



DEN NORSKE
LEGEFORENING

ÅRSMELDING

1.1. - 31.12.2014

Fra presidenten

Legeforeningen kan se tilbake på et år der vi har fått gjennomslag for en av våre viktigste saker, en sak vi har jobbet med i mange år, nemlig faste stillinger for leger i spesialisering. Dette kan være en av de største forbedringene i legers arbeidsvilkår i nyere tid. Vi er utrolig glade for dette. Økt trygghet i arbeidssituasjonen kommer i ytterste konsekvens pasientene til gode. Fra 1.7. 2015 skal alle som ansettes i stillinger for leger i spesialisering ansettes fast, med unntak av ved reelle vikariater. Utfordringene knyttet til omstilling og styring av sykehussektoren har også preget arbeidet i 2014. I tillegg har vi brukt ressurser på forebyggende og helsefremmende arbeid, et område vi fortsatt vil satse på.

Gjennombrudd på flere satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsippprogrammet for 2011-15 og Arbeidsprogrammet for 2013-15. Satsingsområdene er denne gang delt inn i kommunikasjonsområder der Legeforeningen i stor grad har en utviklet politikk, og utviklingsområder der det må utvikles en politikk. Sykehus for fremtiden, styrket legetjeneste i kommunene, faste stillinger for sykehusleger og forebyggende og helsefremmende arbeid har vært viktige kommunikasjonsområder, mens psykisk helse og rus og fremtidens legearbeidsmarked har vært utviklingsområder.

Setter helsepolitikk på dagsordenen

Legeforeningen har en godt synlig helsepolitikk og vi har gjennom hele året vært aktive på den helsepolitiske arenaen med kronikker, debattinnlegg og deltakelse i radio og TV. Vi har også deltatt på flere høringer i Stortinget. Under Arendalsuka deltok vi i to store folkehelsedebatter som satte politisk dagsorden og som engasjerte bredt.

Fremtidens sykehus

Legeforeningen har vært en av flere pådrivere for en nasjonal sykehusplan, og besluttet allerede i 2011 å gjøre arbeidet for en nasjonal sykehusplan til et satsingsområde for foreningen. Vi har sett mange lokale konflikter om innhold i sykehusfunksjoner og lokalisering av sykehusbygg, og endringer i sykehus som har vært opplevd som en «sniknedleggelse» av sykehus. Målene for satsingsområdet har vært å få gjennomslag for en nasjonal sykehusplan og å utvikle vår sykehuspolitikk. Regjeringen påbegynte i desember 2013 arbeidet med en nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges frem for Stortinget høsten 2015. Legeforeningen har deltatt i ulike kontaktmøter og seminarer for å formidle vår politikk for fremtidens sykehus, og vi har skrevet kronikker og debattinnlegg om behov for en nasjonal sykehusplan og en investeringspakke for sykehusene. Legeforeningens statusrapport *Sykehus for fremtiden* med innspill til nasjonal helse- og sykehusplan ble vedtatt av sentralstyret våren 2014, og overrakt statsråd Bent Høie i august 2014.

Inspirerende og utfordrende

Årsmeldingen 2014 viser Legeforeningens omfattende aktivitet. Jeg håper den vil gi inspirasjon til å fortsette det gode arbeidet som gjøres blant Legeforeningens flere tusen tillitsvalgte og øvrige medlemmer. Jeg benytter anledningen til å takke for fire spennende, utfordrende og lærerike år i en fremtidsrettet og dynamisk organisasjon med engasjerte og kunnskapsrike kolleger og et svært kompetent og dyktig sekretariat. Det har vært en sann glede!



Hege Gjessing
president

Innhold

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....	6
1.1	Sykehus for fremtiden – grunnlag for en nasjonal sykehusplan	6
1.1.1	Målsetting	6
1.1.2	Måloppnåelse	7
1.2	Styrket legetjeneste i kommunene	8
1.2.1	Måloppnåelse	8
1.3	Faste stillinger for sykehusleger	8
1.3.1	Målsetting	9
1.3.2	Arbeidet i 2014	9
1.3.3	Måloppnåelse	9
1.4	Forebyggende og helsefremmende arbeid	10
1.4.1	Målsetting	10
1.4.2	Måloppnåelse	10
1.5	Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste	11
1.5.1	Målsetting for satsingsområdet	11
1.5.2	Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2014	11
1.5.3	Målsetting for 2015	11
1.6	Fremtidens legearbeidsmarked	11
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	13
2.1	Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold	13
2.2	Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring	13
2.2.1	Kursvirksomhet i 2013	13
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder	14
2.3.1	Forhandlingsarbeidet i Spekter-området	14
2.3.2	Twistesaker i Spekter-området	17
2.3.3	Forhandlingsarbeidet i Stat-området	18
2.3.4	Forhandlingsarbeidet i KS-området	18
2.3.5	Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området	19
2.3.6	Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH)	19
2.4	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende	20
2.4.1	Fastlegeordningen KS	20
2.4.2	Rammeavtaleforhandlinger Oslo	21
2.4.3	Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister	22
2.4.4	Normaltariffoppgjøret 2014	22
2.4.5	Avtaler med FNO og SPK	23
2.5	Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger	23
2.5.1	Byråkratiprojektet	23
2.5.2	Juridiske problemstillinger knyttet til ny turnusordning for leger	23
2.5.3	Midlertidig stans i behandling av veilederavtaler og godkjenning som allmennlege for rett til trygderefusjon	24
2.5.4	Utredning av lovligheten av norsk allmennlegegodkjenning	24
2.5.5	Legen som næringsdrivende og arbeidsgiver	25
2.5.6	Reservasjonsadgang	25

2.6	Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg.....	26
2.6.1	Bistand fra sekretariatet	26
2.6.2	Tilsynssaker	26
2.6.3	Ansatte leger	27
2.6.4	Næringsdrivende leger	28
2.6.5	Rettshjelpsordningen.....	28
2.7	Rettslige prosesser	29
3	UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING	31
3.1	Utdanning.....	31
3.1.1	Grunnutdanningen.....	31
3.1.2	Turnustjenesten	32
3.1.3	Spesialistutdanningen.....	32
3.1.4	Etterutdanningen	33
3.1.5	Kursutdanning.....	33
3.1.6	E-læring	33
3.1.7	Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	34
3.1.8	Kompetanseområde i allergologi	34
3.1.9	Kompetanseområde i smertemedisin	34
3.1.10	Veiledning i institusjonshelsetjenesten.....	34
3.1.11	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	34
3.1.12	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin.....	35
3.1.13	Videre- og etterutdanning i primærmedisin.....	35
3.1.14	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.....	35
3.2	Forskning	35
3.3	Kvalitetsarbeid og fagutvikling	36
3.3.1	Konferanse for de fagmedisinske foreninger	36
3.3.2	Senter for kvalitet i legekantor (SKIL as).....	36
3.3.3	EPJ-løftet.....	36
4	HELSEPOLITIKK.....	37
4.1	Legeforeningens arbeid med høringer	37
4.2	Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	37
4.3	Myndighet og organisasjonskontakt	38
4.3.1	Stortinget.....	38
4.3.2	Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.....	39
5	INTERNASJONALT ARBEID	40
5.1	Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid	40
5.1.1	Møter mellom de nordiske legeforeningene.....	40
5.1.2	Samarbeidsprosjekt med Society of Medical Doctors (Malawi)	40
5.2	Deltakelse i internasjonale organisasjoner	40
5.2.1	World Medical Association (WMA).....	40
5.2.2	Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)	40
5.2.3	Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)	41
5.2.4	Samnordisk arbeidsgrupp för prognos- och specialistutbildningsfrågor SNAPS.....	41
6	KOMMUNIKASJONSARBEID	42

6.1	Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid	42
6.2	Mediearbeid - ekstern kommunikasjon	42
6.3	Organisasjonskommunikasjon	43
6.3.1	Legeforeningen.no	43
6.3.2	Intranettet - «Torget»	43
6.3.3	Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet	43
6.3.4	Sosiale medier	44
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING	45
7.1	Organisering og bemanning	45
7.2	Tidsskriftet generelt	45
7.3	Engelske oversettelser	45
7.4	Pressekontakt	45
7.5	iPad-utgave, mobilversjon og Tidsskriftets blogg	46
7.6	Legejobber.no	46
7.7	Økonomi	46
8	LEFO – LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET	47
8.1	Bemanning og økonomi	47
8.2	Unike paneldata	47
8.3	Publikasjoner	47
8.4	Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt	48
8.5	Samarbeidsprosjekter	48
8.6	Øvrig virksomhet	48
9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	50
9.1	Nøkkeltall	52
9.2	Fond	52
9.2.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	52
9.2.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	53
9.2.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	53
9.2.4	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	54
9.2.5	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	55
9.2.6	Premiereuleringsfondet	55
9.2.7	Kvalitetsforbedringsfond III – Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)	55
9.2.8	Allmennmedisinsk forskningsfond	55
9.2.9	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	56

10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	57
10.1	Organisasjonskart.....	57
10.2	Landsstyret.....	57
10.3	Sentralstyret	57
10.4	Andre organisasjonsledd	58
10.5	Endringer i Legeforeningens lover	58
10.6	Medlemsoppslutning.....	58
10.7	Sekretariatet.....	58
10.8	Miljøfyrtårn.....	58

1 Legeforeningens satsingsområder

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

Satsingsområder for 2013-15

I november 2013 besluttet sentralstyret seks nye satsingsområder for perioden 2013-15. Satsingsområdene ble delt inn i kommunikasjonsområder der Legeforeningen i stor grad har en utviklet politikk, og utviklingsområder der det må utvikles en politikk.

Kommunikasjonsområder:

Sykehus for fremtiden – Grunnlag for en Nasjonal sykehusplan

Styrket legetjeneste i kommunene

Faste stillinger for sykehusleger

Forebyggende og helsefremmende arbeid

Utviklingsområder:

Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste

Fremtidens legearbeidsmarked

1.1 Sykehus for fremtiden – grunnlag for en nasjonal sykehusplan

Det fremgår av arbeidsprogrammet for 2013-15 at Legeforeningen skal arbeide for å etablere en nasjonal og helhetlig plan for innhold i og geografisk fordeling av spesialisthelsetjenesten. Planen må sikre forutsigbare økonomiske rammevilkår for spesialisthelsetjenesten. Foreningen har jobbet målrettet for å få politisk gjennomslag for en nasjonal sykehusplan, og har over mange år utarbeidet bakgrunnsdokumenter, politikk og innspill til en slik plan. Regjeringen Solberg legger høsten 2015 frem for Stortinget en nasjonal helse- og sykehusplan.

1.1.1 Målsetting

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

Pasientenes sykehus

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

Nasjonal sykehusplan

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

Nøkkelen til bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå er robuste fagmiljøer. Robuste fagmiljøer evner å utvikle, beholde og overlevere kompetanse. Kompetansen skal ikke være avhengig av enkeltpersoner, men være forankret i fagmiljøet. Robuste fagmiljøer, der gruppen ivaretar breddekompetansen samlet, er en forutsetning for at spesialitetene i større grad skal kunne rette seg mot avgrensede områder av faget. Sykehusene må ha kapasitet til å håndtere økt etterspørsel som følge av befolkningsvekst, og fordi det blir flere eldre i befolkningen. Eldre bruker helsetjenester mer enn andre aldersgrupper

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

Investeringsplan for bygg og medisinskteknisk utstyr

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

IKT

Spesialisthelsetjenesten er avhengig av en god, velfungerende infrastruktur, der IKT utgjør en avgjørende funksjon for daglig drift. Legeforeningen har i årevis etterlyst en nasjonal, koordinert satsing på IKT, og har foreslått en sterkere samordning og finansiering for nødvendig fremdrift og gode, funksjonelle nasjonale løsninger. Det er avgjørende å bedre dagens løsninger samtidig som man utvikler nye for fremtiden.

1.1.2 Måloppnåelse

Regjeringen påbegynte i desember 2013 arbeidet med en nasjonal helse- og sykehusplan som skal legges frem for Stortinget høsten 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt opp til en omfattende prosess som inkluderer ekspertgrupper og med besøk til alle regionale helseforetak. Legeforeningen har i 2014 formidlet budskapet i *Innspill til nasjonal sykehusplan*. Noen sentrale aktiviteter fra Legeforeningens side:

Innhold i en nasjonal sykehusplan er fremmet i kontaktmøter med den politiske ledelse i Helse- og omsorgsdepartementet. Legeforeningen har deltatt i ulike kontaktmøter og seminarer for å formidle sin politikk for fremtidens sykehus.

Legeforeningen har skrevet kronikker og debattinnlegg om behov for en nasjonal sykehusplan og en investeringspakke for sykehusene

Legeforeningens statusrapport *Sykehus for fremtiden* med innspill til nasjonal helse- og sykehusplan ble vedtatt av sentralstyret våren 2014, og overrakt statsråd Bent Høie i august 2014.

1.2 Styrket legetjeneste i kommunene

Bakgrunnen for satsingsområdet er Samhandlingsreformen og behov for styrket legetjeneste i kommunene. Trenden i europeiske land er entydig – den demografiske utviklingen med en stadig større andel eldre i befolkningen innebærer at samfunnet står overfor store utfordringer for å opprettholde en god kvalitet på helsetjenestetilbudet. Dette merkes allerede i fastlegeordningen med økte forventninger og arbeidspress. Det overføres nye oppgaver uten tilstrekkelig foranalyse eller involvering av fastlegene. Legevaktjenesten har i en årrekke havnet i bakevjen av nye reformer og har derfor ikke fått noe systematisk løft på innhold og organisering.

I 2014 ble arbeidet med styrket legetjeneste i kommunene hovedsakelig konsentrert rundt tre prosesser:

- Sentralstyret vedtok i februarmøtet en utviklingsplan for fastlegeordningen 2015 til 2020
- Arbeid med innspill til primærhelsemeldingen
- Arbeid med innstillingsrapport om legevakt.

Regjeringen igangsatte våren 2014 arbeid med en primærhelsetjenestemelding til Stortinget. Planen var at denne skulle sendes Stortinget våren 2015. Legeforeningen igangsatte umiddelbart et arbeid for å gi innspill til meldingen som også involverte berørte organisasjonsledd. Innspillene ble også drøftet av sentralstyret før oversendelse til departementet september 2014. I innspillene drøftes særlig hvordan man kan oppnå en ønsket utvikling med større fastlegekontor og flerfaglighet i disse kontorene. Videre er det gitt flere forslag til hvordan avtalestyringen med tilbudet på fastlegekontoret kan styrkes. Se også punkt 2.4.1.

Når det gjelder arbeidet med styrking av legevaktjenesten i Norge vises det til punkt 4.3 i årsmeldingen. I tillegg til dette er det også arbeidet med hvordan fastleger kan involveres bedre i kommunale og statlige prosesser knyttet til Samhandlingsreformen (herunder å få godtgjøring for innsatsen).

I 2014 har det også vært lagt ned betydelig innsats i utvikling av de næringsdrivende legenes EPJ-systemer (elektronisk pasientjournal). Denne satsingen anses som et viktig bidrag til en velfungerende og effektiv fastlegeordning.

1.2.1 Måloppnåelse

Arbeidet med å styrke legetjenesten i kommunene er et langsiktig arbeid. Som beskrevet ovenfor leverte Legeforeningen i 2014 viktige bidrag til å definere videre utvikling av både primærhelsetjenesten (inkl. fastlegeordningen) og legevakt. I hvilken grad arbeidet gir resultater i form av en faktisk styrking av ressurser og rammer for legetjenesten i kommunene gjenstår fortsatt å se. Primærhelsemeldingen vil gi viktige indikasjoner på dette.

1.3 Faste stillinger for sykehusleger

Legeforeningen fikk i 2014 endelig gjennomslag for fast ansettelse for leger i spesialisering. Arbeidet i Legeforeningen har vært forankret i landsstyrets resolusjon fra 2009 om fast tilsetting for leger i spesialisering. Temaet ble for alvor satt på dagsordenen i 2007 av Yngre legers forening. Siden da har Legeforeningen arbeidet bredt for å oppnå målsettingen.

1.3.1 Målsetting

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

Med bakgrunn i disse utfordringene er det også i 2014 arbeidet ut fra følgende definert mål for arbeidet:

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

1.3.2 Arbeidet i 2014

Det har i hele perioden vært arbeidet langs flere spor – både politisk, juridisk og gjennom avtaleforhandlinger.

I 2013 fastslo Høyesterett at leger i spesialisering er praksisarbeidere etter arbeidsmiljøloven. Dommen ble avsagt etter et søksmål fra en lege som krevde fast stilling. Legeforeningen deltok i saken som såkalt partshjelper.

Den juridiske avklaringen medførte at Legeforeningen i 2014 intensiverte arbeidet, både politisk og gjennom forhandlingssystemet. Det ble arbeidet intenst med forberedelsene til forhandlinger med Spekter i hovedoppgjøret - både internt med å finne tallmessige løsninger på en situasjon med faste stillinger, og i jevnlig dialog med Spekter. Det ble samtidig arbeidet politisk, både overfor Helsedepartementet og partiene på Stortinget, samt gjennom media. Målet var å legge press på arbeidsgiversiden i forhandlingene.

1.3.3 Måloppnåelse

Det endelige gjennomslaget kom i meklingen i hovedoppgjøret 2014 med Spekter. I den nye overenskomsten ble det tariffavtalefestet at alle leger i spesialisering som ansettes, så tidlig som mulig og senest fra 1.7. 2015 skal ansettes fast. Frem til 1.7. 2015 skal arbeidsgiver forberede implementering av ny modell, og utarbeide samarbeidsavtaler mellom helseforetakene der hvor det er behov for det. Innfasingen av faste stillinger gjelder alle stillinger med unntak av vikariater og stillinger som er øremerket for leger i spesialiteter utenfor sykehus. Se nærmere om resultatet i kapittel 2.3.1.

Med dette oppnådde Legeforeningen i 2014 en ny ordning på sykehus, hvor målsettingen med satsingsområdet Faste stillinger i teorien er nådd. Det gjenstår imidlertid fortsatt mye arbeid med implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Det gjelder både dimensjoneringsarbeid og utarbeidelse av maler for utdanningsplaner, samarbeidsavtaler mellom sykehusene og arbeidskontrakter. Dette er et arbeid som arbeidsgiver har hovedansvaret for, men hvor Legeforeningen bidrar aktivt, både sentralt, regionalt og lokalt.

1.4 Forebyggende og helsefremmende arbeid

1.4.1 Målsetting

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

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

1.4.2 Måloppnåelse

Legeforeningens kunnskapsbaserte folkehelsepolitikk har gjort foreningen til en etterspurt premissleverandør og samarbeidspartner på folkehelseområdet. I 2014 ble det arrangert flere debattmøter med folkehelse som tema under årets Arendalsuke. Arendalsuken har blitt en viktig nasjonal møteplass for aktører innen politikk, presse, organisasjons- og næringsliv.

Legeforeningen deltok både i debattene og på arrangørsiden. Presidenten var debattdeltaker på møtet: Hvordan får vi grenseløst god helse? i regi av Nordisk råd/Nordisk ministerråd. Legeforeningen var også medarrangør på et stort debattmøte om folkehelse, i samarbeid med Akademikerne, Psykologforeningen, Den norske turistforening, Kreftforeningen, Rådet for psykisk helse og Helse Bergen. Dette arrangementet fylte Arendal kulturhus og fikk stor oppmerksomhet. I tillegg arrangerte fysisk aktivitet-alliansen et frokostmøte om viktigheten av fysisk aktivitet i skolen.

Legeforeningen deltar i faste kontaktmøter om flere folkehelsepolitiske temaer i Helsedirektoratet, hovedsakelig faglig rådgivning til myndighetenes holdningskampanjer på folkehelsefeltet. Legeforeningen gjennomfører regelmessig kontaktmøter med blant annet Kreftforeningen og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Det er også skrevet kronikker og innlegg om temaer innenfor folkehelse. Camilla Stoltenberg, direktør i Folkehelseinstituttet, og presidenten skrev en kronikk der de presenterte de fem viktigste tiltakene til å bedre den norske folkehelsen. Kronikken fikk bred omtale og bidro til å sette dagsorden over en lengre periode.

Legeforeningen har også skrevet flere høringsuttalelser om en rekke temaer innenfor folkehelse. Legeforeningen deltok på innspillsmøte til ny Stortingsmelding om folkehelse og avga et omfattende høringssvar. I tillegg har Legeforeningen gitt høringssvar til flere forslag til endringer fra Regjeringen på alkohol- og tobakksområdet (se også oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser for 2014 i vedlegget til årsmeldingen). Legeforeningens politikk på folkehelse har også blitt løftet inn i Stortinget. Foreningen markerte seg blant annet tydelig på høring om taxfree-ordningen i Helse- og

omsorgskomiteen høsten 2014. Høringen omhandlet Venstre og Krfs representantforslag om å la Vinmonopolet overta taxfree-ordningen.

1.5 Psykisk helse og rus – bedre hjelp til de sykeste

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

1.5.1 Målsetting for satsingsområdet

Målet for satsingsområdet er å styrke Legeforeningens politiske plattform. Rus og psykiatri har lenge vært lite synlig på den politiske arena og dermed tapere i kampen om politiske ressurser. Den nye regjeringen har signalisert at psykisk helse og rus er et satsingsområde og at området skal løftes. Legeforeningen bør være toneangivende i dette løftet. Plattformen skal bidra til å etablere bedre kunnskap om fagfeltet og danne et nødvendig grunnlag for Legeforeningens videre helsepolitiske arbeid.

1.5.2 Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2014

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

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

I løpet av høsten 2014 ble det arrangert heldagsmøter med begge arbeidsgruppene og de leverte sine utkast i starten av oktober 2014. I diskusjon med gruppene ble det tidlig avklart at element 3, *avklare gråsoner mellom psykisk sykdom og normalt biologisk mangfold*, er et omfattende tema i seg selv, som ble ansett som for krevende å gjennomføre innen prosjektets rammer.

I starten av november 2014 ble det arrangert en avsluttende workshop med begge arbeidsgruppene. På bakgrunn av dette ble et samlet utkast, med et faglig grunnlag og forslag til policy-elementer med spisset politikk, presentert i sentralstyrets møte 5. desember, for innspill og videre bearbeiding i sekretariatet.

1.5.3 Målsetting for 2015

Gjennomføre prosjektet i tråd med oppsatt plan, dvs. å sende et godkjent utkast til intern høring i organisasjonen, utarbeide og presentere ferdig rapport basert på tilbakemelding fra høringsrunden.

1.6 Fremtidens legearbeidsmarked

Bakgrunnen for satsingsområdet er at fremtidens helsetjeneste avhenger av at behovet for legearbeidskraft blir dekket. For å sikre dette må utdanningskapasiteten og den generelle utviklingen i legers arbeidsmarked følges nøye.

Et godt arbeidsmarked med varierte muligheter er en viktig forutsetning for rekrutteringen til legeyrket. Legeforeningen har engasjert seg aktivt i kartleggingsarbeider av legearbeidsmarkedet og i ulike prosesser som skal bidra til å skape et velfungerende og differensiert arbeidsmarked.

Et ytterligere hensyn bak satsingsområdet er den rådende arbeidsgiverideologien vi ser i de fleste offentlige sykehus i dag. Det er mangel på sunn konkurranse om legearbeidskraft ved at offentlige sykehus nærmest er i en monopolrolle på etterspørselssiden. Dette mener Legeforeningen er en medvirkende årsak til en arbeidsgiverkultur preget av manglende åpenhet, styringsiver og ensidig økonomifokus.

Legeforeningen har gjennom året blant annet vært sterkt engasjert i en varslet reform i avtalespesialistordningen. Vi har deltatt i en serie møter med departementet og de regionale helseforetakene m.fl., der selve innretningen av avtalespesialistordningen har vært tema for møtene. Sentrale spørsmål som tilknytning og samarbeid med helseforetakene, finansierungsordning, spesialistutdanning i avtalepraksis, eventuell tidsbegrensning av hjemler m.v. har vært viktige – og til dels krevende – temaer for møtene.

På bakgrunn av innspill fra Allmennlegeforeningen (Af) og Norsk forening for allmennmedisin (Nfa) har Legeforeningen utarbeidet en utviklingsplan for fastlegeordningen, og i desember ble det vedtatt et policydokument for ordningen. Foreningen har aktivt bidratt med innspill til den varslede stortingsmeldingen om primærhelsetjenesten. Det skal også nevnes at foreningen har utarbeidet en veileder om etablering av virksomhet som næringsdrivende lege.

Foreningen har lagt ned et betydelig arbeid i forbindelse med ny turnusordning og krav til veiledet tjeneste, se punkt 2.5.2 og 2.5.3. Et sentralt mål for arbeidet er at det må være et tilstrekkelig antall turnusstillinger for å dekke fremtidens legebehov.

Legeforeningen har videre engasjert seg i strategisk arbeid for å motvirke monopoliseringen av legearbeidsmarkedet og i høringen om fritt behandlingsvalg. Legeforeningen har gjennom året deltatt i Helsedirektoratets arbeid med etablering av et system for monitorering, fremskrivning og analyse av utviklingen i legemarkedet.

Av andre tiltak kan nevnes at Legeforeningen har deltatt på karriereseminar i regi av legejobber.no (belyse mulighetene for entreprenørskap som lege), samt videointervju og bidrag til og spalten Derfor er jeg lege under Aktuelt i foreningen, Tidsskriftet m.v.

2 Arbeidsliv og arbeidsforhold

2.1 Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold

2.2 Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring

Legeforeningen har valgt å satse betydelige ressurser på tillitsvalgtopplæring av høy kvalitet. Dette er viktig både for rekruttering og måloppnåelse for foreningen. En karriere som tillitsvalgt i Legeforeningen skal gi en særskilt og solid kompetanse med verdi for videre yrkeskarriere.

Tillitsvalgtopplæringen finansieres over den såkalte OU-ordningen, hvor det settes av penger til et fond gjennom lønnstrekk fra ansatte for å finansiere opplæring av tillitsvalgte. Det er begrenset med midler i OU-ordningene, noe som medfører at Legeforeningen må prioritere hvilke kurs som arrangeres i løpet av et år.

I 2010 profesjonaliserte Legeforeningen tillitsvalgtopplæringen gjennom etablering av modulpakken «Fra tillitsvalgt til leder». Gjennom tre moduler får tillitsvalgte opplæring i de mest relevante temaer som er aktuelle for funksjonen.

2.2.1 Kursvirksomhet i 2013

I 2014 arrangerte eller deltok Legeforeningen i ca. 40 tillitsvalgtkurs. Blant disse ble det arrangert ett Modul I-kurs med 144 deltakere, to Modul II-kurs med samlet deltakerantall på 135, og to Modul III-kurs med samlet deltakerantall på 70. Deltakerne på kursene er tillitsvalgte fra alle tariffområder, med hovedvekt på Spekter-området, men også tillitsvalgte fra stat, Virke og kommunesektoren er godt representert.

I all hovedsak er foredragsholderne på modul-kursene Legeforeningens tillitsvalgte og ansatte i sekretariatet, med hovedvekt fra JA-avdelingen, men det er også flere eksterne foredragsholdere. Sekretariatets medarbeidere er også sentrale foredragsholdere for øvrig kursvirksomhet, herunder kurs for yrkes- og lokalforeningene, og Akademikernes landsomfattende kursing i lokale forhandlinger på KS-sektoren.

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

Sentralstyret vedtok i desember 2014 en endret tillitsvalgtopplæring. Formålet med endringen er dels å sikre best mulig målrettet opplæring av tillitsvalgte, dels å sikre bedre ressursutnyttelse.

Modul I-III har vært supplert med temakurs. Parallelt med modulene har det vært arrangert en rekke lokale kurs. Dette har medført at tillitsvalgte har opplevd å delta på flere kurs med overlappende tema. Legeforeningen ønsker med endringene i tillitsvalgtordningen fra 2015 å sikre en bedre strømlinjeformet opplæring.

Som følge av dette slås lokalkursene sammen med modulpakken «Fra tillitsvalgt til leder». Dette innebærer at Modul I blir lagt regionalt og slått sammen med lokalkursene. Modul I vil inneholde en gjennomgang av avtaleverket og de mest relevante lover. Dette fører også til innholdsmessige justeringer av modul II. Samlet sett vil modulene ha samme innholdsmessige elementer som tidligere. Modul III arrangeres som tidligere. Endringene medfører også at det

ikke er et villkår for deltakelse på modul II at modul I er gjennomført. Men det forutsettes for deltakelse på modul III at tillitsvalgte har gjennomført både modul I og modul II.

2.3 Arbeid med arbeidsvillkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder

2.3.1 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området

Hovedoppgjøret 2014 for helseforetakene og Lovisenberg Diakonale sykehus ble sluttført med enighet i mekling torsdag 25.9. 2014 – 10 timer på overtid. Hovedoppgjøret 2014 var svært krevende og la beslag på svært mye ressurser i sekretariatet og blant de sentrale tillitsvalgte.

Bakteppet for hovedoppgjøret 2014 i Spekter-området

Situasjonen i sykehus danner bakgrunnen for Legeforeningens krav til ethvert hovedoppgjør. Det gjelder det som kjennetegner sykehus generelt og styringen av sykehus, og hvordan situasjonen er ved det enkelte sykehus.

Akademikerne innledet forhandlingene 2014 med å understreke betydningen av reelle lokale forhandlinger basert på den enkelte virksomhets behov. Akademikerne viste til rapporter om økt arbeidspress og bekymring for om tjenesten man leverer har tilstrekkelig kvalitet. I dette bildet er investering i de ansatte i form av tilrettelegging for fagutvikling og kompetanseheving avgjørende. Akademikerne fremhevet videre behovet for styrking av lokal og individuell autonomi, for å bidra til økt entusiasme hos de ansatte. Det ble videre understreket at det er en stor utfordring for Akademikerne at halvparten av legene i sykehus er midlertidig ansatt.

Et kjennetegn for styringen av sykehus er fokuset på økonomi og på å kutte kostnader. Det er for lite fokus på behovet for investeringer i ansatte. Et annet kjennetegn er at det treffes beslutninger på et overordnet nivå med betydning for pasienttilbudet og legers mulighet til god fagutøvelse, men uten tilstrekkelig oppmerksomhet om slike effekter. Det er et mål at beslutningstakere i større grad har oppmerksomhet om det som er kjernevirksomheten i sykehus: pasientbehandling og forskning.

I forhandlingene ble situasjonen i sykehus belyst, som forklaring på det krav Legeforeningen stilte til arbeidstid, fagutvikling og situasjonen forøvrig. Det at halvparten av legene er i midlertidige stillinger har stor betydning for både arbeidsmiljø, pasientsikkerhet og hvordan vi kan innrette arbeidstiden. Tradisjonelt har Legeforeningen hatt vide unntak fra arbeidsmiljøloven og gitt arbeidsgiver stor fleksibilitet. Erfaring med hvordan disse unntakene benyttes av arbeidsgiver, ensidig, får betydning for hvilken fleksibilitet som kan gis.

Arbeidstid

Legeforeningen har gitt sykehusene svært vide unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsbestemmelser – unntak som sykehusene er avhengig av i sin daglige drift. En vesentlig del av bakgrunnen for at hovedoppgjøret 2014 endte i mekling var at sykehusene over lang tid har utfordret tolkningen av de tariffavtalefestede arbeidstidsbestemmelsene, og ensidig har endret praksis når det gjelder arbeidstidsplanlegging uten å gå veien om reforhandling av tariffavtalene

Legeforeningen gjennomførte vinteren 2013/2014 en stor arbeidstidskartlegging. Den viser at arbeidsgiver har liten oversikt over arbeidet tid. Det er risikabelt i sykehus. Den viser også at

arbeidsgiver har benyttet kutt i tjenesteplaner for å kutte kostnader, men at det ikke har medført tilsvarende kutt i arbeidstid. Det betyr at det arbeides et betydelig antall timer som verken er registrert eller betalt. Leger kan ikke fortsette å gi fleksibilitet dersom dette besvares med rigiditet. Vi opplever også enkelte steder store utfordringer når det gjelder samarbeid om tjenesteplaner. Leger må med dagens ordninger forvente gode samarbeidsrelasjoner, jevnbyrdighet lokalt og respekt for avtaler og for hverandre som parter.

Fagutvikling og faglig samarbeid

OECD-tall fra 2013 viser at norske sykehus planlegges med høyere prosentvis belegg og færre senger enn andre land vi vanligvis sammenlikner oss med. Flere leger har de siste årene rapportert at det er blitt mer krevende å gjøre en god jobb, få tid til tilstrekkelig behandling og kommunikasjon med pasienter og pårørende, fagutvikling, arbeid med kvalitet og til å ivareta plikter til meldinger og rapportering. Det oppfattes som at helseforetakene i mange tilfeller bruker kompetanseutvikling/fagutvikling som salderingspost ved behov for å bedre sykehusøkonomien. Dette var bakgrunnen for at det ble fremmet krav om mer konkrete rettigheter til kurs og kongresser, mer avklarte forhold for forskere mv.

Hovedresultatene i meklingen for Legeforeningens del

Særlig tre forhold var viktige for Legeforeningen hovedoppgjøret i 2014. Det var å få på plass faste stillinger for leger i spesialisering, få bedre rettigheter til kompetanseutvikling og få mer innflytelse på arbeidstiden, særlig på grunn av de vide unntakene som er gitt fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler og den utviklingen som har vært i sykehusene de senere årene.

For Spekter var det særlig viktig å få forlenget legenes dagarbeidstid (0600-2100), slik at sykehusenes åpningstider kan utvides, særlig med henblikk på kveldsåpne poliklinikker. I tillegg var det en politisk bestilling om at flere leger i spesialisering må ansettes fast.

Resultatet viser at Legeforeningen fikk gjennomslag på alle de tre viktigste forholdene.

For det første fikk sykehusene en forpliktelse til snarest å starte implementeringen av faste stillinger, og senest innen 1.7. 2015. Det ble avtalt en ny kategori – legespesialist. Med unntak av noe forskjell i minimumslønn ble vilkår for denne kategorien lagt opp til overlegegruppen. Det skal gis utdanningspermisjon, det skal gis samme tillegg for uforutsette vakter og tilfeldig overtid. Det blir en gruppe hvor det kun er mulig med opprykk fra fast stilling som lege i spesialisering, og det gis ikke anledning til å lyse ut stillingen for øvrig.

For det andre fikk man en mer formalisert prosess for inngåelse av tjenesteplaner, med økt involvering av tillitsvalgte. Unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidsregler prolongeres til hovedoppgjøret 2016. Det skal i perioden jobbes i en partssammensatt gruppe, som blant annet skal kartlegge dagens arbeidstidsordninger, herunder vaktordninger og ulike modeller for arbeidstidplanlegging. Videre skal gruppen kartlegge og vurdere hvordan samarbeidet om tjenesteplaner fungerer mellom arbeidsgiver og de tillitsvalgte. Det er av avgjørende betydning for Legeforeningen at samarbeidsklimaet mellom de tillitsvalgte og arbeidsgiver forbedres. Det ligger en klar forventning om at det skal skje, etter årets oppgjør.

For det tredje har overleger og legespesialister i A2 fått rett til permisjon med full lønn etter oppsatt tjenesteplan i inntil 10 dager per år til kurs, kongresser og møter. Eventuelle bedre rettigheter i B-delene er i behold.

Forhandlinger er å gi og ta. I Riksmeklerens skisse til løsning ligger også utvidelse av dagarbeidstiden til 07-18 og 07-19 for noen legegrupper. Videre er det opprettet en egen lønnskategori – legespesialist - som følge av innføring av faste stillinger for leger i spesialisering.

Overenskomstens del A2 er prolongert med de endringene som følger av Riksmeklerens møtebok. Det betyr at legene fortsatt er dagarbeidere med vaktplikt og at 20-timers regelen fortsatt gjelder.

Lønnsoppgjøret ble i sin helhet gjennomført sentralt. Samlet er de generelle tilleggene beregnet til å gi en gjennomsnittlig lønnsvekst på 3,33 % av Legeforeningens lønnsmasse. Det ble ikke gjennomført tradisjonelle B-delsforhandlinger i 2014, men det var nødvendig med lokale prosesser for å tilpasse B-delene til endringer i A2.

Det konkrete forhandlingsforløpet våren, sommeren og høsten 2014

Forhandlingssystemet i Spekter-området består av flere trinn, som alle må være fullført før helheten – overenskomsten – endelig inngås.

A – innledende sentrale forhandlinger

Første trinn – innledende sentrale forhandlinger – ble gjennomført fredag 25. april. Her ble blant annet datoer for det videre forhandlingsløp fastsatt. For Legeforeningens del ble det avtalt at forhandlingene om overenskomstdel A2 skulle starte 12. mai. I forhandlingene ble partene enige om en redaksjonell rydding, ved at del A nå består i en protokolldel og en overenskomstdel. Av materielle endringer er det blant annet presisert at det skal settes av tilstrekkelig tid til å vurdere fremlagte krav under de lokale forhandlingene, samt at arbeidsgiver skal informere om grunnlaget for lønnstillegg dersom arbeidstakeren ber om det.

A1 – sosiale bestemmelser

Hovedoppgjøret for sykehusene fortsatte med forhandlinger om overenskomstens del A1 – sosiale bestemmelser – tirsdag 6. mai. Forhandlingene ble ført felles med alle hovedsammenslutningene på arbeidstakersiden. Arbeidstakersiden hadde flere krav til endringer. Ett tema ble definert som et utestående spørsmål, nemlig utvidelse av yrkesskadeforsikringen til også å gjelde skade fra pasient/klient/bruker på fritiden. I meklingen ble dette løst ved at Akademikerne fikk gjennomslag for krav om utvidelse av yrkesskadeforsikringen.

B-delsforhandlinger for de øvrige foreningene i Akademikerne helse

Etter avtalen om forhandlingssystem i helseforetakene skal alle foreningene i Akademikerne helse med unntak av Legeforeningen starte sine lokale B-delsforhandlinger parallelt med at Legeforeningen forhandler A2. Dette gjelder blant annet Psykologforeningen, Juristforbundet, Tekna, Econa og Tannlegeforeningen. Etter å ha gjennomført sine B-delsforhandlinger, sto de igjen med 19 uenigheter – svært mange knyttet til ulike varianter av utvidelse av dagarbeidstiden fra 07-17 til 06-21.

A2 – Legeforeningen og Spekter

Det var allerede i forkant av forhandlingene klart at forhandlingene om Legeforeningens del A2 kom til å bli utfordrende.

Spekter og Legeforeningen startet forhandlingene 12. og 13. mai. Spekter krevde så en pause i forhandlingene. Begrunnelsen var at Legeforeningen krevde endringer i de generelle, sentrale

unntakene fra arbeidsmiljøloven med utgangspunkt i hvordan de er praktisert og benyttet som grunnlag for styring. Legeforeningen tilbød i stedet at unntak fra arbeidsmiljøloven kunne avtales lokalt med en sentral sikring. Målet er å oppnå bedre samarbeid og mer reelle forhandlinger lokalt.

Spekter på sin side ønsket tid for å kontakte alle helseforetak for å be dem utarbeide bemanningsplaner som sikrer helseforetakenes drift i en situasjon hvor unntak fra arbeidsmiljøloven ikke lenger er til stede. Dette ble også gjort. Kartleggingen tydeliggjorde at sykehusene var avhengig av unntaket fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel.

Det var deretter kontakt mellom partene i juni – blant annet ved møte i arbeidsgruppe. Det var videre brevskrivning i løpet av sommeren. Fredag 8. august konkluderte Akademikerne med at partene ikke ville komme videre i forhandlingene på egenhånd, brøt forhandlingene og meldte plassoppsigelse. Grunnet stor pågang hos Riksmekler, ble meklingsfristen satt til midnatt mellom 24. og 25. september.

Det ble i perioden frem til meklingsinnspurten arbeidet i arbeidsgrupper – to arbeidsgrupper som så på problemstillinger knyttet til de øvrige foreningene i Akademikerne helse, en arbeidsgruppe som så på lønnsutviklingen for leger i spesialisering og en arbeidsgruppe som skulle gjennomgå partene posisjoner i A2.

Meklingen ble gjennomført med riksmekler Nils Dalseide og Richard Saue som meklere. Partene møttes hos mekler 4. og 16. september. Meklingsinnspurten med intensive forhandlinger ble gjennomført 23. og 24. september.

Arbeidet etter meklingen

Det ble høsten 2014 arbeidet med oppfølging av meklingsresultatet. Sekretariatet hadde i oktober flere møter med Spekter for å se på nødvendige endringer i A2 som følge av det avtalte resultat. Sekretariatet har videre bistått lokale tillitsvalgte i arbeidet med tilpasning av B-delene til endringene i A2.

Oppgjøret ble evaluert i møte i Forhandlingsutvalget Spekter 24. oktober. Det er videre gjennomført flere kurs og møter for tillitsvalgte, med vekt på gjennomgang av resultatet og konsekvenser av implementering av faste stillinger.

2.3.2 Tvistesaker i Spekter-området

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

Sentralstyret ga i sitt møte 11.3. 2014 sekretariatet fullmakt til å bringe noen konkrete tvistesaker inn for Arbeidsretten for avklaring. Legeforeningen og Spekter hadde imidlertid et felles mål om å forsøke å løse noen av de mange tvistesakene i forhandlingene i hovedoppgjøret. Legeforeningen bestemte seg derfor for å utsette rettsliggjøring av sakene til etter hovedoppgjøret.

Etter meklingen kunne imidlertid partene konstatere at ingen tvistesaker var løst. Legeforeningen tok initiativ overfor Spekter til å se de mange tvistesakene i sammenheng, og forsøke å løse dem i dialog. Dette ble imidlertid avvist av Spekter. Legeforeningen begynte derfor mot slutten av 2014 det forberedende arbeidet mot stevning i flere saker.

Blant tvistesakene som kan være aktuelle for Arbeidsretten:

- Tvist om lovligheten av ordning med passiv tilstedevakt 1:3, Oslo Universitetssykehus
- Tvist om hvilke krav som stilles for rett til 35,5 timers uke, Rusbehandlingen Midt-Norge
- Tvist om innholdet i rett til vaktfritak for gravide i siste trimester, A2 § 3.5.4, St. Olavs hospital HF
- Tvist om forståelsen av beregningsgrunnlaget for innbetaling til Utdanningsfond III, A2 § 8.5.1
- Tvist om forståelsen av ambuleringsbestemmelsen, A2 § 2.2, Helse Møre og Romsdal
- Tvist om forståelsen av Hovedavtalens drøftingsbestemmelser, Helse Møre og Romsdal

2.3.3 Forhandlingsarbeidet i Stat-området

I 2014 var det hovedtariffoppgjør i staten. Dette innebærer at det ble forhandlet om både lønn og annet innhold i tariffavtalene.

Akademikerne og staten kom etter mekling i mål med hovedtariffoppgjøret 26.5. 2014. Oppgjøret fikk en økonomisk ramme på 3,3 %. Akademikerne vant ikke frem med sitt ønske om en generell modernisering av lønnsdannelsen i staten, men fordelingen mellom generelle tillegg og lokale lønnsforhandlinger var likevel historisk. Det ble gitt et generelt tillegg på lønnstabellen på 1,98 % fra lønnstrinn 54 fra 1. mai, samtidig som det er satt av en pott på 1,75 % til lokale, kollektive forhandlinger per 1. august. I tillegg til denne rammen, kommer resirkulerte midler. Dette er foreningsvise forhandlinger, der Legeforeningen skal representeres av våre tillitsvalgte i de ulike statlige virksomhetene.

Akademikerne og Legeforeningen aksepterte lønnsoppgjøret fordi potten til lokale forhandlinger er større enn noen gang og uten føringer. Tillegget på tabellen er gitt som prosenter for våre medlemmer.

Akademikerne mener at staten som arbeidsgiver fortsatt går for sakte frem, til tross for at de statlige virksomhetene ønsker seg store endringer. Jo mer av lønnsmidlene som fordeles lokalt, jo mer målrettet kan de brukes som virkemiddel for å skape sterke fagmiljøer og gode velferdstjenester.

2.3.4 Forhandlingsarbeidet i KS-området

Hovedtariffoppgjøret i området endte med streik for lærerne. Blant Akademikernes medlemsforeninger streiket Norsk Lektorlag. De andre medlemsforeningene anbefalte skissen fremlagt av meklingsmannen.

For flertallet av medlemmene i Legeforeningen skjer lønnsforhandlingene kun sted lokalt i den enkelte kommune, uten en sentralt fastsatt ramme. Når årsrapporten skrives har ikke Legeforeningen analysert lønnsoppgjøret i kommunene i 2014, men det er *ikke* grunn til å tro at Legeforeningen medlemmer oppnådde dårligere lønnsvekst enn sammenliknbare grupper basert på henvendelser til sekretariatet og innmeldte forhandlingsbrudd.

Det er imidlertid gjort noen endringer av hovedtariffavtalens tekstlige elementer som også gjelder for Legeforeningens medlemmer. En av de viktigste endringene for Legeforeningens medlemmer er at pendelvoldgift som ankemulighet er frafalt for medlemmer i forhandlingskapittel 5. I tillegg er TPO-vedtektene (tjenestepensjonsordningen) tilpasset ny uførepensjon i Folketrygden.

Videre legges lønssystemet om for ansatte med sentral lønnsdannelse (kapittel 4). Systemet med minstelønner er blitt endret til et system som sikrer ansiennitetstillegg fra 2015. Dermed vil lønn ut over minstelønn ikke bli «borte» når den ansattes ansiennitet øker. Dette vil ikke berøre leger som har lokal lønnsdannelse.

2.3.5 Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området

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

For Legeforeningen frembrakte forhandlingsresultatet at Legeforeningens medlemmer i Helseetaten (HEL) og Sykehjemsetaten (SYE) fikk lokale forhandlinger, i hovedsak etter modell fra KS. Den største forskjellen fra KS er at det ikke foreligger tvistemulighet på resultatet av lokale forhandlinger.

De etterfølgende forhandlingene i HEL og SYE bar tydelig preg av at et nytt system. Opplevelsen Legeforeningen sitter igjen med var at arbeidsgiver ikke var like godt forberedt som Legeforeningens tillitsvalgte var. Forhandlingene i HEL endte med en totalramme på omtrent 3,3 % og noe lavere i SYE.

Sentralt avtalt pott til lokale forhandlinger ute i virksomhetene var stor. Det ble gitt et generelt lønnstillegg til alle arbeidstakere som presenter på lønnstabellen minimum på 8 000 kroner. Samlet sett sikrer dette en god profil på oppgjøret.

Hovedelementene i lønnsoppgjøret i Oslo:

- En pott på 1,2 % per 1. juli til lokale forhandlinger
- En økning på 1,89 % på alle trinn på lønnstabellen fra 1. mai (minimum 8 000 kroner)
- Frie lokale forhandlinger for advokatstillinger hos Kommuneadvokaten, tannlege- og legestillinger i Helseetaten og for legestillinger i Sykehjemsetaten.
- Oppgjøret har en totalramme på 3,3 %.

2.3.6 Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH)

Dette forhandlingsområdet særtegnes av at fagforeningene er direkte avtaleparter i avtalene med Virke. Det er hver enkelt forening – og ikke sammenslutningene – som er part. Legeforeningen forhandler imidlertid de sentrale overenskomstene og hovedavtalen sammen med de andre foreningene i Akademikerne gjennom samarbeid i de såkalte ”Akademikerforeningene». Dette er et uformelt forhandlingssamarbeid med andre fagforeninger innen Akademikerne samt NITO og Norges Farmaceutiske Forening. Akademikerne har ingen formell rolle innenfor dette tariffområdet. Psykologforeningen ledet dette samarbeidsutvalget i 2014 med tett oppfølging og støtte fra Legeforeningen.

Legeforeningens representanter i «Akademikerforeningene» har i 2014 deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger. De viktigste overenskomstene er den såkalte Spesialistoverenskomsten samt Landsoverenskomst for helse og sosiale tjenester. Disse to overenskomstene favner nær alle Legeforeningens medlemmer innenfor Virke-området. De sentralt avtalte tilleggene ble innrettet tilsvarende offentlig sektor, det vil si omtrent 3,3 prosent på årsbasis. Beregningen av årslønnsveksten totalt baserer seg på en antakelse om at tilleggene som ble gitt sentralt hadde samme effekt innenfor Virke-området som for de

korresponderende offentlige tariffområdene. Selvstendige beregninger for de sentrale oppgjørene i Virke-området har ikke vært mulig som følge av usikkerhet i datamaterialet.

Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt. Det ble våren 2014 gjennomført et oppgjør med forhandlinger ved den enkelte virksomhet. Basert på tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er inntrykket at oppgjørene er på linje med sammenliknbare grupper ellers i samfunnet.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter gjaldt for perioden 1.1. 2013 til 31.12. 2014, men ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2015. Særavtalen forhandles av Legeforeningen uten de øvrige foreningene, med en forhandlingsdelegasjon sprunget ut av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke. I avtalen er det inntatt en rekke viktige bestemmelser for leger, herunder arbeidstid, vaktordninger, overtidarbeid, etterutdanning, lønnsbestemmelser, særlige regler for leger i spesialisering mm.

Virke og Legeforeningen hadde tett kontakt høsten 2014 for å legge til rette for effektive og gode forhandlinger.

For øvrig gjelder den såkalte «Parallellavtalen», som utløper 31.12. 2017. Parallellavtalen er hovedavtalen mellom Virke og en rekke arbeidstakerorganisasjoner, herunder Legeforeningen. I Parallellavtalen er det bestemmelser om forholdet mellom organisasjonene, blant annet om fredsplikt, konflikter, særavtaler, adgang til tillitsvalgtrepresentasjon, tid til tillitsvalgtarbeid og arbeidsgivers plikter til å involvere tillitsvalgte i endringsprosesser i virksomheten. Parallellavtalen er del 1 av partenes tariffavtaler.

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

2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.4.1 Fastlegeordningen KS

Gjeldende rammeavtale ble fremforhandlet med KS for perioden 1.1. 2013 tom 31.12. 2014, og ble prolongert (for ett år av gangen). Det ble derfor ikke gjennomført rammeavtaleforhandlinger i denne perioden.

Legeforeningen har imidlertid jobbet aktivt med tiltak som kan bidra til en ønsket utvikling av ordningen. Arbeidet har dels munnet ut i en utviklingsplan for fastlegeordningen, etter et samarbeid med Af og Nfa. Selv om ordningen er velfungerende, er det stadig et utviklingsbehov, ikke minst som følge av økte og nye oppgaver etter samhandlingsreformen. Utviklingsplanen tar for seg dette og peker på konkrete retninger for videreutvikling av ordningen på sentrale punkter.

I desember vedtok sentralstyret et policynotat om fastlegeordningen. Her fastslås at ordningen må tilføres ressurser og utvikles videre, innenfor dagens rammer av et avtalebasert samarbeid med et personlig ansvar på fastlegen. Oppmerksomheten om fastlegenes kjerneoppgaves må økes, og fastlegenes koordinatorrolle må styrkes. Kvalitetssystemer må (videre)utvikles, og det må legges til rette for utdanningsstillinger i fastlegepraksis som kan tilbys allmennlege i spesialisering. Det fastsettes videre at forskjellige modeller for organisering og drift av legekontorer må utredes og utprøves.

En stortingsmelding om primærhelsetjenesten ble varslet, med forventet offentliggjøring våren 2015. Meldingen forventes å ha et innhold som i stor grad vil påvirke fastlegeordningen. Som beskrevet under punktet om Satsingsområde 2 har Legeforeningen deltatt i flere møter med departementet, og har også avgitt skriftlige innspill. I innspillet drøftes særlig hvordan man kan oppnå en ønsket utvikling med større fastlegekontor og flerfaglighet i disse kontorene. Utviklingen må skje med utgangspunkt i pasientenes behov, og det fremholdes at modellene må piloteres. Videre må ledelsen av fastlegevirksomhetene videreutvikles, samtidig som samarbeidsforum på alle nivåer (lokalt, regionalt, sentralt) må på plass. I innspillet er det gitt flere forslag til hvordan avtalestyringen med tilbudet på fastlegekontoret kan styrkes. Behovet for bedre kvalitets- og rapporteringsverktøy påpekes, og i denne sammenheng kommenterer foreningen at SKIL (Senter for kvalitet i legekontor) bør gis en rolle. Endelig påpekes det at fastlegevirksomheten i dagens primærhelsetjeneste gjennomgående er svært effektivt drevet, og at det er behov for økte ressurser for å kunne gjennomføre nødvendig utvidelse av tilbudet.

I innspillet til stortingsmeldingen er det også trukket frem at en styrking av IKT-systemene i hele helsetjenesten er en viktig forutsetning for utviklingen av tjenestene. Legeforeningen har gjennom året jobbet aktivt på flere plan for å bidra til dette. På primærhelseområdet ble det under normaltariiforhandlingene våren 2014 fremforhandlet en protokoll om at 17 millioner skulle avsettes til nærmere angitte IKT-utviklingsprosjekter, som vil styrke og bedre funksjonaliteten i legenes EPJ-systemer. Dette arbeidet har blitt fulgt tett opp og konkrete utviklingsprosjekter ble startet høsten 2014 (hvorav delleveranser forventes ferdig utviklet våren 2015).

2.4.2 Rammeavtaleforhandlinger Oslo

Reforhandlinger av rammeavtalen med Oslo ble forberedt av partssammensatt arbeidsgruppe i 2013, og forhandlingene startet 24.2. 2014. Etter en langvarig, men konstruktiv, prosess ble det oppnådd enighet om revidert rammeavtale mellom Oslo kommune og Den norske legeforening for perioden 1.7. 2014 – 30.6. 2016.

Legeforeningen fikk gjennomslag for en bedre regulering av prosessen ved tildeling av hjemler og salg av praksis. Retten til salg av praksis, samt plikten til å delta i nemnd, fremgår nå klart i avtalen. Bestemmelsene om tildeling av hjemler er blitt tydeliggjort både med hensyn til prosess, tildelingskriterier og innflytelse fra gjenværende leger. Avtalen presiserer hvilke kvalifikasjoner som skal vektlegges, og det er klargjort at gjenværende legers ønske skal tillegges avgjørende vekt der søkerne ellers stiller likt.

Partene var enige om at tilgjengelighet for funksjonshemmede er viktig, og det er lagt inn en forutsetning om at dette skal sikres ved alle legekontor. For legekontor som per i dag ikke har slik tilgjengelighet, må legene og bydelen sammen utarbeide en plan for hvordan man skal kunne oppfylle kravene.

Partene lyktes under forhandlingene ikke å bli enige om legenes tilknytningsform og avlønning på legevakt, og ble derfor enige om å oppnevne et partssammensatt utvalg som vil gjennomgå og vurdere organiseringen av legevakt i sin helhet. Utvalget skal ha et bredt mandat, herunder legenes tilknytningsform og avlønning under vakt og håndtering av manglende fremmøte uten varsel. Utvalget skal avslutte sitt arbeid innen 31.12. 2015.

2.4.3 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister

Legeforeningen har i hele 2014 deltatt i dialogmøter med Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) om rammebetingelsene for avtalepraksis. Avtalespesialistene har en viktig rolle i den offentlige spesialisthelsetjenesten, og RHF-enes «sørge-for ansvar». De tilbyr høyt spesialiserte tjenester av god kvalitet, og driver kostnadseffektivt og ubyråkratisk. Målet for dialogprosessen har vært å finne virkemidler som fører til utvikling av avtalepraksis og bidrar til at det opprettes flere hjemler.

Tema har blant annet vært rammebetingelser for næringsdrift, samarbeid med den øvrige spesialisthelsetjenesten og finansieringssystem. Partene har også diskutert muligheten for at avtalespesialistene bør bli en del av systemet med fristfastsetting, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven kap 2. Legeforeningen har vært en pådriver for dette. Helsedirektoratet laget en rapport om hvordan det kunne la seg gjøre. Det var enighet om videre arbeid med pilotering.

Legeforeningen har vært opptatt av at forutsigbare rammevilkår er avgjørende for leger som driver privat praksis, og RHF-enes ønske om tidsbegrensede hjemler vil representere et vesentlig hinder for dette. Spørsmålet om finansiering har vært særlig krevende. Staten har foreslått en omlegging fra folketrygdfinansiering til innsatsstyrt finansiering (ISF). Legeforeningen mener refusjoner gjennom folketrygden gir et stabilt, robust og rettferdig finansieringsgrunnlag.

Legeforeningen ser likevel behovet for å drøfte om bestemte prosedyrer kan finansieres over ISF etter fremforhandlede satser. Dette må ses i sammenheng med K-takstsystemet. Det er behov for å innrette finansieringen slik at blant annet aktivitetstopper og avvikling av køer kan tas unna i større grad enn dagens system gir mulighet for.

Møteserien ble avsluttet før nyttår 2014 med en protokoll med oppsummering av prosessen og de ulike diskusjonspunktene. I løpet av 2015 skal arbeidet videreføres gjennom reforhandling av rammeavtalen, og spørsmålet om rettighetstildeling vil bli fulgt opp av departementet.

2.4.4 Normaltariffoppgjøret 2014

Forhandlingene om Normaltariffen ble sluttført 19.6. 2014. Partene ble enige om en ramme på 3,45 prosent økning i takster, driftstilskudd, basistilskudd og fondsøkonomien. Innenfor denne rammen måtte partene innpasse egenandelsøkningen Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2014.

Det ble i år avsatt særskilte midler til konkrete utviklingsprosjekter for EPJ-systemene. Dette er en nyvinning som forhåpentligvis vil etterkomme et lenge definert behov for finansiering av gode funksjoner og applikasjoner. Det ble videre opprettet flere nye takster for både fastleger og avtalespesialister samtidig som en rekke takster ble økt innenfor den framforhandlede rammen. Det ble avsatt 2 millioner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenstepensjonsordning.

Et viktig tema for forhandlinger i 2014 var inntekts- og kostnadsundersøkelsen som ble gjennomført i 2013. Undersøkelsen viste at utviklingen fra forrige undersøkelse i 2009 hadde vært tilfredsstillende i forhold til de forhandlingsresultater som forelå i perioden.

I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølginger i form av protokolltilførsler. Partene ble enige om å ta opp spørsmålet om K-takster i forbindelse med

den pågående dialogprosessen om avtalespesialistordningen. Det var også enighet om å vurdere innretningen på eksisterende K-takster. 6. Det ble også enighet om å gjennomføre en dialog om normeringen av listetall ved heltids kurativt årsverk.

2.4.5 Avtaler med FNO og SPK

Avtalen med Statens pensjonskasse (SPK) om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse og utlevering av journal ble reforhandlet i juni 2014. Det ble foretatt mindre tekstlige endringer i tillegg til at honoratsatsene ble økt med 5 %. Ny avtale gjelder fra 1.7. 2014 til 30.6. 2016. Satsene skal i perioden reguleres i tråd med inntektskomponenten i normaltariffoppgjøret fra 1.7. 2015.

Ny avtale med Finans Norge (FNO) ble inngått for perioden 1.7. 2014 til 30.6. 2015. Det ble avtalt en økning i honorarsatsene med 7 %, og partene ble enig om en tydeliggjøring av hvilket arbeid, og hvilke prøver, som dekkes av de avtalte honorarer.

2.5 Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger

2.5.1 Byråkratiprojektet

Dette prosjektet ble opprettet i 2013 med sikte på å få en oversikt over utviklingen i helsebyråkratiet, for å synliggjøre ressursbruken og hvilken betydning byråkratiet kan ha for ressurser til tjenesten. Den første delrapporten fra en intern prosjektgruppe viste at den andelen som norske helsemyndigheter rapporterer til OECD om andelen av de totale helseutgiftene som brukes til helseadministrasjon er misvisende. Sentrale data som utgiftene til administrasjon i de regionale helseforetak og helseforetakene er ikke er regnet med. Man har heller ingen oversikt over antall ansatte, eller veksten av disse. Det har vært ønskelig å sammenlikne administrasjonen i sammenliknbare land som Sverige, Finland og Danmark. Slike analyser er så langt ikke gjennomført da det har vært vanskelig å fremskaffe et tilfredsstillende datagrunnlag. Prosjektarbeidet har uansett gitt foreningen et styrket grunnlag for å gå inn i diskusjoner rundt ressursbruken i helsetjenesten.

2.5.2 Juridiske problemstillinger knyttet til ny turnusordning for leger

Ny ordning med søknadsbasert opptak til turnustjenesten ble innført i desember 2012. Legeforeningen bistod i 2013 mange turnussøkere og turnusleger knyttet til ansettelse og gjennomføring av turnus, og dette har vi fortsatt gjort i 2014.

Det er fortsatt et problem at antallet turnusstillinger er for begrenset. Presset på slike stillinger er ikke mindre når det også etter forskrift om krav til veiledet tjeneste for allmennleger er et krav om minimum seks måneders sykehustjeneste. Legeforeningen har ved gjentatte anledninger påpekt behovet for flere stillinger for turnusleger, da det ikke er samsvar mellom antall turnuslegestillinger og behovet for leger.

Jurister fra Legeforeningen har gjennom 2014 sittet i en arbeidsgruppe som har bidratt med utarbeidelsen av «Rundskriv og veileder til turnusordning for leger». Gjennom dette arbeidet har Legeforeningen søkt å bidra til en tydeliggjøring av reglene, som forhåpentlig kan bidra til en klarere og mer enhetlig praktisering. Dokumentet vil bli offentliggjort vinteren 2015.

2.5.3 Midlertidig stans i behandling av veilederavtaler og godkjenning som allmennlege for rett til trygderefusjon

Som følge av siste års regelendringer har saker om godkjenning av veilederavtaler for rett til trygderefusjon og primærgodkjenning som allmennlege for leger fra andre EØS-land, hatt høy prioritet i Legeforeningen.

Den 1.5. 2014 trådte det i kraft en ny forskriftsendring som medførte at praksis som leger hadde gjennomført i andre EØS-land, ikke ble godkjent i like stor grad som tidligere.

Forskriftsendringen medførte at mange leger, særlig fra Danmark og Sverige, måtte gjennomføre fulle tre år med veiledet tjeneste i Norge, herunder seks måneder på sykehus.

Med den pressede situasjonen det var på sykehusstillinger allerede, var det vanskelig for legene å oppfylle kravet om sykehustjeneste. Konsekvensen av dette var at mange leger mistet sin refusjonsrett. Flere av legene som ble rammet av endringen hadde tidligere fått vedtak om midlertidig godkjenning som allmennlege. Vedtaket innebar at legens tjeneste fra EØS-landet etter dagjeldende regler var blitt ansett å tilfredsstille de norske bestemmelsene.

Forskriftsendringen medførte at Statens autorisasjonskontor for helsepersonell (SAK) gikk bort fra innholdet i de tidligere gitte vedtakene. Legeforeningen klaget på denne endringen på vegne av flere medlemmer til SAK, uten å få medhold.

I løpet av sensommeren 2014 endret SAK sin praksis med å utstede midlertidige godkjenninger som allmennlege. Disse godkjenningene ble gitt til allmennleger som hadde gjennomført tilstrekkelig med veiledet tjeneste, men som manglet grunnkursene A og B. Legeforeningen er ansvarlig for å sette opp grunnkursene, men fordi endringer kom uventet på var det ikke mulig å sette opp nok kurs til alle som på kort tid ønsket å delta. Konsekvensen av praksisendringen medførte dermed at flere leger ble stående uten refusjonsrett frem til grunnkurs A og B ble gjennomført.

Sammen med KS ba Legeforeningen om et møte med HOD, der utfordringene ble presentert og hvor Legeforeningen skisserte løsningsforslag. Departementet fulgte opp med midlertidige løsninger på en del av problemstillingene. Blant annet ble muligheten for veiledet tjeneste i allmennpraksis utvidet med seks måneder slik at legene fikk bedre tid til å finne en sykehusplass. Videre ble ordningen for midlertidig godkjenning utvidet på visse vilkår frem til 1.7. 2015. Legeforeningen har også samarbeidet med departementet om et rundskriv til forskrift om veiledet tjeneste som etter planen skal bli ferdig i løpet av våren 2015.

2.5.4 Utredning av lovligheten av norsk allmennlegedokkjenning

Norge har to nivåer for godkjenning som allmennlege - henholdsvis godkjenning som allmennlege med rett til trygderefusjon og spesialitet i allmennmedisin. Det er reist spørsmål ved lovligheten av en slik ordning.

Det følger av det såkalte yrkeskvalifikasjonsdirektivet at søknad om godkjenning som allmennlege skal innvilges automatisk dersom legen har minimum tre års veiledet tjeneste, såkalte E-leger. EU-Kommisjonen mener at yrkeskvalifikasjonsdirektivet kun tillater én kvalifikasjon/kategori innen allmennmedisin. Det er vist til at tre års veiledet tjeneste gir så og si samme kompetanse som en spesialistutdanning. Sverige og Danmark har lagt om sin praksis i tråd med dette, og praksis i disse landene er nå at spesialistgodkjenning gis til allmennleger som kommer fra andre EU-land så lenge de oppfyller kravet til tre års veiledet tjeneste.

Legeforeningen er ikke enig i at tre års veiledet tjeneste tilsvarer en spesialistutdanning, og har gitt innspill om dette til norske myndigheter. Legeforeningen mener at det er betenkelig at det skal tildeles spesialistgodkjenning til leger som ikke har gjennomgått et formelt, kvalitetssikret utdanningsopplegg med det som etter norske regler er obligatoriske elementer. Det er også uheldig at tittelen «spesialist i allmennmedisin» ikke gir entydig informasjon om hvilken kompetanse legen kan forventes å ha.

Foreløpig legger norske myndigheter til grunn at man i Norge fortsatt skiller mellom godkjenning som allmennlege – som gir adgang til å praktisere for trygdens regning, og spesialistgodkjenning i allmennmedisin.

Legeforeningen har for øvrig oppfordret norske myndigheter til aktivt å jobbe for at allmennmedisin anerkjennes som spesialitet og oppføres i artikkel 25 i yrkeskvalifikasjonsdirektivet, hvilket ikke er tilfellet i dag. Dette har også vært vår politikk mot CPME (Comité Permanent des Médecins Européens).

Legeforeningen følger problemstillingene tett, og vårt fokus er å bidra til utforming av systemer som sikrer kvaliteten i allmennmedisin dersom systemet skulle endres.

2.5.5 Legen som næringsdrivende og arbeidsgiver

Høsten 2013 ble det igangsatt et arbeid med utvikling av veileder for næringsdrivende leger. Veilederen har fokus på rettslige og praktiske spørsmål knyttet til oppstart, drift og opphør av privat næringsvirksomhet, dvs. leger som driver som fastlege, avtalespesialist eller helprivat. Veilederen tar også for seg det ansvar legen har som arbeidsgiver. Av kapasitetsgrunner ble arbeidet forsinket, og ferdigstilles februar 2015.

2.5.6 Reservasjonsadgang

Reservasjonsadgang var en sak som preget Legeforeningens arbeid i hele 2013. I 2014 fortsatte arbeidet med problemstillinger særlig knyttet til reservasjon ved henvisning til abort. I januar la Helse- og omsorgsdepartementet frem et høringsforslag der leger ble gitt en reservasjonsmulighet «hvis det ikke gikk ut over kvinners rettighet til rask henvisning». Det ble gjennomført en høringsrunde i Legeforeningens organisasjonsledd der det kom inn et stort antall svar, og der foreningsleddene hadde ulike syn på spørsmålet om leger skulle kunne reservere seg i disse sakene. Det ble omfattende debatt om saken i mediene og i samfunnslivet generelt, så vel som internt i foreningen.

Legeforeningen var i tett dialog med myndighetene om saken, og det ble lagt ned et betydelig arbeid på ulike måter fra foreningens sider. Innen saken skulle opp til ny behandling i landsstyret våren 2014 var det klart at helseministeren trakk tilbake høringsforslaget. I stedet ble det presentert en løsning der man fjernet ordningen med at legen skriver under på skjemaet for begjæring om abort og henviser kvinnen til sykehus. Fastlegen ville dermed ikke lenger ha noen rolle i henvisningen til abort, og spørsmålet om reservasjon falt dermed bort i disse sakene. Legeforeningen ga sin tilslutning til løsningen da den ble presentert i et nytt høringsforslag høsten 2015. Det vises også til kommentarer om saken under kapittel 6 Kommunikasjonsarbeid.

2.6 Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg

2.6.1 Bistand fra sekretariatet

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

Mange tvister løses av sekretariatet innen legen kontakter ekstern advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. I tillegg har Legeforeningen, som avtalepart i sentrale avtaler samt kunnskap om lokale forhold, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har. Sekretariatet har også i 2014 i tillegg gitt juridisk bistand på en del rettsområder som ikke omfattes av Rettshjelpsordningen, slik som på EU og EØS-rettslige spørsmål. Det gjelder også ulike helserettslige spørsmål (herunder taushetsplikt), samarbeidsavtaler i privat praksis, "kataloghai-saker", husleierett, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett. Det kan nevnes særskilt at endringer i forskrift om veiledet tjeneste for allmennleger, og SAKs saksbehandling knyttet til allmennlegegodkjenning, har medført svært mange henvendelser og mye arbeid for sekretariatet i 2014.

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

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Legeforeningen opprettet og registrerte 3 626 nye juridiske saker i 2014, hvorav en mindre del av disse også innbefatter yrkesforeningenes registrerte saker. Utover dette antallet besvares svært mange henvendelser på telefon i vaksentralen, 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.

Tilsvarende tall for registrerte saker i 2013 var 3 206, for 2012 2 753 og for 2011 2 542 saker. I 2010 var det 2 300 og i 2009 1 613 saker. Dette indikerer en meget betydelig stigning over tid i etterspørselen etter juridiske tjenester. Samlet sett er sakene meget ressurskrevende, og kompleksiteten øker. Sekretariatet prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen som forening.

2.6.2 Tilsynssaker

Legeforeningen bistår mange leger i forbindelse med saker for tilsynsmyndighetene, og vi har i 2014 rettet et særlig fokus mot utfordringer knyttet til vår bistand i disse sakene. Medlemmer får tilbud om rådgivning og gjennomgang av saken uansett bakgrunn, men videre oppfølging og bistand vurderes konkret ut fra sakens karakter. Det er ofte leger i krise, med stort behov for flere typer bistand og hjelp, hvor også helse- og omsorgstilbud må vurderes.

Statens helsetilsyn har meldt om økning i alvorlige reaksjoner mot helsepersonell. I 2014 ga de 247 reaksjoner mot helsepersonell mot 227 i 2013. Av disse reaksjonene var 98 rettet mot

leger. 32 mistet autorisasjonen, 54 fikk advarsel og seks mistet rekvireringsrett for legemidler i gruppe A og B. Det er også en økning i klager på vedtak fattet av Statens helsetilsyn.

Vi har særlig prioritert saker der det reageres mot forhold som ikke har sammenheng med yrkesutøvelsen, hvor vi i flere saker har vært uenige med tilsynsmyndighetens lovanvendelse. Vi følger opp disse sakene og erfaringene videre, både i den enkelte sak og i arbeidet med de overordnede rammer.

Det har vært stor interesse fra mediene, både knyttet til økningen i reaksjoner mot leger, og i forbindelse med enkeltsaker. Dagbladets serie om «overgripere i hvitt» ble særskilt fulgt opp overfor Dagbladet.

Tilsyn - Oppfølging av alvorlige hendelser

Regjeringen nedsatte i 2013 et utvalg som skal vurdere endringer i system og regelverk for tilsyn med helsetjenesten, med utgangspunkt i oppfølging av alvorlige hendelser og mulige lovbrudd. Utvalget ledes av fylkeslege Helga Arianson, etter at professor dr. juris Aslak Syse trakk seg som leder 10.7. 2014.

Regjeringen Solberg utvidet 15.11. 2013 utvalgets mandat og sammensetning. I tillegg til det opprinnelige mandatet la regjeringen til: Regjeringen Solberg vil etablere en permanent uavhengig undersøkelseskommisjon for uønskede hendelser i helse- og omsorgstjenesten og utvalget har derfor fått utvidet mandatet sitt til blant annet å vurdere etablering av en slik kommisjon.

I august 2014 oversendte Legeforeningen et skriftlig innspill til utvalget, og på et etterfølgende åpent høringsmøte holdt presidenten et innlegg. Her trakk Legeforeningen blant annet frem at mer åpenhet er sentralt for å styrke pasientsikkerheten, og at den beste og tryggeste helsetjenesten skapes ved å vri fokuset fra individ og mot system. Tilsynet må gis tilstrekkelig ressurser og kompetanse til å ivareta dette, og tilsynet må rent faktisk ha en uavhengig myndighet overfor sykehus- og eier. Sanksjonssystemet ved det individrettede tilsynet bør beholdes de alvorligste tilfellene. Generelt må hovedfokus for oppfølgingsarbeidet være å lære av feil og forebygge uheldige hendelser.

2.6.3 Ansatte leger

I 2014 har vi sett et økende antall henvendelser fra sykehusleger. Det oppstår svært mange generelle spørsmål knyttet til tolkningen av tariffavtalene og spørsmål om rettigheter. 2014 har blant annet vært preget av mange vanskelige saker knyttet til arbeidstid. Det gjelder både oppsett av tjenesteplaner, ulike kreative varianter av sommerferieplanlegging fra arbeidsgiversiden, samt manglende prosesser og samarbeid lokalt.

Enkeltsaker knyttet til konflikter på arbeidsplassen, oppsigelsessaker og omorganiseringssaker har i all hovedsak blitt løst med enighet. Vi ser mange henvendelser som gjelder bekymring for pasientsikkerhet og forsvarlighet som følge av innstramminger og høy arbeidsintensitet- og belastning. Det er også fremdeles et økende antall leger som behøver bistand i saker vedrørende profesjonsutøvelse og tilsyn.

Som tidligere år har Legeforeningen også i 2014 hatt fokus på diskrimineringssaker, og spesielt kjønnsdiskriminering. I praksis dreier dette seg om diskriminering grunnet svangerskap og fødselspermisjoner, og da i hovedsak kvinner. Med ny turnusordning har det dukket opp flere spørsmål knyttet til rettigheter til å fortsette tjenesten ved samme turnussted

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

Legers ytringsfrihet, samt spørsmål om ærekrenkelser, har vært viktige rettsområder som har blitt videreutviklet i 2014. Det er en grunnleggende verdi i vårt samfunn at alle skal ha frihet til å si det de mener, og på den måten fremme åpne og verdifulle diskusjoner i det offentlige rom. Det er viktig å legge til rette for at legene tør komme med innspill i helsedebatten, da de er de som kjenner forholdene i helsevesenet best. Samtidig har Legeforeningen reagert på medienes dekning i en del saker, og spørsmålet om grenser for medienes dekning, identifisering osv. har vært høyt på agendaen i tilknytning til den såkalte Kunda-saken.

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

2.6.4 Næringsdrivende leger

Det var i 2014 en fortsatt jevn økning i etterspørselen etter juridisk bistand fra næringsdrivende leger. Bistanden omfatter alle problemstillinger knyttet til legens yrke, især arbeids- og helserettslige problemstillinger. De mest aktuelle arbeidsrettslige spørsmål knytter seg til nedbemanning og oppsigelser av hjelpepersonell, virksomhetsoverdragelse, pensjons- og lønsspørsmål.

Vi har i omfattende grad bistått leger som har fått ulike utfordringer som følge av regelverket om refusjon og kravet til veiledet tjeneste for allmennleger. I enkelte saker har vi bistått leger med klager overfor SAK, der legen har vunnet frem med kravene. Det vises for øvrig til punkt 2.5.3.

Mange av sakene vi har bistått med har knyttet seg til problemstillinger med utspring i legenes avtaleforhold med kommune eller RHF. Erfaringer fra de mange enkeltsakene vi bistår med gir et verdifullt erfaringsgrunnlag i våre forberedelser av ulike forhandlingsløp. Vi har også bistått leger som ønsker å drive helprivat virksomhet, samtidig som vi mottar en del henvendelser fra leger som er ansatte eller innleide konsulenter i helprivate virksomheter/institusjoner.

Vi erfarer at medlemmer i stor grad tar kontakt ved konflikter legene imellom. Vi kan i begrenset grad bistå konkret i slike tilfeller, da det normalt er medlemmer på begge sider. Det er imidlertid behov også for generell veiledning i disse sakene, og dette ytes i stor utstrekning. Legeforeningen har dessuten god erfaring i tvisteløsning mellom leger, og opptrer som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

2.6.5 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpsutvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av sentralstyret. De åtte medlemmene i utvalget oppnevnes av sentralstyret, etter innstilling fra yrkesforeningene og Norsk medisinstudentforening (Nmf). Rettshjelpsutvalget behandler søknader om økonomisk støtte til ekstern juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Utvalget må fra sak til sak vurdere om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. Sentralstyret skal imidlertid involveres i enkelte saker. I disse sakene fatter

sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret, og det utøves et skjønn mht. hvilke saker som gis økonomisk støtte. Sekretariatet følger aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

Ordningens kjerneområder er arbeidsrett, tilsynssaker, fastlegers og avtalespesialisters avtaleforhold med det offentlige samt erstatningssaker. Også andre rettsområder er dekket.

Utvalget tok stilling til totalt 34 søknader om rettshjelp i 2014. Det ble fattet vedtak om å innvilge støtte i 24 saker, og vedtak om avslag i 10 saker. Størstedelen av sakene hvor det ble innvilget støtte dreier seg enten om arbeidsrettslige problemstillinger eller tilsynssaker. Mange av disse sakene er ofte arbeidskrevende med komplekse problemstillinger.

Tilsynssakene innvilges normalt en beløpsbegrenset støtte til juridisk bistand knyttet til behandling i Statens helsetilsyn og klager til Helsepersonellnemnda. For øvrig er det gitt støtte til håndtering av sak hvor legen har blitt «hengt ut» i mediene, primært til å håndtere saken vis-à-vis arbeidsgiver. I tillegg har man gitt bistand til erstatningskrav i to saker hvor det har vært tale om påstander om underslag av flere millioner i lønn. Disse sakene verserer fortsatt i rettsapparatet og det kan komme søknader om ytterligere støtte i 2015. Tre av sakene er blitt behandlet som hastesaker, dvs. at utvalgets leder og sekretariatsleder, på bakgrunn av sakens hastegrad, avgjør saken uten full utvalgsbehandling. I flere av sakene der det er søkt om økonomisk bistand, har det vært innledet rettssak, enten av legen eller mot legen.

2.7 Rettslige prosesser

Legeforeningen arbeider målbevisst for å løse rettstvister før de kommer til domstolsbehandling. Noen ganger er det imidlertid nødvendig å bringe saker inn for domstolene. Legeforeningen var i 2014 involvert i flere rettssaker. Av disse kan tre nevnes særskilt.

«Avisa Nordland-saken»

En overlege ved Nordlandssykehuset tok i juli 2012 ut søksmål mot Avisa Nordland på grunn av ærekrenkelse. Søksmålet ble tatt ut med støtte fra Legeforeningen og med direkte advokatbistand fra Legeforeningens advokater. Ærekrenkelsen skjedde gjennom en rekke avisoppslag med publisering av navn og bilde av overlegen i avisen, sammen med påstander som i ettertid viste seg å være uriktige. Overlegen ble blant annet beskyldt for å ha foretatt unødvendige operasjoner på friske pasienter ved Nordlandssykehuset, blant annet med påstander om at legen hadde ødelagt helsen til en frisk kvinne. Det var riktignok slik at disse operasjonene i henhold til interne retningslinjer i Helse Nord RHF, skulle vært foretatt ved Universitetssykehuset i Tromsø, men bruddene på disse retningslinjene kunne ikke lastes overlegen. Han hadde gjort den jobben han var blitt satt til og operert ut fra at det forelå medisinsk indikasjon for operasjon og samtykke fra pasient.

Overlegen vant saken på alle punkter mot Avisa Nordland i tingretten, og fikk da tilkjent oppreisningserstatning på kr 400 000 i tillegg til saksomkostninger. Avisen anket imidlertid saken, og overlegen tapte i Hålogaland lagmannsrett. Han ble bistått av Legeforeningens advokater i ting- og lagmannsrett. Saken ble i januar 2014 anket videre til Høyesterett. Etter en bred helhetsvurdering besluttet sekretariatet å sette saken ut til eksternt advokat.

Overlegen vant saken i Høyesterett, og Høyesterett sluttet seg til tingrettens vurderinger og konklusjoner. Etter en samlet vurdering konkluderte Høyesterett med at avisens beskyldninger mot overlegen var rettsstridig ærekrenkende. Høyesterett la vekt på at Avisa Nordland unnlot

å bruke sentrale opplysninger i en medisinsk sakkyndigrapport, som avisen hadde i hende, og som viste at avisens dekning av operasjonen av pasienten var ufullstendig og misvisende. Overlegen fikk også tilkjent saksomkostninger, og Legeforeningen fikk dermed dekket sine saksomkostninger fra motparten. Det har vært stor publisitet knyttet til saken, både før og etter endelig avgjørelse i Høyesterett. Saken har også vakt uvanlig stort engasjement i Legeforeningen, og særlig i Overlegeforeningen og Nordland legeforening.

«Goodwill-saken»

I 2010 endret skatteetaten praksis for beskatning av fastleger som kjøpte fastlegepraksis. Skatteetaten mente at selve fastlegeavtalen, som gir rett til basistilskudd, var et så kalt «immaterielt driftsmiddel» og at verdien av denne dermed måtte trekkes ut ved beregningen av avskrivbar goodwill. Dette medførte at en rekke leger som kjøpte praksis i 2010 og senere fikk endret likningen og møtte krav om etterbetaling av skatt. Et legekontor på Hadeland gikk til søksmål for å få overprøvd skatteetatens forståelse av regelverket. Legeforeningen støttet saken, da også Legeforeningen mente skattemyndighetenes nye praksis var feil. Etter en langvarig behandling i forvaltningen, og flere omganger i domstolene, vant legene frem i Høyesterett høsten 2014.

Om skattemyndighetenes syn vant frem ville det få betydning for en rekke av foreningens medlemmer. Rettshjelpsutvalget innvilget derfor økonomisk støtte til saken, både til dekning av legenes advokatkostnader, men også til sikkerhet for motpartens kostnader. Legene vant altså frem i Høyesterett, og staten måtte dekke legenes (Legeforeningens) kostnader.

«Bærum-saken»

En lege i Bærum hadde i over ti år arbeidet som fastlege i kommunen. I forbindelse med at legen ønsket å si opp avtalen, oppdaget kommunen at hjemmelen ikke var blitt tildelt på riktig måte, og hevdet at legen dermed ikke hadde en fastlegehjemmel. Dette til tross for at kommunen hadde opptrådt som om legen hadde hjemmel, dvs. både utbetalt basistilskudd og pålagt kommunalt allmennmedisinsk arbeid. Legeforeningen mente at selv om det skulle hefte saksbehandlingsfeil ved tildelingen, var disse ikke av en slik art at tildelingen måtte anses ugyldig. En av sekretariatets advokatfullmektiger representerte derfor legen overfor kommunen. Saken lot seg ikke løse ved utenrettslige forhandlinger. Høsten 2014 tok legen ut stevning mot kommunen ved en av Legeforeningens advokater. Rett forut for hovedforhandling i saken, fant partene en løsning, og saken ble forlikt. Denne saken illustrerer hvordan Legeforeningen arbeider med rettstvister. Først legges det arbeid i å finne en hensiktsmessig løsning. Der det ikke lykkes, kan det være aktuelt å ta ut søksmål der omstendighetene tilsier det.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

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

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

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

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

Legeforeningen bidrar med støtte til de fagmedisinske foreningene i viktige saker. I 2014 var geriatri, screening for vold i svangerskap, omskjæring og arbeid inn mot etablering av Norsk laboratoriekodeverk eksempler på områder hvor Legeforeningens sekretariat bistod fagmedisinske foreninger. Aktuelle faglige temaer ble satt på dagsordenen og det ble blant annet arrangert workshop/seminar om ultralyd og oppgavedeling. Legeforeningen startet i 2014 forbedringsprosjekt obstetrikk, samt prosjekt faglige veiledere/retningslinjer. Se nærmere omtale i årsmeldingens vedlegg. I tillegg ble det laget en rapport om rettspsykiatri.

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Av Prinsippprogrammet for 2011-15 og Arbeidsprogrammet for perioden 2013-15 fremgår det at Legeforeningen skal arbeide sammen med helsemyndighetene og universitetene for å bidra til et faglig dekkende innhold i medisinstudiet i Norge som er relevant for legenes senere yrkespraksis og fremtidsrettet i forhold til medisinsk og demografisk utvikling. På denne bakgrunn ble det i sentralstyrets møte 11.3. 2014 vedtatt at det skulle iverksettes et utredningsarbeid om grunnutdanningen.

Følgende mandat ble vedtatt:

Prosjektgruppen skal utarbeide en rapport som belyser situasjonen ved de medisinske fakultetene i Norge. Den skal se på muligheten for en økt harmonisering mellom studie-

stedene, og om det er samsvar mellom målbeskrivelser, studieorganisering og læringsutbyttet. Utredningsarbeidet vil også ta for seg dimensjonering av utdanningen i Norge, spesielt i forhold til fremtidig behov for leger.

I arbeidet skal det ses hen til de medisinske utdanningene i land det er naturlig i å sammenlikne seg med, f.eks. de skandinaviske landene, Nederland, Skottland, Storbritannia, Tyskland og Sveits.

Legeforeningen har i 2014 avgitt høringssvar vedrørende Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT – Norges arktiske universitet og gitt høringssvar til forslag til endringer i profesjonsstudiet i medisin ved NTNU.

3.1.2 Turnustjenesten

Legeforeningen har i 2014 engasjert seg i spørsmålet om antall turnusplasser. Mange nyutdannede leger blir stående uten turnusplass, og Legeforeningen mener at det er behov for flere turnusstillinger.

Legeforeningen ble forsommeren 2014 gjort kjent med at Helsedirektoratet i sine behovsanslag for turnusleger og stillinger for leger i spesialisering baserer seg på import av 350 ferdig utdannede spesialister. Legeforeningen mener det er uetisk og ikke bærekraftig at man ikke selv er i stand til å utdanne de spesialistene Norge trenger. Legeforeningen hadde høsten 2014 møte med statssekretær Anne Grethe Erlandsen om denne saken.

I juni 2014 fikk Legeforeningen bekreftet at norsk medisnutdanning fortsatt er godkjent i hele EØS-området. Flyttingen av autorisasjonstidspunktet for cand. med. medførte et behov for endringer av vedlegget til EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv. Imidlertid har HOD konkludert med at leger utdannet i EØS fortsatt ikke vil trenge turnustjeneste for å kunne søke stilling som lege i spesialisering. Direktivet tillater ikke at det settes tilleggsvilkår utover fullført medisinsk grunnutdanning for at leger utdannet i andre EØS-land skal kunne begynne på spesialistutdanningen. Legeforeningen mener at alle leger som ønsker å påbegynne et spesialiseringsløp først må gjennomføre turnus.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen vedtatt noen endringer i spesialistregelverket: Overgangsordningen for tjenestekravet og veiledet utdanningsprogram i spesialistreglene i samfunnsmedisin er forlenget. Kurskravet er endret i grenspesialiteten nyresykdommer. Prosedyrekravene er endret for hovedspesialitetene fysikalsk medisin og rehabilitering, medisinsk mikrobiologi, ortopedisk kirurgi, patologi og nukleærmedisin og grenspesialitetene gastroenterologisk kirurgi og hjertesykdommer. Forslag om endring av kurskravet og prosedyrekravene for grenspesialiteten bryst- og endokrinkirurgi er sendt til Helsedirektoratet.

I slutten av 2013 fikk Helsedirektoratet i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å konsekvensutrede forslagene i direktoratets rapport om ny spesialitetsstruktur og prioritere arbeidet med å utrede ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottak. Sentralstyret besluttet å iverksette et utredningsarbeid vedrørende utfordringer og konsekvenser av Helsedirektoratets rapport. Arbeidet ble gjennomført høsten 2013 og vinteren 2014. Foreløpige konsekvensvurderinger ble presentert og diskutert med de fagmedisinske foreninger, spesialitetskomiteene og spesialitetsrådet i et seminar i mars 2014.

Legeforeningens utredning om konsekvenser av direktoratets forslag ble lagt frem for landsstyret i mai 2014, og Legeforeningens vurderinger ble oversendt til direktoratet i juni 2014.

Legeforeningen mottok 18.6. 2014 til høring Helsedirektoratets utredning og konsekvensvurdering om fremtidig spesialitetsstruktur. Legeforeningen skrev, basert på 60 interne høringssvar, en omfattende høringsuttalelse som ble oversendt Helsedirektoratet 10.10. 2014.

30.11. 2014 leverte Helsedirektoratet sin endelige rapport om fremtidig spesialitetsstruktur med direktoratets anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet. Det ble avholdt et møte mellom Legeforeningen og HOD 18.12. 2014, der president og generalsekretær informerte om Legeforeningens hovedbekymringer knyttet til direktoratets rapport og anbefalinger.

3.1.4 Etterutdanningen

Per 31.12. 2014 var det 2 213 registrerte brukere av LEIF (Legers Etterutdanning I Fremtiden). Antall brukere øker stadig og omfatter både LEIF og LEIF Allmennmedisin.

Landsstyret 2013 vedtok at Legeforeningen skulle arbeide for en styrking av legespesialistenes etterutdanning. Det skulle arbeides for en tydeliggjøring av rettigheter og plikter i avtale- og regelverk. I november 2014 vedtok sentralstyret å nedsette en arbeidsgruppe for å videreføre arbeidet med utforming av struktur, innhold, og organisering av legers etterutdanning.

Arbeidsgruppen ble gitt i mandat å se på hvilke deler av etterutdanning som kan utformes gjennom felles struktur, og hvilke elementer som må bygges i den enkelte spesialitet. Gruppen skal komme med anbefalinger om mulige felles normer for volum/omfang, og bruk av tid og syklus for regelmessig etterutdanning. Den skal gi anbefalinger om hvordan registrering/rapportering kan finne sted, hvordan og av hvem, registrerte data skal evalueres og gjøres tilgjengelig, og om hvordan manglende oppfølging av krav til etterutdanning bør håndteres.

Arbeidsgruppens medlemmer ble rekruttert fra den tidligere prosjektgruppen, fra spesialitetsrådet og fra Overlegeforeningen. Sentralstyret oppnevnte Kristin Bjørnland (leder), Morten Selle, Hans Høvik, Karin Stang Volden, Einar Kristoffersen, Tom Glomsaker, Turid Thune og Per Mathisen som medlemmer av arbeidsgruppen. Arbeidet ble igangsatt i desember 2014.

3.1.5 Kursutdanning

Til Akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2014 innrapportert 366 kurs på til sammen 8 269 timer. Ca. 830 kurs ble i 2014 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har totalt vært 41 550 deltakere på disse kursene.

3.1.6 E-læring

Legeforeningen har 18 inntektsgivende rene nettkurs på sin kursportal og tre blandede kurs. I tillegg er det tilgjengelig gratis kurs i helseforskningsloven beregnet på forskere, og fire internasjonale kurs beregnet på kursdeltakere fra hele verden. I 2014 har det blitt registrert 1 508 kursfullføringer.

Publiseringer i 2014

Det har blitt publisert 20 moduler i obligatorisk grunnkurs i fordøyelsessykdommer.

Prosjekter 2014-2015

Gjenværende ni kursmoduler i fordøyelsessykdommer planlegges publisert innen første kvartal 2015. Fire timers valgfritt nettkurs for allmennleger om oppfølging før og etter fedmekirurgi planlegges publisert i løpet av våren 2015.

Grunnkurs A og B for allmennleger planlegges delvis nettbasert, og utvikling av nye kursmoduler er i gang. De tre modulene Legevakt, Barnevern og Helfo planlegges publisert innen sommeren 2015. Produksjon av fire timers valgfritt nettkurs om tinnitus og lydoverfølsomhet for allmennleger er i oppstartfasen.

3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sakkyndig komité har i 2014 hatt fire møter og godkjent 19 leger i kompetanseområdet i alders- og sykehjemsmedisin. Det er per desember 2014 godkjent 27 leger i kompetanseområdet og 52 kurs.

3.1.8 Kompetanseområde i allergologi

Sakkyndig komité har i 2014 hatt fire møter og godkjent 15 leger og tre kurs i kompetanseområdet i allergologi. Det var ved utgangen av 2014 kommet 111 søknader om godkjenning i kompetanseområdet etter overgangsreglene.

3.1.9 Kompetanseområde i smertemedisin

Sentralstyret vedtok 6.12. 2013 å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede smertemedisin som kompetanseområde. Arbeidsgruppens mandat er å utrede forslag om etablering av kompetanseområde i smertemedisin, herunder funksjon og virkeområde, kompetanseområdets plass i helsetjenesten og behov for leger med kompetanse i smertemedisin. Innholdet i kompetanseområdet, læringsmålene og kravene til utdanning må beskrives. Arbeidsgruppen har hatt tre møter. Opprettelse av smertemedisin som et kompetanseområde er planlagt som landsstyresak i 2016.

3.1.10 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Generelle bestemmelser for spesialistutdanning av leger, §8 «Godkjenning av utdanningsinstitusjoner», pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering får oppnevnt en personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse. Det har i løpet av 2014 vært avholdt 17 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 272 deltakere.

3.1.11 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Per 31.12. 2014 var det i gang 77 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 22 veiledningsgrupper i samfunnsmedisin og seks veiledningsgrupper i arbeidsmedisin. Per 31.12. 2014 var ca. 310 personer på venteliste i allmennmedisin.

Trinn III i veilederutdanning for allmennmedisin ble gjennomført med 25 deltakere. Alle har veiledet egne grupper.

Det ble gjennomført trinn III i veilederutdanning tilpasset samfunnsmedisin, med seks deltakere. Alle har startet egne grupper.

Det har ikke vært behov for å igangsette ny veilederutdanning i arbeidsmedisin i 2014. Det ble i 2014 godkjent fem veiledere i allmennmedisin og én veileder i arbeidsmedisin, mens det ikke ble godkjent nye veiledere i samfunnsmedisin.

Den tidligere metodeboken *To år sammen* er erstattet med en nyskrevet metodebok som heter *Gruppeledelse og veiledning. Metodebok for veiledere i allmennmedisin*. Denne er skrevet av veilederkoordinatorerne. Det ble i juni 2014 gjennomført en todagers etterutdanningssamling for veiledere på Sola med 36 veiledere i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin.

3.1.12 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin

Det er per 31.12. 2013 registrert 1 355 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin (102 nye i 2014). Forespørsel om aktivitet ble i 2014 sendt til alle gruppene. Tilbakemelding viser at 280 grupper ikke lenger er aktive, slik at antallet aktive grupper per 31.12. 2014 er 1 075. Det er per 31.12. 2014 registrert 32 aktive grupper i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

3.1.13 Videre- og etterutdanning i primærmedisin

Det sjette innføringskurset i kognitiv atferdsterapi for allmennleger ble avsluttet med 38 deltakere. Dette har vært et samarbeid mellom Norsk forening for allmennmedisin og Norsk forening for kognitiv terapi. Veilederkoordinatorer fra sekretariatets seksjon for utdanning har vært kursholdere.

Det ble i april 2014 avholdt et todagerskurs i kognitiv terapi ved kroniske smerter. Det har blitt produsert illustrerende videokonsultasjoner til bruk i kurssammenheng. I mars 2014 ble det arrangert et todagers veilederkurs i Arkhangelsk i samarbeid med POMOR-programmet (samarbeid Finnmark-Russland).

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

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

Det ble i 2014 godkjent sju veiledere i psykodynamisk psykoterapi, ti veiledere i kognitiv terapi og tre veiledere i gruppepsykoterapi, dvs. totalt 20 godkjenninger.

3.2 Forskning

Legeforeningen ga høringsuttalelse til rapporten *HelseOmsorg21* ved årsskiftet 2013/14. Den endelige rapporten ble fremlagt i juni 2014. Presidenten deltok i topplederforum for *HelseOmsorg21*.

Kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse for leger i Helse Sør-Øst RHF og Helse Nord RHF ble arrangert som et samarbeid mellom Legeforeningen og de medisinske fakultetene i de respektive regionene. Kurset tilbys også i Helse Midt RHF etter samme mal som de øvrige kursene. Kursene har blitt svært godt mottatt og det er stor søkning til kursene. Legeforeningen er i ferd med å trekke seg ut som medarrangør da kursene nå anses godt etablert på universitetsnivå.

Forskningsutvalget jobber med en rapport om forskningsfinansiering som forventes sendt på høring i juni 2015. Fagavdelingen bidrar også med personellressurser til Allmennmedisinsk forskningsfond.

3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger

Det ble gjennomført et seminar for Legeforeningens fagmedisinske foreninger 21.3. 2014. Seminaret ble avholdt dagen etter seminar om konsekvensutredning av fremtidig spesialitetsstruktur, hvor de fagmedisinske foreningene også var invitert til å delta. Tema for seminaret var satsing på fag og de fagmedisinske foreningers arbeid, samt kommunikasjon av fag til myndigheter og media.

I begynnelsen av desember 2014 ble det avholdt et seminar for de fagmedisinske foreningene som hadde oppgaveglidning og styrking av den fagmedisinske aksen i Legeforeningen som tema.

3.3.2 Senter for kvalitet i legekantor (SKIL as)

SAK-prosjektet (2010-2012) forberedte et nasjonalt kompetansesenter for allmennmedisinsk kvalitetsutvikling og pasientsikkerhet gjennom utvikling og utprøving av verktøy og metoder. Senter for kvalitet i legekantor – SKIL AS ble stiftet i januar 2014.

SKIL har disse eierne:

Den norske legeforening 26 %

Norsk forening for allmennmedisin 26 %

Allmennlegeforeningen 26 %

Norsk samfunnsmedisinsk forening 11 %

Praktiserende spesialisters landsforening 11 %.

Formålet for selskapet er å støtte og veilede lokalt kvalitetsforbedringsarbeid, samt drive forskningsmessig evaluering av virksomheten. Styret skal arbeide for offentlig medvirkning i SKIL.

Styret lyste ut anbud på samarbeid og samlokalisering med SKIL til allmennmedisinske akademiske miljøer i hele landet. Institutter/forskningsmiljøer i Oslo og Bergen søkte. Det ble lokalisering i Bergen, i samme lokaler som Noklus ved Haraldsplass sykehus. Nicolas Øyane, fastlege i Bergen, ble tilsatt i en femtiprosentstilling med avtale om oppstart 1.1. 2015. SKIL finansieres i oppstartfasen ved midler fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsfondet.

3.3.3 EPJ-løftet

EPJ-løftet er et initiativ som opprinnelig ble reist med SAK-prosjektet. Det blir drevet av medlemmer av referansegruppa for EPJ i Norsk forening for allmennmedisin, med støtte fra sekretariatet. EPJ-løftet beskriver en rekke forbedringspunkter i fastlegenes elektroniske allmennlegejournaler. Første prioritet i EPJ-løftet: samstemmingsverktøy for legemiddellister, ble utviklet og breddet i 2013.

I 2014 ble det bevilget midler til EPJ-utvikling i forbindelse med forhandlingene om Normaltariffen. Helsedirektoratet er prosjekteier i dette programmet, som fikk navnet «EPJ-løftet» og styres av en gruppe fra Legeforeningen og Helsedirektoratet, med heltids prosjektleder ansatt i Helsedirektoratet. Programmet har sju delprosjekter første år.

4 Helsepolitikk

Legeforeningen ønsker å være en sentral helsepolitisk aktør, og vil bidra med løsninger for en bedre helsetjeneste. Selv om de fire regionale helseforetakene går i balanse, er det fortsatt ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser.

Sykehusene må føre en stram økonomisk styring for å spare opp til helt nødvendige investeringer. Men denne utpregede ressursmangelen går utover pasienttilbudet og selve infrastrukturen ved sykehusene. God medisinsk behandling forutsetter at legene får utvikle og opprettholde kunnskap og ferdigheter. Nøkkelen til god pasientbehandling er bredde- og spisskompetanse på avdelings- og sykehusnivå.

Legeforeningen har poengtert at man må ta utgangspunkt i pasientens behov ved enhver omlegging av primærhelsetjenesten. Regjeringen har varslet at det vil bli lagt frem en stortingsmelding om primærhelsetjenesten sommeren 2015. Legeforeningen har fulgt dette arbeidet tett.

4.1 *Legeforeningens arbeid med høringer*

I 2014 behandlet Legeforeningen 91 høringer. Dette inkluderer både eksterne og interne høringer. 75 eksterne høringer ble avvist. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser er vedlagt i årsmeldingen. Høringsarbeidet utgjør en sentral del av politikkkutviklingen i foreningen, og det nedlegges et betydelig arbeid med høringer i organisasjonsleddene og i hovedforeningen. Praksisen med utstrakt bruk av interne høringer fører til involvering av organisasjonsleddene i politikkkutformingen, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter. Legeforeningens høringsuttalelser er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider under “Legeforeningen mener”.

4.2 *Helsepolitiske publikasjoner og rapporter*

«Sykehus for fremtiden» - Innspill til nasjonal sykehusplan.

Innspillrapporten er en viktig milepel i målformuleringen under satsingsområde « Sykehus for fremtiden» – Innspill til nasjonal sykehusplan. Det er behov for overordnet nasjonal styring av sykehusene; en nasjonal sykehusplan. På bakgrunn av det har Legeforeningen utarbeidet en statusrapport om fremtidens sykehusstruktur. Rapporten legger pasientens behov til grunn for hvordan fremtidens spesialisthelsetjeneste skal bygges opp, driftes og ledes. Alle skal ha likeverdig tilgang til gode helsetjenester. Sykehusene må ha kapasitet til å håndtere økt etterspørsel som følge av befolkningsvekst.

For at befolkningen i hele landet skal være sikret et godt sykehus tilbud, må sykehusstrukturen være tilpasset lokale forhold. Størrelsen på sykehus må avveies mellom forsvarlig reisetid, robuste fagmiljøer, bredde i tilbudet og bærekraftig økonomisk drift.

I en nasjonal sykehusplan må det fastsettes tydelige krav til faglig innhold i ulike typer sykehus. Legeforeningen mener lokalsykehus som et minimum må ha akuttfunksjoner innen indremedisin, kirurgi og anesthesiologi, med tilgang til støttetjenester i radiologi og laboratoriefag. Det må være klart for befolkningen hvilke funksjoner som skal tilbys ved de ulike typene sykehus og medisinske sentre.

Manglende vedlikehold og forfall blir stadig mer synlig. Medisinskteknisk utstyr er mange steder utdatert. Det er ikke samsvar mellom oppgaver og ressurser. Legeforeningen tar derfor til orde for en investeringspakke for vedlikehold og oppgradering.

Statusrapporten inneholder en rekke innspill til regjeringens arbeid med nasjonal helse- og sykehusplan. Legeforeningens statusrapport *Sykehus for fremtiden* med innspill til nasjonal helse- og sykehusplan ble vedtatt av sentralstyret våren 2014, og overrakt statsråd Bent Høie i august 2014.

Arbeidet med Legeforeningens innspillrapport om legevakt ble påbegynt i 2014. Noen utvalgte problemstillinger ble drøftet på landsstyremøtet i 2014, og et førsteutkast ble sendt på høring i organisasjonen høsten 2014. Rapporten ferdigstilles og lanseres i 2015.

4.3 Myndighet og organisasjonskontakt

4.3.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i 14 høringer i Stortinget i 2014. Nedenfor gjengis hovedinnholdet i noen tematisk sentrale høringer. Legeforeningen uttalte seg i tillegg om forslag til statsbudsjett november 2014.

Representantforslag 15 S(2013-2014) Om sykehussituasjonen i hovedstadsområdet

Legeforeningen har siden oktober 2013 ønsket en ekstern granskning av hovedstadprosessen og stiller seg bak intensjonen i representantforslaget. Tilbakemeldinger fra våre foretakstillitvalgte i sykehusene i Oslo-området stemmer overens med Riksrevisjonens og fylkeslegens beskrivelser. Det er viktig å se fremover og legge en realistisk plan for hvordan OUS kan driftes på en best mulig måte for pasientene. Legeforeningen har siden omstillingen av OUS ble vedtatt i 2008 fulgt utviklingen tett. Legeforeningen stilte seg bak de grunnleggende målsettingene for omstillingen, men har, både forut for og underveis i prosessen, påpekt mangler i både planlegging og gjennomføring.

Representantforslag 25 S (2013-2014) Om sykehusinvesteringer og nasjonal helse- og sykehusplan

Legeforeningen støtter representantenes forslag om å la Stortinget avgjøre store sykehusinvesteringer i nasjonal helse- og sykehusplan. Legeforeningen har lenge pekt på massive vedlikeholdsetterslep på sykehusenes bygningsmasse, utdatert medisinskteknisk utstyr og sviktende IKT-systemer i spesialisthelsetjenesten. Det er derfor svært viktig at man evner å se helheten i spesialisthelsetjenestens investeringsbehov fra et overordnet nivå. Dette må ses i sammenheng med to viktige kjerneområder for Legeforeningen når det gjelder den fremtidige nasjonale helse- og sykehusplanen:

- 1) Sykehusbygg har prekært behov for opprustning, og en frysing av pågående prosesser vil ytterligere eskalere den negative utviklingen.
- 2) Planen må ikke begi seg inn på politisk detaljstyring, eller føre til tungroddede beslutningsprosesser og ”politisering” av faglige spørsmål.

Representantforslag 8:83 S (2013-2014) Om overdragelse av taxfreesalget til Vinmonopolet

Legeforeningen ønsker at tollkvoten for kjøp av alkohol skal fjernes. Legeforeningens politikk er at både alkohol- og tobakksalget bør fases ut av taxfreeordningen. Dette er ikke tema for representantforslaget. Legeforeningen stiller seg derfor sekundært positive til forslaget om at Vinmonopolet overtar taxfree-salget på norske flyplasser. Vinmonopolet har en viktig samfunnsrolle i å opprettholde salgs- og markedsføringskontroll av alkoholholdig drikke, som må bevares. Vinmonopolordningen er et effektivt virkemiddel for å forebygge alkoholrelaterte skader og problemer. Det er også stor oppslutning om Vinmonopolet i befolkningen.

Representantforslag 2 S (2014- 2015) Om handlingsplan mot antibiotika-resistens

Legeforeningen støtter representantforslaget om en handlingsplan i helsevesenet mot utbredelse av antibiotika-resistente bakterier. Antibiotika har lenge vært en forutsetning i behandlingen av en rekke sykdommer og infeksjoner. Dette er nå i ferd med å endre seg. Trusselen antibiotika-resistente bakterier utgjør for verdens befolkning er så stor og økende at det haster med målrettede tiltak og nye handlingsplaner.

Representantforslag 8:102 S (2013-2014) Om evaluering av LAR-ordningen

Representantforslaget peker på en viktig del av norsk rusbehandling. Legeforeningen mener det er god dokumentasjon som viser at legemiddelassistert rehabilitering (LAR) fungerer og har en tilfredsstillende utforming. Som et tiltakssystem tilfredsstiller LAR oppdraget slik dette er gitt av Stortinget - med behandlingsmessig kvalitet på høyde med internasjonal standard. Det er likevel behov for målrettet forskning og oppfølgende evaluering.

4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.

Legeforeningen har i 2014 hatt utstrakt kontakt med myndigheter og organisasjonslivet. Kontakten skjer både gjennom dagsaktuelle saker og mer faste møtearenaer. Myndighets- og organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene.

5 Internasjonalt arbeid

5.1 *Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid*

Legeforeningen internasjonale engasjement er spesielt rettet mot CPME (den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). Legeforeningen er også engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina og Tyrkia. Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse behandler saker som angår internasjonale helsespørsmål og gir råd til sentralstyret innenfor sitt mandat. Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interesse-/fagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i deres egne årsmeldinger.

5.1.1 **Møter mellom de nordiske legeforeningene**

Det har vært holdt to møter mellom presidentene og generalsekretærene i de nordiske legeforeningene i 2014. Saker har vært gjensidig oppdatering om helsereformer i de nordiske landene og samordning av synspunktene før møter i WMA og CPME.

5.1.2 **Samarbeidsprosjekt med Society of Medical Doctors (Malawi)**

I september 2013 vedtok sentralstyret å sende en søknad til Norad om et prosjektsamarbeid med den malawiske legeforeningen, Society of Medical Doctors. I mars 2014 avslo Norad søknaden og Legeforeningen fikk ikke medhold i sin anke. Utgangspunktet for et samarbeid med Society of Medical Doctors var at prosjektet skulle bli finansiert med midler fra Norad. Sentralstyret bestemte seg derfor i oktober 2014 å avslutte prosjektet. Etter et møte med Utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse, åpnet sentralstyret i november for å se på muligheten for et prosjekt finansiert av Legeforeningen. Beskrivelse for et slikt prosjekt skal legges frem i begynnelsen av 2015.

5.2 *Deltakelse i internasjonale organisasjoner*

5.2.1 **World Medical Association (WMA)**

WMA holdt sitt councilmøte Tokyo i april og generalforsamling i Durban i oktober. Sentrale saker har vært revisjon av dokument om helsedatabaser, estetisk kirurgi, bruk av isolasjon og ulike dokumenter om helse og miljø.

Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2014. Legeforeningen har vært representert ved, generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikk Svein Aarseth og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt.

5.2.2 **Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)**

Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME) ivaretar de europeiske legeforeningenes interesser innenfor EU/EØS-området. CPME har i 2014 hatt to møter, ett i april i Brussel og ett i november i Budapest.

Legeforeningens delegasjon til CPME velges av sentralstyret for hver sentralstyretperiode. I 2014 har foreningen vært representert ved president Hege Gjessing og sentralstyremedlem Marit Halonen Christiansen, med støtte fra sekretariatet. I tillegg har avdeling for jus og arbeidsliv og fagavdelingen vært representert på møtene.

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har behandlet, har blant annet vært alternativ behandling, elektronisk id, direktivet om yrkeskvalifikasjoner (godkjenning på tvers av landegrensene), standardisering, personvernforordning, og leger og

industrien. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

5.2.3 Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

UEMS er den europeiske forening for legespesialister. Legeforeningen har i 2014 hatt 36 representanter i ulike Specialist Sections, Boards og Divisions.

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

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

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

5.2.4 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 2014 er det utgitt en oppdatert versjon av statistikkfolderen Physicians in the Nordic Countries. Det har også vært arbeidet med revisjon og oversettelse til engelsk av «*Gula boken*», som inneholder en oversikt over spesialitetene og prinsippene for spesialistutdanningen i de nordiske land samt informasjon om spesialistutdanning i EØS-området

SNAPS-publikasjonene er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider:

legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Specialistutdanning/Rapporter-og-utredninger-om-utdanning/

6 Kommunikasjonsarbeid

6.1 Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid

God kommunikasjon er et av flere virkemidler for å nå organisasjonens mål.

Legeforeningens overordnede mål er derfor førende for hva som ønskes prioritert innenfor kommunikasjonsområdet. En del av kommunikasjonsarbeidet vil være direkte knyttet til prioriterte områder, som satsingsområdene, andre deler vil bidra til omdømmebygging av leger og Legeforeningen generelt gjennom profilering av fag og samfunnsansvar.

I en medlemsforening med over 30 000 medlemmer vil intern og ekstern kommunikasjon i stor grad overlappe hverandre. Medlemmene er både avsendere og mottakere. På *legeforeningen.no*, i mediene og i sosiale medier kommuniserer vi i utstrakt grad både med medlemmer, myndigheter og befolkning for øvrig.

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

6.2 Mediearbeid - ekstern kommunikasjon

2014 har vært et aktivt medieår for Legeforeningen. I løpet av året har Legeforeningen fortsatt utviklingen med høy synlighet i media og å prioritere tilstedeværelse i tunge debatter – Dagsnytt Atten og NRK Debatten – med sentrale politikere. Vi har landet flere egne store saker i Dagsrevyen, Aftenposten, VG og Dagens Næringsliv.

Henvendelsene med utgangspunkt fra media selv har økt i perioden. Det samlede trykket har vært større, men vi har samtidig forsøkt å prioritere hardt og selektere noen kjernesaker der vi har vært proaktive over tid. Det har vært avgjørende for å få gjennomslag. Saken om reservasjonsadgang for leger tok mye tid og ressurser i årets første halvdel. Media var på oss «non stop». I denne perioden var det derfor begrensede muligheter til å fronte egne utspill, men vi evnet allikevel å være proaktive i tunge saker om legers arbeidstid. Sakene om legers arbeidstid, «kampen om virkeligheten», beredte grunnen for et godt utgangspunkt inn mot forhandlingene og hovedoppgjøret.

Medieåret har ellers vært preget av diverse saker om sykehus, pasientsikkerhet og kvalitet, forebygging, omskjæring av guttebarn og faste stillinger for leger i spesialisering (som Legeforeningen fikk gjennomslag for i forhandlingene), for å nevne noe. Legeforeningens tillitsvalgte har blitt intervjuet en rekke ganger i tillegg til at presidenten har vært mye fremme i media. Mange av mediesakene kan relateres til Legeforeningens satsingsområder.

Legeforeningen gjør mye proaktivt innsalg til redaksjoner i aviser, radio og TV. I 2014 fortsatte vi satsingen på debattinnlegg og kronikker, med mange tekster på trykk.

Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også sentralstyrets øvrige medlemmer og andre tillitsvalgte har vært mer synlige i media enn tidligere. Kommunikasjonsseksjonen bistår i tillegg pressen med å komme i kontakt med leger i underforeningene om ulike medisinske temaer. Vi vurderer dette som viktig for å underbygge legers omdømme som kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i foreningen. Etterspørselen er stor, og her er vi i gang med å ta ut mer av potensialet.

Det er mange som kommuniserer på vegne av Legeforeningen i løpet av et år. Foreningen jobber i ulike sammenhenger for å heve kompetansen hos de som uttaler seg i media, skriver innlegg eller publiserer på nett.

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

Kommunikasjonsseksjonen har i 2014 holdt en rekke foredrag om pressehåndtering, påvirkningsarbeid og strategisk kommunikasjon for ulike organisasjonsledd. Seksjonen har som mål å gjøre mer av dette i 2015.

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

Bruken av eksterne kommunikasjonstjenester ble halvert etter sommeren 2014, og avtalen med Geelmuyden Kise ble avsluttet ved utgangen av året. I 2015 vil eksterne tjenester, eksempelvis medietrening av sentralstyret, bli kjøpt på timebasis ved behov.

6.3 Organisasjonskommunikasjon

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

6.3.1 Legeforeningen.no

Legeforeningens politikk, sammen med nyhetssaker, preger forsiden av legeforeningen.no. Vi løfter også frem aktuelle saker og temaer gjennom bildekarusellen.

Legeforeningen.no inneholder også sidene til de rundt 90 foreningsleddene og fungerer som medlemsportal. Foreningenes rundt 200 nettrektører får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. Legeforeningen.no brukes også mye til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. Styrene i foreningsleddene sendte selv 1 107 meldinger til sine medlemmer.

Det var ca. 6,7 millioner sidevisninger fordelt på rundt 1,9 millioner besøk totalt for hovedsidene og foreningsleddenes nettsider i 2014.

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

6.3.2 Intranettet - «Torget»

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

6.3.3 Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet

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

Spekter, offentlige etater og internasjonalt samarbeid. I studentnummeret bidro studentene til hovedtyngden av artiklene.

6.3.4 Sosiale medier

Gjennom året har Legeforeningen etablert seg bredt i sosiale medier. Vi er nå til stede og aktive på Twitter, Facebook, YouTube og LinkedIn. Dette gir oss blant annet muligheter til å bruke plattformene på tvers, i tillegg til å knytte det til vår digitale hovedplattform som er www.legeforeningen.no.

I 2014 samlet vi all video på YouTube, som igjen publiseres på Facebook og Twitter. Dette gir Legeforeningen et helhetlig uttrykk, og vi når bredere ut. Vi har også testet med å markedsføre ledige stillinger på Facebook og på LinkedIn.

Facebook

Særlig på Facebook ser vi at vi når ut med budskapet til mange flere enn antallet som følger oss. I løpet av 2014 steg antall følgere på vår side med i overkant av 36 % til 3 414.

Twitter

Vi aktiverte vår Twitter-konto høsten 2012, og siden den gang har vi hatt en jevn stigning med følgere, og har nå passert 5 200 profiler.

YouTube

Det er særlig Derfor-videoene som legges ut her, men det ble også lagt ut flere videoer i tilknytning til landsstyremøtet. I 2014 ble våre videoer spilt av 10 798 ganger.

LinkedIn

I 2014 har vi økt aktiviteten på denne plattformen. Resultatet er økt synlighet og ca. 300 nye følgere, som er nær en dobling.

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Redaktør i Tidsskriftet i 2014 var Charlotte Haug. I 2014 har redaksjonskomiteen bestått av Ola Dale (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Ole-Erik Iversen, Jan Frich til og med 1.7. 2014, Knut Øymar fra og med 21.10. 2014, Christian Grimsgaard (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

208 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med over 100 deltakere på Clarion Hotel Bergen Airport. Trish Groves, sjefredaktør i BMJ, og Jo Røislien, matematiker og profilert forsknings- og vitenskapsformidler, holdt plenumsforelesninger. Årets møte ble igjen arrangert som en heldagssamling med mulighet for overnatting.

I 2014 mottok redaksjonen ca. 1 500 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og en stor andel, inkludert alle de vitenskapelige artiklene, sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 283 eksterne fagvurderere i denne prosessen.

7.2 Tidsskriftet generelt

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag på nett, papir og på iPad. I tillegg publiseres mange av artiklene, for eksempel debattartiklene, fortløpende på nett. Til sammen ble det i 2014 utgitt 22 numre (hvorav to dobbeltnumre) med 2 368 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger utgjorde 413 sider og andre annonser 252 sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 29 750 eksemplarer.

I 2014 var det 4,79 millioner sidevisninger på *tidsskriftet.no* (2013: 3,26 millioner), og totalt 1 844 323 unike brukere. I desember 2014 hadde vi i overkant av 60 000 unike brukere per uke (tall fra Google Analytics). En stor del av denne trafikken kommer direkte fra organiske søk via Google. Fra sosiale medier er Facebook en svært dominerende trafikkanal. Vi opplever som alle andre også en stor vekst i trafikk fra mobile enheter, og i desember 2014 kom 46,68 % av all trafikk på *tidsskriftet.no* fra mobile enheter (15 % fra nettbrett og 7 % fra mobil i 2013).

7.3 Engelske oversettelser

Alle forfattere som får en artikkel akseptert for publisering i Tidsskriftet, får tilbud om oversettelse til engelsk. Forfatterne betaler selv for oversettelsen. I 2014 ble 131 artikler oversatt og publisert. Til sammenlikning ble 141 artikler oversatt i 2012 og 124 i 2013. Tilbudet er blitt populært, og interessen skyldes særlig at artiklene indekseres som tospråklige i PubMed.

7.4 Pressekontakt

Sosiale medier og nettsidene våre er viktige i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum. Det sendes ut pressemeldinger i forbindelse med hver utgivelse og et nyhetsbrev på e-post hver uke. Oppslag i mediene basert på artikler publisert i Tidsskriftet dokumenteres i spalten *Siden sist* i hver utgave.

7.5 iPad-utgave, mobilversjon og Tidsskriftets blogg

Tidsskriftets iPad-app ble lansert i november 2012. Det er gratis for Legeforeningens medlemmer å laste ned applikasjonen og lese Tidsskriftet på iPad. Andre interesserte kan kjøpe enkeltutgaver, temautgaver eller årsabonnement. Appen har fått gode omtaler i AppStore, og per desember 2014 har over 17 200 abonnenter lastet den ned.

Tidsskriftet har lagt ned den mobile versjonen av nettstedet, i påvente av et nytt nettsted med responsivt design, dvs. at siden er den samme, men det man ser vil endre seg etter størrelsen på skjermen man bruker.

På Tidsskriftets blogg ble det i 2014 publisert 18 poster (52 poster i 2013). Postene dekker temaer som legerollen, helsepolitikk, utdanning og teknologi.

7.6 Legejobber.no

Stillingsportalen Legejobber.no ble lansert i mai 2010 og ble tilpasset alle plattformer gjennom responsivt design i 2012. Portalen utvikles stadig i tråd med etterspørselen fra kunder og stillingssøkere. Legejobber.no inneholder relevant informasjon om arbeidssteder, nytt om ansettelser og nyheter om temaer knyttet til legers arbeidssituasjon. Annonsemarkedet holder seg stabilt. Det går sakte nedover med papir og litt raskere oppover med nett. Totalmarkedet for stillingsannonser har hatt en nedgang på ca. 15 % i 2014, og nedgangen merkes hos konkurrentene så vel som hos oss.

Konkurransesituasjon nett: Alle annonser på Legejobber.no finnes også på Jucan.no, da det er en gratistjeneste og automatisk publiserer HF's annonser direkte fra Webcruiter. Dette fører til en noe høyere markedsandel i HF-kundegruppen for Jucan. Legejobber.no er klart markedsledende hos alle andre kundegrupper. Totalt er Legejobber.no ledende, med en andel på 47 % mot Jucans 41 % (Finn.no eier 8 %, mens Helsekarriere har 4 %) i 2014.

Nøkkeltall i 2014: Det er gjennomført totalt 500 541 økter (ukentlig gjennomsnitt 9 625 økter). Trafikken kommer fra følgende kilder: 43 % direkte, 27 % Google organisk, 17 % Legeforeningen.no, 5 % fra tidsskriftet.no, de resterende 8 % fra diverse kilder. Det var totalt 142 000 brukere i 2014, hvorav 25 % var nye. Brukerne benyttet i hovedsak desktop (63,5 %), mens 22,5 % benyttet mobil og 14 % nettbrett/tablet. Det er til enhver tid fortsatt 200-300 annonser i basen.

Annonsesalg

Som i 2013 ble salg av produktannonser i 2014 formidlet gjennom HS Media. Vi har hatt gode erfaringer med det og hadde 170 produktannonser i 2014 (154 i 2013).

7.7 Økonomi

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

Sideproduksjon og nettutgave kr **2 439 019** (gjennomsnittlig kr **110 865** per utgave)

Trykk og papir kr **4 201 531** (gjennomsnittlig kr **190 979** per utgave)

Ferdiggjøring kr **1 676 032** (gjennomsnittlig kr **76 183** per utgave)

Distribusjonskostnader kr **3 651 457** (gjennomsnittlig kr **166 873** per utgave)

Totale annonseinntekter for Tidsskriftet beløper seg årlig til kr **26 618 771**

8 LEFO – Legeforskningsinstituttet

8.1 Bemanning og økonomi

LEFO er i hovedsak finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) – med en liten andel fra Den norske legeforening.

Staben har i 2014 bestått av sju personer i 5,2 årsverk, hvorav fire er i forskerstillinger (stillingsprosent ved LEFO i parentes): instituttsjef (fra 1.1-31.8 i 60 % stilling, fra 1.9 i 80% stilling), tre seniorforskere (to i 100% stilling, én i 60% frem til 1.9, deretter i 40% stilling), en rådgiver (i 100% stilling,) en forskningssekretær og en nettedaktør/spesialrådgiver (begge i 50% stillinger).

1. september var det lederskifte ved Legeforskningsinstituttet. Olaf Gjerløw Aasland gikk da over i en seniorforskerstilling ved LEFO, og Karin Isaksson Rø tok over som instituttsjef. Legeforeningen/SOP ønsket å markere Olaf G. Aaslands innsats siden 1992 – først som leder av Legekårsundersøkelsen og senere som sjef for instituttet fra det ble formelt etablert i 1995 – og inviterte i den anledning til et fagseminar. Der ble også *Fra pidentall til skammel – Festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år* lansert (se mer nedenfor).

8.2 Unike paneldata

LEFOs longitudinelle studier er rettet mot legers helse, livskvalitet og atferd. Vi analyserer samfunnsmessige og organisatoriske betingelser for god profesjonsutøvelse, vi forsker på legers holdninger, etikk og prioritering – og legerollen i endring. Vår forskning baseres først og fremst på en representativ gruppe av ca. 1 650 yrkesaktive leger; det såkalte *Legepanelet* (tidligere kalt Referansepanelet). Vi postet den siste datainnsamlingen til Legepanelet ved årsskiftet 2014/2015.

Ved utgangen av 2014 var det publisert 46 studier basert på de hittil 12 spørreskjemaundersøkelsene til medlemmer av Legepanelet.

8.3 Publikasjoner

LEFOs «hovedprodukt» er artikler i fagfellevurderte nasjonale og internasjonale publikasjoner. På vår hjemmeside www.legeforsk.org fins en fyldig publikasjonsdatabase hvor samtlige vitenskapelige artikler – ca. 390 siden instituttet ble etablert – er gitt en egen presentasjon, og lenket til artiklenes fulltekstversjon der disse er fritt tilgjengelige.

I 2014 ble det publisert 12 artikler der ansatte ved LEFO er hoved- eller medforfattere. Vår fjerde bokutgivelse så også dagens lys dette året: *Fra pidentall til skammel – Festskrift til Olaf Gjerløw Aasland 70 år* er en antologi med bidrag av 17 inviterte forfattere. Festskriftet er redigert av LEFOs medarbeidere Kari Ronge, Berit Bringedal og Karin Isaksson Rø, og utgitt av Den norske legeforening/SOP i fellesskap. Antologien ble trykket i et begrenset opplag på 150 eksemplarer, og er tilgjengelig i fulltekstversjon på LEFOs nettsider.

Et mastergradsarbeid signert en av LEFOs seniorforskere ble innlevert og godkjent i høstsemesteret: *Støttekollegaordningen for leger i Norge sett fra støttekollegenes side. En kvalitativ evaluering* (Isaksson Rø K. Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, 2014).

Som i foregående år ble LEFOs forskere også i 2014 invitert til å skrive leder- og kommentarartikler, bokkapitler og anmeldelser av relevant faglitteratur. Blant slike skriftlige bidrag i fjor skal nevnes en fast avtale om bidrag til *Tidsskrift for Den norske legeforening*, seksjonen «Legelivet». Kronikker og debattinnlegg hørte også med til den utadrettede virksomheten (for nærmere omtale, se LEFOs hjemmeside).

8.4 Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt

I juni arrangerte vi et internasjonalt forskersymposium «Doctors' Professional Satisfaction, Quality of Care, and the Governance of Health Care Organizations», med støtte fra Norges forskningsråd, SOP, Legeforeningen, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og Senter for profesjonsstudier ved Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA). De forberedte innlegg og kommentarer ble senere omarbeidet til vitenskapelige artikler, som våren 2015 vil bli publisert i et temanummer av det vitenskapelige tidsskriftet *Professions and Professionalism* – og med seniorforsker Berit Bringedal som gjesteredaktør.

Gjennom året har LEFOs stab deltatt med foredrag på en rekke seminarer og forskningskonferanser i inn- og utland, samt holdt inviterte innlegg eksempelvis for offentlig oppnevnte råd og utvalg. Våre medarbeidere har også tatt initiativ til en rekke planlagte forskerseminarer i egen regi, der pågående prosjekter og forskningsmetoder vil bli presentert og diskutert – det første av slike seminar ble holdt i Legenes hus i november 2014. I tillegg har vi holdt innlegg på mer interne arrangementer, så som på den årlige samlingen for støttekolleger på Soria Moria i januar. Medarbeiderne har også holdt foredrag om forebygging av utbrenthet, om balanse mellom jobb og fritid – som undervisning for leger i spesialisering (LIS) og på grunnkurs.

8.5 Samarbeidsprosjekter

Vårt mangeårige samarbeid med forskningsmiljøer i inn- og utland ble videreført/-utviklet i 2014, så som å følge de såkalte studentkohortene (NORDOC-studien) sammen med staben ved Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap, Institutt for medisinske atferdsfag ved Universitetet i Oslo, hvor den sjette spørreundersøkelsen ble sendt ut i 2014. Vi gjør også analyser av forholdet mellom legers profesjonelle autonomi og myndighetenes regulering av deres kliniske virksomhet i samarbeid med Universitetet i Bergen og Uni Research Rokkansenteret. Tilsvarende samarbeid er etablert med Senter for Profesjonsstudier, HiOA. Videre har vi prosjekter der vi studerer vold, mobbing og trusler mot leger, i samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin ved Universitetet i Bergen, og gjør sammenliknende studier av arbeidsforholdene for leger i Norge og andre land. Slike og øvrige pågående forskningsprosjekter er nærmere omtalt på LEFOs hjemmeside.

8.6 Øvrig virksomhet

To av medarbeiderne har gjennom året hatt bistillinger: Olaf G. Aasland har vært professor II og siden 1.7. 2014 professor emeritus ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo. Karin Isaksson Rø har hatt bistilling som overlege og rådgiver ved Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad.

Alle forskerne har vært veiledere for henholdsvis doktorgradsstipendiater, postdoktor. De har vært fagfellevurderere i ulike publikasjoner og vitenskapelige komiteer, samt innehatt relevante leder- og styreverv. Her skal nevnes at Berit Bringedal ble oppnevnt som leder av Ethical, Legal and Social Aspects Committee (ELSA-komiteen) i EU-kommisjonens flaggskip Human Brain Project, og at Karin Isaksson Rø fortsatt er styremedlem i det

europiske legehelsenettverket European Association for Physician Health
(<http://www.eaph.eu/>).

LEFOs rådgiver Cecilie Normann Birkeli er prosjektleder for Legeforeningens evaluering av spesialistutdanningen og tilsvarende leder for Legeforeningens evaluering av turnusordningen, samt superbruker/administrator for en rekke elektroniske undersøkelser utgått fra Legenes hus.

LEFOs spesialrådgiver/nettredaktør Kari Ronge er ansvarlig for informasjon på Legeforeningens hjemmeside om det landsdekkende kollegiale helse- og omsorgstilbudet som er organisert av Legeforeningens Utvalg for legehelse, og som er finansiert av SOP (www.legeforeningen.no/kollegastotte).

LEFOs seniorforsker Judith Rosta er mastergradsstudent i MSc Epidemiology (by distance learning) ved London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London.

Instituttchef Karin Isaksson Rø har fullført det erfaringsbaserte mastergradsstudiet i helseledelse og helseøkonomi ved HELED, UiO (se over).

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 2014 et regnskapsmessig positivt aktivitetsresultat på kr 59 010 631.

Samtlige underregnskap viser overskudd med tilsvarende styrking av respektiv formålskapital. Underregnskapene viser, med unntak av Utdanningsfond III, positive avvik sammenliknet med budsjett for 2014.

Regnskapet for Utdanningsfond I omfatter per 31.12. 2014 nå også kursvirksomheten ved koordinatorkontorene i Oslo, Trondheim og Tromsø. Dette medfører at både driftsinntektene (kursavgifter) og driftskostnadene har økt sammenliknet med tidligere år og sammenliknet med budsjett. Driftsunderskuddet i fondet er omtrent på samme nivå som tidligere, ned fra ca. kr 5,9 millioner i 2013 til ca. kr 5,4 millioner i 2014. Finansinntekter på ca. kr 7,8 millioner gir et positivt totalresultat på ca. kr 2,3 millioner.

Etter innstrammingene i Utdanningsfond II iverksatt fra februar 2012, ble flere års underskudd i fondet snudd til et overskudd på ca. kr 18,1 millioner i 2013. Etter forslag fra fondsutvalget for Utdanningsfond II, vedtok derfor sentralstyret i desember 2013 å endre retningslinjene med virkning fra 1.1. 2014. Endringene innebærer gjeninnføring av dekning av diett med inntil kr 400 per kursdag samt refusjon av kursavgift ved deltakelse i veiledningsgrupper. Som et resultat av dette har kostnadsførte refusjoner økt med 51,4 % fra 2013. Likevel har økte inntekter fra normaltarifforhandlingene på ca. kr 5,1 millioner samt en økning i finansinntektene på ca. kr 1,5 millioner, gitt et overskudd på ca. kr 12,6 millioner i 2014.

I utdanningsfond III økte antall søknader om refusjon med 10,9 % fra 2012 til 2013. Fra 2013 til 2014 var det en ytterligere økning på 7,2 %. Følgelig har kostnadsførte refusjoner økt fra ca. kr 43,8 millioner i 2013 til ca. kr 46,9 millioner i 2014. Samtidig ble driftsinntektene redusert med ca. kr 0,6 millioner. Med dette fikk vi i 2014 et negativt driftsresultat på ca. kr 1,0 millioner, det svakeste driftsresultatet siden 2009. Andel finansinntekter på ca. kr 5,2 millioner gir et positivt totalresultat på ca. kr 4,2 millioner, som er foreslått overført til fondets formålskapital. Fondsutvalget for Utdanningsfond III og sentralstyret vil følge utviklingen framover.

Den samlede avkastningen på Legeforeningens investeringsportefølje i 2014 endte på 5,5 prosent. Dette bidro til at netto finansinntekter ble kr 13 millioner høyere enn budsjettet. Etter en stabil og god verdiutvikling på aksjemarkedene i først halvår, ble andre halvår preget av større svingninger. Oljeprisfall, kronesvekkelse og geopolitisk uro var viktige ingredienser i markedsutviklingen. Til tross for korreksjonen i oktober har aksjer vist seg som den beste aktivaklassen. Den norske og den globale aksjeporteføljen oppnådde en avkastning på

henholdsvis 10,0 % og 10,9 %. En overraskelse i 2014 var det kraftige fallet i obligasjonsrentene, fra i utgangspunktet allerede lave rentenivåer. Fallet i obligasjonsrenter bidro til diskonteringsgevinst ved at obligasjonene steg i verdi. Den norske renteporteføljen fikk en avkastning på 4,7 % mens den globale renteporteføljen fikk avkastning på 3,5 % i 2014.

I aksjemarkedet ventes vestlige markeder fortsatt å gi høyere avkastning enn fremvoksende markeder. Europa og Japan har størst potensial, godt støttet av svakere valuta, flere sentralbanktiltak og høyere inntjeningsvekst. I fremvoksende markeder forventes noe lavere vekst. USA forventes å være den sterkeste regionen både når det gjelder økonomisk vekst og selskapsinntjening.

I rentemarkedet vil det bli stadig vanskeligere å oppnå god avkastning. En gjentakelse av de siste årenes høye avkastning gjennom enda lavere obligasjonsrenter og lavere kredittmarginer fremstår som lite sannsynlig. De største negative risikofaktorene knytter seg til usikkerhet rundt økonomisk vekst, heving av amerikansk styringsrente raskere enn ventet samt geopolitisk uro.

Annonseinntekter i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen utgjorde i 2014 ca. kr 27,4 millioner. Dette innebærer et positivt avvik på ca. kr 0,9 millioner sammenliknet med budsjett og en liten økning på ca. kr 0,3 millioner sammenliknet med 2013. Samtidig er også de direkte produksjonskostnader i Tidsskriftet ca. kr 1,3 millioner bedre enn budsjett.

Driftsinntektene i hovedforeningen er samlet sett ca. kr 8,7 millioner bedre enn budsjettet. Samtidig ender driftskostnadene også et positivt budsjettavvik med ca. kr 2,9 millioner. Pensjonskostnader inkl. arbeidsgiveravgift endte ca. kr 0,3 millioner under budsjett, men likevel ca. kr 6,1 millioner høyere enn i 2013. Aktuarberegninger for 2015 viser en økt pensjonskostnad inkl. arbeidsgiveravgift på ca. kr 6,0 millioner sammenliknet med 2014. Det er derfor foreslått en avsetning på kr 6,0 millioner under Andre selvpålagte avsetninger i årets regnskap til dekning av framtidige økte pensjonskostnader.

Driftsresultatet etter skattekostnad i hovedforeningen er i sum ca. kr 11,4 millioner bedre enn budsjettet. Med en andel av finansinntektene på ca. kr 10,1 millioner, blir totalresultatet i hovedforeningen ca. 8,8 millioner kroner. Finansinntektene for Legeforeningen totalt budsjetteres og inntektsføres i hovedforeningen gjennom året, og fordeles mellom fondene 31.12. hvert år.

9.1 Nøkkeltall

Økonomiske nøkkeltall 2014

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2014 Formålskap./ Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening ⁴⁾	374 192	375 551	60 555	-186	59 011	1 354 830	1 463 268
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	195 834	196 988	10 150	-186	8 810		
2 Utdanningsfond I	73 000	78 435	7 766	0	2 331		
3 Utdanningsfond II	44 850	38 290	6 035	0	12 594		
4 Utdanningsfond III	49 283	50 268	5 234	0	4 249		
5 Lånefondet	0	3 617	30 097	0	26 479		
6 Kvalitetssikringsfondet	11 225	7 893	1 187	0	4 519		
8 Fond for forebyggende medisin	0	30	44	0	14		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	30	44	0	14		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	120	272	0	152	8 163	8 284
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	108	31	205	0	283	8 019	8 019
3 Delphin og hustrus legat	0	222	299	0	77	6 098	6 283
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	543	1 166	0	622	14 603	14 603
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	62 125	57 544	-4 102	0	479	47 211	134 883
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	12 292	181 829	335 993	-315 873	-149 417	66 498	4 916 994
E. Allmennmedisinsk forskningsfond	13 948	13 839	143	0	251	3 777	7 569
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	17 441	3 935	-4 842	0	8 664	42 138	164 396

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

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

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

⁴⁾ Andre kostnader i Legeforeningens regnskap representerer skattekostnad.

9.2 Fond

Representasjon i fondsstyrer 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 2014:

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

Se vedleggets punkt 1.1 for fondsutvalgets sammensetning i 2014.

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

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

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2014 – 30.6. 2015 er tilskuddet 45,9 millioner kroner, opp 1,5 millioner kroner fra forrige periode. Tilskuddet har økt med 76,5 % på tre år.

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

Svekket økonomi førte til at fondsutvalget fra 1.1. 2012 måtte redusere ytelsene. Som følge av at tilskuddene i 2012 og 2013 økte, fant fondsutvalget grunnlag for, med virkning fra 1.1. 2014, å styrke ytelsene igjen gjennom endring av retningslinjene slik at fondet igjen dekker diettkostnader etter bestemte bestemmelser. I regnskapene for 2014 er det regnskapsført 35,1 millioner kroner i refusjoner og stipendier, mot 23,2 millioner kroner i 2013 og 31,2 millioner kroner i 2012. Driftsresultatet var positivt med ca. 6,6 millioner kroner, mot minus 13,6 millioner kroner i 2013. Etter godskriving av finansresultatet med 6 millioner kroner, utgjorde den samlede kapital ved utgangen av 2014 133,5 millioner kroner, mot 120,9 millioner ved utgangen av 2013.

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

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

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2014 -30.6. 2015 er tilskuddet 26,4 millioner kroner, opp 0,9 millioner kroner fra 2013/2014.

I henhold til overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og Virke betalte arbeidsgiver (helseforetakene) et tilskudd til Utdanningsfond III svarende til 2 000 kroner per legeårsverk. Det ble i 2014 betalt inn 23,8 millioner kroner, mot 24,2 millioner kroner i 2013.

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

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold ble regnskapsført med 47 millioner kroner i 2014, mot 41,3 millioner kroner i 2013 og 37,3 millioner kroner i 2012. Inntektene til fondet utgjorde totalt 49,3 millioner kroner i 2014 mot 49,9 millioner kroner i 2013. Etter godskriving av finansresultatet på 5,2 millioner kroner, utgjorde fondets samlede kapital 112,4 millioner kroner, mot 108,2 millioner kroner ved utgangen av 2013.

9.2.4 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

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

Driftsresultatet ble i 2014 minus 149,4 millioner kroner, mot et positivt på 161, 7 millioner kroner i 2013. Svekkelsen skyldes en betydelig økning i avsetninger til pensjonsytelser som følge av endring i vedtektene per 1.1. 2015 og forventning om at levealderen øker. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2014 ca. 4 917 millioner kroner, mot 4 753,6 millioner kroner 31.12. 2013. Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 345,8 millioner kroner, etter en verdijustert avkastning på 7,5 %. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 154,3 millioner kroner, mot 152 millioner kroner i 2013. Av dette utgjorde pensjoner 93,7 millioner, mot 87,6 millioner kroner i 2013 og 82 millioner kroner i 2012. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 48,9 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 11,7 millioner kroner i 2014.

I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter med hjemmel i ordningens formålsparagraf. Dette gjelder i hovedsak støtte til Legeforskningsinstituttet (LEFO), Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, lokalavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. I alt utgjorde støtten til disse formål 12,4 millioner kroner.

SOP har lagt om ytelsene de senere år for å tilpasse ordningens ytelser til dens økonomiske kapasitet og til de reformer som har pågått på pensjonsområdet de senere år. Med reduserte ytelser i SOP har det blitt viktigere for leger med privat praksis å sikre seg private tilleggsdekninger. Spesielt gjelder dette leger autorisert etter 1.1. 1993, som har mindre rettigheter i SOP enn dem autorisert før 1.1. 1993. SOP og Legeforeningen har lagt til rette for individuelle tilleggsdekninger gjennom egne avtaler om pensjon og sykeavbruddsforsikring.

Fra 1.1. 2015 blir vedtektene endret slik at livsvarig alderspensjon opphører som valgbart utbetalingsalternativ. I tillegg endres ordningens uførepensjon ved at den knyttes mot ordningens pensjonsreferanse. Dette innebærer en brutto økning av uførepensjonen fra 2014 til 2015 med 54 %. Nettoeffekten avhenger av hvilke samordningsfradrag den enkelte uførepensjonist har gjennom uførepensjon fra andre tjenestepensjonsordninger.

9.2.5 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

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

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

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. 800 000 kroner ved første gangs lån. Ved senere låneopptak er grensen for samlet lån 400 000 kroner. Lånerenten for nye lån utgjør to prosentpoeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. I 2014 ble rentesatsen endret fra 2,25 % til 2,75 % 1. mars, og til 2,5 % fra 1. november.

Lånefondet innvilget i 2014 lån tilsvarende 155,1 millioner kroner til 258 leger, mot 65,6 millioner kroner til 279 leger i 2013. Per 31.12.2014 var det i alt 2415 låntakere, mot 2143 låntakere per 31.12. 2013. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2014 694,3 millioner kroner, mot 680,7 millioner kroner 31.12. 2013. Lån til Soria Moria utgjorde 7,3 millioner (gjeldsbrev 3 - pantelån 4,3) millioner kroner. Formålskapitalen utgjorde 788,4 millioner kroner per 31.12. 2014, mot 762 millioner 31.12. 2013.

9.2.6 Premiereguleringsfondet

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

Det ble i 2014 utbetalt støtte med i alt 2,37 millioner kroner til leger som hadde pensjonskostnader fra offentlige tjenstepensjonsordninger for tidligere ansatte.

9.2.7 Kvalitetsforbedringsfond III – Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)

Stiftelsens formål er å etablere og drive et landsomfattende samarbeid for sikring av kvalitet ved den laboratorievirksomhet som drives i legepraksis utenfor sykehus. For 2014 ble det avsatt 35,4 millioner kroner til Stiftelsen.

Se vedleggets punkt 1.4 for styringsgruppens sammensetning i 2014.

9.2.8 Allmennmedisinsk forskningsfond

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).

Fondets midler er avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre. I 2014 mottok fondet 30 søknader med samlet søknadssum på 16,4 millioner kroner. Det ble innvilget 27 prosjekter med en samlet

utbetalingssum på 12,6 millioner kroner.

Se vedleggets punkt 1.5 for fagrådets og styrets sammensetning i 2014.

9.2.9 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og 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 2014 ble det avsatt 10,25 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2014. Det totale antall søknader til fondet i 2014 var 36, med en samlet søknadssum på 14,7 millioner kroner. Det ble bevilget 5 344 000 kroner til 18 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside. Se vedleggets punkt 1.6 for fondsutvalgets sammensetning i 2014.

10 Legeforeningens organisasjon

Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst. Ved årsskiftet hadde foreningen 31 004 medlemmer, en vekst på ca. 621 medlemmer fra foregående år. Medlemmene er fordelt på en rekke foreningsledd langs flere akser. Det er svært mange tillitsverv som skal besettes, noe som gir mulighet for mange medlemmer som ønsker å engasjere seg i foreningsarbeid, både som fagforeningstillitsvalgt, i helsepolitisk sammenheng og i faglige spørsmål. Legeforeningen har mange medlemmer som ønsker å gjøre en frivillig og ubetalt innsats for fellesskapet.

10.1 Organisasjonskart

Legeforeningens organisasjon var ved utgangen av 2014 som fremstilt i figuren nedenfor.



10.2 Landsstyret

Landsstyret vedtok i 2011 at medlemstall per 1.2. i det året nytt landsstyre velges skal legges til grunn uten at antallet representanter justeres ved senere endring av medlemstallet. Landsstyret hadde i perioden 142 representanter. Landsstyret har i 2014 avholdt ett møte i tidsrommet 20.-22. mai på Soria Moria hotell og konferansesenter, Oslo. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider.

10.3 Sentralstyret

I forbindelse med landsstyremøte 2013 ble det valgt nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2013-31.8. 2015. Sentralstyret hadde frem til 5.11. 2014 følgende sammensetning: President Hege Gjessing, visepresident Jon Helle, Kari Sollien, Johan Torgersen, Christian Grimsgaard, Marit Hermansen, Marit Halonen Christiansen, Ivar Halvorsen og Synnøve Bratlie, med Kristian Hamandsen, Jens Lind-Larsen og Odd Grenager som varamedlemmer. Johan Torgersen gikk ut av sentralstyret 5.11. 2014 og første varamedlem Kristian Hamandsen trådte inn i styret.

Sentralstyret har i 2014 avholdt 12 sentralstyremøter og behandlet 266 saker. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminar ble arrangert 15.-16.1. 2014 i Oslo.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 45

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 17

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 45 spesialitetskomiteer

Under landsstyremøtet i Alta 2013 ble rapport med forslag til endrede vilkår for godkjenning av spesialforening i Den norske legeforening og forslag om endringer i lovenes §§ 3-9-1- om Vilkår for godkjenning for spesialforeninger behandlet. Det ble vedtatt nye krav som innebærer at spesialforeningen må ha minst 20 legemedlemmer, være spesialitetsovergripende og årlig kunne dokumentere aktivitet i henhold til formålsparagrafen i foreningens vedtekter. Spesialforeninger som var godkjent per 1.1. 2013 måtte søke om ny godkjenning etter § 3-9-1. Spesialforeninger som ikke tilfredsstilte kravene etter § 3-9-1 innen utgangen av 2014, mistet statusen som spesialforening i Den norske legeforening.

Fra utgangen av 2014 mistet følgende foreninger statusen som spesialforening i Den norske legeforening: Foreningen for norske leger i utlandet, Norsk forening for håndkirurgi, Norsk forening for pediatrik radiologi, Norsk forening for reumakirurgi, Norsk forening for thoraxradiologi, Norsk nevrologisk forening. Oversikt over foreningsleddene finnes på legeforeningen.no

10.5 Endringer i Legeforeningens lover

I 2014 ble det ikke foreslått endringer i Legeforeningens lover.

10.6 Medlemsoppslutning

Per 31.12. 2013 hadde Legeforeningen 30 383 medlemmer og per 31.12. 2014 hadde foreningen 31 004 medlemmer. Dette innebærer en økning med 621 medlemmer, tilsvarende 2,04 %. En utdypende oversikt over medlemsmassen er vedlagt årsmeldingen.

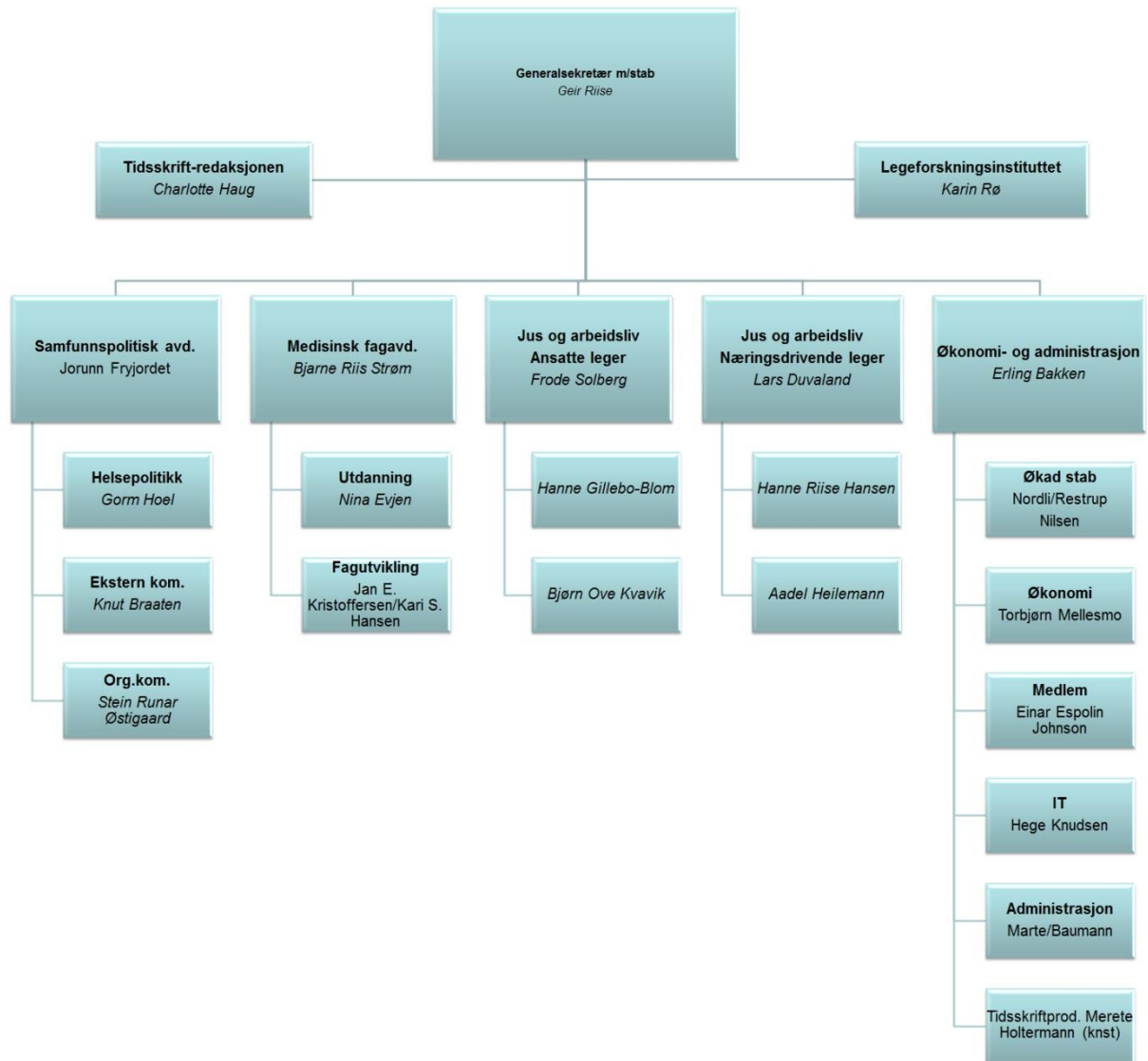
10.7 Sekretariatet

Per 31.12. 2014 var det 170 ansatte i Legeforeningen inkludert fagredaktører, veiledningskoordinatorer og ansatte på koordinatorkontorene. Dette svarer til 148,35 årsverk og innebærer en økning med 1,0 årsverk sammenliknet med bemanningssituasjonen per 31.12. 2013. Økningen skyldes redusert bruk av eksterne konsulenter tilsvarende ett årsverk.

Den administrative ledelsen bestod i 2014 av generalsekretær og fem avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt av instituttsjefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet var i 2013 totalt 6,28 %, hvorav korttidsfraværet utgjorde 1,83 %. Legeforeningen er IA-bedrift.

10.8 Miljøfyrtårn

Legeforeningen har siden 2013 arbeidet med sertifisering av Legeforeningen (hovedforeningen) som miljøfyrtårnbedrift i henhold til bransjekrav for kontorvirksomheter. Legeforeningen fikk tildelt Miljøfyrtårnsertifikat 9.2. 2014. Sertifikatet er gyldig i tre år og skal fornyes innen 9.2. 2017. Årlig innleveres miljørapport som dokumenterer arbeid med miljøtiltak.



Innhold

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	Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus)	3
1.5	Allmennmedisinsk forskningsfond.....	3
1.6	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	4
1.7	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	4
1.8	Premiereguleringsfondet	4
2	RÅD OG UTVALG	4
2.1	Rådet for legeetikk.....	4
2.1.1	Oppsummering av prinsipielt viktige saker	5
2.2	Spesialitetskomiteene.....	7
2.3	Spesialitetsrådet	8
2.4	Turnusrådet	9
2.5	Rettshjelpsutvalget	9
2.6	Legeforeningens IT-utvalg.....	9
2.7	Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse	10
2.8	Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet)	11
2.9	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf)	11
2.10	Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	11
2.11	Psykioterapiutvalget 2014-17	12
2.12	Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse	12
2.13	Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	13
2.14	Representasjon i Akademikernes organer	14

3	MEDLEMSDATA OG SPESIALISTGODKJENNINGER.....	15
3.1	Utvikling i medlemstall	16
3.1.1	Lokalforeninger	16
3.1.2	Yrkesforeninger	16
3.1.3	Fagmedisinske foreninger	17
3.1.4	Norsk medisinstudentforening	17
3.2	Spesialistgodkjenninger i 2014	17
3.2.1	Totalt antall godkjenninger i 2014 og sammenlikninger med tidligere år.....	17
3.2.2	«Utdanningstid» og gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning.....	18
3.2.3	Fordeling på statsborgerskap for alle spesialistgodkjenninger i 2014.....	19
3.2.4	Spesialistgodkjenninger i 2014 etter spesialitet mv.	21
3.2.5	Kvinneandel	22
3.2.6	Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader	22
4	PROSJEKTER/ANNET	24
4.1	Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen	24
4.2	Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten	27
4.3	Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten	27
4.4	Forbedringsprosjekt obstetikk	27
4.5	Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger	28
4.6	Arbeidsgruppe rettspsykiatri	28
4.7	Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer	28
4.8	Medlemsfordeler	28
5	LEGEFORENINGENS MEDLEMSKAP I ANDRE ORGANISASJONER	29
5.1	Fagakademiet.....	29
5.2	Akademisk Studieforbund	29
5.3	Norsk legemiddelhåndbok (NLH)	29

1 Representasjon i fondsstyrrer

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

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

Fondsutvalget har i 2014 bestått av: Ole Johan Bakke (leder), Helge Sigurd Haarstad, Bente Bjørnhaug Pedersen, Tone Dorthe Sletten, Tor-Arne Hagve og Marie Skontorp. Varamedlemmer har vært Arne Runde, Kirsten Toft, Kirsten Rokstad, Kirsti Ytrehus og Tilde Broch Østborg.

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

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Funksjonsperioden for utvalget er fire år. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og KS har ett medlem hver. I 2014 har utvalget bestått av Ivar Halvorsen (leder), Marit Sæbø, Ernst Horgen, Svein Høegh-Henrichsen (HOD) og Anne Tøndevold (KS).

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

Sentralstyret er fondets styre. Anvendelse av fondsmidlene tilligger et fondsutvalg som består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen oppnevner leder og to representanter, mens Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Spekter har ett medlem hver. I 2014 har utvalget bestått av Siri Tau Ursin (leder), Helge Bjørnstad Pettersen, Heidi Johanne Espvik, Eli Årnot (Spekter) og Jørgen Chr. Holmboe (HOD).

1.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus)

Samarbeidsordningen ledes av en styringsgruppe og en leder. Styringsgruppen har ansvar for den overordnede strategien og fatter vedtak i saker av prinsipiell betydning. Sverre Sandberg, er leder for Norsk kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (Noklus) og møter i styringsgruppen. Medisinsk fagavdeling er sekretariat for samarbeidsordningen. Noklus er det utøvende organet.

Styringsgruppen bestod i 2014 av Geir Riise (leder), Hege Gjessing og Trond Egil Hansen (alle Legeforeningen), Lars Vorland, staten v/Helse Nord RH og Liv Bagstevold, staten v/Helse- og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS: Anne Gamme. Styringsgruppen har hatt ett møte i perioden.

1.5 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fagrådet 2014 bestod av Ståle Onsgård Sagabråten, AF/NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim (nestleder), Elise Klouman, AFE Tromsø, Stefan Hjørleifsson, UiB, Jørund Straand, UiO, Karin Frydenberg NFA og Jens Søndergaard, Universitetet i Odense (internasjonal representant).

Styret 2014 bestod av Marit Hermansen, NFA (leder), Trond Egil Hansen, AF (nestleder), Erik Werner, NFA, Kirsti Malterud, AFE og Kjell Maartmann-Moe, HOD.

1.6 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondsutvalgets sammensetning 2014:

Oppnevnt av Legeforeningen:

Stein Tore Nilsen (leder), Ole Strand, Rolf Kirschner, Marit Hermansen og Maria Gaard.

Varamedlemmer: Vibeke Dons Wankel og Terje Tollåli.

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet:

Hilde Skyvulstad, Helge Haarstad og Elisabeth Arntzen (varamedlem).

Oppnevnt av KS:

Sigrid Askum og Kari Rolstad (varamedlem)

1.7 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

SOPs styre har fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2014 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Asle W. Medhus og Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var Arbeidsdepartementets representant i styret.

Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

1.8 Premiereuleringsfondet

Styret i Premiereuleringsfondet består av Arne Laudal Refsum (leder), Trond Egil Hansen, Kari Sollien, Vibeke Birkeland og Terje Lycke.

2 Råd og utvalg

2.1 Rådet for legeetikk

Etter valg på landsstyremøtet i Alta i juni 2013 har Rådet for legeetikk slik sammensetning for perioden 1.1. 2014 – 31.12. 2017:

Leder Svein Aarseth, allmennlege

Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.

Ellen Økland Blinkenberg, overlege

Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

Siri Brelín, overlege

Varamedlemmer

1. Ståle Clementsen – lege i spesialisering

2. Thore Andre Henriksen – overlege

Rådgiver/advokatfullmektig Stine K. Tønsaker er Rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og ferdigbehandlet 40 saker. At dette antallet er betydelig lavere enn tidligere år, f.eks. 89 saker i 2013, skyldes blant annet endring i registrering/telling av sakene, og er ikke et tegn på nedgang i antall henvendelser.

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 det for ni av disse ikke gjort vedtak etter Etiske regler for leger; fire ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler. I to av klagen var det åpenbart at Rådet ikke ville kunne opplyst saken med kontradiksjon. En klage var innsendt av tredjeperson og det forelå ikke samtykke fra pasienten til å innhente taushetsbelagte opplysninger. En klage kunne ikke vurderes i lys av etiske regler og i en klage var det åpenbart ikke brudd.

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

Rådets nåværende og tidligere leder deltok i drøftingsmøte i Helsedirektoratet om medisinske og etiske aspekter ved fosterreduksjon. Rådets leder har også deltatt på to modul III-kurs, og på møte i klinisk etikk-komité på Ringerike sykehus.

Den 22.10. 2014 arrangerte Rådet et seminar om eutanasi og behandlingsavslutning. Formålet var å svare opp landsstyrevedtaket om endringer i Etiske regler for leger, der de ba om at Rådet foretok en vurdering av begrepsbruken i § 5. I tillegg ønsket Rådet å styrke kompetansen omkring eutanasi, blant annet for å være rustet i kommende debatter.

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

2.1.1 Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Markedsføring

Rådet merket seg i 2013 en nedgang i klagesaker rettet mot markedsføring. Dette har imidlertid tatt seg opp i 2014, og Rådet har behandlet flere alvorlige saker. Rådet har også flere saker til behandling som ikke er avsluttet ved årsskiftet. I tillegg er vi klar over at det er et stort omfang annonser som ikke er blitt innklaget for Rådet.

I 2015 vil Rådet rette et særlig fokus mot markedsføring og annen informasjon om legetjenester, blant annet ved å arrangere et seminar.

Kommunikasjon

Som tidligere år viser mange av Rådets saker at kommunikasjon blir en stadig viktigere ferdighet for leger. Legers kompetanse til å kommunisere med alle typer mennesker i ulike livssituasjoner bør styrkes, og i større grad fremheves som en sentral del av yrkesutøvelsen (sak 1.2.5).

Sakene Rådet har behandlet belyser på ulike måter at kommunikasjon er krevende. Vi ser at dette særlig gjelder når en pasient ikke får oppfylt forventninger knyttet til behandling, legeerklæring o.l. Rådet påpeker i den sammenheng at legene har et særlig ansvar for å få til god kommunikasjon og at denne skjer med forståelse og empati slik at det skapes en trygg og tillitsvekkende situasjon for pasienten (sak 1.2.2).

Rådet har også merket seg en noe økende tendens til å fremme klager for Rådet ved hjelp av advokat. Rådet har sett eksempler på at det er krevende og til dels uheldig å føre dialog via advokat og eksterne instanser. Rådet har bemerket at det ofte kan være hensiktsmessig å først ta opp sine anførsler direkte med den gjelder, og da få presentert sin side og oppfatning av saken og således forsøke å oppklare eventuelle misforståelser direkte (sak 1.2.7).

Rådet har også behandlet saker som har belyst at kommunikasjon mellom kolleger kan være vanskelig. Rådet har blant annet behandlet en klage som gjaldt e-postkorrespondanse mellom medlemmer (sak 2.2.1), og uttalte i denne sammenheng viktigheten av at det legges til rette for god kommunikasjon mellom kolleger, blant annet ved å ha møtearenaer. Kommunikasjon kan være utfordrende, også mellom kolleger, og å føre en god dialog/debatt på e-post er særlig krevende og ikke å anbefale i saker av «opphetet» art.

Legens rolle

Rådet har de senere år merket seg at klager ofte beror på en uklarhet knyttet til hva som er legens rolle i den konkrete situasjonen. Dette var blant annet bakgrunnen for nytt annet ledd i Etiske regler for leger kapittel I, § 2. Legen har ulike roller overfor pasienter, som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av pasientinformasjon. Det må skilles tydelig på rollene som behandler og sakkyndig.

Legen har ansvar for å gi informasjon slik at pasienten forstår legens rolle og formålet med pasientkontakten.

Rådet har i denne perioden mottatt mange klager på ulike sakkyndige erklæringer. Vi har merket oss at det ofte fremstår som uklart for klager hva som ligger i et sakkyndig oppdrag, blant annet er klagen ofte rettet mot at den sakkyndige har uttalt seg uten å ha sett pasienten.

Rådet har i den sammenheng uttalt at et sakkyndig oppdrag som utgangspunkt er basert på et mandat og dokumentasjon fremlagt fra oppdragsgiver. Som sakkyndig skal legen ut fra sin faglige bakgrunn gi en vurdering av de medisinske sidene av saken, basert på presentert dokumentasjon, og eventuelt besvare konkrete spørsmål fra oppdragsgiver. Det ligger vanligvis ikke i oppdraget eller rollen at legen skal undersøke pasienten eller drøfte saken med pasienten underveis. Videre er det opp til legen selv å vurdere om han/hun har faglig grunnlag til å uttale seg i den aktuelle saken, og tilpasse sin attestasjonsvirksomhet etter oppdragets art. I noen tilfeller vil legens medisinske skjønn måtte utøves uten vesentlig støtte i lov, forskrift eller regelverk, mens det for andre formål vil være slik at legens mulighet for skønnsutøvelse er sterkt begrenset av et meget detaljert regelverk og klare retningslinjer. Dette er imidlertid en medisinskfaglig vurdering, som Rådet ikke kan vurdere.

Journal

Rådet har også merket seg flere klager rettet mot det som er skrevet i journal, og har i den sammenheng påpekt at selv om det primære bruksområdet for pasientjournalen er å være et arbeidsverktøy for legen selv, er det blitt stadig viktigere å ta med i betraktning at pasienten har full innsynsrett. Tilsvarende skal journalen være et verktøy for annet helsepersonell. Det bør således unngås at man bruker ord og formuleringer som kan misforstås eller oppleves krenkende av pasienten.

Portvokterrollen

Rådet har også behandlet en sak (1.2.5) som godt belyste utfordringene ved allmennlegenes «portvokterfunksjon». Rådet uttalte i den sammenheng at «portvokterfunksjonen» som allmennleger har, både overfor spesialisthelsetjenesten, NAV og andre instanser, er utfordrende, men viktig. Fastlegen skal være navet i pasientens kontakt med helsevesenet, og har et ansvar for å gi pasienten det helsetilbudet de har krav på. Samtidig skal beslutningene bygge på et medisinskfaglig grunnlag. Det skal være faglig dekning for innholdet i en henvisning, og den skal være objektiv og saklig i sin form. Legens vurdering vil være utslagsgivende for om en pasient får gjennomslag for sin sak, enten det gjelder ønske om

behandling, erstatning fra et forsikringsselskap, ansvar for omsorg for et barn eller utbetalt trygd. Det stilles derfor høye krav til faglig integritet og etterprøvbarehet, og det påhviler legen et særlig ansvar for å være profesjonell og fatte beslutninger ut fra en medisinskfaglig vurdering.

Betaling

Rådet har også mottatt klager knyttet til uenighet om fakturering (1.2.3 og 1.2.6). Sentralt i den sammenheng er at Rådet har uttalt at legen har ansvar for at også håndtering av økonomiske uenigheter med pasienter håndteres på en god måte. Legen kan ikke overlate økonomisk oppfølgingsansvar til et eksternt firma når han selv har gjort en feil (sak 1.2.3)

Det har vært noe usikkerhet knyttet til praktiseringen av merknad B2 i forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege. Merknaden lyder: «For bestilt time som ikke benyttes, dvs. at pasienten uteblir uten varsel eller avbestiller senere enn 24 timer før avtalt tid, kan pasienten avkreves konsultasjonshonorar». Problemstillingen kommer ofte på spissen for timer mandag, om det oppstår hindring, sykdom e.l. i løpet helgen, hvor man står uten mulighet til å varsle. Rådet er av den oppfatning at formuleringen «kan» oppfordrer legen til å bruke skjønn. Rådet er på generelt grunnlag enig i at uteblivelse fra time representerer så vel misbruk av ressurser som økonomisk tap for legen. Det er derfor ikke urimelig at legen søker å dekke inn noe av sitt inntektstap, men det må brukes skjønn.

Høringer

Rådet har vært høringsinstans i mange saker (pkt. 1.3) og vil særlig fremheve synspunkter på reservasjonsordning for fastleger (1.3.2) og prioriteringer i helsetjenesten (1.3.7)

Endringer i etiske regler

I 2013 foreslo Rådet enkelte endringer i Etiske regler for leger. Forslaget ble behandlet på landsstyremøtet på Soria Moria. Enkelte språklige endringer ble vedtatt, blant annet ble «avertissement» erstattet med «markedsføring» i kapittel III. I kapittel I § 2 ble Rådets forslag til nytt annet ledd vedtatt, og i første ledd ble ordet «barmhjertighet» vedtatt fjernet.

Landsstyret ønsket ikke å endre § 5 i samsvar med oversendte forslag, men ba Rådet komme tilbake med forslag etter nærmere begrepsavklaring. For å imøtekomme dette, og for å øke Rådets kompetanse, ble det avholdt et halvdags seminar om aktiv dødshjelp og lindrende behandling. På bakgrunn av seminaret og påfølgende diskusjon, har Rådet fremmet nytt forslag om endring av § 5. Dette vil bli behandlet på landsstyremøtet i Trondheim i mai 2015.

Endringene trådte i kraft fra 2.9.2014, slik at sakene i år har blitt behandlet ut fra noe ulike formuleringer.

Avgjørelsene det er henvist til under er inntatt i årsberetningen for Rådet for legeetikk <https://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/Arsberetninger/>

2.2 Spesialitetskomiteene

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider: legeforeningen.no/Emner/Andre_emner/Spesialistutdanning/Spesialisering/Spesialitetskomiteer/. Spesialitetskomiteene består av fem medlemmer og tre varamedlemmer. Komiteene er oppnevnt etter forslag fra vedkommende fagmedisinske forening, samt fra Yngre legers

forening (YLF) unntatt allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, hvor den fagmedisinske foreningen foreslår samtlige representanter.

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

Spesialitetskomiteene vurderte i 2014 rapporter fra 877 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 120 besøk (audit) på godkjente utdanningsinstitusjoner. Det ble også behandlet 61 søknader om godkjenning/endring av godkjenning som utdanningsinstitusjon og en rekke henvendelser fra utdanningsinstitusjonene. Alle 45 spesialitetskomiteer har i 2014 vurdert alle kurs som søkes godkjent for legers videre- og etterutdanning i den aktuelle spesialitet. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisinsens utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføring av spesialistutdanningen.

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

2.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har per 31.12. 2014 slik sammensetning:

Einar Klæboe Kristoffersen (leder) og Kathinka Meirik (nestleder).

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

Rådet hadde fem møter i 2014 og behandlet 42 saker.

Endringer i rådets sammensetning i perioden:

Fratrådte: Guro Birkeland (1.7. 2014)

Johan Torgersen (7.12. 2014)

Nye medlemmer: Knut Fredrik Thorne (8.12. 2014)

Marit Halonen Christiansen (8.12. 2014)

Thomas Halvorsen (28.11. 2014)

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 i 2014 hatt møter med spesialitetskomiteene i rus- og avhengighetsmedisin, fysikalsk medisin og rehabilitering samt immunologi og transfusjonsmedisin. Temaene i disse møtene var blant annet problemområder og utfordringer for utdanningen i de respektive fagområder.

2.4 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Anja Fog Heen (leder), Thomas Hagen Jensen (nestleder), Sarah Løvdahl (Nmf), Tilde Broch Østborg (Ylf), Barbro Kvaal (LSA), Ole Henrik Krat Bjørkholt (AF), Ulla Dorte Mathisen (Of).

Varamedlemmer: Hanne Støre Valeur, Richard Andre Våge, Ole Johan Bakke, Mia Lie Petersen.

Turnusrådet har i perioden hatt tre møter og behandlet 30 saker. Rådet har blant annet engasjert seg i spørsmålet om antall turnusstillinger.

Det har i perioden vært saker knyttet til ansettelse i sykehus og i kommunehelsetjenesten, blant annet når det gjelder fordeling av stillinger i kommunehelsetjenesten. Problemer har oppstått som følge av at turnusleger i «ny» ordning og turnusleger i «gammel» ordning har blitt forespeilet de samme stillingene.

Turnusrådet har i perioden behandlet og kommentert ulike høringsforslag, blant annet Helsedirektoratets forslag til ny spesialitetsstruktur og spørsmål om obligatorisk nettkurs i utfylling av dødsattester.

Turnusrådets leder, Anja Fog Heen, med bistand av jurister i Jus- og arbeidslivsavdelingen, har deltatt i en arbeidsgruppe i Helsedirektoratet for å revidere og oppdatere rundskriv om den nye turnusordningen for leger.

Turnusrådets leder, enkelte medlemmer av turnusrådet og sekretariatet har deltatt på Helsedirektoratets erfaringskonferanse om turnus i juni 2014.

Barbro E. Kvaal og sekretariatet deltok i november 2014 på en turnuskonferanse arrangert av den svenske legeforeningen i Uddevalla i Sverige. Kvaal holdt innlegg om erfaringer med den nye norske turnustjenesten.

Rådet har i 2014 vært på besøk til Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark.

2.5 Rettshjelpsutvalget

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra de sju yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening.

I 2014 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Åge Henning Andersen, Ann Kristin Fell, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Tonje Tvinnereim, Fredrik Svenskerud og Torunn Forbord. Advokat Frode Solberg var sekretær for utvalget. Sekretariatet besto ellers av advokatfullmektig Synne Bjørvik Staalen og sekretær Ellen Huber.

2.6 Legeforeningens IT-utvalg

Fra utvalgets mandat siteres:

«Hovedoppgaven for utvalget er å bidra til å samordne Legeforeningens tidligere erfaringer fra IT- støttede prosesser i primær- og spesialisthelsetjenesten med nye forslag til IT-støttede tiltak for helsetjenestene basert på medlemmenes kunnskaper og erfaring. Utvalget skal ha spesiell oppmerksomhet på mulighetene til forbedring av IT-støtte til bedre klinisk ressursutnyttelse og samhandling i tråd med målsetningene i samhandlingsreformen.»

Utvalgsmedlemmer i 2014:

Kjartan Olafsson (leder), Linn Brandt (nestleder), Arild Tandberg (til september 2014) Jon Hardie, Petter Hurlen, Morten Laudal, Jan Sigurd Rønnes og Jan Størmer.

Utvalget har i 2014 hatt to møter, i tillegg til omfattende kontakt per epost. Utvalget har avgitt tre høringsuttalelser til Legeforeningen; Ny strategi for Norsk Helsenet - Strategi 2020, veileder for nødnett i helsetjenesten og forslag til forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter.

Sammen med sekretariatet arrangerte utvalget 10.-11.2. 2014 et seminar for IKT-interesserte leger. Seminaret samlet 28 leger fra sykehus, avtalespesialistpraksis, fastlegepraksis og sykehjem med bred erfaringsbakgrunn og kompetanse innenfor helse-IKT. Formålet med seminaret var å avklare nytte av - og interesse for - å bygge opp et nettverk som kan være et fellesskap for IKT-interesserte leger, samt være et forum som Legeforeningen kan rådføre seg med og hvorfra man kan finnes ressurspersoner inn i eksterne fora og prosjekter. Seminaret var gjort mulig ved vedtak i sentralstyret 3.9. 2013, Sak 159/13; Satsingsområde 2, bedre IKT-verktøy for trygg pasientbehandling. Seminaret ble gjennomført med innledninger, foredrag og gruppediskusjoner. Det er påbegynt et arbeid med å etablere et elektronisk forum for IKT-interesserte leger.

IT-utvalgsmedlemmer har deltatt i flere eksterne ad hoc oppdrag: Møter med Helsedirektoratet i forbindelse med konseptvalgutredningen av *Én innbygger – én journal*, i dialogmøter med Norsk Helsenet og deltakelse i høring i stortingets kontroll- og konstitusjonskomite 20.10. 2014 basert på Riksrevisjonens rapport om elektronisk meldingsutveksling i helsetjenesten¹

Utvalgets leder og medlemmer har holdt en rekke foredrag og vært paneldeltakere på nasjonale e-helsekonferanser som HelsIT, EHIN og Health world 2014.

IT-utvalgets leder Kjartan Olafsson er også Legeforeningens representant i styret for «Normen for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren». Han har deltatt på styremøter og representerte Legeforeningen ved Normseminaret 2.-3.4. 2014.

2.7 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse

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

Utvalget har i 2014 hatt følgende sammensetning: Hilde Marie Engjom (leder), Ruth Abraham, Ellen Johanne Annestad, Ingebjørn Bleidvin, Barbro Kvaal, Knut Erling Moksnes og Margit Steinholt.

I løpet av 2014 har utvalget hatt fire møter og ett telefonmøte.

Utvalget har svart på følgende høringer i perioden: "Reservasjonsordning for fastleger", "Legeforeningens engasjement i EAT", "Høring om konsekvensutredning om ny spesialiststruktur" og "Høring om veileder for somatiske akuttmottak".

I 2014 har utvalget utarbeidet et nytt policynotat om *Global barnehelse*. I juni 2014 besøkte representanter fra utvalget sammen med Oslo legeforening og Norsk psykologforening Politiets utlendingsinternat på Trandum. Etter råd fra utvalget sendte Legeforeningen et brev

¹ Dokument 3:6 (2013-2014), overlevert Stortinget 25.03. 2014: Riksrevisjonens undersøkelse om elektronisk meldingsutveksling i helse- og omsorgssektoren.

til Politiets utlendingsenhet (PU) om forholdene i helsetjenesten ved internatet. Utvalget har henvendt seg til Legeforeningen og anmodet om klimavennlige valg ved inngåelse av avtaler om medlemsfordeler, og også tatt kontakt med Stiftelsen miljøfyrtårn for å se på muligheten for å utarbeide en informasjonspakke for miljøsertifisering av fastlegekontor.

Leder av utvalget har vært engasjert i arrangementen av Globvac-konferansen 2014.

Fullstendig årsmelding for utvalgets aktivitet i 2014 er publisert på Legeforeningens nettsider.

2.8 Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet)

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

PKO- rådet hadde i 2014 denne sammensetningen: Torgeir Hoff Skavøy (leder), Kirsten Rokstad, Hans Henrik Strøm, Ole Johan Bakke, Sverre Sand, Lars Kåre Selland Kleppe, Morten Engzelius, Harald Hauge.

Rådet avholdt ett møte i 2014. Hovedsaken for rådet har vært videre arbeid med Legeforeningens veileder for praksiskonsulentordningen, som av Sentralstyret ble vedtatt publisert i april 2014. Det ble også startet opp et kartleggingsarbeid av lokale modeller, avtaler og andre forhold som kan være suksessfaktorer som bør gjøres tilgjengelige for alle praksiskonsulenter.

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

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

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole Sejersted (leder), Kirsti Ytrehus, Eystein Hoddevik, Eyvind J. Paulssen, Asbjørn Årøen, Andreas Wahl, Elise Klouman, Eva Gerts og Berit Schei.

Utvalget avholdt fire ordinære møter og behandlet 33 saker i 2014. Hovedoppgavene har vært knyttet til utvikling og oppfølging av Legeforeningens rapport om forskningsfinansiering. Viktige saker har vært forskningsutvalget samarbeid med LVS (Foreningen for leger i vitenskapelige stillinger) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Oppfølging av HelseOmsorg21, helse- og omsorgssektorens forsknings- og innovasjonsstrategi, samt regjeringens langtidsmelding for forskning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer.

2.10 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Utvalget har i perioden 2014-15 følgende medlemmer:

Ellen Tveter Deilkås (leder), Hans-Petter Næss, Bente Ruud Karlsson, Inger Lyngstad, Jens Lind-Larsen, Hege-Kristin Aune Jørgensen, Monika Eidem og Tonje Elisabeth Hansen
Utvalget hadde fire regulære møter i 2014.

Utvalget har innstilt kandidater til Legeforeningens to kvalitetspriser som deles ut på landsstyremøtet. Utvalget har kommet med innspill til Legeforeningens høringer og til

«Arianson-utvalget – Oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten». Utvalget har formulert forslag til krav om tid til kvalitetsforbedring, som ledd i Legeforeningens forberedelser til tarifforhandlinger. Utvalget har samarbeidet med Overlegeforeningen om å lage et nettverk for legeledere som er engasjert i kvalitetsforbedring. Hans-Petter Næss og Tonje Elisabeth Hansen er medlemmer av Pasientsikkerhetsprogrammets fagråd. Utvalget har vært representert på workshop om kvalitet og pasientsikkerhet og på 26th Annual National Forum for Quality Improvement in Health Care i Orlando, Florida.

2.11 Psykoterapiutvalget 2014-17

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

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst tre års godkjent veiledning i psykoterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede leger i spesialisering i det psykoteraeutiske 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, overvåke alle forhold som vedrører psykoterautiveiledningen og eventuelt foreslå endringer i retningslinjene for godkjenning av veiledere i psykoterapi.

Psykoterapiutvalget har et nært samarbeid med spesialitetskomiteen i psykiatri vedrørende psykoterautiveiledningen ved psykiatriske utdanningsinstitusjoner.

2.12 Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse

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

For perioden 1.1. 2012 – 31.12. 2015 består utvalget av følgende medlemmer: Øystein Melbø Christiansen (leder), Finn Nilsson, Stein Nilsen, Christina Drewes og Nina Helene Ingebrigtsen. Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat er sekretær for utvalget.

Legeforeningens helse- og omsorgstilbud består av fylkesvise kollegiale støtteordninger samt Ressurssenteret Villa Sana på Modum Bad.

Støttekollegaordningen er godt etablert i alle landets fylker. Hvert år tar i snitt seks til sju leger i hvert fylke kontakt med ordningen. Disse har i snitt to samtaler hver med en støttekollega. Problemer på jobb, i familie og psykiske problemer oppgis som hovedårsak til at de søker hjelp. Kulturelle forskjeller/språkproblemer kan også være utfordrende. I tillegg til at leger som har problemer selv tar kontakt med støttekollegaordningen, kan både pårørende, kolleger eller også støttekollegaen selv være den som tar første initiativ til et møte. Legeforeningens sekretariat kan også være bindeledd mellom en lege som har behov for noen å snakke med og støttekollegaordningen.

Ressurssenteret Villa Sana har tatt imot leger til rådgivning og på kurs gjennom de siste 15 årene. Omlag 2 500 leger har benyttet seg av tilbudet. Tilbakemeldingene fra brukerne er at de opplever tilbudet som svært nyttig og at kontakt med Villa Sana har medført at de har foretatt viktige endringer i livene sine, enten det gjelder balanse mellom arbeid/fritid, tiltak for å redusere stress samt at dette for mange har gjort terskelen for å oppsøke videre behandling lavere. Vi ser at etterspørselen etter en dags rådgivning øker i forhold til deltakelse på ukeskurs. I 2014 har det også vært gitt tilbud om rådgivning i Oslo en dag i uken.

Utvalg for legehelse har hatt fire møter i løpet av 2014, i tillegg til Årssamlingen som hvert år arrangeres på Soria Moria der landets støttekolleger samles for faglig oppdatering og diskusjon. Søknader til Legeforeningens legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød behandles på årets siste møte i november etter utlysning av midlene i august. Det kom i 2014 inn fem søknader til legatet. Ingen av disse falt innenfor legatets vedtekter, og ble derved avslått.

Utvalg for legehelse er opptatt av å følge med på utvikling og forskning på legers helse både nasjonalt og internasjonalt. Utvalget er representert i European Association for Physician Health (EAPH) ved at utvalgets leder er medlem av dette nettverket. I tillegg tar utvalget sikte på å delta med en til to representanter på den store internasjonale konferansen om legers helse som arrangeres hvert annet år. I 2014 ble denne avholdt i London og utvalget stilte med tre deltakere.

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

2.13 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger

Forhandlingsutvalgene er oppnevnt for samme periode som sentralstyret. Sammensetningen har dermed vært tilsvarende for 2014 som for 2013.

Presidenten leder forhandlingsutvalgene i alle tariffområder. Øvrige representanter til forhandlingsutvalgene oppnevnes i henhold til retningslinjer om sammensetning i forhandlingsreglementet, samt yrkesforeningenes forslag. Presidenten er gitt fullmakt til å supplere utvalgene med representanter fra berørte yrkesforeninger/Nmf avhengig av hvilke temaer som er på dagsordenen. Forhandlingsutvalgene har jevnlig møter knyttet til gangen i forhandlingsforløpene. Det er oppnevnt egne forhandlingsutvalg for de ulike tariffområdene, henholdsvis Spekter, KS/Oslo kommune, Stat og Virke.

Forhandlingsutvalget for Spekter har i 2014 bestått av: president Hege Gjessing, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Johan Torgersen og Ruth F. Flenning. Fra og med november 2014 trådte Johan Torgersen ut av forhandlingsutvalget og ble erstattet av Marit Halonen Christiansen. Varamedlemmer: Erna-Gunn Moen, Turid J. Thune, Marit Halonen Christiansen og Heidi Espvik. Observatør AF: Kari Sollien, Observatørvara AF: Ivar Halvorsen, Observatør LVS: Espen S. Kristoffersen, Observatørvara LVS: Tor-Arne Hagve, Siv Kvernmo, Observatør Nmf Even Holth Rustad. Området ble koordinert av Hanne Gillebo-Blom, sekretariatet.

Virke

Forhandlingsutvalget for Virke har i 2014 bestått av: president Hege Gjessing, Jon Helle, Of, Albert Bolstad, Of, Johan Torgersen, Ylf, og Maria Seferowicz, Ylf. Fra og med november 2014 ble Johan Torgersen erstattet av Marit Halonen Christiansen. Området ble koordinert av Frode Solberg, sekretariatet.

KS/Oslo kommune

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har i 2014 bestått av: president Hege Gjessing, Johan Torgersen, Kari Sollien, Kirsten Toft og Marit Johanne Kamøy. Fra og med november 2014 ble Johan Torgersen erstattet av Marit Halonen Christiansen. Området ble koordinert av Henrik Leinonen-Skomedal, sekretariatet.

Stat

Forhandlingsutvalget i Stat har i 2014 bestått av: president Hege Gjessing, Johan Torgersen, Jon Helle, Karin Rønning og Kristi Ytrehus. Fra og med november 2014 ble Johan Torgersen erstattet av Marit Halonen Christiansen. Området ble koordinert av Øyvind Anmarkrud, sekretariatet

Tariffutvalget

Tariffutvalg for privat praksis har i 2014 bestått av Hege Gjessing (leder), Kari Sollien (Af), Bjørn Nordang (AF), Tone Dorthe Sletten (AF), Sverre Dølvik, (PSL), Ole Johan Bakke (LSA) og Trygve Kase (PSL). I tillegg har Odd Grenager observatørstatus for Overlegeforeningen. Sekretariatet deltar med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring (Befring gikk ut i permisjon fra og med oktober 2014), fagsjef Hanne Riise-Hanssen, fagsjef Lars Duvaland (avdelingsdirektør f.o.m september 2014), forhandlingsøkonom Pål Alm-Kruse og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

Forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring deltok i tillegg som forhandlingskoordinator for de enkelte områdene (Befring gikk ut i permisjon fra og med oktober 2014). Koordinator for de ulike områdene er Hanne Gillebo-Blom (Spekter), Henrik Leinonen-Skomedal (KS/Oslo kommune), Øyvind Anmarkrud (Stat), Frode Solberg (Virke,) og Pål Alm-Kruse (Tariffutvalget).

2.14 Representasjon i Akademikernes organer

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

Akademikerne Helse

Forhandlingene av overenskomst og hovedavtale for sykehusene skjer i regi av Akademikerne helse. President Hege Gjessing ble gjenvalgtvalgt som nestleder høsten 2014. Legeforeningen er i perioden 2012-13, og fra 2013 til 2014, representert ved Jon Helle og Johan Torgersen. Torgersen ble f.o.m. november 2014 erstattet av Marit Halonen Christiansen). Sekretariatet var representert ved Anne Kjersti Befring (Befring har permisjon f.o.m. oktober 2014), Hanne Gillebo-Blom, Bjørn Ove Kvavik og Kristin Krogvold. Andre ansatte i Jus og arbeidslivsavdelingen har deltatt i utvalgsmøtene ved behov

Akademikerne Stat

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne stat. Øyvind Anmarkrud, sekretariatet, var i 2014 Legeforeningens medlem i Akademikerne stat, Henrik Leinonen-Skomedal, sekretariatet, som vara.

Akademikerne Kommune

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Legeforeningen har i 2014 vært representert ved Henrik Leinonen-Skomedal, sekretariatet, med Jon Ole Whist, sekretariatet, som observatør frem til august 2014. Fra august 2014 er Pål Alm-Kruse, sekretariatet, observatør.

Akademikerne Næringsdrivende

Rammevilkår for næringsdrivende i Akademikerne drøftes i Akademikerne Næringsdrivende. I rådsperioden 2012-14 var Legeforeningen representert ved Lars Duvaland, sekretariatet, som leder av utvalget, og møtende medlem Kari Sollien, AF.

Akademikerne Privat

For rådsperioden 2012-14 er Legeforeningen representert ved Frode Solberg, sekretariatet, og Kristian Vetlesen, Namf (vara)

3 Medlemsdata og spesialistgodkjenninger

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

Basert på dette registeret antas det at det per 31.12. 2014 var ca. 28 000 leger inkludert pensjonister i Norge. Av disse var ca. 26 500 under 75 år og ca. 24 100 under 67 år. Ca. 23 000 eller omlag 95,4 % av legene under 67 år i Norge var medlemmer av Legeforeningen. Denne prosentandelen medlemmer fremstår lavere enn vanlig fordi det ved årsskiftet blir foretatt utmeldinger som følge av manglende kontingentbetaling i løpet av året. Mange av disse utmeldte blir reinnmeldt. Prosentandelen medlemmer er derfor normalt sett minst ett prosentpoeng høyere blant leger under 67 år i Norge.

I tillegg kommer omlag 300 legemedlemmer under 67 år som ikke var i Norge. Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er stabil eller langsomt økende, mens andelen av medisinstudentene som er medlemmer, er synkende. Se punkt 3.1.4

Per 31.12. 2014 var det totale antallet medlemmer i Legeforeningen 31 004, (14 494 kvinner og 16 510 menn). Tallet inkluderer 4 073 studentmedlemmer (2 604 kvinner og 1 469 menn). I løpet av 2014 er 118 medlemmer avgått ved døden.

De senere årene ser det ut til at andelen medlemmer har økt noe blant utenlandske statsborgere, mens andelen er stabil og meget høy for norske statsborgere. Blant leger under 67 år er en økende andel av de utenlandske statsborgerne godkjente spesialister (ca. 57 %), mens denne andelen er synkende blant norske statsborgere (ca. 48 %).

3.1 Utvikling i medlemstall

Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2015 per 1. januar:

År *Antall legemedlemmer* *Antall studentmedlemmer*

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

3.1.1 Lokalforeninger

Per 31.12. 2014 hadde de 19 lokalforeningene til sammen 26 558 medlemmer, mens antallet var 25 864 per 31.12. 2013. Oslo legeforening er den største lokalforeningen med 5 758 medlemmer.

3.1.2 Yrkesforeninger

Per 31.12. 2014 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 26 931 ordinære medlemskap og 306 assosierte medlemskap. Per 31.12. 2013 hadde de til sammen 26 284 ordinære medlemskap og 291 assosierte medlemskap. Norsk overlegeforening har fortsatt flest medlemmer totalt, men Yngre legers forening har mer enn 500 flere yrkesaktive ordinære medlemmer enn Overlegeforeningen.

3.1.3 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2014 hadde de 45 fagmedisinske foreningene til sammen 27 071 ordinære medlemskap, noe som for første gang er høyere enn antallet leger som er medlemmer i Legeforeningen. Forklaringen er at dette medlemstallet inkluderer dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter som har ett ordinært medlemskap for hovedspesialiteten og ett ordinært medlemskap for grenspesialiteten. I tillegg kommer 1 533 assosierte medlemskap i fagmedisinske foreninger. Per 31.12. 2013 hadde de fagmedisinske foreningene til sammen 26 145 ordinære medlemskap og 1 271 assosierte medlemskap. Tre av de med assosiert medlemskap gjelder leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen, to gjelder medisinstudenter som er medlemmer av Legeforeningen, og sju gjelder ikke-leger.

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

3.1.4 Norsk medisinstudentforening

Per 31.12. 2014 hadde Norsk medisinstudentforening 4 073 medlemmer, hvorav 1 299 studerer medisin ved utenlandske universiteter. Per 31.12. 2013 hadde Norsk medisinstudentforening 4 099 medlemmer, hvorav 1 385 studerer medisin ved utenlandske universiteter.

Det ble i 2014 innmeldt 566 nye medlemmer i Norge og totalt 330 nye medlemmer i utlandet; 122 nye i Polen og 110 i Ungarn. I 2013 ble det innmeldt 536 nye medlemmer i Norge og totalt 315 nye medlemmer i utlandet. Tallene for nye innmeldinger i 2014 inkluderer bare medlemmer per 31.12. 2014 og derfor blant annet ikke 53 medlemmer som er blitt utmeldt ved årsskiftet pga. manglende kontingentbetaling i løpet av året.

Antallet medlemmer av Norsk medisinstudentforening i Norge er litt lavere per 31.12. 2014 enn per 31.12. 2009. Antallet medlemmer av Norsk medisinstudentforening i utlandet er lavere per 31.12. 2014 enn per 31.12. 2013 og for per 31.12. 2012, men høyere enn per 31.12. 2011 og de foregående årene.

Nedgangen i medlemstall i Norsk medisinstudentforening skyldes altså ikke færre nye medlemmer i løpet av året, men det skyldes et høyt antall utmeldinger pga. manglende kontingentbetaling i løpet av 2014 og økning i antallet med fullført studium, sistnevnte spesielt i utlandet.

Styret består av leder, nestleder med internasjonalt ansvar og fem styremedlemmer, ett fra hvert av de norske universitetene og ett fra utenlandsstudentene.

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

3.2 Spesialistgodkjenninger i 2014

3.2.1 Totalt antall godkjenninger i 2014 og sammenlikninger med tidligere år

Tall fra Legeforeningens legeregister viser at det ble gitt totalt 1 132 nye spesialistgodkjenninger for leger i 2014. Av disse var 923 godkjenninger etter norske regler, mens 152 var konverteringer fra Norden (herav 25 i allmennmedisin) og 57 fra EU/ EØS-området (inkl. én fra

Sveits). Dette er flere godkjenninger etter norske regler enn noen gang tidligere, men færre konverteringer enn på mange år.

Der ikke annet er oppgitt, er statistikken i det følgende basert på Legeforeningens legeregister per februar 2015, etter synkronisering mot Helsepersonellregisteret. Siden 1. oktober 2011 er det Helsedirektoratet som godkjenner spesialister, og statistikken fra Helsedirektoratet viser ikke antall spesialistgodkjenninger i hver enkelt spesialitet, annet enn i allmennmedisin. Legeforeningens tall er i godt samsvar med Helsedirektoratets tall for allmennmedisin, både førstegangsgodkjenninger og resertifiseringer, og det er også rimelig samsvar i tallene for øvrige spesialiteter samlet sett. Legeforeningens tall er imidlertid langt lavere enn Helsedirektoratets tall for konverteringene. Dette kan skyldes at mange av disse gjelder leger som ikke finnes fra før i Legeforeningens legeregister. Siden oktober i 2014 har ikke nye leger blitt registrert i Legeforeningens legeregister på grunnlag av data fra Helsepersonellregisteret, og spesialistgodkjenninger gitt til disse legene kommer dermed ikke med i Legeforeningens statistikk. Det må antas at dette bare får betydning for tallene for konverteringer.

Det er ifølge Legeforeningens legeregister gitt totalt 1 132 nye spesialistgodkjenninger for leger i 2014 (ekskl. resertifiseringer). I tillegg viser Legeforeningens manuelle registreringer at det ble gitt 453 resertifiseringer i allmennmedisin i 2014. Inkludert resertifiseringene i allmennmedisin ble det dermed gitt totalt 1 585 spesialistgodkjenninger til leger i 2014 ifølge Legeforeningens statistikk, men resertifiseringstallene er ikke inkludert i tallene under. Det er godkjent spesialister i alle spesialiteter unntatt barnekirurgi og klinisk farmakologi.

1 132 spesialistgodkjenninger er en liten nedgang fra 2013, da det var 1 162 spesialistgodkjenninger som var det nest høyeste antallet noensinne, men langt høyere enn i 2012 da det kun var 864 godkjenninger. Det høyeste antallet spesialistgodkjenninger noensinne var i 2009 med 1 211 spesialistgodkjenninger. Antallet spesialistgodkjenninger har i alle årene 2007-14 vært høyere enn i alle årene før, med unntak av årene 1997-99 da antallet spesialistgodkjenninger hvert år var høyere enn alle tidligere år, og også høyere enn i alle årene 2000-05.

Dersom vi kun ser på spesialistgodkjenninger *etter norske regler*, og ser bort ifra konverteringer (overføringer) fra Norden, EU og EØS-området, var det 923 nye godkjenninger i 2014. Dette er det desidert høyeste antallet på ett kalenderår noensinne. Det nest høyeste antallet var 809 i 2013, og det tredje høyeste var 716 i 2011. Vi har en klart økende tendens i antallet nye spesialistgodkjenninger etter norske regler hvert år siden 2007, da det bare var 553 spesialistgodkjenninger etter norske regler.

Legeregisteret viser 209 konverteringer fra Norden/EU/EØS i 2014. Det innebærer en betydelig nedgang i antallet fra tidligere år, og en nedgang fra 353 konverteringer i 2013. 209 konverteringer er det laveste antallet siden 1996. Helsedirektoratets tall viser derimot 321 konverteringer altså 112 flere enn det som er registrert i Legeforeningens legeregister. Vi har nevnt at dette kan skyldes at nye leger ikke er blitt registrert i Legeforeningens legeregister siden oktober 2014, men det er også usikkerhet knyttet til om konverteringer kan være mangelfullt registrert i Helsepersonellregisteret.

3.2.2 «Utdanningstid» og gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning

I 2014 var gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning (som vi kaller «utdanningstid») etter norske regler totalt 9,05 år; 9,14 år for kvinner og 8,96 år for menn. Dette er en reduksjon i forskjellen mellom kjønnene i «utdanningstid» siden 2013, da gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning etter norske regler totalt var 8,94

år; 9,32 år for kvinner og 8,57 år for menn. I disse tallene beregner vi gjennomsnittet for alle med minimum fem og maksimum 15 år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning.

I 2014 var gjennomsnittsalderen for nye spesialistgodkjenninger etter norske regler 41,2 år totalt, og gjennomsnittsalderen er her 41,2 år for menn og 41,1 år for kvinner. Dette er en økning i gjennomsnittsalder fra 41 år i 2013 til 41,2 i 2014, og det er en økning for menn, mens det er en nedgang for kvinner. Dersom vi også her avgrenser til de som har minimum fem og maksimum 15 år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning, slik vi har gjort for «utdanningstiden», blir gjennomsnittsalderen for godkjenningene etter norske regler i 2014 redusert til 40,5 år totalt, og det er praktisk talt ingen forskjell mellom kjønnene. Dette er akkurat samme gjennomsnittsalder som i 2013 totalt sett, men da var gjennomsnittsalderen klart høyere for kvinner enn for menn.

For konverteringene av spesialistgodkjenninger fra Norden/EU/EØS var gjennomsnittsalderen langt høyere. I 2013 var dette 49,1 år totalt; 47,1 år for kvinner og 50,2 år for menn. I 2014 er dette redusert til 46 år totalt, 44,5 år for kvinner og 46,6 år for menn.

3.2.3 Fordeling på statsborgerskap for alle spesialistgodkjenninger i 2014

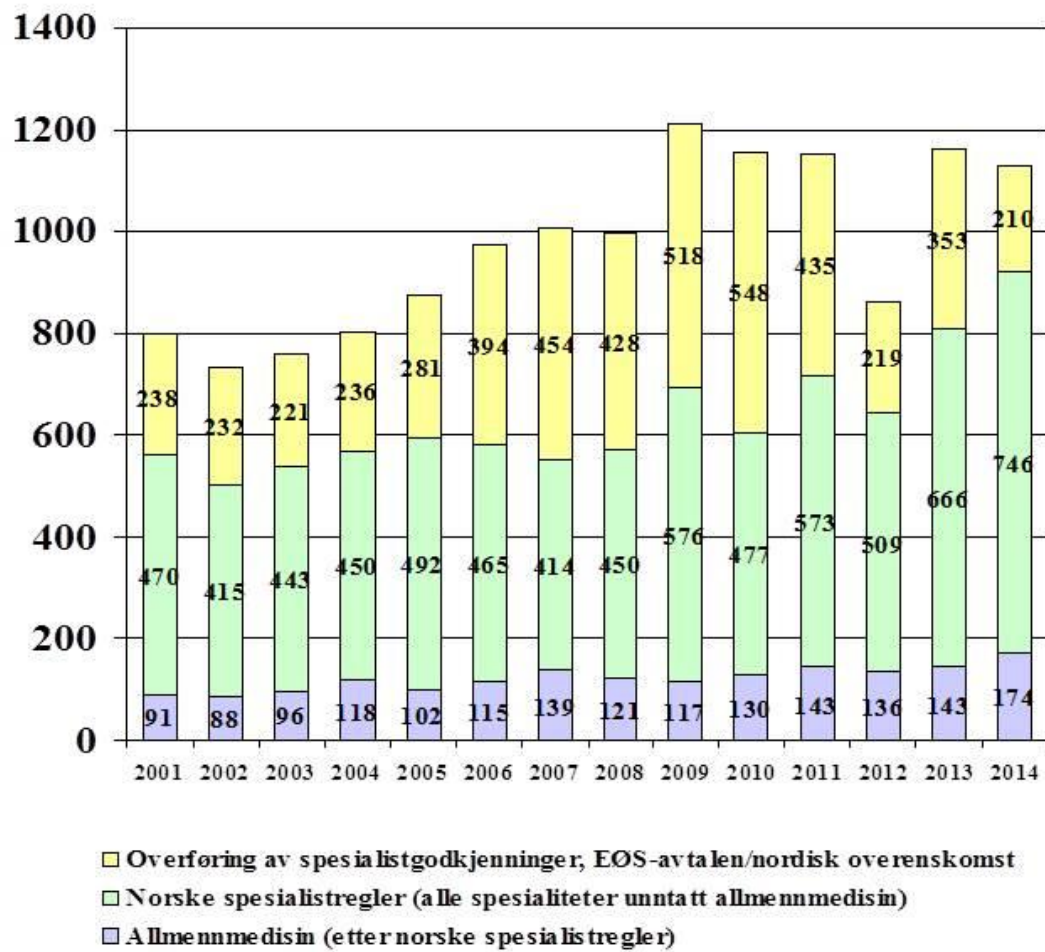
For alle de 1 130 nye spesialistgodkjenningene ser fordelingen på statsborgerskap slik ut:

Statsborgerskap gruppe	Antall	% av alle
Norge (antatt)	763	67.4
Norden utenom Norge	184	16.3
EU-land før 1.5. 2004 utenom Norden	78	6.9
Land utenfor EU/EØS/Sveits	57	5.0
10 nye land EU-land fra 1.5. 2004	33	2.9
Romania og Bulgaria (EU-medlemmer fra 1.1. 2007)	13	1.1
Kroatia (EU-medlem fra 1.7. 2013)	4	0.4
Sveits (egen spesialavtale med EU/EØS)	0	0.0

Minst 359 (31,8 %) av spesialistgodkjenningene i 2014 gjelder utenlandske statsborgere, noe som er langt flere enn det registrerte antallet konverteringer fra Norden/EU/EØS, som utgjorde 209 (18,5 %) av godkjenningene i 2014. Samtidig gjelder inntil 50 av de 209 konverteringene norske statsborgere (24 av disse står med ukjent statsborgerskap, men alle med ukjent statsborgerskap er antatt å være norske i denne statistikken).

Halvparten av de utenlandske statsborgerne er nordiske borgere, noe som er en lavere andel enn tidligere. Det er flest utenlandske statsborgere fra Sverige, Danmark, Tyskland, Nederland, Spania, Irak, Island, Russland, Polen, Litauen og Romania. Det er 40 statsborgere fra Tyskland, men bare fem konverteringer fra Tyskland – det siste er et betydelig lavere antall enn tidligere. 64 av spesialistgodkjenningene gjelder leger med statsborgerskap fra Øst-Europa (herav 17 konverteringer), både innenfor og utenfor EU – en nedgang fra 94 i 2013. Det er færre godkjenninger i 2014 enn i 2013 som involverer leger med statsborgerskap fra Sverige, Danmark, Polen, Litauen, Island, Ungarn, Slovakia og Iran. Det er samtidig litt flere godkjenninger av leger med statsborgerskap fra Tyskland, Nederland, Spania og Irak i 2014 enn i 2013.

Antall spesialistgodkjenninger 2001- 2014



3.2.4 Spesialistgodkjenninger i 2014 etter spesialitet mv.

Spesialitet	Totalt antall	Kvinner	Menn	Antall konverterte:	
				Norden	Øvrige EØS-land*
Allmennmedisin (ekskl. resertifiseringer)	199	77	122	25	0
Anestesiologi	68	25	43	15	8
Arbeidsmedisin	5	4	1	0	1
Barnekirurgi	0	0	0	0	0
Barne- og ungdomspsykiatri	29	24	5	2	0
Barnesykdommer	32	22	10	4	1
Blodsykdommer	7	5	2	1	0
Bryst- og endokrinkirurgi	2	0	2	0	0
Endokrinologi	9	3	6	3	0
Fordøyelsesykdommer	14	3	11	2	2
Fysikalsk medisin og rehabilitering	16	13	3	0	1
Fødselshjelp og kvinnesykdommer	34	25	9	7	3
Gastroenterologisk kirurgi	9	0	9	2	2
Generell kirurgi	47	12	35	5	5
Geriatrici	12	6	6	4	0
Hjertesykdommer	26	7	19	4	0
Hud- og veneriske sykdommer	16	11	5	2	2
Immunologi og transfusjonsmedisin	3	1	2	0	0
Indremedisin	122	52	70	14	1
Infeksjonssykdommer	13	8	5	0	0
Karkirurgi	7	1	6	2	0
Klinisk farmakologi	0	0	0	0	0
Klinisk nevrofysiologi	3	3	0	0	0
Lungesykdommer	15	8	7	1	1
Maxillofacial kirurgi	2	2	0	0	1
Medisinsk biokjemi	7	6	1	0	0
Medisinsk genetikk	1	1	0	0	0
Medisinsk mikrobiologi	8	4	4	1	0
Nevrokirurgi	3	1	2	1	0
Nevrologi	26	18	8	2	0
Nukleærmedisin	5	2	3	0	0
Nyresykdommer	5	4	1	0	0
Onkologi	21	12	9	0	0
Ortopedisk kirurgi	52	8	44	17	0
Patologi	14	8	6	1	4
Plastikkirurgi	10	1	9	0	1
Psykiatri	122	80	42	11	8
Radiologi	69	31	38	13	14
Revmatologi	14	10	4	3	1
Samfunnsmedisin	21	8	13	0	0
Thoraxkirurgi	7	0	7	0	1
Urologi	13	4	9	2	0
Øre-nese-halssykdommer	18	4	14	2	0
Øyesykdommer	24	13	11	6	1
TOTALT	1 132	528	604	152	57

* Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene, samt Sveits (med én konvertering i 2014).

3.2.5 Kvinneandel

Kvinneandelen for alle 1 132 spesialistgodkjenningene i 2014 var 46,6 %. Dette er den høyeste kvinneandelen noensinne, en økning fra 45,7 % i 2013. Kvinneandelen i de konverterte godkjenningene er som tidligere lavere enn for godkjenningene som ble gitt etter norske regler. Dersom vi kun ser på de 923 godkjenningene etter norske regler, var kvinneandelen også den høyeste noensinne, med 50,2 % i 2014 (463 kvinner og 460 menn), mot 50,1 % i 2013 (416 kvinner og 415 menn). Økningen i kvinneandel totalt sett fra 2013 til 2014 skyldes altså i litt større grad økt kvinneandel for konverteringene enn økt kvinneandel for godkjenninger etter norske regler. 2013 var første gang i historien at over halvparten av spesialistene godkjent etter norske regler var kvinner. Dette var en klar økning fra 44,2 % kvinner i 2011 og 47,9 % i 2012.

I allmennmedisin derimot er det en nedgang i kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger (ekskl. resertifiseringer) etter 2012. Her var det i 2012 kvinneflertall for første gang, både for godkjenninger etter norske regler (med hele 54,4 %) og totalt sett (med 51,3 %).

Kvinneandelen for spesialistgodkjenningene i allmennmedisin gikk i 2013 ned til 44,3 % for godkjenninger etter norske regler og 43,1 % totalt sett. I 2014 er dette sunket ytterligere, til 39,1 % for godkjenninger etter norske regler og 38,7 % totalt sett.

3.2.6 Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader

I det følgende ser vi nærmere på antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2014 etter spesialitet og etter hvorvidt søknadene har vært behandlet i spesialitetskomiteen. Konverteringer blir normalt ikke sakkyndigvurdert av spesialitetskomiteene, men det finnes faktisk noen unntak som omfatter tre konverteringer gitt i 2014 (to av disse gjelder samme lege og ble sakkyndigvurdert i 2013). Disse er ikke tatt med i tallene i det følgende. Tallene i det følgende er også avgrenset til dem som faktisk fikk spesialistgodkjenning i 2014, så det totale antallet saker som har vært sakkyndigvurdert i 2014 er langt høyere enn det som blir angitt her, spesielt i kompleksitetskategori 2 og 3.

For de totalt 920 førstegangs spesialistgodkjenningene etter norske regler i 2014 har det vært 286 sakkyndigvurderinger, herav 10 i 2012, 35 i 2013 og 241 i 2014. Men disse tallene omfatter både flere sakkyndigvurderinger for samme spesialistgodkjenning og flere sakkyndigvurderinger for flere spesialiteter for samme lege. Tallet må derfor justeres ned til 245 for å korrigere for dette. Tallet 286 kan sammenlignes med 356 i 2013. Ettersom det samtidig er så stor økning i antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler fra 2013 til 2014, utgjør dette er en dette en stor nedgang fra 2013 og utgjør omtrent 27 % i 2014.

Av de 286 sakene som har vært til behandling i komiteene og som har resultert i spesialistgodkjenning i 2014, er det en nedgang fra 260 til 184 i kategori 1 (de antatt enkleste sakene), en nedgang fra 47 til 37 i kategori 2, men en økning fra 49 til 65 i kategori 3 (de mest komplekse sakene). Av sakene i kategori 1 er det i 2014 absolutt sett klart flest i radiologi, fulgt av indremedisin, allmennmedisin, psykiatri, samfunnsmedisin og fysikalsk medisin og rehabilitering. Av sakene i kategori 2 er det klart flest i psykiatri, dernest indremedisin, anesthesiologi og allmennmedisin. Av sakene i kategori 3 er det klart flest i allmennmedisin, fulgt av psykiatri, generell kirurgi, barnesykdommer og indremedisin.

I allmennmedisin er andelen som har vært sakkyndigvurdert, relativt lav med ca. 25 %, men nesten halvparten av disse sakene er i kategori 3. Dette er akkurat som i 2013.

Innen radiologi, fysikalsk medisin og rehabilitering, nukleærmedisin og samfunnsmedisin har

de aller fleste av spesialistgodkjenningene skjedd etter sakkyndigvurdering i spesialitetskomiteene, de fleste i kategori 1. Det er en betydelig lavere andel sakkyndigvurderinger i spesialitetene barne- og ungdomspsykiatri, psykiatri og arbeidsmedisin i 2014 enn i 2013.

Så vidt vi kan se er det bare 10 av spesialistgodkjenningene innen grenspesialitetene i 2014 som har vært gitt etter sakkyndigvurdering, sju i grenspesialiteter under generell kirurgi (herav fem i kategori 1 (herav to i urologi, én i karkirurgi, én i thoraxkirurgi og én i bryst- og endokrinkirurgi) og to i kategori 3 (herav én i urologi og én i thoraxkirurgi) og bare tre i grenspesialiteter under indremedisin (alle tre i kategori 1, herav to i geriatri, og én i blodsykdommer). Dette er imidlertid avgrenset til leger som har blitt godkjent i samme grenspesialitet som den grenspesialiteten som er blitt sakkyndigvurdert. I tillegg kommer ytterligere 24 spesialistgodkjenninger i grenspesialiteter i 2014 fordelt på 19 forskjellige leger som har fått denne spesialistgodkjenningen etter sakkyndigvurdering av spesialiteten i generell kirurgi eller indremedisin.

Andelen sakkyndigvurderinger i grenspesialitetene var meget lav også i 2013, men ikke på langt nær så lav som i 2014. Da var det totalt 30 spesialistgodkjenninger i grenspesialitetene etter sakkyndigvurdering av grenspesialiteten, noe som tilsvarer tallet 10 i 2014. I 2013 var det langt flere sakkyndigvurderinger enn i 2014 innen geriatri, gastroenterologisk kirurgi, infeksjonssykdommer, hjertesykdommer, lungesykdommer og karkirurgi.

Også innen mange av hovedspesialitetene har relativt få saker vært til sakkyndigvurdering i 2014, og ingen innen revmatologi, nevrokirurgi eller maxillofacial kirurgi. For revmatologi og nevrokirurgi er dette en stor endring fra 2013 da en stor andel av spesialistgodkjenningene skjedde etter sakkyndigvurdering. Det er i 2014 også relativt få spesialistgodkjenninger etter sakkyndigvurderinger innen ortopedisk kirurgi, øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer, barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer, barnesykdommer, nevrologi, onkologi, hud- og veneriske sykdommer og patologi, samt en del mindre spesialiteter. Her har vi bare nevnt hovedspesialiteter med minst fem spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2014.

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

4 Prosjekter/Annet

4.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen

	HØRINGER - 2014
1	Høring – Rapport fra arbeidsgruppe som har vurdert brann- og redningsvesenets organisering og ressursbruk
2	Høring - Forslag til revisjon av gjeldende nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen på tema «vold og seksuelle overgrep mot gravide»
3	Landsstyremøtet 2014 - innmelding av ordinære saker
4	Høring - Revisjon av forskrift av 3. april 2008 nr. 320 (FOR-2008-04-03-320) om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp
5	Høring - Rapport fra utvalg om lønnsdannelse
6	Høring - forslag til endringer av De etiske regler for leger
7	Høring - Retningslinjer for lindrende sedering i livets slutfase
8	Høring - Reservasjonsordning for fastleger
9	Intern høring - Legeforeningens veileder for Praksiskonsulentordningen
10	Høring - Om endringer i alkoholloven - åpningsdager for salg av alkoholholdig drikk m.v.
11	Høring på plan for organisering, prioritering og lokalisering av avtalespesialister i regionen mot 2020
12	Fra Akademikerne: Invitasjon til å fremme kandidater til Akademikerprisen. Akademikerne inviterer foreningene om å fremme kandidater til Akademikerprisen 2014. Nominasjonsfristen er 1. mai 2014
13	Intern høring - statusrapport 2014 om nasjonal sykehusplan
14	Høring - Nasjonal veileder IS-2077 - Bruk av opioider - ved behandling av langvarige ikke-kreftrelaterte smerter
15	Innspill til Helsedirektoratets arbeid med ny felles forskrift for internkontroll og systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i helse- og omsorgstjenesten
16	Høring - Prosedyrer for rusmiddeltesting
17	Høring - Endringer i arbeidsmiljøloven og folketrygdloven - forenkling av regelverket om oppfølging av sykmeldte arbeidstakere
18	Høring om forslag til forskrift om forsøksordning med spesialistutdanning av leger i avtalepraksis
19	Høring - Utkast til spesialist- og overgangsregler for ny legespesialitet i rus- og avhengighetsmedisin
20	Fra Akademikerne: Høring - sektorselskaper som effektive redskap i sektorpolitikken
21	Høring - Ny strategi for Norsk Helsennett - Strategi 2020
22	Høring - Finnmark som utdanningsarena i medisinstudiet ved UiT Norges arktiske universitet
23	Prosjektrapport for Utviklingsplan 2030 Sørlandet sykehus
24	Høring - Kvinnehelse - 10 år etter kvinnehelsestrategien
25	Høring - Revidert lov om anke til Trygderetten

26	Fra Akademikerne: Høring - Utkast til forskrifter i forbindelse med innføring av ny uførepensjon i offentlig tjenstepensjon (overgangsregler, inntektsprøving og samordning)
27	Høring - Akademikernes kunnskapspolitiske policydokument
28	Høring - Forslag om å fjerne forbudet mot proffboksing
29	Høring - Veileder for Nødnett i helsetjenesten
30	Høring om forslag til endringer i forskrift om nasjonalt vaksinasjonsprogram - innføring av vaksine mot rotavirus
31	Høring om forslag til veileder for laboratorietilbud i sykehjem fra Noklus
32	Høring - Veileder for akuttmottak
33	Fra Akademikerne: Modernisering av direktiv 2005/36/EF, informasjon om offentlig konsultasjon om Europeisk profesjonskort
34	Høring - Forslag til endringer knyttet til Helsekravforskriften vedrørende petroleumsvirksomheten til havs
35	Fra Helsedirektoratet: Fritt sykehusvalg i Norge - innspill til innhold og kvalitetssikring av informasjon på nettsiden
36	Fra Statens legemiddelverk: Høring - forslag om endringer i legemiddelforskriften og utleveringsforskriften
37	Fra HOD: Høring - endring av aldersgrensen for bortfall av helsepersonells autorisasjon m.v. fra 75 - 80 år
38	Høring - Forslag til endringer i abortforskriften - presisering av grensen for senabort
39	Høring - Forslag til ny akuttmedisinforskrift og forslag til endringer i forskrift om pasientjournal
40	Fra Helsedirektoratet - Foreslå kandidater til fire av Helsedirektoratets nasjonale fagråd
41	Fra Helsedirektoratet - Innspill til utredningsoppdrag om legemidler
42	Fra Akademikerne: Høring - forslag til endringer i arbeidsmiljøforskriftene
43	Høring - Fritt behandlingsvalg i spesialisthelsetjenesten
44	Høring - Utvisning av særreaksjonsdømte utlendinger
45	Høring - Invitasjon til høring - Regional plan for hudfaget 2014 - 2020
46	Høring - Helsedirektoratets utredning og konsekvensvurdering om fremtidig spesialitetsstruktur for leger
47	Høring - Veileder for faglige og organisatoriske kvalitetskrav for somatiske akuttmottak
48	Høring - Innspill til ny folkehelsemelding
49	Høring - Endring av forskrifter om eigendel og refusjon for vaksenpsykiatrisk poliklinisk verksemd og poliklinisk tverrfagleg spesialisert handsaming av rusmiddelavhengnad
50	Høring - Høringsnotat med forslag til endringer i forskrift om stønad til helsetjenester i EØS-land - gjennomføring av pasientrettighetsdirektivet
51	Høring - Forslag om å fjerne henvisning fra fastlege når kvinner begjærer abort
52	Høring - Endringer i arbeidsmiljøloven (aml)
53	Høring - Utkast til veileder habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator
54	Høring - Nasjonale prosedyrer for nødetatenes samvirke ved pågående livstruende vold (PLIO)

55	Høring - Idéfase OUS - Campus Oslo
56	Høring - Forslag til endring i blåreseptforskriften for legemidler til behandling av hepatitt C
57	Forslag til endringer i alkoholforskriftens reklamebestemmelser
58	Foreslår å oppheve betjeningskravet for solarier
59	Høring - Styringsstruktur og strategi for nasjonale screeningprogrammer
60	Fra Akademikerne: Høring - Ny, utvidet unntaksordning for fedrekvoten og mødrekvoten i foreldrepengeordningen
61	Høring - Lov om karantene og saksforbud
62	Fra Akademikerne: Forslag om endret minstegrense i Statens pensjonskasse, pensjonsordning for sykepleiere og pensjonsordning for apotekvirksomhet
63	Norsk veileder i praktisk anafylaksihåndtering
64	Fra Akademikerne: Arbeids- og sosialdepartementet foreslår å erstatte styret i Statens pensjonskasse med et brukerforum. Brukerforumet skal være en prøveordning
65	Invitasjon til høring: Endring av reseptgruppe for Pregabalin. Fra Statens legemiddelverk
66	Høring - Evaluering av EAT-samarbeidet
67	Høring - utvidet rekvireringsrett for helsesøstre og jordmødre, forslag til endring i forskrift om rekvirering og utlevering av legemidler for apotek
68	Høring - forenkling av regelverket for dekning av pasienters reiseutgifter (pasienttransport)
69	Intern høring - Legeforeningens statusrapport om legevakt
70	Høring - forskrift om tilgang til helseopplysninger mellom virksomheter
71	Høring - Gjennomgang av medisinstudiet ved NTNU
72	Høring - Forskrift om ansettelse på innstegsvilkår
73	Intern høring - Landsstyresak - forslag til endring i forretningsorden for landsstyremøtet 2015
74	Intern høring - Landsstyresak - Lovendringer - Gjennomføring av landsstyremøter - frist for å fremme saker for landsstyret, saksliste for landsstyremøtene, avstemning i landsstyret, elektroniske valg
75	Høring - Kontaktlege i spesialisthelsetjenesten - søksmålsfrister
76	Høring - Om ny autorisasjonsordning for helsepersonell utdannet utenfor EØS
77	Høring - Akuttutvalgets delrapport
78	Høring - Revidering av Veileder for psykososiale tiltak ved kriser, ulykker og katastrofer - Helsedirektoratet ved avdeling psykisk helse og rus
79	Høring - Organisering og drift av tverrfaglige smerteklinikker
80	Intern høring - Fastsettelse av medarrangør for landsstyremøte i 2017
81	Høring - NOU 2014: 12 Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten
82	Hastehøring - Stønad til opioider etter folketrygdloven § 5-14 - forslag til endring av veileder vedrørende vilkår for individuell stønad
83	Høring - NOU 2014: 8 Tolking i offentlig sektor - et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd
84	Høring - Veileder for rusmestringsenhetene
85	Høring - Utarbeiding av veileder til pårørende - Obduksjon og forskning på døde barn

86	Høring - Utkast til veileder for Fylkesmannens behandling av klager
87	Høring - Tilregnelighetsutvalgets utredning NOU 2014: 10 Skyldevne, sakkyndighet og samfunnsvern
88	Høring - Nasjonal beredskapsplan mot ebola - interimversjon
89	Høring - Nasjonal retningslinje behandling og rehabilitering av rusmiddelproblemer og avhengighet
90	Høring - Helsekrav til førerrett
91	Høring - Forslag til endringer i forskrift om elektronisk kommunikasjon ved innsending av erklæringer og uttalelser til Arbeids- og velferdsetaten

4.2 Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten

Kull 4 gjennomførte de to første samlingene av kurset i 2014. Søkningen til kurset er god, og evalueringene er svært positive. Kurset gjennomføres som et samarbeid mellom Legeforeningen og KS organisert i en styringsgruppe. Denne besluttet i 2014 å iverksette en helhetlig vurdering av kurskonseptet i 2015.

4.3 Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten

Kurset er et samarbeid mellom Legeforeningen og Nasjonal ledelsesutvikling som representerer de fire regionale helseregionene. Kull 10 gjennomførte kurset i 2014. Nasjonal ledelsesutvikling har signalisert ønske om endring av målgruppen for kurset. De ønsker å etablere et tverrfaglig kurs som skal gjennomføres som pilot i 2015. Det er inngått avtale med Nasjonal ledelsesutvikling om å gjennomføre et nytt «Frist meg inn i ledelse for kvinnelige sykehusleger» i løpet av 2015. Legeforeningen planlegger gjennomføring av en spørreundersøkelse til alle kursdeltakerne i løpet av 2015 for å se på effekten av kurset med tanke på videreføring.

4.4 Forbedringsprosjekt obstetrikk

I samarbeid med Norsk gynekologisk forening, Norsk sykepleierforbund og Den norske jordmorforening, og med finansiering fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, startet Legeforeningen vinteren 2014 *forbedringsprosjekt obstetrikk* etter gjennombruddsmetoden. En ressursgruppe utformet forslag til forbedringsområder. 26 forbedringsteam fra 25 fødeavdelinger gjennomførte første samling i prosjektet i september 2014. Prosjektet varer til juni 2015.

Ressursgruppen består av:

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

Gruppen hadde tre møter våren 2014, og var representert på forbedringsprosjektets første fellessamling i september. Gruppen anbefalte følgende fem forbedringsområder for de deltakende fødeavdelingene:

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

4.5 Arbeidsgruppe – 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 retter en henvendelse til Arbeids- og sosialdepartementet (ASD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og ber dem utrede problemstillingen nærmere, for eksempel ved å nedsette en arbeidsgruppe. Sentralstyret fattet en beslutning i tråd med sekretariatets forslag, og et brev med innhold i tråd med disse føringene ble i mars 2014 oversendt Arbeids- og sosialdepartementet.

4.6 Arbeidsgruppe rettspsykiatri

Det rettspsykiatriske fagmiljøet hadde i mange år etterlyst en utvikling av rammene for arbeidet innenfor det rettspsykiatriske fagfeltet, og fagområdet hadde over tid vært mye omtalt og diskutert, blant annet i mediedekningen i etterkant av terrorangrepene 22.7. 2011, og i forbindelse med at et regjeringsoppnevnt utvalg (Tilregnelighetsutvalget) skulle legge frem sine forslag knyttet til tilregnelighetsvurderinger mm. for justisministeren høsten 2014.

Med økonomisk støtte fra Legeforeningen utarbeidet Norsk psykiatrisk forening en rapport om utvikling av norsk rettspsykiatri som ble lagt frem for sentralstyret 13.2. 2014. På bakgrunn av rapporten utarbeidet Legeforeningen et policynotat om rettspsykiatri som ble vedtatt av sentralstyret i august 2014.

4.7 Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer

Sentralstyret vedtok i juni, etter forberedende drøftinger i styret og med fagmedisinske foreninger, at det skulle nedsettes et prosjekt for å utrede om Legeforeningen kan påta seg en rolle i utarbeiding av faglige veiledere og retningslinjer i nært samarbeid med de fagmedisinske foreningene. Prosjektet skal sin gi tilråding til sentralstyret våren 2015.

Prosjektets arbeidsgruppe består av:

Prosjektleder Marit Hermansen (leder Norsk forening for allmennmedisin - NFA), Ole-Gunnar Anfinssen, leder av kvalitetsutvalget i Norsk cardiologisk selskap, Petter Brelin (NFA), nestleder i FaMe-gruppen (landsstyredelegatene fra de fagmedisinske foreningene) og landsstyremedlem Legeforeningen, Kjell-Morten Myhr, nestleder Norsk nevrologisk forening og Anny Spyds laug, medlem av kvalitetsutvalget i Norsk gynekologisk forening. Gruppen ble oppnevnt høsten 2014 og har hatt to møter.

4.8 Medlemsfordeler

Legeforeningens medlemmer er en interessant kundegruppe for en rekke bransjer, både privat og som næringsdrivende. Legeforeningen har forsterket arbeidet med å etablere kommersielle tilbud til nytte og besparelse for medlemmer.

Strategien i arbeidet med medlemsfordeler innebærer at visse kriterier må være oppfylt for at det skal inngås avtale på vegne av medlemmene. Avtalene må være forenlig med hensynet til Legeforeningens omdømme og verdier. De må være gode nok til å ha potensial for å bli verdsatt av den enkelte lege. De skal gi besparelser for medlemmene og derved bidra til å motivere til fortsatt medlemskap. De skal være selvfinansierende ved at en del av den kommersielle verdien benyttes til å dekke Legeforeningens kostnader. Legeforeningen har nå avtaler innenfor følgende områder: Bank, forsikring, reise og hotell, data og telefoni samt bil og drivstoff.

Videre er det inngått særlige avtaler for næringsdrivende innenfor områdene pensjon, forsikring, kontorrekvisita og forbruksmateriell.

I desember 2014 underskrev Legeforeningen en samarbeidsavtale mellom Legeforeningen og ti andre medlemsforeninger i Akademikerne på den ene side og Storebrand og Danske Bank på den andre side. Avtalene innebærer at Storebrand og Danske Bank erstatter DNB med et forbedret medlemstilbud innenfor bank og forsikring.

Etter at nyheten om leverandørskiftet ble meddelt i e-post til alle medlemmer 29.9. 2014, har det vært stor interesse for det nye tilbudet.

5 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

5.1 Fagakademiet

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

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

I 2014 var Bjørn Oscar Hoftvedt Legeforeningens representant i Fagakademiets styre inntil Merete Dahl og Nina Evjen ble oppnevnt som henholdsvis representant og vararepresentant av sentralstyret den 17.6. 2014. I 2014 ble det gjennomført 444 kompetansetiltak og omsetningen var litt i underkant av 40 millioner kroner.

5.2 Akademisk Studieforbund

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

Legeforeningen har i 2014 mottatt kr 1 154 242 for kursvirksomheten i 2013.

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

5.3 Norsk legemiddelhåndbok (NLH)

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

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

NLH er en produsent- og myndighetsuavhengig oppslagsbok om legemidler. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Norsk legemiddelhåndbok er tilgjengelig som papirutgave, på nett og via applikasjon for smarttelefon.

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 20.-22. mai 2014, Soria Moria hotell og konferansesenter, Oslo.

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 14/639	Godkjenning av innkallingen	Innkallingen til landsstyremøtet 4.-6.6. 2014 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 2 14/639	Valg av dirigenter	Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2014.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 3 14/639	Forslag til forretningsorden	Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2014 godkjennes	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 4 14/639	Valg av tellekomité	Som tellekomité ved landsstyremøtet 2014 velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 5 14/639	Sakliste for landsstyremøtet	Saklisten godkjennes Dirigentenenes forslag til sakliste	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 6 14/639	Valg av redaksjonskomité	Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 7 12/4941	Helsepolitisk debatt	Hvilke tanker og planer har vi for en fremtidsrettet og bærekraftig Helsetjeneste med god tilgjengelighet, klar ansvars- og oppgavefordeling innen og mellom nivåene, god kvalitet og	Forslaget oversendes	Legeforeningen har et eget bredt sammensatt IT- utvalg som bl.a. arbeider med funksjonelle	OK.

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Til årsmeldingen pkt 4.4. Det er reist spørsmål fra medlemmer om Legeforeningens engasjement i enkelte arrangementer og samarbeid med organisasjoner hvor kommersielle interesser er involvert. Det finnes svært mange ideelle organisasjoner som Legeforeningen kan ha nytte av å samarbeide med. Landsstyret ber sentralstyret ta initiativ til å utrede Legeforeningens engasjement i ulike ideelle organisasjoner. Bindinger til kommersielle interesser unngås. Forslag 3 Forslag fra Aage Huseby, Akershus legeforening Til årsmeldingen pkt 4.4. For å styrke medisinskfaglig utvikling og tilby framtidens helsetjenester anmodes sentralstyret å utarbeide prinsipper og retningslinjer for innovasjon og næringsutvikling. Forslag 4 Forslag fra Pernille Bruusgaard, Oslo legeforening Landsstyret oppfordrer Legeforeningen til å trekke seg som strategisk samarbeidspart i EAT-forum 2014.	Oversendes sentralstyret Oversendes sentralstyret Forslaget trekkes	Landsstyresak 2015 – Legeforeningens samarbeid med andre. Landsstyresak 2015 – Legeforeningens samarbeid med andre. Ingen	OK
Sak 9.1	Reservasjonsmulighet for fastleger	Sentralstyrets innstilling til vedtak, i redigert versjon fra redaksjonskomiteen: Landsstyret tar til etterretning sentralstyrets redegjørelse og håndtering av saken. I høringsrunden om lov- og forskriftsregulering av fastlegers reservasjonsmulighet ved henvisning til abort gikk et flertall av Legeforeningens høringsinstanser imot høringsforslaget. Fremtidige saker om samvittighetsspørsmål skal vurderes i hver enkelt sak.	Forslaget vedtatt.132 stemmer for, 7 stemmer mot.	Ingen	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Forslag 1 Forslag fra Gunhild Felde: Sentralstyret skal arbeide for å ivareta medlemmenes samvittighetsfrihet, i tråd med landsstyrevedtaket fra 2013 (om reservasjonsadgang). Forslag 2 Forslag fra Arne Nakling: Det påkviler alle fastlegar ei plikt å ta imot abortsøkjande til rådgjevande samtale, samt utføre relevant klinisk undersøking. Den abortsøkjande henvender seg sjølv til sjukehuset med begjæringa saman med relevante kliniske opplysningar frå fastlege.	Forslaget oversendes sentralstyret. Forslaget oversendes sentralstyret.	Regjeringen fremla et nytt forslag til forskrift i saken med høringsfrist september 2014. I forbindelse med denne prosessen deltok sekretariatet i tett dialog herunder møter med politisk ledelse. Sekretariatets jurister møtte også departementet jurister og ga innspill til forskriftens nærmere utforming og formuleringer. Da saken var på høring ble det gjennomført en ordinær høringsrunde og Legeforeningen avga sitt høringssvar i saken, der man ga sin tilslutning til forslaget. Sekretariatet tar til etterretning landsstyrets uttalelse om at fremtidige saker om samvittighetsspørsmål skal vurderes i hver enkelt sak.	
Sak 9.2	Konsekvensutredning av Helsedirektoratets forslag til fremtidig spesialitetsstruktur	Sentralstyret gis fullmakt til å ferdigstille Legeforeningens innspill til konsekvensvurdering av Helsedirektoratets forslag til fremtidig spesialitetsstruktur. Forslag 1 Forslag fra Jon Haffner, støttet av Sigrun Solberg Legeforeningen ber Helsedirektoratet vurdere særskilt om akuttkirurgi bør opprettes som eget kompetanseområde etter fullført spesialistutdanning i kirurgiske spesialiteter.	Enstemmig vedtatt Oversendes sentralstyret	Ingen Legeforeningen har gjennomgått alternative løsninger og sendt inn forslag om organisering av akuttkirurgi til prosjekt	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
				spesialtetsstruktur i Hdir	
Sak 9.3	Legevakt	Legeforeningen jobber for tiden med å lage en statusrapport med forslag til løsninger som kan bedre legevakttjenesten. Følgende problemstillinger ønskes debattert: 1. Hva skal legevakt være? 2. Hva er akseptabel reiseavstand?			OK
Sak 9.4	Legerollen og kvalitet i en travel hverdag	Forslag fra Tone Dorthe Sletten, Allmenlegeforeningen Sentralstyret bes arbeide for å få til en sentral løsning for honorering av fastleger/allmennleger som deltar i tverrfaglig systemarbeid i kommuner, helseforetak, NAV og ev. andre arenaer hvor den allmennmedisinske kompetansen er etterspurt.	Forslaget oversendes sentralstyret.	Behandlet i sentralstyremøte 14.1.2015.	OK
Sak 9.5	Ledelse i sykehus	Landsstyret slutter seg til sentralstyrets forslag til modulbasert lederopplæring. Finansieringen forutsetter at berørte yrkesforeninger finner dekning i eget budsjett i 2015. Forslag 1 Forslag fra Marit Kamøy, støttet av Kristin Hovland, Oslo legeforening Det foreslås følgende tillegg etter 1. setning: Lederopplæringen bør også omfatte legeledere i primærhelsetjenesten og andre potensielle legeledere Forslag fra Toril Morken, støttet av Øyvind Lie, Ylf Kurset i ledelse åpnes også for tillitsvalgte. Kurset kan være en god arena for samarbeid mellom ledere og tillitsvalgte.	Vedtatt med 136 stemmer, en stemme mot Oversendes sentralstyret Oversendes sentralstyret	Ingen Sak behandlet i sentralstyremøte mars 2015. Det er nedsatt en arbeidsgruppe som skal komme med sin utredning innen 31.12.2015.	OK
Sak 10	Valg av lokal arrangør og sted for landsstyremøte 2016	Landsstyremøte 2016 arrangeres i Oslo. Sentralstyret foreslår at møtet avholdes i tirsdag 24.5 til torsdag 26.5. 2016.	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 11	Forslag til endringer i etiske regler for leger	Forslag 1 Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening Endring i §2, siste setning:			

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Legen har ansvar for å gi egnet informasjon om sin rolle og formålet med kontakten. (Opprinnelig innstilling til vedtak: Legen har ulike roller overfor pasienter, som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av pasientinformasjon. Det må skilles tydelig på rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi informasjon slik at pasienten forstår legens rolle og formålet med pasientkontakten.) Forslag 2 Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening, §2 – revidert forslag 1 (endring understreket) Legen har ulike roller overfor pasienter som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av pasientinformasjon. Det må skilles tydelig på rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten. Forslag til vedtak Etiske regler vedtas endret i samsvar med forslagene i saksfremlegget med unntak av reglenes § 2 og § 5. Når det gjelder § 2, vedtas denne slik: Legen skal ivareta den enkelte pasients interesse og integritet. Pasienten skal behandles med omsorg og respekt. Samarbeidet med pasienten bør baseres på gjensidig tillit og skal, der det er mulig, bygge på informert samtykke.			

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		Legen har ulike roller som behandler, sakkyndig og forvalter av velferdsgoder. Rollen har betydning for hvordan legen opptrer og for behandling av sensitiv informasjon. Det må skilles tydelig mellom rollene som behandler og sakkyndig. Legen har ansvar for å gi nødvendig og tilpasset informasjon om sin rolle og formålet med kontakten. Når det gjelder § 5 vedtas følgende: Bestemmelsen i § 5 opprettholdes uendret. Landsstyret ser behov for en vurdering av begrepsbruken i bestemmelsen. Saken sendes tilbake til Rådet for legeetikk for nærmere avklaring.	Enstemmig vedtatt	Sak til landsstyremøte 2015	OK
Sak 12	Godkjenning av regnskap for Den norske legeforening 2013	Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsoverskudd på kr 65 407 157, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2013. <u>Desisorutvalget:</u> Vi vil be LS fatte slikt vedtak: Det nedsettes et utvalg som frem til Landsstyremøtet 2015 skal arbeide frem et forslag til regelverk for forvaltning av underavdelingenes frie formålskapital, og i hvilke situasjoner deler av denne kapitalen kan bli gjort tilgjengelig for Landsstyret i Den norske legeforening.	Enstemmig vedtatt Vedtatt mot 37 stemmer	Håndteres i forbindelse med landsstyrets behandling av budsjett 2016 – landsstyremøte 2015	OK
Sak 13	Regnskaper for 2013 til landsstyrets orientering	Godkjenning av div regnskaper	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 14	Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2013	Årsberetningen godkjennes. Regnskapet, som viser et årsresultat på kr 161 712 838, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2013.	Enstemmig vedtatt		OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 15	Budsjett for Den norske legeforening 2015	Forslag 1 Sentralstyrets forslag til budsjett Forslag 2 Forslag fra Ole Henrik Krat Bjørkholt, Allmennlegeforeningen 3b. Kompensasjon for tapt inntekt Det nedsettes et utvalg som skal se på hvilket nivå praksiskompensasjonen bør ligge på for å gi en rimelig inntektskompensasjon - slik at privatpraktiserende leger stimuleres til å delta i tillitsvalgtarbeid. Utvalget skal fremlegge sin rapport for landsstyremøtet i 2015, og danne grunnlag for en diskusjon omkring størrelsen på denne kompensasjonens størrelse. Forslag 3 Forslag fra Halvard Wannag Sele, støttet av Morten Laudal Legeforeningens kontingent for 2015 fastsettes til kr 15 000 for vanlige medlemmer Forslag 4 Forslag fra Svein Aarseth, Oslo legeforening Landsstyret ber sentralstyret med bakgrunn i desisorrapporten vurdere om nøkkel til kontingentfordeling 2016 bør revurderes.	Enstemmig vedtatt Forslaget ble vedtatt med 110 stemmer, 25 mot. Forslaget falt med 121 stemmer, 14 stemmer for. Forslaget oversendes sentralstyret.	Sak 15/601. Det er nedsatt et internt utvalg (Af, PSL, Of, Ylf og LSA). Utvalgets har utredet en rekke forhold rundt praksiskompensasjonen og ser at det kan være behov for enkelte endringer. Utvalget mener likevel det ikke kan konkluderes på aktuelle tiltak før det foreligger avklaringer fra skattemyndighetene på evt. MVA-plikt for praksiskompensasjon. Ingen Håndteres i forbindelse med landsstyrets behandling av budsjett 2016 – landsstyremøte 2015	OK

Vedtatt 21.4.2015