, høringer og kursoversikt er implementert. Særlig kursoversikten brukes mye. Mot slutten av året startet arbeidet med å flytte innhold fra hovedsidene og de første foreningsleddene til den nye nettløsningen.

Legeforeningen.no fungerer som medlemsportal. De om lag 200 nettedaktørene får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. *Legeforeningen.no* brukes til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. I 2017 sendte styrene i foreningsleddene 1 145 meldinger til sine medlemmer via portalen.

Det var ca. 7,7 millioner sidevisninger fordelt på rundt 2,7 millioner besøk totalt for hovedsidene og foreningsleddenes nettsider i 2017.

5.3.2 Aktuelt i foreningen – medlemssidene i Tidsskriftet

Aktuelt i foreningen skal speile mangfoldet av aktiviteter i foreningen. Stoffet som presenteres skal ha aktualitet, være et pusterom, skape nærhet og bidra til å skape stolthet for faget. I 2017 er flere artikler delt på Legeforeningens Facebook-sider.

5.3.3 Derfor er jeg lege

Prosjektet "Derfor er jeg lege" profilerer faget og viser det meningsfylte i legearbeidet. Videoer og korte artikler presenteres på www.legeforeningen.no/derfor i sosiale medier, i Tidsskriftet under Aktuelt i foreningen og i "karusellen" på www.legeforeningen.no. I 2017 var det totalt 5 889 avspillinger på YouTube. Videoen "Må se hele pasienten" i nr. 12-13 toppet statistikken med 1 020 visninger.

5.3.4 Intranettet – "Torget"

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

6 Internasjonalt arbeid

Legeforeningens 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 den med å bygge opp et fungerende sekretariat. Dette prosjektet ble videreført i 2017.

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 spesialistutdanning, helsereformer i de nordiske landene og samordning av synspunktene før møter i WMA og CPME.

6.2 World Medical Association (WMA)

Verdens legeforening har to møter i året. Rådsmøtet (Council meeting) holdes i april og generalforsamlingen i oktober. I 2017 var rådsmøtet i Livingstone i Zambia, mens generalforsamlingen ble holdt i Chicago.

Ketan Desai fra India gikk av som president i oktober. Yoshitake Yokukura fra Japan ble innsatt som president fram til oktober 2018. Leonid Eidelmann fra den israelske legeforeningen ble valgt som ny president ble.

Det ble vedtatt en resolusjon til støtte for polske leger i spesialisering som sultestreiker for større bevilgninger til det polske helsevesen og bedre lønns- og arbeidsforhold for legene. Polen bruker bare 6,1 % BNP til helsevesenet, og lønningene er så lave at de må ha flere jobber for å klare de daglige utgiftene. Generalforsamlingen vedtok en resolusjon som oppfordrer sterkt polske myndigheter til å gå til forhandlinger for å bedre legenes arbeidsvilkår.

Generalforsamlingen i Chicago vedtok en rekke nye og reviderte dokumenter. Disse er publisert på www.wma.net.

Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2017. Vi vil her nevne de mest sentrale. Declaration of Geneva var den første deklarasjonen WMA vedtok i 1947. Deklarasjonen var et svar på tyske legers uetiske og umenneskelige forskning på mennesker under krigen. I Chicago ble det vedtatt en revidert versjon av deklarasjonen. En vesentlig forbedring i den nye versjonen er at pasientens autonomi har fått større plass. Etter møtet i Oslo i 2015 ble det nedsatt en gruppe (governance group) som skulle gå gjennom struktur og arbeidsformer i WMA. Noe av kritikken har vært at møtene er vel formelle, og at de domineres av noen få nasjoner.

Governance group la frem to anbefalinger:

- *WMA utarbeider en overordnet plan for kommunikasjon med medlemmene.*
- *Vurdere organiseringen av møtene for bedre å imøtekomme medlemmenes behov – gjøre møtene mindre formelle enn i dag ved for eksempel å endre romoppsettet.*

Videre foreslår den at én dag settes av til diskusjon om aktuelle etiske eller sosialmedisinske temaer i smågrupper istedenfor plenum slik som nå. Dette vil kunne løse litt opp på strukturen og dermed øke aktiviteten blant medlemmene.

Av andre saker kan nevnes den israelske legeforeningens forslag om "Women in Medicine". Dette dokumentet oppfattes, blant annet av de nordiske legeforeningene, som litt utdatert. Det hadde kommet inn flere forslag til omfattende endringer, og det ble vedtatt å sende det på ny høringsrunde.

Dokumentet *Medical Tourism* er en gjenganger. Vi mener forslaget legitimerer og stimulerer til private helsereiser og alle de problemene det kan medføre med resistente bakterier og etterbehandling i hjemlandet. Det vil bare være de rikeste som har råd til privat behandling i utlandet og det kan derfor bidra til økt skille mellom fattige og rike når det gjelder tilgang til helsetjenester. Dokumentet ble sendt på enda en ny høringsrunde.

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 2017 hatt to møter, ett i april i Vilnius og ett i november i Brussel.

Legeforeningens delegasjon til CPME oppnevnes av sentralstyret for hver sentralstyretperiode. Foreningen er nå representert ved president Marit Hermansen og sentralstyremedlem Ole Johan Bakke. Yngre legers forening, Overlegeforeningen og Allmennlegeforeningen kan delta på møtene for egen regning. I tillegg har representanter fra sekretariatet vært representert på møtene.

Aktuelle saker i 2017:

CPME har gjennomført en spørreundersøkelse blant medlemslandene om bruk og regulering av telemedisin. Undersøkelsen viser flere ulikheter mellom landene som deltok i undersøkelsen. En større grad av harmonisering av reglene i Europa og mer vekt på personvern gjør at det vil kunne være hensiktsmessig med en felles policy for bruk av blant annet telemedisin. I tillegg vil økt flyt av tjenester og mennesker mellom landene tilsi at det er fordelaktig med et felles utgangspunkt.

Personvernforordningen vil tre i kraft 25.5. 2018 etter en toårs overgangsperiode. Ettersom dette er en forordning, i motsetning til dagens direktiv, vil det være begrenset rom for nasjonale tilpasninger. Forordningen legger likevel opp til at det kan gis enkelte nasjonale særregler som kommer som supplement, spesifiseringer eller unntak fra denne.

Kommisjonen foreslår en ny forordning om respekt for privatliv og beskyttelse av persondata i elektronisk kommunikasjon– "ePrivacy Regulation". Forordningen er EØS-relevant, og vil dermed innføres i Norge. Forslaget til revisjon tar blant annet sikte på å utvide regelverket til å gjelde nye e-tjenester som WhatsApp, Facebook Messenger, Skype og Gmail. Dette innebærer at dersom slike tjenester blir brukt av helsepersonell, vil dette være et regelverk også de må forholde seg til.

Proporsjonalitetsdirektivet er i slutfasen av forhandlingen i EU, det er ikke avgjort om helseprofesjonen skal unntas fra direktivet, slik CPME har argumentert for.

CPME besluttet i forrige møte å trekke seg fra CEN (den europeiske standardiseringsorganisasjonen) sin arbeidsgruppe om standardisering av helsetjenester.

CPME oppfordrer medlemsland å engasjere seg på nasjonalt nivå ved å oppfordre helsemyndigheter til å avstå fra samarbeid med CEN og nasjonale standardiseringsorganisasjoner.

CPME har gjennomført en spørreundersøkelse om flyktningssituasjonen i medlemslandene. Foreløpige tall viser store forskjeller mellom landene i antall flykninger de mottar. Land i Øst-Europa mottar omtrent ingen flykninger selv innenfor fordelingen som er vedtatt av EU. Hellas og Italia er fortsatt de landene som tar den største byrden.

Som et resultat av Brexit blir EMA (European Medical Agency) flyttet til Amsterdam fra 2019. EMA har 900 ansatte.

6.4 *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)*

UEMS er den europeiske forening for legespesialister. Legeforeningen har i 2017 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). UEMS har følgende arbeidsgrupper: 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 2017 har gruppen hatt ett møte i Reykjavik 2.- 3. oktober. Gruppens årlige møtevirksomhet med utveksling av informasjon om legearbeidsmarkedet og spørsmål i tilknytning til spesialistutdanning fortsetter som tidligere.

Den nordiske legestatistikkfolderen som SNAPS-gruppen utarbeider, er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider

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

Møtet i Reykjavik besluttet å utarbeide ny utgave i 2018:

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Sjefredaktør i Tidsskriftet i 2017 var Are Brean. Tidsskriftets redaksjonskomité ble i 2017 ledet av Ola Dale og besto for øvrig av Erik Magnus Berntsen, Mette Brække, Anne Høye, Ole-Erik Iversen, Ane Brandtzæg Næss og Torben Wisborg. Redaksjonskomiteen avholdt i 2017 fire møter med sjefredaktøren og representanter for redaksjonen.

183 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. Hvert år inviteres alle til en samling med faglig program, middag og markeringer. I 2017 ble møtet avholdt i Oslo med tema helsedata - tilgang og anvendelse. Det var nærmere 100 deltakere på møtet.

7.2 Tidsskriftet generelt

I 2017 behandlet redaksjonen ca. 1 100 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering. En stor andel, inkludert alle de vitenskapelige artiklene, sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Rundt 270 eksterne fagvurderere bidro i denne viktige kvalitetssikringen i 2017.

Det ble publisert 952 artikler fordelt på ulike sjangre i 2017. Tidsskriftet publiserer artikler fortløpende på *Tidsskriftet.no*, og utkommer hver 14. dag på papir. Til sammen ble det i 2017 utgitt 20 papirutgaver (hvorav fire dobbeltnumre) med til sammen 1 980 (paginerte) sider. Tidsskriftets papiropplag er på 32 600 eksemplarer.

Nettversjonen *Tidsskriftet.no*, hadde i løpet av 2017 6,34 millioner sidevisninger. Det er en vekst på 12 % fra 2016. Om lag to tredjedeler av trafikken kom fra søkemotorer som Google.

(67 %), og 13,4 % kom fra sosiale medier hvorav Facebook var den dominerende kanalen. En betydelig andel lesere kommer nå også direkte til *Tidsskriftet.no* (13,6 %). Denne andelen er doblet siden 2016, og er høyere enn for mange andre nettsteder. Det tyder på at *Tidsskriftet.no* som merkevare er godt kjent.

Vitenskapelige artikler som publiseres i Tidsskriftet indeksres i PubMed. Per 1.1.2018 hadde Tidsskriftet 31 600 artikler indeksert på Pubmed. I 2017 gikk 33 496 Pubmed-brukere inn på artikler på *tidsskriftet.no*.

Redaksjonen sender ukentlig ut et nyhetsbrev med et utvalg av nylig publiserte artikler. Nyhetsbrevet sendes til nærmere 37 000 mottakere, hvorav ca. 12 000 i gjennomsnitt åpner og leser e-postene. Tidsskriftet bidrar også til å sette dagsorden for helsenyheter gjennom kontakt med helsejournalister, journalister og redaksjoner i nasjonale, så vel som lokale mediehus. I flere år har Tidsskriftet hatt et samarbeid med Morgenbladet og Aftenposten – ofte gjennom sampublisering av stoff. Tidsskriftet har også kontakt med andre redaksjoner og ble i løpet av 2017 sitert 566 ganger i norsk presse.

7.3 Engelske oversettelser

Alle forfattere som får en artikkel akseptert for publisering i Tidsskriftet, får tilbud om oversettelse til engelsk. Artiklene som oversettes indeksres som tospråklige i PubMed. Forfatterne betaler selv for oversettelsen. I 2017 ble 145 artikler oversatt og publisert. I tillegg ble 22 artikler publisert på engelsk i temaserien Global helse. Til sammenlikning ble 117 artikler oversatt i 2016 og 130 i 2015.

7.4 Redesign av papirutgaven

I juni 2017 lanserte Tidsskriftet nytt design på papirutgaven. Det nye designet er utarbeidet av den britiske designeren Mark Porter, som også har laget nettdesign og overordnet visuell profil. Målet med redesignet har vært forenkling, bedre leseropplevelse og fremheving av det vitenskapelige innholdet. Innholdet er tredelt med design for å understøtte de ulike leseropplevelsene i delene Debatt, Vitenskap og Magasin. Det er også utarbeidet en ny visuell profil for Aktuelt i foreningen i papirutgaven.

7.5 Legejobber.no

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

Legejobber.no er Tidsskriftets stillingsportal og grensesnittet ivaretar viktige funksjoner både for jobbsøkende leger og foretak som søker etter kandidater. Legene tilbys en komplett kontinuerlig oversikt over arbeidsmarkedet, og *Legejobber* ivaretar derfor også Legeforeningens ønske om å sikre nasjonal tilgjengelighet til utlyste stillinger. Rammebetingelsene for denne typen annonseinntekter er betydelig endret den senere tid og omfattende strategisk arbeid pågår for å utvikle og tilpasse vårt konsept og dermed sikre inntekter i det nye markedet.

Konkurransen blir stadig hardere i dette markedet og *Legejobber* mister markedsandel både på papir og nett. Likevel har vi fortsatt høy trafikk på nettsiden. Det er gjennomført totalt 574 500 økter i 2017, tilsvarende et ukegjennomsnitt på 11 048 økter. Det er en nedgang på 2,96 % fra 2016. Det har vært en reduksjon i antall registrerte annonser fra 2 599 i 2016 til 2 427 i 2017. Det er en nedgang på 6,62 %. Det jobbes videre med en strategi for hvordan vi kan bremse nedgangen.

7.6 Økonomi

Stillingsannonser formidles via *legejobber.no*, og salg av produktannonser formidles gjennom HS Media. Totale annonseinntekter for Tidsskriftet beløper seg i 2017 til ca. kr 25,2 millioner. Til sammenlikning var annonseinntektene ca. kr 28,0 millioner i 2016.

Kostnaden for trykk og distribusjon av Tidsskriftet fordeler seg på sideproduksjon, trykk, papir, ferdiggjøring og distribusjon og var i 2017 på ca. kr 13,2 millioner. Til sammenlikning var kostnaden ca. kr 14,1 millioner i 2016.

8 LEFO – Legeforskningsinstituttet

Forankret i vedtektene til Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) har LEFO følgende overordnede forskningsområder:

- Legers helse, livskvalitet og atferd
- Samfunnsmessige og organisatoriske betingelser for god profesjonsutøvelse
- Holdninger, etikk og prioritering
- Legerollen i endring

8.1 Sentrale prosjekter i 2017

- Trusler, mobbing og vold mot leger, inkludert uønsket seksuell oppmerksomhet
- Samspill mellom organisatoriske faktorer, legers jobbtilfredshet og behandlingskvalitet
- Etikk, prioritering og likebehandling
- Legers arbeidssituasjon
- Studiestedets betydning for valg av karriere
- Allmennmedisin: rekruttering og stabilitet
- Stress og fordeling av arbeidstiden
- Legers kollegiale helse- og omsorgstilbud

LEFOs prosjekt "Bra for legen – bra for pasienten?", *IDOQ – Interactions between Doctors, Organization and Quality of care*, fortsatte i 2017. Tre sykehus er inkludert: et middels stort og et universitetssykehus i Norge, samt et universitetssykehus i USA. Studien gjøres i tett samarbeid med leger og utformes slik at lokal klinisk praksis og erfaring integreres med forskningserfaring. Slik kan den bli nyttig og relevant for leger, øvrige ansatte og pasienter, samtidig som den gir vitenskapelig kunnskap.

LEFO har også vært involvert i et prosjekt finansiert av Norges forskningsråd, om prioriteringer i helsetjenesten, med fokus på betydningen av styring for prioriteringene og hvordan leger opplever at økonomiske, juridiske og organisatoriske ordninger påvirker deres beslutninger.

Det er utarbeidet flere rapporter: En om utvikling av legemeldt sykefravær (≥ 14 dager) gjennom en tiårsperiode for leger med kompensasjon fra SOP. Dataene er sammenliknet med legemeldt fravær i samme periode blant ansatte sykehusleger og befolkningen for øvrig.

En annen rapport var evaluering av spesialistutdanningen for sykehusleger, med særlig blikk på veiledning og supervisjon. Dette inngår i et forestående ph.d.-prosjekt om spesialistutdanningen av leger, og som søkes utgått fra Det medisinske fakultet ved Universitetet i Bergen (UiB).

Oppfølgingsstudien av leger som har benyttet forebyggingstilbudene ved Ressurssenteret Villa Sana og støttekollegaordningen ble etablert og en ph.d.-stipendiat ansatt.

8.2 Forskersamarbeid, nettverk, oppdrag

Sentrale norske samarbeidspartnere: Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Senter for medisinsk etikk (begge UiO), Uni Research Rokkansenteret, Universitetet og Høgskolen i

Bergen, Kunnskapssenteret for helsetjenesten (FHI), Senter for profesjonsstudier (OsloMet – storbyuniversitetet) og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen.

Internasjonalt samarbeid: En seniorforsker var (til juni 2017) på et ettårig forskningsopphold ved Center on Medicine as a Profession, Columbia University i New York. Samarbeidet resulterte blant annet i en rapport om medisinsk profesjonalitet og en artikkel (under vurdering). Videre er det gjennom IDOQ-studien etablert et samarbeid med University of California i San Francisco og Institutet för stressmedicin (ISM) og Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Sahlgrenska Akademin ved Göteborgs universitet i Sverige.

I januar 2017 arrangerte LEFO den fjerde interdisiplinære, nordiske forskersamlingen med temaet "*Interactions between Professions, Organisation and Quality of care – IPOQ*". I styringsgruppen sitter representanter fra Sverige, Danmark og Norge, som også planlegger fremtidige nordiske konferanser.

Etter avtale har LEFO utført oppdrag for Legeforeningen, som konsulenthjelp ved medlemsundersøkelser (kvalitetssikring, utsending og tolkning av resultater for elektroniske undersøkelser) og redigering/oppdatering av nettsidene www.legeforeningen.no/kollegastotte på oppdrag fra Utvalg for legehelse.

LEFO har veiledet og undervist på profesjonsutdanning, master- og doktorgradsnivå, vært fagfellevurderere i vitenskapelige tidsskrifter og medlem av doktorgradskomiteé. LEFO bidro som medforfattere i Ingunn B. Solbergs doktoravhandling: *Doctors' job satisfaction during early career and economic recession. Prospective and cross-national studies in Norway and Iceland* (Det medisinske fakultet, UiO).

Blant andre oppdrag er programsensur av masterprogrammet i helseledelse, kvalitetsforbedring og helseøkonomi ved UiB, verv i Ethics Advisory Board i EU-kommisjonens forskningsflaggskip "*Human Brain Project*" og styreverv i European Association for Physician Health (EAPH) med ansvar for planlegging og gjennomføring av EAPH-konferansen "*Being a Doctor and Staying a Person*", 24-25. april 2017 i Paris.

8.3 Datagrunnlag

LEFOs unike longitudinelle data kommer fra et representativt panel av yrkesaktive leger med hovedstilling i Norge. Legepanelet består av ca. 2 200 leger, som har besvart spørreskjema annethvert år siden 1994. LEFO har innledet samarbeid med Tjenester for Sensitive Data, UiO, med tanke på parallell elektronisk og papirversjon av skjema. LEFO gjorde også studier uavhengig av Legepanelet, både kvantitative og kvalitative, som resulterte i flere originalartikler.

8.4 Forskningsformidling

LEFOs forskning sørger for at legenes egne opplevelser og synspunkter kommer til orde – hvilket ikke bare er viktig for deres arbeid, men også for utformingen av helsetjenesten og helsepolitikken. Det er avgjørende at LEFO er et faglig uavhengig institutt og fritt kan publisere resultater av forskningen. Resultatene publiseres i fagfellevurderte tidsskrift og andre publikasjoner rettet mot et større publikum, både leger og andre.

Den vitenskapelige produksjonen er høy sammenliknet med universitet, høyskoler og forskningsinstitutter. I 2017 publiserte LEFO ti originalartikler, ett bokkapittel og én lederartikkel. I tillegg kom 13 kommentarartikler til "*Legelivet*" i *Tidsskrift for Den norske*

legeforening, samt to artikler i *Overlegen* og på *YngreLeger.no*. Muntlig formidling av forskningsresultater er en viktig del av virksomheten. I 2017 inkluderte det ca. 30 innlegg på konferanser og i andre fora.

8.5 Bemanning og økonomi

Staben har bestått av åtte personer: instituttsjef/forsker (100 %), tre seniorforskere (to i 100 %, én i 20 % frem til 31.8.2017), én rådgiver (100 %), nettredektør/spesialrådgiver (50 %), forskningssekretær (50 %) og gjesteforsker (100 %, finansiert av Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet). Instituttsjef Karin Isaksson Rø har bistilling ved Ressursenteret Villa Sana, Modum Bad.

Instituttets aktiviteter er hovedsakelig finansiert av SOP, med en andel fra Legeforeningen, samt eksterne kilder. Se www.lefo.no (www.legeforsk.org) for en nærmere beskrivelse av publikasjoner og pågående prosjekter.

9 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter:

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

Legeforeningen hadde i 2017 et regnskapsmessig positivt resultat på kr 77 158 065. Resultatet er mer enn 67 millioner kroner bedre enn budsjett. Det er tre hovedårsaker til det store budsjettavviket:

1. Høye finansinntekter
2. Effekten av tilleggskontingent
3. Positive budsjettavvik i Utdanningsfond 1 og 2

Regnskapet viser en samlet egenkapital per 31.12.2017 på kr 1 457 725 610. Av dette utgjør egenkapitalen knyttet til fondene 88,7 %. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer.

Foreningens konfliktfond utgjør etter styrkingen i 2017, ca. kr 47,3 millioner. Dette tilsvarer 3,2 % av samlet egenkapital. Konfliktfondet er med dette tilbake på et nivå tilsvarende kr 2,4 millioner høyere enn før konflikten høsten 2016.

Andre selvpålagte avsetninger, i hovedsak knyttet til planlagte IT-investeringer og andre utviklingsprosjekter samt bufferavsetning for å møte usikre inntekter fremover, utgjør til sammen kr 43,4 millioner. I tillegg inneholder balansen en avsetning knyttet til rettshjelp (Rettshjelpsfond) på ca. kr 10,4 millioner. Andre selvpålagte avsetninger *inkludert* Rettshjelpsfondsavsetningen, tilsvarer 3,7 % av samlet egenkapital.

Resterende del av egenkapitalen, ca. kr 62,9 millioner - tilsvarende 4,3 % - er definert som *fri egenkapital*. Dette innebærer en styrking på ca. kr 18,1 millioner sammenliknet med 2016.

De respektive delregnskapene for Hovedforeningen, Utdanningsfond I, Utdanningsfond II, og Lånefondet, kan vise til overskudd i 2017, mens Utdanningsfond III og Kvalitetssikringsfondet endte året med underskudd. Alle fondene, med unntak av Kvalitetssikringsfondet, viser positive avvik sammenliknet med budsjett.

Finansinntektene fra Legeforeningens forvaltningsportefølje budsjetteres og inntektsføres i Hovedforeningen gjennom året, og fordeles mellom Hovedforeningen og fondene per 31.12. hvert år. Finansinntektene er i 2017 fordelt proporsjonalt i henhold til størrelsen på egenkapitalen i det enkelte underregnskap, men slik at avkastning utover 3,0 % tilfaller Hovedforeningen. Dette er i tråd med landsstyrets ønske om å styrke den frie egenkapitalen i Hovedforeningen og i tråd med landsstyrets budsjettvedtak for 2017.

Legeforeningens investeringsportefølje fikk en samlet avkastning på 5,8 % i 2017. Dette er 2,8 % - poeng bedre enn budsjettert avkastning (3,0 %). I investeringsporteføljen fikk norske aksjer en avkastning på 21,4 % og globale aksjer en avkastning på 17,5 %. Norske - og globale- obligasjoner steg henholdsvis 2,6 % og 1,3 %. Avkastningen medførte at netto finansinntekter fra investeringsporteføljen ble kr 22,8 millioner bedre enn budsjett. I tillegg fikk foreningen et aksjeutbytte på kr 3,0 millioner fra Christiania Torv AS.

Samlede driftsinntekter i Hovedforeningen er på ca. kr 240,4 millioner, ca. kr 20,5 millioner bedre enn budsjett. Dette tallet inkluderer inntektene av tilleggskontingent utskrevet i 2017 som en følge av konflikten høsten 2016. Tilleggskontingenten var ikke budsjettert. Ordinær kontingent utgjør i 2017 ca. kr 144,2 millioner, noe som er ca. kr 3,3 millioner lavere enn budsjett, men ca. kr 8,5 millioner høyere enn i 2016. Medlemsveksten er forutsatt god, men veksten har i større grad enn forutsatt i budsjettet kommet blant lavt betalende grupper (studenter og nyutdannede). Annonseinntektene i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen utgjorde i 2017 ca. kr 23,7 millioner. Dette er ca. kr 4,3 millioner lavere enn i 2016, men likevel ca. kr 1,8 millioner bedre enn budsjett. Produktannonser og stillingsannonser i papirutgaven har en markert nedgang fra 2016, mens stillingsannonser på nett har en økning på ca. kr 1,4 millioner før rabatter.

Totale driftskostnader i Hovedforeningen er på ca. kr 222,5 millioner, noe som er ca. kr. 3,0 millioner under budsjett for 2017. Direkte produksjonskostnader i Tidsskriftet er ca. kr 0,9 millioner bedre enn både budsjett og målt mot tallene fra 2016. Personalkostnadene i Hovedforeningen er per 31.12.2017 ca. kr. 1,7 millioner bedre enn budsjettert.

Driftsresultatet i Hovedforeningen viser et overskudd på ca. kr 17,9 millioner. Det store driftsoverskuddet skyldes, som nevnt over, tilleggskontingenten knyttet til konflikten i 2016. Uten tilleggskontingenten ville Hovedforeningen hatt et driftsunderskudd på ca. kr 4,6 millioner. Dette er ca. kr 1,0 millioner bedre enn budsjettert.

Regnskapet for Utdanningsfond I omfatter fra 2015 kursvirksomheten ved samtlige koordinatorkontorer. Denne kursvirksomheten i tillegg til veiledning og nettkurs hadde i 2017 en kostnadsside på ca. kr 58,4 millioner og et overskudd på ca. kr 2,2 millioner. Budsjettert overskudd på kursvirksomheten var ca. kr 1,2 millioner. Driftsunderskuddet for Utdanningsfond I totalt er på ca. kr 1,6 millioner, ca. kr 5,1 millioner bedre enn budsjett. Fondets andel av Legeforeningens finansinntekter utgjør ca. kr 3,9 millioner. Dette gir et positivt resultat på bunnlinjen på ca. kr 2,3 millioner.

Etter en varierende, men kontinuerlig økning fra 2013 til 2016, ble det i 2017 en reduksjon på ca. kr 3,6 millioner i kostnadsførte refusjoner fra Utdanningsfond II. Samtidig økte tilskuddet fra normaltarifforhandlingene med ca. kr 2,4 millioner. Fondet fikk derfor i 2017 et positivt driftsresultat på ca. kr 4,0 millioner. Andelen av finansinntektene utgjør ca. kr 3,4 millioner, noe som gjør at fondet i 2017 ender opp med et overskudd på ca. kr 7,4 millioner.

Refusjonene fra Utdanningsfond III har økt kontinuerlig fra ca. kr 36,4 millioner i 2012 til ca. kr 56,2 millioner i 2017. Fra 2016 til 2017 var økningen på ca. kr 3,7 millioner. Tilskuddet fra normaltarifforhandlingene har fra 2016 til 2017 økt med ca. kr 0,65 millioner. Tilskudd fra Spekter/Virke har i samme periode økt med ca. kr 0,5 millioner. Disse inntektspostene er tilnærmet like store og utgjør i 2017 ca. kr 55,4 millioner. Totale driftskostnader i Utdanningsfond III ble på ca. kr 59,9 millioner. Dette gav i 2017 et driftsunderskudd på ca. kr

4,5 millioner mot et budsjettert underskudd på ca. kr 5,1 millioner. Andelen finansinntekter på ca. kr 2,8 millioner gir fondet i 2017 et negativt totalresultat på ca. kr 1,8 millioner.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Kvalitetssikringsfondet) har vist stor stabilitet i driftsinntekter og driftskostnader de senere år. I 2017 fikk fondet et driftsunderskudd på ca. kr 4,1 millioner og et totalunderskudd etter finansinntekter på ca. kr 3,1 millioner mott budsjettert ca. kr 3,0 millioner. Det er i 2017 kostnadsført ca. kr 10,9 millioner i prosjektstøtte, hvorav ca. kr 6,0 millioner til SKIL AS (Senter for kvalitet i legekontor). Fra 2011 har tilførsel fra normaltarifforhandlingene steget jevnt fra ca. kr 9,4 millioner til ca. kr 11,0 millioner i 2017. Etter forslaget til disponering av årsresultatet vil Kvalitetssikringsfondet per 31.12.2017 ha en egenkapital på ca. kr 17,4 millioner.

Lånefondet fikk i 2017 et positivt totalresultat på ca. kr 24,2 millioner, ca. kr 10,2 millioner bedre enn budsjett. I perioden 1.1. 2015 til 31.12. 2017 er samlet utlån redusert med i overkant av kr 200 millioner. Det er nå om lag kr 365 millioner i tilgjengelig kapital for nye utlån. Dette utgjør ca. 43 % av egenkapitalen på rundt kr 885 millioner. Siden 2014 har utlånsrenten i Lånefondet vært høy sammenliknet med bankenes utlånsrente med pant i bolig. Årsaken til dette er periodens høye normrente. I februar 2018 vedtok sentralstyret å nedjustere renten med 0,50 % - poeng til 1,25 % - poeng over normrentesats. Lånerammen for etablering ble samtidig økt til kr 1 million, samt for reetablering til kr 500 000.

9.1 Nøkkeltall

9.1 Nøkkeltall

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2017	
						Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	455 232	444 963	66 889	0	77 158	1 457 726	1 572 835
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	240 396	222 513	30 252	0	48 135		
2 Utdanningsfond I	98 850	100 441	3 853	0	2 262		
3 Utdanningsfond II	49 601	45 612	3 403	0	7 392		
4 Utdanningsfond III	55 418	59 929	2 753	0	-1 758		
5 Lånefondet	0	1 900	26 118	0	24 218		
6 Kvalitetssikringsfondet	10 968	14 504	466	0	-3 070		
8 Fond for forebyggende medisin	0	30	22	0	-8		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	34	22	0	-13		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	235	433	0	198	8 517	8 605
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	603	104	0	-499	8 000	8 000
3 Delphin og hustrus legat	0	125	151	0	26	6 988	7 071
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	468	527	0	59	16 630	17 052
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	69 080	62 759	-3 233	0	3 087	46 221	130 723
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	16 451	243 159	503 224	-167 029	109 486	160 457	5 289 653
E. Allmenntilleggs forskningsfond	15 368	13 022	83	0	2 429	10 546	12 619
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	19 023	4 752	-3 943	0	10 329	53 740	159 616

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 revidert men ikke endelig godkjent.

³⁾ Andre kostnader i SOPs regnskap representerer avsetning til fremtidige pensjoner, endring i andre avsetninger samt skattekostnad. Regnskapet er revidert men ikke endelig godkjent.

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 2017:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen
- dekning av underskudd til kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger og lokalavdelinger
- dekning av underskudd til kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning som er arrangert ved universitetene
- støtte til Nmfs medisinutdanningskonferanse
- 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 2017.

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 over posten "Tilskudd til felles formål" fra Normaltariffen etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, Staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7.2017 – 30.6.2018 er tilskuddet kr 51,3 millioner, opp 3,4 millioner fra forrige periode.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2017 ble det innvilget totalt 6 040 søknader. Tilsvarende tall for 2016 var 6 085.

I regnskapene for 2017 er det regnskapsført kr 41,8 millioner i refusjoner og stipendier, mot kr 45,4 millioner i 2016. Driftsresultatet i 2017 var på kr 4 millioner, mot et negativt driftsresultat på ca. kr 2,5 millioner i 2016. Etter godskriving av finansresultatet med kr 3,4 millioner, utgjorde den samlede kapital ved utgangen av 2017 kr 142,3 millioner, mot 134,9 millioner ved utgangen av 2016

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 posten "Tilskudd til felles formål" fra Normaltariffen etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, Staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7.2017 - 30.6.2018 er tilskuddet kr 28 millioner, opp kr 0,5 millioner fra forrige periode.

I henhold til overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og Virke, betalte arbeidsgiver (helseforetakene) et tilskudd til Utdanningsfond III svarende til kr 2 000 per legeårsverk. Det ble i 2017 betalt inn kr 27,6 millioner, mot kr 27,1 millioner i 2016.

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 2017 innvilget sekretariatet totalt 11 084 søknader om refusjon. Tilsvarende tall for 2016 var 9 634. Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold ble regnskapsført med kr 56,2 millioner i 2017, mot 52,5 millioner i 2016. Driftsresultatet i 2017 var negativt med kr 4,5 millioner, mot et negativt driftsresultat i 2016 på 2,7 millioner. Etter godskriving av finansresultatet på ca. kr 2,7 millioner, utgjorde fondets samlede kapital om lag kr 111,2 millioner ved utgangen av 2017, mot ca. 113 millioner ved utgangen av 2016.

9.2.4 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Stiftelsen Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) definerer sin oppgave slik: "SOP skal bidra til økonomisk sikring av sine medlemmer ved fravær fra egen legepraksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. I tillegg skal medlemmene og deres etterlatte sikres i forbindelse med arbeidsuførhet, pensjon og død".

SOP kan i 2017 vise til et driftsresultat på ca. kr 109 millioner (-58). Økningen skyldes i hovedsak gode avkastningsresultater på investeringsporteføljen.

Merk: Tall i parentes refererer til tall fra 2016.

Avkastning av kapitalforvaltningen utgjorde ca. kr 515,6 millioner (322), og bidro til at stiftelsens totalkapital økte til ca. kr 5,3 milliarder (5,0) ved utgangen av 2017. Dette innebærer en verdijustert avkastning på ca. 10,6 % (6,5).

Det ble i 2017 utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt ca. kr 213,9 millioner (187,5). Av dette utgjorde pensjoner ca. kr 149,1 millioner (135). Avbruddsyttelsene – herunder sykehjelp, fødselsstønad samt omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger – utgjorde ca. kr 49 millioner (41,7), og engangsstønad ved død utgjorde ca. kr 15,6 millioner (10,8) i 2017.

Legehelse er viktig for SOP. Derfor gis det også støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmene. LEFO – Legeforskningsinstituttet – forsker på legers helse, livskvalitet og arbeid. Kollegastøtte er et landsdekkende støtteapparat som gir menneskelig støtte, råd og veiledning i perioder med private eller profesjonelle påkjenninger. Ressurscenteret Villa Sana ved Modum Bad er et tilbud til alle leger som trenger hjelp og støtte i kriser. I tillegg gjennomføres det seniorseminar to ganger årlig for medlemmer som nærmer seg pensjonsalder – sammen med sine ektefeller. Disse tiltakene ble totalt støttet med ca. kr 11,8 millioner i 2017.

Legeforetakens pensjonsordning er den eneste tjenstepensjonsordningen som ikke gir avkortning i pensjoner fra SOP. Skattefordeler, reduserte administrasjonskostnader og attraktive pensjonsfond gjør ordningen meget gunstig for privatpraktiserende leger. Ved årsskiftet hadde 2 722 foretak med 3 857 medlemmer etablert avtale i Legeforetakens pensjonsordning gjennom vår samarbeidspartner Storebrand.

Sykeavbruddsforsikring er en kollektiv forsikring for privatpraktiserende leger under 62 år. Ved årsskiftet var det 861 leger som hadde tegnet denne forsikringen. For de legene som driver privat praksis er sykeavbruddsforsikring et viktig virkemiddel for å redusere sitt innteksttap ved eventuell sykdom.

Stiftelsen står under tilsyn av staten, ved Arbeids- og sosialdepartementet. Sops styre holder seg kontinuerlig oppdatert på omkringliggende regelverk. I tillegg til ordinære styresaker har styret i 2017 arbeidet med viktige strategiske satsinger for å nå bredere ut til sine medlemmer:

- Styrking av avbruddsyttelsene spesielt for de yngste legene. Inntektskompensasjonen ved sykehjelp ble endret til 45 % for alle leger, og inntektskompensasjonen ved fødselsstønad ble økt til 55 %
- Stiftelsens nettside www.sop.no er under stadig utvikling. Tilbudet ble i 2017 utvidet med kalkulatorer for å kunne beregne stønad fra SOP både for fødselsstønad, sykehjelp og alderspensjon
- Sykeavbruddsforsikring ble vedtatt flyttet fra Tryg til Storebrand med virkning fra 1. april 2018. Dette resulterer i en reduksjon av kostnadene for våre medlemmer

I 2017 ble det gjennomført en medlemsundersøkelse i Legeforeningen for å avdekke medlemmenes forventninger og i hvilken grad vi leverer. For SOPs medlemmer er rådgivning om ytelsene en nødvendig hjelp når de kontakter oss. Undersøkelsen ble sendt ut til 33 283 medlemmer, og viste at medlemmene er godt fornøyd med rådgivningen de får fra SOP.

Styret bekrefter at regnskapet er avlagt under forutsetning om fortsatt drift. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning. Revisjonen utføres av RSM Norge AS.

9.2.1 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

Legeforeningens lånefond for privat praksis ble etablert i 1979. Den norske legeforenings sentralstyre er fondets styre. Legeforeningens sekretariat ved generalsekretæren er fondets forretningsfører. Søknader til Lånefondet behandles av Legeforeningens sekretariat. Sekretariatet fatter vedtak om tildeling av lån i tråd med vedtektene og lånebetingelser, som til enhver tid er fastsatt av sentralstyret. Låneadministrasjon for Lånefondet ivaretas av Lindorff Låneadministrasjon.

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 var i 2017 kr 500 000 ved første gangs søknad. Ved senere låneopptak var grensen for samlet lån kr 400 000 inkludert restkreditt. Renten for nye lån utgjorde 1,75 % - poeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. I 2017 var rentesatsen 2,2 % gjennom hele året.

Fra en situasjon med eskalerende utlånsvekst og begrenset utlånskapital, har situasjonen endret seg fra 2015 og utlånsveksten har sunket. Blant annet på denne bakgrunn, vedtok sentralstyret i januar 2018 å senke rentepåslaget til 1,25 % - poeng. Lånerammen ble samtidig økt til kr 1 million ved første gangs søknad og kr 500 000 ved annen gangs søknad.

Lånefondet innvilget i 2017 lån tilsvarende 93,1 millioner kroner til 148 leger, mot 88,9 millioner kroner til 146 leger i 2016. Per 31.12.2017 var det i alt 1 515 låntakere, mot 1 628 låntakere per 31.12.2016. Utlån til leger utgjorde per 31.12.2017 kr 489,7 millioner, mot kr 523,2 millioner ved utgangen av 2016.

Per 31.12. 2017 var det totalt 38 saker som var overført til inkasso, med en totalsum på ca. kr 14,2 millioner. Lån til Soria Maria ble innfridd i 2017. Egenkapitalen utgjorde kr 854,9 millioner per 31.12. 2017, mot kr 838,8 millioner ved utgangen av 2016. Det er nå om lag kr 354 millioner i tilgjengelig kapital for nye utlån. Det utgjør ca. 41 % av formålskapitalen.

9.2.2 Premiereguleringsfondet

Fondet ble etablert i 2009 for å kompensere for urimelige og utilsiktede konsekvenser av en endring i regelverket for offentlige tjenstepensjonsordninger 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 2017 utbetalt ca. kr 1,8 millioner for regulering av oppsatte pensjoner og pensjoner under utbetaling samt for engangspremier og avviklingstilskudd til Overføringsavtalens sikringsordning.

9.2.3 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 2017 ble det avsatt 10,876

millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2017. Det totale antall søknader til fondet var 40, med samlet søknadssum på 21,9 millioner kroner. Det ble bevilget 12,5 millioner kroner til 20 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

9.2.4 Allmennmedisinsk forskningsfond

Allmennmedisinsk forskningsfond tilføres midler i forbindelse med de årlige Normaltariff-forhandlingene mellom Legeforeningen og Staten. Det blir lyst ut midler fra fondet to ganger årlig med frist 15. mars og 15. september. I 2017 ble det bevilget til sammen 12, 47 mill. kroner fra Allmennmedisinsk forskningsfond til i alt 29 prosjekter. Fondet mottok i alt 40 søknader med en samlet søknadssum på 21,28 mill. kroner.

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).

10 Legeforeningens organisasjon

Per 31.12. 2017 hadde Legeforeningen 34 362 medlemmer, og per 31.12. 2016 hadde Legeforeningen 33 412 medlemmer. Dette innebærer en økning med 950 medlemmer, tilsvarende 2,76 %, mot 1 133 medlemmer eller 3,51 % året før. Denne svakere økningen i medlemstallet enn året før kommer til tross for at antallet innmeldte i 2017 trolig var det fjerde høyeste noensinne med 1 590 nye medlemmer (bare 2000 og 2015 hadde klart høyere antall nye medlemmer, mens 2012 lå omtrent på nivå med 2017), og en del reinnmeldinger av tidligere medlemmer kommer da i tillegg. Forklaringen på den lavere veksten enn året før er at det er utmeldt et rekordhøyt antall medlemmer, totalt 960 medlemmer i 2017 (inkl. 124 avdøde), hvorav 587 medlemmer per 31.12.2017 som følge av manglende kontingentbetaling i 2017 (dette tallet inkluderer også 53 medlemmer som selv aktivt valgte å melde seg ut per 31.12.2017, etter siste purring på medlemskontingenten). Medlemsveksten er større enn differansen mellom innmeldinger og utmeldinger i disse tallene, ettersom det i tillegg kommer en del reinnmeldinger i 2017 av tidligere utmeldte medlemmer, og i tillegg er det mange som har mer enn én endring av status for medlemskapet i løpet av året.

Medlemmene som er utmeldt per 31.12.2017 som følge av manglende kontingentbetaling i 2017 har en medianalder på 30 år, blant annet som følge av at over 40 % av disse utmeldte er medisinstudenter. Blant de utmeldte legene er det en overvekt av leger med autorisasjon siden 2012, samt leger uten autorisasjon. For legene alene er medianalderen for de utmeldte per 31.12.2017 som følge av manglende kontingentbetaling i 2017 i underkant av 41 år.

Mer medlemsstatistikk finnes i vedlegget til årsmeldingen, og på Legeforeningens nettsider: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/>

10.1 Organisasjonskart

Legeforeningens organisasjon var ved utgangen av 2017 som fremstilt i figuren nedenfor.



23.1.2018 ATN

10.2 Landsstyret

Landsstyret vedtok i 2011 at medlemstall per 1.2. i det året nytt landsstyre velges skal legges til grunn uten at antallet representanter justeres ved senere endring av medlemstallet. Fra 1.9. 2015 - 31.8.2017 har landsstyret 145 medlemmer, mens det fra 1.1.2017 - 31.8.2019 har 148 medlemmer.

10.3 Sentralstyret

Sentralstyret har i perioden 1.9.2015 - 31.8.2017 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, og med Torstein Schrøder-Aasen, Rasmus Bakken og Anne-Karin Rime som varamedlemmer.

Nytt sentralstyre fra 1.9.2017 - 31.8.2019 har følgende sammensetning: President Marit Hermansen, visepresident Christer Mjåset, Ole Johan Bakke, Anja Fog Heen, Jon Helle, Anne-Karin Rime, Kirsten Rokstad, Eivind Valestrand og Tom Ole Øren.

Sentralstyret har i 2017 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 231 saker. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminar ble arrangert 18.-19.1.2017 i Oslo.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 45

(Ny spesialitet i Akutt- og mottaksmedisin ble etablert i 2017).

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 17

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 44 spesialitetskomiteer

Under landsstyremøte i Alta 2013 ble det vedtatt krav om at spesialforeningen må ha minst 20 legemedlemmer, må være spesialitetsovergripende, og 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.

Oversikt over spesialforeningene finnes på *legeforeningen.no*.

10.5 Endringer i Legeforeningens lover - Regionutvalg

På landsstyremøtet 2016 ble sentralstyret bedt om å sette ned en arbeidsgruppe med mandat til å evaluere og eventuelt foreslå endringer i dagens ordning med regionutvalg. Det var forutsatt at det særlig skulle legges vekt på utvalgenes oppgaveportefølje, sammensetning og økonomi. Anbefaling skulle legges frem som sak for landsstyret i 2017.

Arbeidsgruppen foreslo lovendringer med formål å gi rom for mer fleksibilitet og hensiktsmessig sammensetning i regionen. Det overordnede formålet har vært å styrke regionutvalgenes funksjon som kontakthet mot lokalforeningene og de regionale helseforetakene.

Landsstyret vedtok lovendringene. Regionutvalget kan etter de nye reglene utvide sin sammensetning dersom det kommer frem forslag om dette fra organisasjonsledd eller tillitsvalgte i regionen og dette anses nødvendig for å ivareta regionutvalgenes formål og/eller geografiske representasjon. I tillegg ble det vedtatt lovendringer som innebærer at lokalforeningens styre avgjør hvem av styremedlemmene som deltar i regionutvalget.

Landsstyret vedtok også regler der hvor det er uenighet om sammensetningen av regionutvalget. Saken kan da bringes inn for sentralstyret. Lovendringen er ment som en sikkerhetsventil for de tilfellene der regionutvalg ikke kommer i stand på grunn av lokal uenighet og uenigheten ikke løses lokalt.

10.6 Opprettelse av fagutvalg for utdanningsleger i de fagmedisinske foreningene (Fuxx) - endring av Legeforeningens lover – Fuxx

Sentralstyret besluttet 30.8. 2016 å nedsette en arbeidsgruppe med oppgave å vurdere og fremme forslag til framtidig organisering av den fagmedisinske aksen. Med utgangspunkt i forslag fra arbeidsgruppen ble det forberedt en diskusjon til landsstyret i 2017 med drøfting av mulig modell. Med utgangspunkt i tilbakemeldinger fra Landsstyret, skal gruppen utarbeide et helhetlig forslag til Landsstyret i 2018, inkludert forslag til lovendringer og finansiering.

Arbeidsgruppen anbefalte imidlertid at det gjøres lovendringer i Legeforeningens lover som innebærer at det etableres Fagutvalg av leger i spesialisering (Fuxx) i de fagmedisinske foreningene, samt at Fuxx-ene har forslagsretten på oppnevning av LIS-representantene til spesialitetskomiteene. Forslagene ble vedtatt av landsstyret.

10.7 Medlemsoppslutning

En utdypende oversikt over medlemsmassen er vedlagt årsmeldingen.

10.8 Miljøfyrtårn

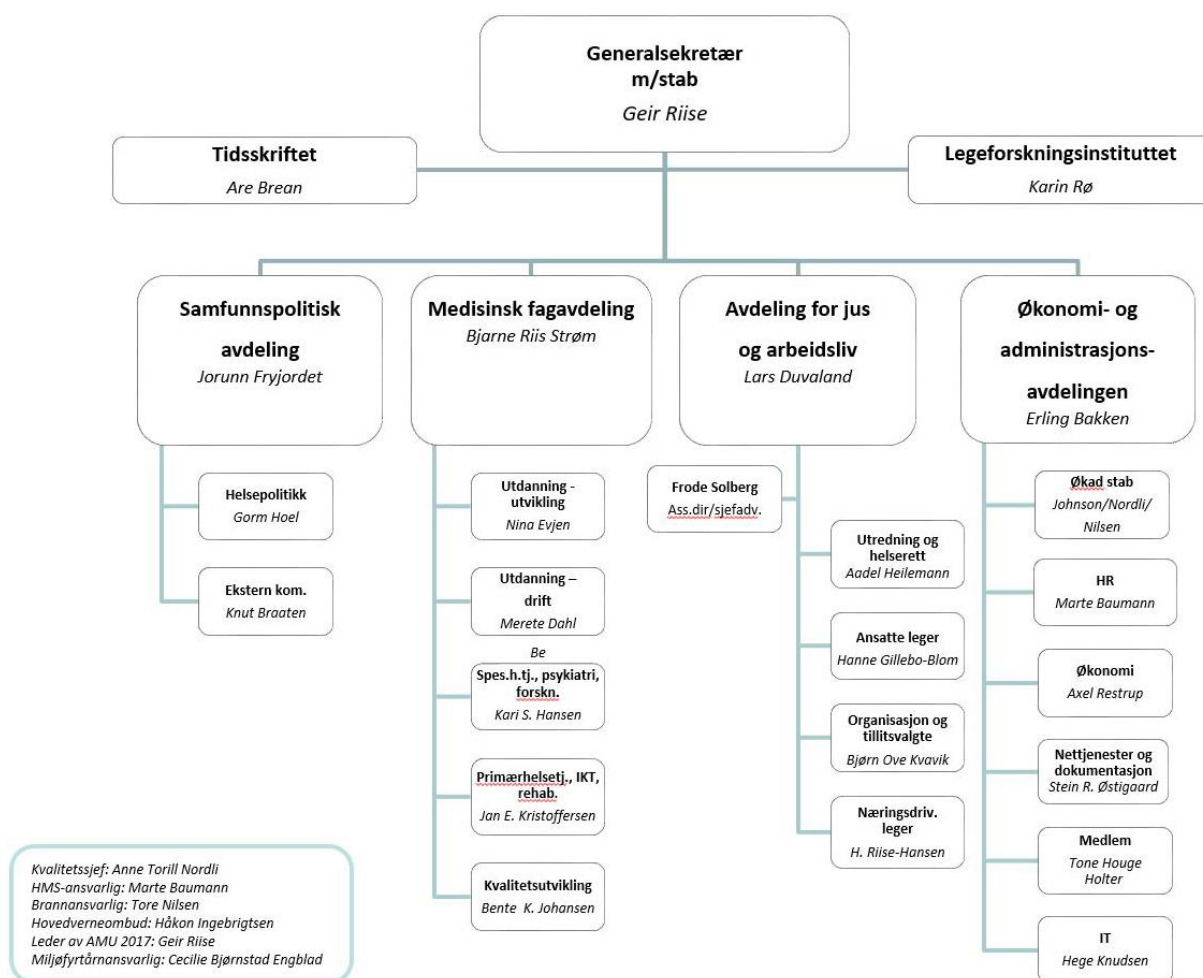
Legeforeningen (hovedforeningen) ble 9.2.2014 sertifisert som miljøfyrtårnbedrift i henhold til bransjekrav for kontorvirksomheter. Sertifikatet var gyldig i tre år og ble fornyet i februar 2017 for ytterligere tre år. Årlig innleveres miljørapport som dokumenterer arbeid med miljøtiltak.

10.9 Sekretariatet

Per 31.12.2017 var det 179 ansatte i Legeforeningen inkludert vikarer og prosjektmedarbeidere, fordelt på ca. 160 årsverk. Av disse var 149 årsverk faste stillinger. Dette utgjør en økning sammenliknet med 2016 på om lag ett årsverk i faste stillinger. Opptellingen gir et situasjonsbilde per 31.12. hvert år, og er således ikke justert for tilfeldige svingninger gjennom året knyttet til antallet innleide vikarer ved permisjoner eller langtids sykefravær.

Den administrative ledelsen bestod i 2017 av generalsekretær og fire avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO) av instituttchefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet i 2017 var 5,7 %. Sykefraværet var med dette 0,9 % - poeng høyere enn i 2016, som er innenfor den variasjonen sekretariatet har hatt i sykefraværstall den siste tiårsperioden. Legeforeningen er IA-bedrift. Faste allmøter for alle ansatte i sekretariatet holdes første mandag i måneden.

Kart over sekretariatet finnes på side 64.



VEDLEGG - ÅRSMELDINGEN 2017

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	4
2.1	Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden	4
2.1.1	Arrangement/Seminar	5
2.1.2	Øvrig aktivitet	5
2.1.3	Oppsummering av prinsipielt viktige saker	6
2.2	Spesialitetskomiteene.....	7
2.3	Spesialitetsrådet	8
2.4	Turnusrådet	8
2.5	Rettsbelpvalget.....	9
2.6	Legeforeningens IT-utvalg.....	9
2.7	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf)	9
2.8	Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	9
2.9	Psykbterapiutvalget 2014-17.....	9
2.10	Kollegial støtte for leger – Utvalg for legebelse	10
2.11	Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens	11
2.12	Nettverk for leger med interesse for forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og ledelse.....	11
2.13	Legeforeningens representasjon i sektorstyre helse og omsorg Standard Norge.....	11
2.14	Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	11
2.15	Representasjon i Akademikernes organer.....	13

3	MEDLEMSDATA OG SPESIALISTGODKJENNINGER.....	14
3.1	Utvikling i medlemstall	14
3.1.1	Legemedlemmer og studentmedlemmer 2010 - 2016 per 31. desember:.....	14
3.1.2	Lokalforeninger.....	15
3.1.3	Yrkesforeninger	15
3.1.4	Fagmedisinske foreninger.....	15
3.1.5	Norsk medisinstudentforening - Nmf.....	15
3.2	Spesialistgodkjenninger i 2017	16
3.2.1	Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader	16
3.2.2	Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	17
3.2.3	Kompetanseområde i allergologi	17
3.2.4	Kompetanseområde i smertemedisin	17
4	PROSJEKTER/ANNET	18
4.1	Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen	18
4.2	Medlemstilbud	22
5	LEGEFORENINGENS MEDLEMSKAP I ANDRE ORGANISASJONER	23
5.1	Fagakademiet.....	23
5.2	Akademisk Studieforbund	23
5.3	Norsk legemiddelhåndbok (NLH)	23
5.4	Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger	24

1 Representasjon i fondsstyrer

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 2017 bestått av: Ole Johan Bakke (leder), Helge Sigurd Haarstad, Bente Bjørnhaug, Tone Dorthen Sletten, Tor-Arne Hagve, Kristin Kornelia Utne og Vibeke Videm. Varamedlemmer: Arne Runde, Kirsten Toft, Kirsten Rokstad, Kirsti Ytrehus, Christopher Elnan Kvistad og Nils Erik Gilhus.

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 utvalget, mens Helse- og omsorgsdepartementet og KS har en representant hver.

I 2017 har utvalget bestått av Ivar Halvorsen (leder), Marit Sæbø, Gunnar Skipenes, 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. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen har leder og to representanter i utvalget. Arbeidsgiverforeningen Spekter og Helse- og omsorgsdepartementet har ett medlem hver.

Fondsutvalget var i 2017 sammensatt slik: Siri Tau Ursin (leder), Clara Sofie Bratholm, Helge Bjørnstad Pettersen, Bente Krauss (Spekter) og Gunnar Misvær (HOD).

1.4 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fagrådet 2017: Ståle Onsgård Sagabråten, AF/NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim (nestleder), Elise Klouman, AFE Tromsø, Stefan Hjörleifsson, UiB, Jørund Straand, UiO, Bente Prytz Mjølstad, NFA og Jens Søndergaard, Universitetet i Odense (internasjonal representant).

Styret 2017: Petter Brelin, NFA (leder), Bjørn Nordang, AF, Erik Werner, NFA, Kirsti Malterud, AFE og Kjell Maartmann-Moe, HOD.

1.5 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondsutvalgets sammensetning 2017:

Oppnevnt av Legeforeningen: Ole Strand (leder), Jon Helle, Petter Brelin, Anne-Karin Rime, Yngvild Hannestad. Varamedlemmer: Ellen Tveter Deilkås og Martin Altreuther.

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet: Runa Heimstad, Hilde Skyvulstad (til 6.7. 2017), Kjell Maartmann-Moe (varamedlem til 25.9. 2017, medlem fra 25.9. 2017), Knut Berglund (varamedlem fra 25.9. 2017). Oppnevnt av KS: Sigrid Askum, Torun Risnes (varamedlem).

1.6 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

SOP ledes av et styre på fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer – med personlige varamedlemmer – velges av Legeforeningens landsstyre. Arbeids- og sosialdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. Funksjonstiden er fire år.

I 2017 var styret sammensatt som følger: Hans Kristian Bakke (styreleder 2014-2017), Truls Disen (nestleder 2016-2019), Arne Laudal Refsum (styremedlem 2016-2019) og Anne Mathilde Hanstad (styremedlem 2014-2017). Anita Mølmesdal Sivertsen (styremedlem 2014-2017) fra NAV var departementets representant i styret. Legeforeningens generalsekretær er stiftelsens forretningsfører. Det er i 2017 avholdt fire styremøter.

1.7 Premiereguleringsfondet

Styret i Premiereguleringsfondet bestod i 2017 av Tom Ole Øren (leder), Nils Kristian Klev, Arne L. Refsum, Vibeke Birkeland og Vera Mahler (erstattet Terje Lycke fra 18.4. 2016).

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 Brelin, overlege, PhD

Varamedlemmer

1. Ståle Clementsen – lege i spesialisering
2. Thore Andre Henrichsen – overlege

Advokat/spesialrådgiver Stine K. Tønsaker er rådets sekretær. Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og ferdigbehandlet 40 enkeltsaker.

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 40 sakene ble 16 vedtatt å ikke ta til behandling; åtte av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som rådet etter sitt mandat ikke behandler, to var rent juridiske og kunne ikke vurderes i lys av etiske regler, to omhandlet både juridiske og medisinsk faglige forhold, og i tre av klagen var det åpenbart ikke brudd. En sak ble avvist fordi den ikke ville kunne bli opplyst ut fra prinsippet om kontradiksjon.

Rådet har merket seg at det er et stort antall saker det ikke gjøres vedtak i, og skal se på om det som er rådets mandat og oppgave kan informeres tydeligere.

Publiserte artikler i perioden:

Aarseth S. Barn i Norge som ikke har rett til behandling- finnes de? Tidsskr Nor Legeforen 2016 136:447 DOI: 10.4045/tidsskr.16.0111

Hytten K. Fjerndiagnostisering. Tidsskr Nor Legeforen 2017 DOI: 10.1045.16.0811
Hytten K, Tønsaker S. Legeetikk ved kampsport som tillater knockout. Tidsskr Nor Legeforen 2017 DOI: 10.4045/tidsskr.17.0411
Blinkenberg E. Unnskyld. Tidsskr Nor Legeforen 2017 DOI: 10.4045/tidsskr.16.0776
Skipenes G. Når legen er sakkyndig. Tidsskr Nor Legeforen 2018 DOI: 10.4045/tidsskr.17.0940

Rådets leder har uttalt seg i media om blant annet:

- *Legeforeningens etiske råd skal fremme legers yrkesetikk* - Tidsskr Nor Legeforen 2017 DOI: 10.4045/tidsskr.16.1131
- *Vår plikt å behandle alle likt* - Tidsskr Nor Legeforen 2017 137:330
- NRK Dagsnytt atten 25.7. 2017: *Momsfritak for spiritualister*
- NRK Nyhetslunsj 24.3. 2017: *Vil ha aldersgrense på alternativ behandling*
- NRK Her og nå 10.3. 2017: *Splittelse om eggdonasjon i Høyre*
- Vårt Land 23.3. 2017: *40 000 barn fikk alternativ behandling*
- NRK Dagsnytt 23.10. 2017: *Vedr. spinal muskelatrofi/Spinreza*
- RadioRakel September: *Om Utlendingsinternatet på Trandum*
- TV2 13.9. 2017: *Medisin v/spinal muskelatrofi/Spinreza*
- NRK Østlandssendingen 3.10. 2017: *Om antibiotika*

2.1.1 Arrangement/Seminar

Helse eller resultater, 6.6. 2017

Arrangør: Rådet for legeetikk / Idrettsmedisinsk etisk råd / Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet

Idrettsmedisineren skal forebygge og behandle sykdom og skade hos idrettsutøveren samt bidra til at utøveren har helse til å konkurrere. Men legen skal også si fra når utøvere ikke bør delta, og det finnes idretter som kan være direkte helseskadelige. Kryssende hensyn og etiske dilemmaer er fokuset for dette åpne seminaret i regi av Rådet for legeetikk, Idrettsmedisinsk råd og Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet.

Barne- og ungdomsidrett til glede for alle? - 9. november 2017

Arrangør: Rådet for legeetikk, Idrettsmedisinsk etisk råd, Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet ønsker å belyse utfordringer trenere, foreldre, idrettsledere og helsepersonell står over for i møte med unge idrettsutøvere og inviterer derfor til seminar om medisinsk etikk i barneidrett.

Nordisk etikkseminar, Helsinki 30.august – 1. september 2017

2.1.2 Øvrig aktivitet

Rådets leder har:

- representert foreningen i World Medical Association, sammen med Legeforeningens generalsekretær Geir Riise og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hotvedt i sekretariatet
- forelest om Etikk på tillitsvalgtkurs modul III og på Lederkurs
- holdt innlegg på:
 - o Seminar Sivilombudsmannen 6. oktober: Helsepersonells rolle i møte med mennesker som er fratatt friheten i politiarrest og fengsel
 - o Workshop om persontilpasset medisin 9. november, Helsedirektoratet
 - o Rundebordskonferanse om Papirløse migranter. Arr.: Røde Kors

Deltatt på:

- o Läkartidningen Stockholm: Läkarassisterad Själv mord 29.mars

- Tidsskriftet Sykepleien Debattmøte «Når er det nok?» Debatt deltaker 14. juni
- Nordisk etikkmøte august 2017
- SMERS etikdag Stockholm 7. desember: Genombrått inom Genetiken – var finns etiken?
- Landsstyremøtet i Ålesund, hvor han fremmet forslag til Legeforeningens arbeidsprogram.
- Arbeidsgruppe policydokument «Barn i fengsel»
- Møte med «Dr Dropin», KRY
- Møte med IOM
- WMA Regional meeting End of life Issues, Vatikanet, 16. og 17. november

Rådet hadde informasjonsstand under Landsstyremøtet 2017.

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

2.1.3 Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Leger i idrett

Leger i idrett har vært et viktig tema i 2017, hvor Rådet for legeetikk har hatt særlig fokus på kryssende hensyn og etiske dilemmaer innenfor idrettsmedisin. I juni og i oktober arrangerte Rådet seminar i samarbeid med Idrettsmedisinsk etisk råd og Norsk forening for idrettsmedisin og fysisk aktivitet, hvor kryssende hensyn og etiske dilemmaer for idrettsmedisineren var i fokus.

Rådet behandlet også en konkret henvendelse med anmodning om å foreta en generell vurdering av om leger kan delta som kamplege ved kampaktivitet som tillater knockout, eller kan ta på seg verv som medisinsk fagperson i godkjenningnemda eller klagenemda for organisert kampaktivitet som tillater knockout. Rådet konkluderte med å fraråde leger å ta oppdrag som "kamplege" og som medlem av godkjennings- og klagenemda for organisert kampaktivitet som tillater knockout.

Generelt vil Rådet oppfordre leger til å være bevisst hvilket ansvar som ligger i å påta seg et oppdrag, og alltid avklare hva oppdraget innebærer, og om det er medisinsk, juridisk og etisk forsvarlig. Denne vurderingen og ansvaret påhviler den enkelte lege.

Rådets nestleder og sekretær publiserte på bakgrunn av saken en artikkel i Tidsskriftet om legeetikk ved kampsport som tillater knockout.

Kunsten å kommunisere og å beklage

Kommunikasjon mellom lege og pasient er en vanskelig kunst. Rådet har også i 2017 mottatt flere klager fra pasienter som opplever ikke å ha blitt møtt med omsorg og respekt, jf. Etiske regler for leger kap. I.

Rådet driver ikke etterforskning, men baserer sin saksbehandling på kontradiksjon. I disse sakene står det ofte "ord mot ord" om hva som har blitt sagt, og ikke minst hva som ble ment. Rådet kan ikke etterprøve hva som konkret har blitt sagt og gjort, og i hvilken kontekst og tone. Likevel er det legens ansvar, som den profesjonelle part, å skape en god og tillitsvekkende kommunikasjon med pasienten, og "*pasienten skal behandles med omsorg og respekt*", jf. etiske regler for leger kap. I, § 2. Derfor ender Rådet ofte med å gi kritikk i disse sakene.

Ellen Blinkenberg publiserte artikkelen *Unnskyld* i Tidsskriftet, hvor hun avslutningsvis skriver: "Åpenhet og tydelighet er forutsetninger for god kommunikasjon. Så opplagt, og så viktig"

Markedsføring

Private helsetjenester i ulike former er et voksende marked, hvor konkurranse og inntjening preger og skaper et behov for å markedsføre tjenestene på en helt annen måte enn helsetjenester tradisjonelt har vært markedsført.

Også i 2017 har Rådet for legeetikk mottatt en rekke klager på ulike former for markedsføring og informasjon om helsetjenester i ulike fora, og hatt fokus på dette. Klagene behandles etter Reglement for Rådet for legeetikk, og ender ofte med kritikk for brudd på reglene om markedsføring. Flere aktører har i sine uttalelser påpekt at det er "for tilfeldig" hvilke brudd Rådet får kjennskap til, slik at det rammer aktørene skjevt og at det er utfordrende å drive markedsføring på et privat marked i samsvar med Etske regler for leger.

Rådet for legeetikk ønsker at leger skal markedsføre sine tjenester på en nøktern måte og i overensstemmelse med Etske regler for leger. Det er viktig for legitimiteten og tilliten til legestanden og i et prioriterings – og samfunnsøkonomisk perspektiv. Hovedpoenget med de strenge reglene er tydelig å signalisere at leger ikke skal bidra til å skape unødige helseangst og urealistiske forventninger til hva legetjenesten kan bidra med.

Rådet inviterte blant annet leder for PSL og forbrukerombudet til et møte, for å drøfte hvordan man sammen kan arbeide for dette.

Rådet har også gjennomgått Reglementet for Rådet for legeetikk, og vil se nærmere på muligheten til å offentliggjøre kritikken som gis for brudd på kap. III om markedsføring.

2.2 Spesialitetskomiteene

Spesialitetskomiteene vurderte i 2017 rapporter fra 873 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 104 besøk (audit) på godkjente utdanningsinstitusjoner. På grunn av spesialitetskomiteenes omfattende arbeid med læringsmål for del 2 og 3 i 2017, ble det gjennomført færre besøk enn normalt. Det ble også behandlet 35 saker om godkjenning/endring av godkjenning som utdanningsinstitusjon og en rekke henvendelser fra utdanningsinstitusjonene.

Fra oktober 2011 har Legeforeningen og Helsedirektoratet en avtale om sakkyndig bistand for spesialistgodkjenning av leger og resertifisering av allmennleger. I henhold til avtalen skal Legeforeningens spesialitetskomiteer og sekretariat ved behov bistå Direktoratet med sakkyndigvurdering av søknader innenfor hver av de 45 medisinske spesialiteter. Det er oppnevnt 3 sakkyndige fra spesialitetskomiteene til hver spesialitet. Det er en forutsetning at de sakkyndige er spesialister i den aktuelle spesialitet. Avhengig av sakenes kompleksitet varierer det om det er bruk for en til tre sakkyndige. Søknader som blir oversendt til vurdering fra Helsedirektoratet er fra søkere med utdanning fra Norge, utdanning fra EU/EØS-området, søkere fra Norden eller søkere med utdanning utenfor EU-EØS-området.

Sakkyndigarbeid knyttet til søknad om spesialistgodkjenning og regodkjenning i allmennmedisin blir honorert av Helsedirektoratet. Oppnevningsperioden for

spesialitetskomiteene var opprinnelig fra 1.1. 2014 til og med 31.12. 2017. Sentralstyret vedtok i september å forlenge perioden med ett år, frem til 31.12. 2018. Begrunnelsen var ønske om å sikre kontinuitet i arbeidet med nye læringsmål og etablering av ny spesialistutdanning.

2.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Einar Klæboe Kristoffersen (leder) og Kathinka Meirik (nestleder), 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, Svein-Erik Tangsrud, Tove Hanche-Olsen (vara), Norsk pasientforening, Sverre Harbo (observatør), Kristin Refsdal (vara), Helsedirektoratet, Heidi Merete Rudi (observatør), Hans Petter Næss (vara), Statens helsetilsyn. KS har ikke oppnevnt noen representant for perioden 2014 – 2017.

Rådet hadde seks møter i 2017.

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 generell kirurgi, barne- og ungdomspsykiatri, barnekirurgi, blodsykdommer, bryst- og endokrinkirurgi, fordøyelsessykdommer og revmatologi i 2017. Temaene i disse møtene var blant annet problemområder og utfordringer for utdanningen i de respektive fagområder. Sentralstyret vedtok i sitt møte 18.9. 2017 å forlenge den inneværende perioden med et år, til og med 31.12. 2018. Dette for å sikre kontinuitet i arbeidet med de nye læringsmålene og etablering av ny spesialistutdanning.

2.4 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Anja Fog Heen (leder), Vivian S. Amundsen (Nmf), Lene Dæhlin (Nmf), Clara Bratholm/Fredrik Svenskerud fra 1.10. 2017 (Ylf), Barbro Kvaal (LSA), Sidsel Andreassen (AF), Ulla Dorte Mathisen (Of), Øyvind Ellingsen (De medisinske fakulteter)
Varamedlemmer: Hanne Støre Valeur, Petter Risøe, Ole Johan Bakke, Mia Lie Petersen.

Fra turnusrådets mandat siteres bl.a. følgende:

Turnusrådet skal være sentralstyrets rådgivende organ for turnustjenesten for leger. Rådet skal medvirke til en faglig høyverdig turnustjeneste og skal gjøre Legeforeningen kjent med faglige, sosiale og kollegiale problemer som måtte være til hinder for dette. Rådet skal belyse og drøfte alle sider ved turnustjenestens faglige og sosiale innhold og bidra til at Legeforeningens kompetanse i disse spørsmålene styrkes.

Turnusrådet har i perioden hatt to møter og behandlet 21 saker. Rådet har blant annet engasjert seg i spørsmålet om antall turnusstillinger/LIS 1 og overgangen til LIS 1 tjeneste, kvalitet i turnustjenesten/LIS 1, endringer i medisinstudiet i Polen, arbeidet med siste revisjon av læringsmål i del 1.

Det har i perioden vært saker knyttet til søknad til turnustjeneste/LIS 1, ansettelse i sykehus og i kommunehelsetjenesten, spørsmål om legevakt og antall vakter. Rådet har behandlet og kommentert ulike høringsforslag, blant annet læringsmål del 1, forskrift om rammeplan for alle helsefagutdanninger, forslag til felles læringsutbyttebeskrivelser ved de medisinske fakultetene.

2.5 Rettshjelputvalget

Utvalget er oppnevnt av sentralstyret. Medlemmene består av oppnevnte leger fra de syv yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2017 bestod utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Åge Henning Andersen (nestleder), Helle Birgit Laier, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Torunn Forbord, Ane Drougge Vassbotn og Christopher Elnan Kvistad. Fredrik Svenskerud erstattet Kvistad formelt fra oktober 2017. Sjefadvokat Frode Solberg var utvalgets sekretær, og advokat Hege Synne Rahm var saksforbereder. Sekretariatet besto ellers av konsulent Ragni Skille Berger.

2.6 Legeforeningens IT-utvalg

Utvalgsmedlemmer 2017-19: Kjartan Olafsson (leder), Linn Brandt (nestleder), Torgeir Hoff-Skavøy, Eivind Valestrand, Susanne Prøsch, Pål Brekke, Erik Dyb Liaaen, Sigurd Rønnes, Ivar Halvorsen, Torgeir Fjermestad, Egil Johannesen, Petter Hurlen og Inger Lyngstad.

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

Utvalget avholdt fire ordinære møter. Forskningsutvalget har behandlet 20 saker i 2017. Sentralstyret godkjente i desember 2016 Legeforeningens reviderte forskningspolitiske strategi 2017-2020, og strategien ble publisert i januar 2017. Andre viktige saker har vært å styrke medisinsk forskning i allmennmedisin, forskningens plass i grunnutdanningen, forskningsutvalget samarbeid med LVS (leger i vitenskapelige stillinger) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer samt et større bidrag til LEFOs Legekårsundersøkelse.

2.8 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Det ble utnevnt nytt utvalg med virketid fra våren 2017.

Utvalget består av: Christian Tappert (leder), Ellen Deilkås, Hanne Valeur, Fred Heggen, Elisabeth Sturla, Karoline Lund, Inger Williams, Mette Engan

2.9 Psykoterapiutvalget 2014-17

Psykoterapiutvalget blir oppnevnt av Sentralstyret i en periode av 4 år. I utvalget sitter Kjersti Solberg Lyngstad, (leder), Liv Ørbeck (nestleder), Trygve Nissen, Elfrida Kvarstein, Torbjørn Tvedten, Terje Fladvad og Robert Rahn (LIS representant).

I spesialistutdanningen i psykiatri er det krav om: "3-årig psykoterapiveiledning som skal bestå av to års grunnleggende psykoterapiveiledning på psykodynamisk grunnlag (minst 70 timer) etterfulgt av 1 års (minst 35 timer) veiledning i valgfri terapiform: individuell psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi eller gruppeterapi".

Veiledningen 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 (psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi eller gruppepsykoterapi). Utvalget gir midlertidig dispensasjon for veiledere som ikke er ferdig

med sin veilederutdanning, behandler søknader om dispensasjon fra reglene om psykoterapiveilederutdanning (leger i veilederutdanning) overvåker alle forhold som vedrører psykoterapiveiledningen. Psykoterapiutvalget har i 2017 fremmet endring om retningslinjene for godkjenning av veiledere til den obligatoriske psykoterapiveiledningen i psykiatri.

Endringen innebar at to retningslinjer erstattes av ett nytt oppdatert og forenklet dokument for godkjenning av psykoterapiveiledere i psykiatri. Endringen trådte i kraft 8.12. 2017. Psykoterapiutvalget har et nært samarbeid med spesialitetskomiteen i psykiatri vedrørende psykoterapiveiledningen ved psykiatriske utdanningsinstitusjoner. Utvalget har i 2017 avholdt åtte ordinære møter.

2.10 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.

Utvalget bestod i 2017 av følgende medlemmer: Stein Nilsen (leder), Øystein Melbø Christiansen, Nina Helene Ingebrigtsen, Christina Drewes og Anne Cecilie Harvei. Tone Hauge 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. Etterspørselen har vært jevnt økende de senere år, og i 2017 var det i snitt mellom åtte og ni leger i hvert fylke som var i kontakt med ordningen. Disse har i snitt to samtaler hver med en støttekollega. Vi ser videre at det er overvekt av kvinner som tar kontakt og stadig flere i aldersgruppen under 40 år. Problemer på jobb, psykiske utfordringer eller problemer i familie/samliv oppgis som hovedårsak til at de søker hjelp.

Tilbudet på Villa Sana er for leger som trenger å snakke om utfordringer i arbeidsliv, samliv eller fritid – eller som av andre grunner ønsker å arbeide med seg selv og sin livssituasjon. Målsettingen er å bidra til å styrke legers bevissthet i forhold til legerollen, forebygge utbrenning og fremme legers helse og livskvalitet. Villa Sana har to typer tilbud: Ukeskurs og rådgivning.

Villa Sana har også merket seg økt etterspørsel etter hjelp i 2017. Det er spesielt unge kvinner under 40 år som søker kontakt.

Det vil i løpet av 2018 igangsettes en evaluering av både støttekollegaordningen og Villa Sana for å skaffe mer kunnskap om hvordan brukerne opplever tilbudene. Prosjektet finansieres av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

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 2017 inn to søknader om midler fra legatet, hvorav utvalget foreslo overfor sentralstyret at en søknad skulle innvilges. Sentralstyret vedtok i desembermøtet å innvilge denne søknaden.

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

2.11 Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens

Sentralstyret vedtok i juni 2016 at gruppen skal videreføres, og ga høsten 2016 gruppen et oppdatert mandat. Gruppen har følgende medlemmer: Iren Høyland Röhr (leder), Morten Lindbæk, Per Espen Akselsen, Ingun Heiene Tveterås og Eivind Witsø.

Gruppen har oppmerksomhet på resistenssituasjonen generelt og på myndighetenes planer og tiltak spesielt, og gir råd om hvordan Legeforeningen bør forholde seg til disse.

2.12 Nettverk for leger med interesse for forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og ledelse

Nettverksstyret ble etablert ved Legeforeningens konferanse "Enkelt og håndterlig - forbedringsarbeid i praksis" i september 2015, og besto i 2017 av Olav Røise, Lisbeth Sommervoll, Eirik Søfteland, Ellen Deilkås, Siren Johansen og Morten Pytte. Styret hadde fire møter i 2017 og bidro til programmet for konferansen "Enkelt og håndterlig 3". I november 2017 ble det stiftet en ny forening – Legenes forening for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Medlemmene i nettverksstyret ble valgt inn i den nye foreningens styre, se pkt 3.4.2.

2.13 Legeforeningens representasjon i sektorstyre helse og omsorg Standard Norge

Legeforeningen har fra 2015 vært representert ved sentralstyrets medlem Jon Helle i sektorstyre Standard Norge. Styret ledes av divisjonsdirektør Johan Torgersen, Helsedirektoratet. I tillegg til Legeforeningen deltar flg. Aktører: Spekter, Oslo kommune, KS, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret, de Regionale helseforetakene, Sykepleierforbundet, Fagforbundet, Norsk pasientforening, Legemiddelindustriforeningen, Norges forskningsråd, Innovasjon Norge, m.fl.

Legeforeningen har bidratt til nødvendige avklaringer opp mot eksisterende lov og regelverk, nasjonale retningslinjer og veiledere, kvalitetsarbeid og andre allerede eksisterende virkemidler som allerede understøtter standardisering i tjenestene. Legeforeningens engasjement i sektorstyret fremover vil først og fremst være avhengig av helsemyndighetenes engasjement.

2.14 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger

Forhandlingsutvalgene er oppnevnt for samme periode som sentralstyret. Sammensetningen ble dermed endret i september 2017.

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 frem til 1.9. 2017 bestått av president Marit Hermansen, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Christer Mjåset og Anja Fog Heen. Varamedlemmer: Turid J. Thune, Kjetil Andreas Karlsen og Torstein Schrøder-Aasen, Christopher Elnan Kvistad. Observatør AF: Kari Sollien, Observatørvara AF: Kirsten Skinlo Rokstad, Observatør LVS:

Espen S. Kristoffersen, Observatørvara LVS: Tiina Rekand. Observatør Nmf: Ida Tylleskär og Anne Sandvik.

Fra 1.9. 2017 har forhandlingsutvalget for Spekter hatt følgende sammensetning:

Leder: President Marit Hermansen. Medlemmer Of: Jon Helle, Anne-Karin Rime, varamedlemmer Of: Christian Grimsgaard, Kjetil Hognestad. Medlemmer Ylf: Christer Mjåset, Kristin Kornelia Utne. Varamedlemmer Ylf: Anja Fog Heen, Håvard Ravnstad. Observatør AF: Tom Ole Øren, observatørvara AF: Nils Kristian Klev. Observatør LVS: Kari Risnes Bendik, observatørvara LVS: Espen Saxhaug-Kristoffersen. Observatør 1 Nmf: Eivind Valestrand, observatørvara 1 Nmf: Øystein Ohr. Observatør 2 Nmf: Vivian Amundsen, observatørvara 2 Nmf: Frida Kristine Eriksen

Virke

Forhandlingsutvalget for Virke har frem til 1.9. 2017 bestått av president Marit Hermansen, Jon Helle, OF, Albert Bolstad, OF, Christer Mjåset, YLF og Anja Fog Heen, YLF. Varamedlemmer Cristina Spada, Jesper Blomquist og Ragnhild Eide Skogseth.

Fra 1.9. 2017 har forhandlingsutvalget for Virke hatt følgende sammensetning:

Leder: President Marit Hermansen. Medlemmer Of: Jon Helle, Gry Torsæter Dahl. Varamedlemmer Of: Ikke oppnevnt. Medlemmer Ylf: Christer Mjåset, Anja Fog Heen. Varamedlemmer Ylf: Maria Vistnes. Observatør LVS: Espen Haavardsholm

KS/Oslo kommune

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har frem til 1.9. 2017 bestått av president Marit Hermansen, Kari Sollien, Christer Mjåset og Marit Kamøy. Varamedlemmer: Tom Ole Øren og Anja Fog Heen. Observatør Nmf: Vivian S. Amundsen, varaobservatør Knut Lien.

Fra 1.9. 2017 har forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune hatt følgende sammensetning:

Leder: President Marit Hermansen. Medlem AF: Tom Ole Øren, varamedlem AF: Nils Kristian Klev. Medlem LSA: Meera Prakash Grepp, varamedlem LSA: Ikke oppnevnt. Medlem Ylf: Christer Mjåset, varamedlem Ylf: Anja Fog Heen. Medlem Oslo legeförening: Marit Kamøy, varamedlem Oslo legeförening: Ikke oppnevnt. Observatør NMF: Evivind Valestrand, varaobservatør NMF: Vivian Amundsen

Stat

Forhandlingsutvalget i Stat har frem til 1.9. 2017 bestått av:

President Marit Hermansen, Kari Risnes (LVS) med vara Liv Ariane Augestad, Torstein Schröder-Aasen (YLF) med vara Christopher Elnan Kvistad, Jon Helle (OF) med vara Anne-Karin Rime, Karin Rønning (LSA) med vara Inger Williams.

Koordinator for de ulike områdene er Kristin Krogvold (Spekter), Pål Alm-Kruse (KS/Oslo kommune), Bente A. Kvamme (Stat), Frode Solberg (Virke,) og Pål Alm-Kruse (Tariffutvalget). Forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom har overordnet ansvar for koordineringen av fastlønnsutvalgene. Lars Duvaland leder avdelingens samlede arbeid med lønns- og arbeidsvilkår.

Tariffutvalget

Tariffutvalg for privat praksis har fram til 1.9. 2017 bestått av president Marit Hermansen (leder), Kari Sollien (nestleder), Tom Ole Øren (AF), Nils Kristian Klev (AF), Sverre Dølvik (PSL), Even Holt (PSL) og Ole Johan Bakke (LSA).

Fra 1.9. 2017 har Tariffutvalget hatt følgende sammensetning:

President Marit Hermansen (leder), Tom Ole Øren (nestleder), Nils Kristian Klev (AF), Kirsten Skinlo Rokstad (AF), Frøydis Olafsen (PSL), Sverre Dølvik (PSL), Ole Johan Bakke (LSA), Gunnar Frode Olsen (Oslo legeforening). Jon Helle (Of, observatør).

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 2016. 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 Marit Hermansen er nestleder i Akademikerne helse.

Legeforeningen var representert med medlemmene Jon Helle og Christer Mjåset og fra sekretariatet møtte forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom, seksjonssjef Bjørn Ove Ekern Kvavik og spesialrådgiver Kristin Krogvold. Avdelingsdirektør og rådgivere fra JA-avdelingen har deltatt ved behov.

Akademikerne Stat

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne-Stat. Spesialrådgiver/advokat Bente A. Kvamme, i JA-avdelingen, var i 2017 Legeforeningens medlem i Akademikerne-Stat, med Nina Bergsted som vara.

Akademikerne Kommune

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Legeforeningen har i 2017 vært representert ved Pål Alm-Kruse, sekretariatet og Espen Slettnyr, sekretariatet som observatør.

Akademikerne Næringsdrivende

I Akademikerne Næringsdrivende drøftes rammevilkår for næringsdrivende. Legeforeningen har en fast representant og en vara i utvalget. Rådgiver Ida Haavardsholm representerte Legeforeningen som utvalgets sekretær frem hun gikk ut i permisjon i mars. Rådgiver Øyvind Anmarkrud gikk inn som ordinært medlem i utvalget fra april 2017 i Haavardsholms fravær. Kirsten Rokstad (AF) var vararepresentant frem til Torgeir Hoff Skavøy (AF) tok over i oktober 2017.

Akademikerne Privat

Akademikerne P er ikke et forhandlingsutvalg, men et utvalg hvor alle vesentlige saker for Akademikerne drøftes. Utvalget favner privat sektor, og er derfor viktig for foreninger slik som Tekna, Econa og Juristforbundet. I 2017 var Legeforeningen representert ved Frode Solberg fra sekretariatet og Kristian Vetlesen fra Namf (vara).

3 Medlemsdata og spesialistgodkjenninger

Per 31.12. 2017 var 94,6 prosent av legene under 67 år i Norge medlemmer av Legeforeningen. Dette er en litt lavere andel medlemmer enn ellers i løpet av året, fordi sekretariatet hvert år gjennomfører et stort antall utmeldinger pga. manglende kontingentbetaling gjennom året, med virkningsdato fra 31.12. 2017. Dette er basert på Legeforeningens legeregister, og her er det faktiske totale antallet leger i Norge svært usikkert.

Et stort flertall av legene som her står registrert med adresse i Norge og som ikke er medlemmer, er tidligere medlemmer av Legeforeningen. Det er derfor en mulighet for at vi undervurderer antallet leger i Norge som aldri har vært medlemmer av Legeforeningen. I denne gruppen er det en svært høy andel med utenlandsk statsborgerskap. Andelen medlemmer er trolig noe lavere dersom vi sammenligner med statistikken fra SSB for sysselsatte leger i Norge, spesielt når et meget betydelig antall sysselsatte leger over 66 år inkluderes.

Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er nokså stabil på lang sikt, men muligens med en liten nedgang de siste par årene. Andelen medlemmer seg nokså stabilt også blant medisinstudentene, fortsatt på et langt lavere nivå enn for legene, og vesentlig lavere i utlandet enn i Norge. I løpet av 2017 har det vært et rekordhøyt antall innmeldinger i Norsk Medisinstudentforening både i Norge og i utlandet, men både antallet autorisasjoner som lege i 2017 og dermed overføringer til legemedlemskap, og antallet utmeldinger pga. manglende kontingentbetaling i 2017, ligger også på et rekordhøyt nivå blant medisinstudentene. Det er derfor likevel en nedgang i medlemstallet på 49 studentmedlemmer.

Per 31.12. 2017 var det totale antallet medlemmer i Legeforeningen 34 362 (16 867 kvinner og 17 495 menn). Tallet inkluderer 4 372 studentmedlemmer (2 941 kvinner og 1 431 menn). I løpet av 2017 er 124 medlemmer avgått ved døden.

En historisk oversikt over avdøde medlemmer år for år fordelt på yrkesforening finnes på Legeforeningens nettsider: legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk/Yrkesforeninger/

De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer ligger klart lavere blant utenlandske enn blant norske statsborgere, og høyere blant spesialister enn blant ikke-spesialister og yngre leger generelt.

3.1 Utvikling i medlemstall

3.1.1 Legemedlemmer og studentmedlemmer 2010 - 2016 per 31. desember:

Legemedl.	Dnlf	Nmf Norge	Nmf Utland	Dnlf totalt	Nmf totalt
31.12.2010	23 640	2 753	1 024	27 417	3 777
31.12.2011	24 513	2 722	1 219	28 454	3 941
31.12.2012	25 451	2 737	1 411	29 599	4 148
31.12.2013	26 284	2 714	1 385	30 383	4 099
31.12.2014	26 931	2 774	1 299	31 004	4 073
31.12.2015	28 086	2 777	1 416	32 279	4 193
31.12.2016	28 991	2 925	1 496	33 412	4 421
31.12.2017	29 990	2 851	1 521	34 362	4 372

3.1.2 Lokalforeninger

Per 31.12. 2017 hadde de 19 lokalforeningene til sammen 29 720 medlemmer, mens antallet var 28 640 per 31.12. 2016. Oslo legeforening var den klart største lokalforeningen med 6 401 medlemmer.

3.1.3 Yrkesforeninger

Per 31.12. 2017 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 29 990 ordinære medlemskap og 328 assosierte medlemskap, mens antallet var 28 988 ordinære medlemskap og 312 assosierte medlemskap per 31.12. 2016. Norsk overlegeforening hadde fortsatt flest medlemmer totalt med 9 894 ordinære medlemmer, mot 9 790 ordinære medlemmer i Yngre legers forening, men Yngre legers forening allerede i flere år har hatt langt flere yrkesaktive ordinære medlemmer under 70 år enn Norsk overlegeforening.

3.1.4 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2017 hadde de 45 fagmedisinske foreningene til sammen 29 192 ordinære medlemskap, fordelt på 25 754 unike medlemmer. Antallet medlemskap inkluderer ordinære 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 1 574 assosierte medlemskap i fagmedisinske foreninger, som er medlemskap som kommer i tillegg til de ordinære medlemskapene. 4 239 legemedlemmer mangler ordinært medlemskap i fagmedisinsk forening, herav 3 128 medlemmer i Yngre legers forening. Dette skyldes hovedsakelig manglende registrering av aktivt arbeidsforhold og/eller manglende opplysninger om spesialitet som disse medlemmene kan knyttes til. Norsk forening for allmennmedisin er den desidert største av de fagmedisinske foreningene.

Tilsvarende medlemstall per 31.12. 2016 var 28 458 ordinære medlemskap, fordelt på 25 082 unike medlemmer, og 1 543 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/>

3.1.5 Norsk medisinstudentforening - Nmf

Per 31.12. 2017 hadde Norsk medisinstudentforening 4 372 medlemmer, hvorav 1 521 studerte medisin ved utenlandske universiteter. Per 31.12. 2016 hadde Norsk medisinstudentforening 4 421 medlemmer, hvorav 1 496 studerte medisin ved utenlandske universiteter.

Det ble i 2017 innmeldt totalt 1 056 nye medlemmer i Nmf, herav 615 nye medlemmer i Norge og totalt 441 nye medlemmer i utlandet; 166 nye i Polen og 105 i Ungarn. Tallene for nye innmeldinger i 2017 inkluderer bare medlemmer per 31.12. 2017 og derfor blant annet ikke 56 Nmf-medlemmer som er blitt innmeldt i 2017, men utmeldt per 31.12. 2017 pga. manglende kontingentbetaling i løpet av året. Tallene inkluderer heller ikke reinnmeldinger av tidligere utmeldte medlemmer eller nye medlemmer som er blitt leger i løpet av året. Disse tallene for nye innmeldinger i Nmf er trolig de høyeste noensinne på ett kalenderår.

Totalt er 226 Nmf-medlemmer blitt utmeldt per 31.12.2017 pga. manglende kontingentbetaling i løpet av 2017, herav 124 i Norge og 102 i utlandet, 38 i Ungarn og 19 i Polen. Tilsvarende tall for utmeldte av samme grunn per 31.12.2016 var 134, hvorav 26 kom

tilbake som Nmf-medlemmer i løpet av 2017. Dette er færre utmeldte som er kommet tilbake igjen som medlemmer, enn tidligere.

Oppdatert medlemsstatistikk for medisinstudenter finnes Legeforeningens nettsider:
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Medisinstudenter-/>

3.2 Spesialistgodkjenninger i 2017

Det ble i 2017 gitt totalt 1691 nye spesialistgodkjenninger til leger ekskl. resertifiseringer i allmennmedisin, basert på Legeforeningen legeregister etter synkronisering mot Helsepersonellregisteret. Dette er det desidert høyeste antallet nye spesialistgodkjenninger noensinne.

Se statistikk over godkjente spesialister på Legeforeningens nettsider, her:
legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/

Historisk oversikt over antallet nye spesialistgodkjenninger år for år 1951- 2017 finnes her:
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/Historikk-antall-spesialistgodkjenninger/>

3.2.1 Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader

I 2017 mottok Legeforeningen 285 antall anmodninger om sakkyndigvurderinger fordelt på 38 spesialiteter. Legeforeningen mottok flest anmodninger i rus- og avhengighetsmedisin (64), radiologi (37), psykiatri (33) og allmennmedisin (36). Grunnen til at omfanget ble så stort innen rus- og avhengighetsmedisin er fordi denne spesialiteten hadde overgangsregler knyttet til etableringen av spesialiteten frem til 30. november 2016. Det er flere spesialiteter Helsedirektoratet ikke ser behov for faglig bistand i og derfor ikke sender over til vurdering. Det sendes også over svært få anmodninger innen grentjenestene i indremedisin og generell kirurgi.

Legeforeningen har i andre halvdel av 2017 sendt en bekymringsmelding til Helsedirektoratet da det viste seg at direktoratet hadde en saksbehandlingstid på inntil åtte måneder på søknader innen sykehusspesialiteter og fire måneder innen allmennmedisin. Legeforeningen ba om et orienteringsmøte og tiltaksplaner som kunne gjøres for å redusere restanselister og saksbehandlingstid. Helsedirektoratet startet i begynnelsen av august et dugnadsprosjekt for å få nedsaksbeholdningen. Direktoratet hadde da 700 saker under behandling, fordelt på 520 sykehusspesialiteter, 105 allmennmedisin, 31 resertifisering og 35 konverteringssaker av spesialistgodkjenning fra annet EU/EØS-land. Etter åtte uker og innhenting av ressurser var saksbeholdningen betraktelig redusert ned til 282 søknader under behandling, fordelt på 205 sykehusspesialiteter, 22 allmennmedisin, 20 resertifiseringer og 14 konvertering av spesialistgodkjenning fra annet EU/EØS-land.

Legeforeningen har i 2017 også invitert Helsedirektoratet til møter med komiteene. Dette har ført til et tettere samarbeid og bedre dialog mellom partene. I tillegg har sekretariatet og Helsedirektoratet kontaktmøter to ganger i året for å snakke om samarbeidet i forhold til sakkyndighetsvurderingene.

I 2017 har Helsedirektoratet spurt Legeforeningen om bistand når det gjelder fagområdelisenser og vurdering av tjeneste utenfor EU/EØS. De fleste søknader har kommet fra Serbia. Dette gjelder spesielt innen radiologi og indremedisin. Fagområdelisens gis kun i særlige tilfeller til leger, som har en spesialitet tilsvarende norsk spesialitet og som i tillegg

besitter en kompetanse som det er mangel på. Fagområdelisens er begrenset til stilling, arbeidssted og fagområde og gis kun for en begrenset periode

3.2.2 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sakkyndig komité har i 2017 hatt tre møter og godkjent 31 kurs. En lege ble godkjent i kompetanseområdet av sentralstyret i 2017. Det er per desember 2017 godkjent 30 leger i kompetanseområdet.

Det ble av Fondsutvalget 4.3. 2015 vedtatt å opprette en ett-årig prosjektstilling (15-20 prosent) som nasjonal kurskoordinator for å bygge opp et nasjonalt kurstilbud innen kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. Bakgrunnen for dette var at kurstilbudet innen alders- og sykehjemsmedisin er svært tilfeldig og det var ikke gjort noe helhetlig arbeid med kurstilbudet innen dette fagområdet. Det er svært ujevn fordeling av tema som dekkes og også geografisk spredning.

Med midler fra Legeforeningen ble prosjektlederstillingen opprettet 1.4. 2016 frem til 1.4. 2017. Den nye kurskoordinatoren har kartlagt eksisterende kurstilbud, utarbeidet læringsmål og en innholdsoversikt for fire nasjonale basiskurs i alders- og sykehjemsmedisin. Kursene dekker de sentrale områdene innen fagfeltet, og svarer til kravene som ligger i kompetanseområdet.

I samarbeid med Kontor for legers- videre og etterutdanning er det nå satt opp sted og tidsrom for de firebasiskursene for 2017, 2018 og 2019. Planen er at Bergen arrangerer kurs 1, Trondheim kurs 3 og Oslo kurs 4. Kurs 2 som skal settes opp i 2019 jobbes det fortsatt med, men man ønsker helst at det kurset skal arrangeres hvert andre år og flyttet mellom de tre nevnte lærestedene samt Tromsø.

I februar 2017 ble det forskriftsfestet krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spesialister i allmennmedisin eller under spesialisering.

3.2.3 Kompetanseområde i allergologi

Sakkyndigkomité har i 2017 hatt tremøter og godkjent to kurs i kompetanseområdet i allergologi. En lege ble godkjent i kompetanseområdet av sentralstyret i 2017. Det er per desember 2017 godkjent 87 leger i kompetanseområdet. Sakkyndigkomite har i 2017 arbeidet med endringer av "Regler for godkjent kompetanseområde i allergologi" som blir lagt frem for sentralstyret i januar 2018.

Sakkyndigkomite i kompetanseområdet allergologi har vurdert over 100 søknader etter overgangsreglene frem til 31.12. 2014 og ti søknader etter gjeldende regelverk for godkjenning i kompetanseområdet. I arbeidet med søknadene har det fremkommet et behov for å revidere regelverket. Sakkyndigkomite har fremmet forslag om endringer av reglene inkludert ett nytt punkt der spesialister i allergologi fra andre land kan søke om godkjenning. Sakkyndigkomite har også fremmet forslag om endring av tjenestekravet, kurskravet samt en presisering av hvor mange av sjekklistens obligatoriske og ikke-obligatoriske punkter som må være attestert for å oppnå godkjenning i kompetanseområde i allergologi. Man håper med disse endringene at flere søker om godkjenning innen kompetanseområde i allergologi.

3.2.4 Kompetanseområde i smertemedisin

Sentralstyret vedtok i januar 2017 å etablere kompetanseområde i smertemedisin, med tilhørende regelverk og etableringsregler. Våren 2017 ble en sakkyndig komité oppnevnt for

inneværende og neste periode, til og med 31.12. 2021. Sammensetningen følger spesialitetskomiteene med fem medlemmer og tre varamedlemmer.

Sakkyndig komité har i 2017 hatt to fysiske møter og to Skype-møter. Fem leger ble godkjent etter etableringsreglene i kompetanseområdet av sentralstyret i 2017. Per desember 2017 er det godkjent fem leger i kompetanseområdet. Komiteen har jobbet med etablering av de to første grunnkursene, som er planlagt arrangert i løpet av våren 2018.

4 Prosjekter/Annet

4.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen

Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser i 2017

	HØRINGER - 2016
BESVART	
1	Forskrift om kommunalt pasient- og brukerregister (KPR)
2	Nasjonal faglig retningslinje Tannhelsetjenester til barn og unge 0-20 år
3	Nasjonal faglig retningslinje for kompetanse og kvalitet i nyfødttintensivavdelinger
4	Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan versjon 0.7
5	Rapport om «Seniorer og arbeidslivet - aldersgrenser og tilpasninger»
6	Forslag til forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfagutdanninger
7	Refusjon mellom kommunene
8	Forslag om barns rett til å samtykke til deltakelse i forskning
9	NOU 2017: 4 Delingsøkonomien - muligheter og utfordringer
10	Endring i Forskrift om ansettelse på innstegsvilkår
11	Endring i abortforskriften mv. (reduksjon av antall abortnemnder)
12	Lånekassens skjema for dokumentasjon av rett til ekstra stipend for søkere med nedsatt funksjonsevne eller funksjonshemming
13	Tap av retten til å praktisere for trygdens regning og utelukkelse fra å utstede legeerklæringer
14	Veiledende materiell for kommunene om forebygging av selvskading og selvmord
15	Utkast til standard for tjenestebasert adressering del 3 Tjenestetyper
16	Forskrift om funksjons- og kvalitetskrav i kommunale fysioterapitjenester
17	Endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften mv.
18	Perspektivmeldingen 2017: Akademikerne ber om innspill til møte med saksordfører i Finanskomiteen
19	Revisjon av kodeverket International Classification of Diseases (ICD-11)

20	Utkast til forskrift til lov om statens ansatte
21	Innspill til revisjon av langtidsplanen for forskning og høyere utdanning
22	Endringer i universitets- og høyskoleloven som følge av lov om statens ansatte og forskriftsfesting av regler om tjenestetidsberegning for stipendiater
23	En vei inn - Forslag til felles meldesystem, meldeordninger for uønskede hendelser i helsetjenesten
24	Nasjonal faglig retningslinje for behandling og rehabilitering ved hjerneslag
25	Pasientens legemiddelliste
26	Forslag om varig lagring av blodprøvene i nyfødtscreeningen
27	Innføring av overtredelsesgebyr mv. i flere lover med folkehelseformål mv.
28	Forslag om at apotek kan utlevere reseptfrie legemidler med risikominimeringstiltak
29	Regional plan for avtalespesialistområdet
30	Tidlig innsats i skolen
31	Utkast til revidert EPJ standard: Vedtak etter psykisk helsevernloven
32	Veileder for kommunens oppfølging av brukere med store og sammensatte behov
33	Forslag til nye retningslinjer for dokumentasjonsgrunnlag for hurtig metodevurderinger av legemidler
34	Forslag til forskrift om registrering av og tilsyn med salg av tobakkssvarer mv.
35	Endringer i arbeidsmiljøloven
36	Pakkeforløp psykisk helse og rus
37	Invitasjon til å gi skriftlige innspill til utvalget for samlet gjennomgang av tvangsreglene i helse- og omsorgssektoren (Tvangslovutvalget)
38	Endring av førerkortforskriften
39	Utkast til ny personopplysningslov – gjennomføring av personvernforordningen i norsk rett
40	Endring i forskrift om tilleggskrav for autorisasjon for helsepersonell med yrkeskvalifikasjoner fra land utenfor EØS og Sveits
41	Register over drap og vold med dødelig utgang
42	Endringer i arbeidsmiljøloven om deltidsansattes fortrinnsrett og rettskraft for Tvisteløsningsnemndas avgjørelser
43	Forskrift om befolkningsbaserte helseundersøkelser
44	Endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler fra apotek
45	NOU 2017:12 Svikt og svik
46	Rapport fra Helsedatautvalget: Et nytt system for enklere og sikrere tilgang til helsedata
47	Endring av forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 3.
48	Endring i forskrift om kommunenes helsefremmende og

	forbyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten
49	Hjernehelsestrategi
50	Nasjonal faglig retningslinje for mat og måltider i barnehagen
51	Regler for samordning av offentlig tjenstepensjon med alderspensjon fra folketrygden opptjent etter nye regler
52	Innspill til Akademikernes næringspolitiske dokument
53	Finansieringsansvaret for nye legemidler mot kreft og hudsykdom, mage-/tarmsykdom og revmatisk sykdom foreslås plassert hos de regionale helseforetakene f.o.m 1. desember 2017
54	Utredning av risiko for vold
55	Felles overordnede læringsutbyttebeskrivelser for profesjonsstudiene i medisin i Norge
56	Ulovlig handel med tobakkssvarer - Forslag til endringer i tobakksskadeloven
57	Forskrift om organisasjon, oppgaver og saksbehandling for Diskrimineringsnemnda
58	Forslag til lov og forskrift om tilskudd til virksomheter med offentlig tjenstepensjonsordning som leverer lovpålagte spesialisthelsetjenester og statlige barneverntjenester
59	Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen
60	Nye retningslinjer for behandling av kvinner med epilepsi
61	Høring Forskrift til forskningsetikkloven
62	Intern høring - Landsstyremøtet 2018 - Planlegging av helsepolitisk debatt, aktuelle saker m.m.
63	Intern høring – Søknad om opptak som spesialforening under Dnlf – Norsk forening for funksjonell og integrert medisin
64	Pakkeforløp hjerneslag (Fase 1)
65	Forslag til endringer i akuttmedisinforskriften
66	Gjennomføring av forsøk med primærhelseteam
67	Forskrifter om endringer i førerkortforskriften og yrkessjåførforskriften
68	Pakkeforløp psykisk helse og rus
AVVIST	
69	Endringer i statsborgerloven mv. - tap av statsborgerskap ved straffbare forhold eller av hensyn til grunnleggende nasjonale interesser
70	Strengere straffer for flere lovbrudd og endringer i utmålingen av oppreisningserstatning
71	Forslag til forskrift om rett til opphold i sykehjem - kriterier og ventelister
72	Rett til barnehageplass for barn født i november
73	Forslag til endringer i barnevernloven
74	Plassering av finansieringsansvaret for kreftlegemidler hos de regionale helseforetakene f.o.m 1. mai 2017
75	Forslag til forenklinger i regelverket om foreldrepenger
76	Endringer i utlendingsforskriften og statsborgerforskriften –

	utlevering av taushetsbelagte opplysninger fra folkeregistermyndigheten
77	Forslag til endringer i forskrift om maskiner av 20. Mai 2009 nr. 544 - gjennomføring av forordning (eu) nr. 2016/1628 (Arbeidstilsynet)
78	"En mer effektiv og fremtidsrettet hjelpemiddelformidling – for økt deltakelse og mestring"
79	Forskrift om klage på vedtak om godkjenning av utenlandsk fagopplæring.
80	Forslag om endringer i forskrift om opptak til høyere utdanning
81	NOU 2017: 3 Folketrygdens ytelser til etterlatte – forslag til reform
82	Forslag til endringer i Forskrift om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon (rettighetsforskriften) § 24
83	Forslag til fremtidig regional struktur i Arbeids- og tjenestelinjen i NAV
84	Forslag til endringer i legemiddeloven - avgifter og gebyrer på legemiddelområdet, unntak fra klagerett for vedtak om forhåndsgodkjent refusjon
85	Endringer i representasjonsregelverket (å nedlegge Bedriftsdemokratinemnda)
86	NOU 2017: 2 Integrasjon og tillit. Langsiktige konsekvenser av høy innvandring
87	NOU 2017: 6 Offentlig støtte til barnefamiliene
88	Endring i blodforskriften – blodbankenes kvalitetsstyringssystem
89	Forslag til endring i forskrift til opplæringsloven om undervisningsvurdering i videregående opplæring
90	Endring i skatteforvaltningsforskriften – krav om elektronisk levering av skattemelding for særavgifter for registrerte virksomheter
91	Forslag til endringer i arbeidsmiljøforskriftene
92	Forslag om å innføre forbud mot bruk av plagg som helt eller delvis dekker ansiktet i barnehager og utdanningsinstitusjoner
93	Retningslinjer for statens annonsering i dagspressen
94	NOU 2017: 6 Offentlig støtte til barnefamiliene
95	Forslag til endringer i reglene om vilkårene for å bli godkjent som arrangør av tiltakene arbeidsforberedende trening (AFT) og varig tilrettelagt arbeid (VTA) (tiltaksforskriften)
96	Ny forskrift om gradering av pleiepenger
97	Forslag til endringer i barnehageloven mv. (minimumsnorm for grunnbemanning, skjerpet norm for pedagogisk bemanning og plikt til å samarbeide om barnas overgang fra barnehage til skole og SFO)
98	NOU 2017:9 Politi og bevæpning
99	Forslag til forskrift om allmenngjøring av tariffavtale for overnattings-, serverings- og cateringvirksomheter

100	Forslag til endringer i statsborgerloven og statsborgerforskriften
101	Forslag om endringer i opptaksforskrifta
102	Forslag til nye regler om smitteforebyggende tiltak mot visse antibiotikaresistente bakterier hos svin
103	Forslag til endringer i forskrift om arbeidsavklaringspenger
104	Forskrift for forsøk med tiltaket varig tilrettelagt arbeid i kommunal regi
105	Forslag om endring i straffelovens regler om forvaring
106	Endring av vilkår i forskrift om fastlønnstilskudd til delvis dekning av kommunenes utgifter til fysioterapitjenester
107	Endring i universitets- og høyskoleloven oppfølging av Kvalitetsmelding.
108	Forskrift om tilbakebetaling av utdanningslån 2018
109	Overføring av finansieringsansvar for legemidler mot HIV, Hepatitt B og C og alvorlig astma fra og med 1. januar 2018
110	Forslag til endringer i forskrift om tildeling av utdanningsstøtte for undervisningsåret 2018-2019
111	Nasjonal faglig retningslinje om demens, del to - ekstern innspillsrunde.
112	Avgift på alkohol - avgiftsreduksjon for øl produsert av småskalabryggerier
113	Endringer i barnehageloven mv
114	Endringer i forskrift om tilskudd til pensjonistenes organisasjoner
115	Endringer i Universitets- og høyskoleloven og Fagskoleloven
116	Seksuell trakassering i arbeidslivet
117	Egen pensjonskonto mv.
118	Endringer i utlendingsloven og utlendingsforskriften som følge av gjennomføringen av EUs personvernforordning i norsk rett
119	Forslag til veiledende retningslinjer for registreringsordning for statsansattes økonomiske interesser mv.
120	Forslag til endring av bokføringsforskriften om bruk av arbeidsplan som alternativ til personalliste
121	Endringer i arbeidsmiljølovens regler om arbeidstid for beredskapsvakt utenfor arbeidsstedet
122	Forslag til endringer i ekteskapsloven om å innføre en absolutt 18-årsgrense for å gifte seg i Norge
123	Endring i forskrift om alkoholordningen for Svalbard

4.2 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. Medlemmer ønsker kommersielle medlemstilbud. Det er den direkte tilbakemeldingen etter medlemsundersøkelsen blant alle medlemmer høsten 2017. Det viser seg også ved at avtalene er populære blant medlemmene.

Avtalene som inngås følger den strategi som har vært fulgt siden 2012. Strategien innebærer at alle avtaler må være forenlige med hensynet til Legeforeningens omdømme og verdier. De må være ha potensial for å bli verdsatt av medlemmer. De skal gi besparelser som bidrar til 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 medlemsavtaler innenfor følgende områder: Bank, forsikring, bil, reise, hotell, drivstoff og el-sykler. For næringsdrivende er det avtaler innenfor områdene pensjon, forsikring, kvalitetssystem for privat praksis, kontorrekvisita og forbruksmateriell. Det ble høsten 2017 inngått avtale med Skattebetalerforeningen som gir medlemmer kostnadsfri tilgang til Skattebetalerforeningens tjenester innenfor rettsområdene skatt, avgift og familierett. Næringsdrivende vil kunne i tillegg få bistand i selskapsrettslige spørsmål. Denne avtalen skal evalueres i 2018, med henblikk på eventuell videreføring.

5 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

5.1 Fagakademiet

Fagforbundet og Legeforeningen inngikk i 1996 en samarbeidsavtale hvor utdanning var ett av samarbeidsområdene. Som oppfølging av denne avtalen har Fagforbundet og Legeforeningen siden 1997 vært eiere av Fagakademiet, Legeforeningens eierandel er 10 %. Merete Dahl og Nina Evjen er henholdsvis representant og vararepresentant i Fagakademiets styre. Merete Dahl ble i løpet av 2016 valgt til nestleder. Legeforeningen har sammen med Fagakademiet sett på ulike områder for kurs og konferansesamarbeid de siste årene. Man har imidlertid ikke funnet stabile områder der det er naturlig med et kurssamarbeid med Fagakademiet som treffer Legeforeningens medlemmer/organisasjonens behov i tilstrekkelig grad.

I Sentralstyrets møte 8.12. 2017 ble det vedtatt at Legeforeningen tar kontakt med Fagforbundet for å fremlegge oppsigelse av foreningens eierskap til Fagakademiet ved årsskiftet 2017/2018.

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 2017 mottatt kr 1 073 535 for kursvirksomheten i 2016.

Øydis Rinde Jarandsen og Anders Taraldset er henholdsvis nestleder og 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.

Foreningens formål er å utgi en produsentnøytral legemiddelhåndbok for helsepersonell. Terapikapitlene skal være faglig frittstående i forhold til legemiddelprodusenter og myndigheter. 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.

Foreningen for utgivelse av norsk legemiddelhåndbok ledes av et styre, hvor Legeforeningens representant er Jan Emil Kristoffersen. Vararepresentant er Bjarne Riis Strøm.

5.4 Arbeidsgruppe – sykmelding 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 drøftet ulike tilnærminger til å avklare det faktiske utfordringsbildet før eventuelle tiltak drøftes. Arbeids- og velferdsdirektoratet arbeider fortsatt med dette og det har ikke vært aktivitet i arbeidsgruppen i 2017.

17/6235

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 2017

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 16/6226	Godkjenning av innkallingen	Innkallingen til landsstyremøtet 30. mai -1. juni 2017 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 2 16/6226	Valg av dirigenter	Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2017.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 3 16/6226	Forslag til forretningsorden	Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2017 godkjennes	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 4 16/6226	Valg av tellekomité	Som tellekomité ved landsstyremøtet 2017 velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 5 16/6226	Sakliste for landsstyremøtet	Saklisten godkjennes Dirigentenenes forslag til sakliste	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 6 16/6226	Valg av redaksjonskomité	Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 7	Helsepolitisk debatt. På tilliten løs. Foran stortingsvalget: Er vi på vei mot et todelt helsevesen?	Helse må prioriteres – stopp utviklingen mot en todelt helsetjeneste Det er stadig økende medisinske muligheter og forventninger til helsetjenesten. For å bevare befolkningens tillit til den offentlige helsetjenesten må helse få en større andel av samfunnets ressurser. Økte investeringer i helsesektoren er avgjørende for å sørge for nødvendig kompetanseutvikling og fortsatt god pasientbehandling. En svekket offentlig helsetjeneste vil forsterke utviklingen av helprivate helsetjenester. Dette vil gi mer sosial ulikhet i helse og kan bidra til økt overforbruk, overdiagnostikk og uønsket variasjon. Stortinget må gi rammevilkår som forhindrer en todelt	Enstemmig vedtatt		OK.

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		helsetjeneste. Kvaliteten på helsetjenesten må ikke være avhengig av privat økonomi eller forsikringsordninger.			
Sak 8.1	Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. – 31.12. 2016	Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. 2016 til 31.12. 2016 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 8.2	Tidsskriftet. Orienteringer ved sjefredaktør			Egen årsmelding for 2017 TIDS	OK
Sak 9.1	Styrket primærhelsetjeneste vinklet mot portvokterrollen og medisinsk faglig ledelse	Resolusjon: Fastlegenes rolle må styrkes og moderniseres. Dette vil gi en enda bedre helsetjeneste til befolkningen Det meste av behandlingen foregår hos fastlegen, men noen pasienter trenger henvisning til mer spesialiserte tjenester. Økende spesialisering....	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 9.2	Arbeidslivsdebatt: Er den nordiske modellen under avvikling? Står den nordiske modellen for fall?	Debatt			OK
Sak 9.3	Organisering av den fagmedisinske akse i Legeforeningen	Landsstyret ber sentralstyret å videreutvikle modellen for organisering av den fagmedisinske aksene i Legeforeningen og fremme forslaget med tilhørende forslag til lovendringer og økonomiske konsekvenser for landsstyret 2018.	Enstemmig vedtatt	FAG.	Landsstyresak 2018
Sak 9.4	Etter Kvinnslandutvalget - hva nå?	Forslag 3 v/ Torill Anneli Morken, Of Legeforeningen krever endret styring av spesialisthelsetjenesten. Foretaksmodellen må byttes ut med forvaltningsmodell. Dette betyr folkevalgt kontroll med helsetilbudet til det norske folk. Det vil gi en bedre utnyttelse av samfunnets ressurser, nærhet til styring av pasientbehandlingen, mindre byråkrati, bedre pasientsikkerhet og bedre arbeidsforhold for de ansatte. Vedtak	Forslaget oversendes sentralstyret.		Arbeides med.

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Legeforeningen vil arbeide for å avvikle de regionale helseforetakene. Sammenslåing av sykehus til store enheter har svekket lokal ledelse og økt antallet.....	34 for, 2 mot		
Sak 10	Forslag om arbeidsprogram for 1.9.2017-31.8.2019	Forslag 1 v/ Arne Nysæther, Norsk forening for arbeidsmedisin Under punktet: <u>Gode rammer for yrkesutøvelse</u>: Tilføy det som er i bold: Arbeidsbelastning og organisasjonsmessige mestningsressurser i sykehus må kartlegges i en tid der arbeidspresstet og behandlingsansvaret øker for den enkelte lege. En arbeidsmedisinsk risikovurdering må gjennomføres for å belyse hvordan høy arbeidsbelastning og en reduksjon av organisasjonsmessige mestningsressurser innvirker på legers arbeidshelse, arbeidsevne og engasjement. Forslag 4 v/ Jannicke Mellin-Olsen, Of Landsstyremøtet ber sentralstyret legge frem en strategi for Legeforeningens internasjonale engasjement ved landsstyremøtet i 2018. Forslag 15 v/ sentralstyret Landsstyret ber sentralstyret utrede spørsmålet om kjønnskvoltering ved opptak til medisinstudiet. Saken sendes på høring i organisasjonen og legges frem for landsstyremøtet i 2018. Arbeidsprogram - revidert	Forslaget oversendes sentralstyret Enstemmig vedtatt Enstemmig vedtatt Enstemmig vedtatt	Rambøll-undersøkelsen vinter 2018	Arbeidslivsdebatte landsstyremøte 2018 Landsstyresak 2018 Landsstyresak 2018 OK
Sak 11	Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøte 2019	Tid og sted for landsstyremøtet 2019 Forslag 1 v/ Tor Severinsen, Regionutvalg Sør-Øst Landsstyremøte i valgår for stortingsvalg arrangeres i Oslo for å få deltagelse fra sentrale politikere, dvs. rulleringen endres tilsvarende.	Vest-Agder valgt Forslaget oversendes sentralstyret.	Sentralstyresak	Sentralstyremøte 20.3.2018: "Saken anses opplyst i tidligere landsstyrevedtak og utredes derfor ikke videre."

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 12.1	Lovendringsforslag – Regionutvalgene	Fremlagt lovendringsforslag	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 12.2	Forslag om opprettelse av Fagutvalg for utdanningsleger i de fagmedisinske foreningene (Fuxx)	Forslag om opprettelse av fagutvalg - lovendring	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 13	Valg av president, visepresident, syv sentralstyremedlemmer og tre varamedlemmer	Valgt ble...	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 14	Valg av Rådet for legeetikk	Valgt ble....	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 15	Valg av to styremedlemmer med varamedlemmer til styret for SOP	Valgt ble...	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 16	Valg av valgkomite	Valgt ble....			OK
Sak 17	Valg av desisorutvalg	Valgt ble....	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 18	Forslag om observatørstatus i sentralstyret for Akademikernes leder Kari Sollien	Kari Sollien gis observatørplass med møte- og talerett i sentralstyrets møter for perioden 1. september 2017 til 31. august 2019, forutsatt at hun innehar vervet som leder av Akademikerne i denne periode.	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 19	Regnskap for Den norske legeforening 2016		Enstemmig vedtatt		OK
Sak 20	Regnskaper for 2016 til landsstyrets orientering		Enstemmig vedtatt		OK
Sak 21	Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2016		Enstemmig vedtatt		OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 22	Budsjett for Den norske legeforening 2018	Sentralstyrets forslag til budsjettvedtak:	Enstemmig vedtatt		OK

2.5..2018/ ATN