



DEN NORSKE  
LEGEFORENING

# ÅRSMELDING

1.1. - 31.12.2013



## Presidenten har ordet

2013 har vært et utfordrende, men spennende, år for Legeforeningen med flere store og viktige helsepolitiske saker. Særlig stor oppmerksomhet har det vært rundt saken om legers reservasjonsadgang, men vi har også arbeidet mye med spørsmål knyttet til legers arbeidstid, faste stillinger for leger i spesialisering, og samfunnets prioritering av helse når det gjelder pengebruk, sammenliknet med andre land i Europa. Når det gjelder sistnevnte hadde Aftenposten blant annet i april et dobbelttoppslag basert på tall som ifølge OECD og våre beregninger, viser at Norge ligger midt på treet i Europa når det gjelder pengebruk i helsesektoren. Saken fikk stor oppmerksomhet i flere medier, og vi deltok i flere TV-debatter om dette temaet.

### Stort trykk på satsingsområdene

Gjennom hele året har det vært jobbet aktivt med alle de seks satsingsområdene for 2011-13. Flere av områdene har fått oppmerksomhet i mediene i form av kronikker og innlegg, deltakelse i debattprogrammer og gjennom redaksjonell omtale. Styrket medisinsk ledelse i sykehus har vært ett av satsingsområdene og høsten 2013 ble kurset *Kunnskapsledelse*, et modulbasert kurs for ledere i sykehus, igangsatt.

### Reservasjonsadgang

Reservasjonsadgang har vært en av sakene som har preget Legeforeningens arbeid i hele 2013. Saken ble grundig debattert på landsstyremøtet i Alta. Vedtaket i etterkant av debatten har skapt et stort engasjement både innad i organisasjonen og på politisk hold og har vært gjenstand for stor oppmerksomhet i pressen.

### Synlig helsepolitikk

Legeforeningen har en godt synlig helsepolitikk og vi har deltatt i den løpende offentlige debatten om helse og helsetjenesten. Det strategiske og langsiktige arbeidet har også i 2013 vært knyttet til satsingsområdene. Arbeidet med å utarbeide en statusrapport om fremtidens sykehus har pågått hele året, og den endelige rapporten vil bli presentert på landsstyremøtet i 2014. I tilknytning til arbeidet med statusrapporten hadde McKinsey & Company utarbeidet en rapport som ble presentert på landsstyremøtet i Alta. Høsten 2013 startet arbeidet med en statusrapport om legevakt.

### Situasjonen ved sykehusene

Utfordringene knyttet til omstilling og styring av sykehussektoren har preget mye av arbeidet i 2013. I september fikk Norge ny regjering og Bent Høie (H) ble utnevnt til helseminister. Legeforeningen har hatt flere møter med den nye helseministeren om ovennevnte problemstillinger.

Vi har i 2013 også brukt ressurser på forebyggende og helsefremmende arbeid, et område som vi fortsatt vil satse på.

Årsmeldingen 2013 viser Legeforeningens omfattende aktivitet gjennom hele året. Jeg håper den vil gi inspirasjon til å fortsette det gode arbeidet som gjøres blant Legeforeningens flere tusen tillitsvalgte og blant foreningens øvrige medlemmer.



Hege Gjessing  
president

# Innhold

|            |                                                                                                                    |           |
|------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b>   | <b>LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....</b>                                                                        | <b>6</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>Satsingsområde 1: Kvalitet skal måles - og resultatene skal brukes til forbedring .....</b>                     | <b>6</b>  |
| 1.1.1      | Bakgrunn for valg av satsingsområde .....                                                                          | 6         |
| 1.1.2      | Målsetting for satsingsområdet .....                                                                               | 6         |
| 1.1.3      | Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2013 .....                                                                    | 7         |
| <b>1.2</b> | <b>Satsingsområde 2: Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling.....</b>                                         | <b>7</b>  |
| 1.2.1      | Bakgrunn for valg av satsingsområdet .....                                                                         | 7         |
| 1.2.2      | Målsetting for satsingsområdet .....                                                                               | 7         |
| 1.2.3      | Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2013 .....                                                                    | 8         |
| <b>1.3</b> | <b>Satsingsområde 3: Styrket medisinsk ledelse i sykehus .....</b>                                                 | <b>9</b>  |
| 1.3.1      | Målsetting .....                                                                                                   | 9         |
| 1.3.2      | Hovedaktiviteter og måloppnåelse .....                                                                             | 10        |
| <b>1.4</b> | <b>Satsingsområde 4: Nasjonal kvalitetsstandard for legevakt .....</b>                                             | <b>10</b> |
| 1.4.1      | Målsetting .....                                                                                                   | 10        |
| 1.4.2      | Hovedaktiviteter og måloppnåelse .....                                                                             | 10        |
| <b>1.5</b> | <b>Satsingsområde 5: Nasjonal sykehusplan .....</b>                                                                | <b>11</b> |
| 1.5.1      | Målsetting .....                                                                                                   | 11        |
| 1.5.2      | Måloppnåelse .....                                                                                                 | 12        |
| <b>1.6</b> | <b>Satsingsområde 6: Faste stillinger i sykehus .....</b>                                                          | <b>12</b> |
| <b>2</b>   | <b>ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD .....</b>                                                                          | <b>15</b> |
| <b>2.1</b> | <b>Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold .....</b>                                            | <b>15</b> |
| <b>2.2</b> | <b>Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring .....</b>                                                    | <b>15</b> |
| 2.2.1      | Kursvirksomhet i 2013.....                                                                                         | 15        |
| <b>2.3</b> | <b>Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder .....</b>                            | <b>16</b> |
| 2.3.1      | Forhandlingsarbeidet i Spekter-området .....                                                                       | 16        |
| 2.3.2      | Twistesaker i Spekterområdet .....                                                                                 | 17        |
| 2.3.3      | Forhandlingsarbeidet i Stat-området .....                                                                          | 17        |
| 2.3.4      | Forhandlingsarbeidet i KS-området .....                                                                            | 17        |
| 2.3.5      | Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området .....                                                                  | 17        |
| 2.3.6      | Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området (tidligere HSH) .....                                                  | 18        |
| 2.3.7      | Arbeidstid.....                                                                                                    | 19        |
| <b>2.4</b> | <b>Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende .....</b>                                      | <b>19</b> |
| 2.4.1      | Fastlegeordningen KS .....                                                                                         | 19        |
| 2.4.2      | Rammeavtaleforhandlinger OSLO.....                                                                                 | 19        |
| 2.4.3      | Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister.....                                                 | 19        |
| 2.4.4      | Normaltariffoppgjøret 2013 .....                                                                                   | 20        |
| 2.4.5      | Avtaler med FNO og SPK .....                                                                                       | 20        |
| 2.4.6      | Særavtaleforhandlinger .....                                                                                       | 20        |
| <b>2.5</b> | <b>Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger .....</b>                                                      | <b>21</b> |
| 2.5.1      | Byråkratiprojektet .....                                                                                           | 21        |
| 2.5.2      | Juridiske problemstillinger knyttet til ny turnusordning for leger.....                                            | 22        |
| 2.5.3      | Midlertidig stans i behandling av veilederavtaler og godkjenning som allmennlege for rett til trygderefusjon ..... | 22        |
| 2.5.4      | Utredning av lovligheten av norsk allmennlegegodkjenning .....                                                     | 22        |

|            |                                                                                               |           |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 2.5.5      | Legen som næringsdrivende og arbeidsgiver .....                                               | 23        |
| 2.5.6      | Betydning av EUs konkurransedirektiv for fastlegeordningen og avtalespesialistordningen ..... | 23        |
| <b>2.6</b> | <b>Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg.....</b>                                               | <b>24</b> |
| 2.6.1      | Bistand fra sekretariatet .....                                                               | 24        |
| 2.6.2      | Tilsynssaker .....                                                                            | 24        |
| 2.6.3      | Ansatte leger .....                                                                           | 25        |
| 2.6.4      | Næringsdrivende leger .....                                                                   | 25        |
| 2.6.5      | Rettshjelpsordningen.....                                                                     | 26        |
| <b>2.7</b> | <b>Rettslige prosesser .....</b>                                                              | <b>26</b> |
| <b>3</b>   | <b>UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING .....</b>                                             | <b>31</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Utdanning.....</b>                                                                         | <b>31</b> |
| 3.1.1      | Grunnutdanningen.....                                                                         | 31        |
| 3.1.2      | Turnustjenesten .....                                                                         | 31        |
| 3.1.3      | Spesialistutdanningen.....                                                                    | 31        |
| 3.1.4      | Etterutdanning.....                                                                           | 32        |
| 3.1.5      | Kursutdanning.....                                                                            | 33        |
| 3.1.6      | E-læring .....                                                                                | 33        |
| 3.1.7      | Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin .....                                          | 33        |
| 3.1.8      | Kompetanseområde i allergologi .....                                                          | 33        |
| 3.1.9      | Kompetanseområde i smertemedisin .....                                                        | 33        |
| <b>3.2</b> | <b>Forskning .....</b>                                                                        | <b>34</b> |
| <b>3.3</b> | <b>Kvalitetsarbeid og fagutvikling .....</b>                                                  | <b>34</b> |
| 3.3.1      | Konferanse for de fagmedisinske foreninger .....                                              | 34        |
| 3.3.2      | Norsk legemiddelhåndbok (NLH).....                                                            | 34        |
| 3.3.3      | Senter for kvalitet i legekantor (SKIL AS) og EPJ-løftet .....                                | 34        |
| 3.3.4      | Fagutvikling i primærmedisin .....                                                            | 35        |
| 3.3.5      | Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus .....                                             | 35        |
| 3.3.6      | Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin .....                  | 35        |
| 3.3.7      | Utdanning av nye veiledere i allmenn-, samfunns, og arbeidsmedisin .....                      | 35        |
| 3.3.8      | Etterutdanning av veiledere i allmenn-, samfunns, og arbeidsmedisin .....                     | 35        |
| 3.3.9      | Veiledning i institusjonshelsetjenesten .....                                                 | 36        |
| <b>3.4</b> | <b>Godkjenning av veiledere .....</b>                                                         | <b>36</b> |
| 3.4.1      | Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri .....                                      | 36        |
| 3.4.2      | Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri .....                     | 36        |
| 3.4.3      | Godkjenning av veiledere i allmennmedisin .....                                               | 36        |
| 3.4.4      | Godkjenning av veiledere i samfunnsmedisin.....                                               | 36        |
| 3.4.5      | Godkjenning av veiledere arbeidsmedisin .....                                                 | 36        |
| <b>4</b>   | <b>HELSEPOLITIKK OG FOLKEHELSE .....</b>                                                      | <b>37</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Legeforeningens arbeid med høringer .....</b>                                              | <b>37</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Helsepolitiske publikasjoner og rapporter .....</b>                                        | <b>37</b> |
| 4.2.1      | Policynotater .....                                                                           | 38        |
| <b>4.3</b> | <b>Myndighets- og organisasjonskontakt .....</b>                                              | <b>39</b> |
| 4.3.1      | Stortinget.....                                                                               | 39        |
| 4.3.2      | Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.....                                               | 40        |
| <b>4.4</b> | <b>Samarbeid på folkehelseområdet .....</b>                                                   | <b>40</b> |

|          |                                                                                     |           |
|----------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>5</b> | <b>INTERNASJONALT ARBEID .....</b>                                                  | <b>42</b> |
| 5.1      | Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid .....                    | 42        |
| 5.1.1    | Møter mellom de nordiske legeforeningene .....                                      | 42        |
| 5.1.2    | Samarbeidsprosjekt med Society of Medical Doctors (Malawi) .....                    | 42        |
| 5.2      | Deltakelse i internasjonale organisasjoner .....                                    | 42        |
| 5.2.1    | World Medical Association (WMA) .....                                               | 42        |
| 5.2.2    | Comité Permanent des Médecins Européen (CPME) .....                                 | 42        |
| 5.2.3    | Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) .....                             | 43        |
| 5.2.4    | Samnordisk arbeidsgruppe for prognos- og specialistutbildningsfrågor (SNAPS ) ..... | 43        |
| <b>6</b> | <b>KOMMUNIKASJONSARBEID .....</b>                                                   | <b>44</b> |
| 6.1      | Status overordnet om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid .....                     | 44        |
| 6.2      | Mediearbeid - ekstern kommunikasjon .....                                           | 44        |
| 6.3      | Organisasjonskommunikasjon .....                                                    | 46        |
| 6.3.1    | Legeforeningen.no .....                                                             | 46        |
| 6.3.2    | Intranettet .....                                                                   | 46        |
| 6.3.3    | Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet .....                           | 46        |
| 6.3.4    | Sosiale medier .....                                                                | 47        |
| <b>7</b> | <b>TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING .....</b>                                 | <b>48</b> |
| 7.1      | Organisering og bemanning .....                                                     | 48        |
| 7.2      | Tidsskriftet generelt .....                                                         | 48        |
| 7.3      | Engelske oversettelser .....                                                        | 48        |
| 7.4      | Pressekontakt .....                                                                 | 48        |
| 7.5      | Legejobber.no .....                                                                 | 49        |
| 7.6      | Annonsealg .....                                                                    | 49        |
| 7.7      | Tidsskriftets blogg .....                                                           | 49        |
| 7.8      | Mobilversjon .....                                                                  | 49        |
| 7.9      | iPad-utgaven .....                                                                  | 49        |
| 7.10     | Økonomi .....                                                                       | 49        |
| <b>8</b> | <b>LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET (LEFO) .....</b>                                       | <b>50</b> |
| 8.1      | Bemanning og økonomi .....                                                          | 50        |
| 8.2      | Unike paneldata .....                                                               | 50        |
| 8.3      | Publikasjoner .....                                                                 | 50        |
| 8.4      | Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt .....                                       | 50        |
| 8.5      | Planlegging av forestående konferanser .....                                        | 51        |

|             |                                                                                                                                                                        |           |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>8.6</b>  | <b>LEFOs øvrige virksomhet.....</b>                                                                                                                                    | <b>51</b> |
| <b>9</b>    | <b>LEGEFORENINGENS ØKONOMI.....</b>                                                                                                                                    | <b>52</b> |
| <b>9.1</b>  | <b>Nøkkeltall .....</b>                                                                                                                                                | <b>53</b> |
| <b>9.2</b>  | <b>Fond.....</b>                                                                                                                                                       | <b>54</b> |
| 9.2.1       | Utdanningsfond I - Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger .....                                                                                  | 54        |
| 9.2.2       | Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning ..... | 54        |
| 9.2.3       | Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning .....                                                                  | 55        |
| 9.2.4       | Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) .....                                                                                                                 | 55        |
| 9.2.5       | Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis .....                                                                                            | 55        |
| 9.2.6       | Premiereuleringsfondet .....                                                                                                                                           | 56        |
| 9.2.7       | Kvalitetsforbedringsfond III – Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) .....                         | 56        |
| 9.2.8       | Allmennmedisinsk forskningsfond .....                                                                                                                                  | 56        |
| 9.2.9       | Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet .....                                                                                                 | 57        |
| <b>10</b>   | <b>LEGEFORENINGENS ORGANISASJON.....</b>                                                                                                                               | <b>58</b> |
| <b>10.1</b> | <b>Organisasjonskart.....</b>                                                                                                                                          | <b>58</b> |
| <b>10.2</b> | <b>Landsstyret.....</b>                                                                                                                                                | <b>58</b> |
| <b>10.3</b> | <b>Sentralstyret .....</b>                                                                                                                                             | <b>58</b> |
| <b>10.4</b> | <b>Andre organisasjonsledd .....</b>                                                                                                                                   | <b>59</b> |
| <b>10.5</b> | <b>Lovendringer i Legeforeningens lover .....</b>                                                                                                                      | <b>59</b> |
| <b>10.6</b> | <b>Medlemsoppslutning.....</b>                                                                                                                                         | <b>60</b> |
| <b>10.7</b> | <b>Sekretariatet.....</b>                                                                                                                                              | <b>60</b> |

# 1 Legeforeningens satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 2011-13. Bakgrunnen for etableringen av satsingsområdene er å tydeliggjøre hvilke prioriterte strategiske målsettinger foreningen skal rette oppmerksomheten mot, og legge til rette for at ressursene i foreningen fordeles og benyttes i tråd med disse.

## *Satsingsområder for 2011-13*

I november 2011 vedtok sentralstyret følgende strategiske satsingsområder for perioden 2011-13:

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

## *Satsingsområder for 2013-15*

Sentralstyret besluttet i november 2013 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 Satsingsområder 2011-13

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

### **1.1.1 Bakgrunn for valg av satsingsområde**

Satsingsområdet ble avsluttet i 2013. Det har hatt sitt utspring i Legeforeningens arbeid for å bidra til å skifte fokus fra økonomi og bunnlinje til kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus. Satsingsområdet for 2011-13 var en videreføring av satsingsområde 1: 2009-11 «Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus».

### **1.1.2 Målsetting for satsingsområdet**

Målsettingen har vært å opprettholde og videreutvikle Legeforeningens budskap om behovet for en mer balansert styring av helsetjenesten der kvalitet, kompetanseutvikling og pasientsikkerhet vektlegges på lik linje som økonomi og produksjon. Satsingsområdet har hatt fokus på kvalitetsforbedring, og særlig økt måling av kvalitet i helsetjenestene med utgangspunkt i kvalitetsstandard satt i faglige retningslinjer. Det har vært et overordnet mål å

utvikle et overbyggende kvalitetssystem i allmennmedisin. Målet i 2013 var å etablere et senter for kvalitet i legekantor - SKIL - en organisasjon som støtter praktisk kvalitetsarbeid på legekantoret.

### **1.1.3 Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2013**

- Utarbeidet et hefte som gir en oversikt over teoribakgrunn og erfaringer vedrørende måling av kvalitet
- Påvirkningsarbeid med grunnlag i videreutviklet politikk om måling av kvalitet i helsetjenesten
- Etablere en organisasjon som støtter praktisk kvalitetsarbeid på legekantoret (SKIL)

Det ble i 2013 gjennomført en workshop for å samle, dele og videreutvikle kunnskap om måling av kvalitet som grunnlag for kvalitetsforbedring. Deltakere var representanter fra de fagmedisinske foreningene, yrkesforeninger og sekretariatet. Hovedtemaene var kvalitetsmåling, retningslinjer og registre. Læringsmiljø lå som et underliggende tema for de tre andre områdene. Se <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Kvalitet/Workshop-kvalitet/>

Heftet *Kvalitetsforbedring – hva er det og hvordan gjøres det?* ble ferdigstilt i 2013. Målet har vært å samle eksisterende kunnskap om kvalitetsforbedring og gi en oversikt over ulike verktøy og arbeidsmetoder brukt i kvalitetsforbedringsarbeid. Heftet belyser viktige forutsetninger og kjerneelementer ved kvalitetsforbedring. I forbindelse med revisjon av tidligere policynotat, ble det utarbeidet et oppdatert notat om Pasientsikkerhet (4/2013). For mer informasjon om prosjektet Senter for allmennmedisinsk kvalitet (SAK-prosjektet, nå SKIL), se punkt 3.3.3.

## **1.2 Satsingsområde 2: Bedre IT-verktøy for trygg pasientbehandling**

### **1.2.1 Bakgrunn for valg av satsingsområdet**

Mangel på felles, oppdatert informasjon gir flere utilsiktede hendelser og lengre ventetider som rammer pasientene. Journalsystemer mangler gode verktøy for gjenfinning av informasjon, og for overvåkning av oppfølgingsoppgaver. Effektiv elektronisk kommunikasjon med samarbeidspartnere gjennom journalene er fortsatt ikke på plass. Satsingsområdet er forankret i følgende punkt i Legeforeningens arbeidsprogram:

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

### **1.2.2 Målsetting for satsingsområdet**

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



Målsettingen var konkretisert i følgende fem tiltak («leveranser»):

1. Policynotat våren 2012 <sup>1</sup>
2. Workshop som ledd i å beskrive ønsket funksjonalitet i EPJ og andre IT-systemer<sup>2</sup>
3. Målrettet plan for gjennomføring av sentralt påvirkningsarbeid
4. Omgjøring av LUFÉ til IT-utvalg<sup>3</sup>
5. Utrede og vurdere ulike måter å engasjere organisasjonsledd og tillitsvalgte lokalt

### **1.2.3 Hovedaktiviteter i satsingsområdet i 2013**

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

Innspillene fra workshopen dannet grunnlag for bearbeiding av utkast til funksjonalitetsbeskrivelse, som deretter ble deretter sendt på høring i foreningen. Ytterligere bearbeidet funksjonalitetsbeskrivelse ble gitt tilslutning av sentralstyret i møte 15.1. 2013<sup>4</sup>.

*Tiltak 3 - målrettet plan for gjennomføring av sentralt påvirkningsarbeid*

(Godkjent av sentralstyret 3.9. 2013.)

Legeforeningens videre påvirkningsarbeid bør i hovedsak ha fokus på myndighetenes oppfølging av stortingsmeldingen, spesielt hvorvidt myndighetenes visjoner følges opp med realistisk finansiering av satsningen. Dette perspektivet bør tas med i foreningens fortløpende oppfølging av regjeringens budsjettarbeid.

Videre bør Legeforeningens arbeid for at helsepersonell i tilstrekkelig omfang gis anledning til å delta i myndighetenes arbeid med å følge opp meldingen i form av konkrete utredninger og planer. Legeforeningen bør være representert av leger som bruker elektronisk pasientjournal i sitt daglige arbeid, i og utenfor sykehus.

En eventuell mer detaljert plan for sentralt påvirkningsarbeid vedrørende IT bør inngå som en integrert del av Legeforeningens øvrige påvirknings- og kommunikasjonsstrategi, som er forankret i sekretariatets samfunnspolitiske avdeling.

*Tiltak 5 - utrede og vurdere ulike måter å engasjere organisasjonsledd og tillitsvalgte lokalt*  
(Godkjent av sentralstyret 3.9. 2013.)

Legeforeningen vil, gjennom påvirkning, arbeide for at universiteter/læresteder etablerer utdanningstilbud for helsepersonell innen fagene klinisk informatikk/helseinformatikk, samt arbeide for at helseinstitusjoner (helseforetak, andre) oppretter stillinger for leger og annet helsepersonell med formalkompetanse innen klinisk informatikk/helseinformatikk.

Et nettverk av IT-interesserte og -kompetente leger vil være svært nyttig for Legeforeningens sentrale organer, særlig når foreningen trenger å rådføre seg med personer med spesialkompetanse, samt når foreningen inviteres til å delta med ressurspersoner i eksterne fora og prosjekter. Nettverket vil også være nyttig for de tillitsvalgte, som vil kunne vite hvor nærmeste ressursperson er å finne når den tillitsvalgte skal delta i lokale IT-prosesser.

---

<sup>1</sup> Utført oktober 2012

<sup>2</sup> Workshop gjennomført september 2012, funksjonalitetsbeskrivelse fullført i 2013

<sup>3</sup> LUFÉ; *Legeforeningens utvalg for elektronisk informasjonsutveksling*, ble omgjort til IT-utvalg ved sentralstyrevedtak 15. november 2011

<sup>4</sup> <https://legeforeningen.no/PageFiles/94183/Bedre%20IT-verktøy%20for%20trygg%20pasientbehandling.pdf>

Nettverket vil kunne etablere faste fora og møtearenaer.

Legeforeningen gir støtte til gjennomføring av en samling for IT-interesserte leger med det formål å etablere et nettverk.

Legeforeningens IT-utvalg har hatt en aktiv rolle i gjennomføringen av satsingsområdet.

### **1.3 Satsingsområde 3: Styrket medisinsk ledelse i sykehus**

Legeforeningen har i 2013 konsentrert seg om ledelse i sykehus. Det er i særlig grad rettet ressurser mot utvikling og oppstart av Legeforeningens lederkurs for førstelinjeledere i sykehus.

Legeforeningens mål er at helsetjenesten skal ledes så godt som mulig. Ledelse har stor betydning for resultatene som oppnås, for arbeidsmiljø og for kvalitet i pasientbehandling. Vi mener at det viktigste ledergrepet i sykehus nå, er å satse på de lederne som er nærmest pasienten. Disse lederne er avgjørende for å kunne gi helsetjenester av høy kvalitet, trygghet og tillit. Sykehus er komplekse organisasjoner der kunnskapsbasert kompetanse er den kritiske ressursen for god pasientbehandling. Riktig bruk og utvikling av kompetansemedarbeidere krever ledelse av høy kvalitet. Sykehusavdelinger som ledes av leger har bedre arbeidsmiljø, høyere pasientsikkerhet og bedre orden på økonomien.

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

#### **1.3.1 Målsetting**

Legeforeningens mener følgende hovedprinsipper må gjelde for ledelse i sykehus: Kjernevirksomheten i sykehus er behandling, forskning og undervisning. Ledere må ha handlingsrom som gjør det mulig å levere på alle disse områdene.

Strategier og mål for sykehusene må bygges opp fra grunnplanet og med utspring i kjernevirksomheten. Førstelinjelederne er den gruppen enhetsledere som er tettest på pasientbehandlingen og som derfor forvalter hoveddelen av de samlede ressursene i sykehus. De vet best hva som fungerer og ikke fungerer og hva som bør forbedres. Disse ledernes kunnskap er avgjørende for å kunne gi helsetjenester av høy kvalitet, trygghet og tillit.

Sykehusreformen fra 2002 førte til nye ledelsesprinsipper i sykehus. Krav om effektivitet, produksjon og detaljert styring ble vektlagt høyere enn fagutvikling, forbedring av kvalitet og kompetanseutvikling. Fremdeles blir ledere først og fremst målt på budsjettbalanse, mens arbeidsmiljø og kvalitet ikke vektlegges tilsvarende. Reformen har også ført til økende byråkratisering og flere styringsnivåer enn tidligere. Dette har resultert i utydelige ansvarslinjer og usikkerhet rundt hvem som er reelle beslutningstakere. Avstanden fra beslutningstakere til drift og kjernevirksomhet er i mange tilfeller blitt for lang. Dette fører til at viktig informasjon om daglig drift og kvalitet på behandlingen ofte ikke når opp til topplederne og styrene. Tilsvarende fører dagens styringsstruktur til at målformuleringer og strategier ikke forankres helt ut i organisasjonene. Legeforeningen mener at vellykket sykehusdrift krever tett og god involvering av fagmiljøene. Suksessen til de nordiske velferdsmodellene ligger i dialog og samarbeid. Dette må også særprege styring og ledelse i sykehus.

Ansatte har behov for å kjenne og ha tilgang til sin nærmeste leder. Med sammenslåingene av sykehus til helseforetak, fikk mange ledere ansvar for avdelinger med forskjellig geografisk tilhørighet. Fjerning av stedlig ledelse har vært et feilgrep. Verken daglig drift eller arbeid med ønsket endring kan fungere uten en leder som er fysisk til stede på arbeidsplassen. Stedlig ledelse er for Legeforeningen et ufravikelig prinsipp og en forutsetning for godt arbeidsmiljø.

Sykehusene skal ha gode ledere. Ledelse innebærer ansvar for drift, utvikling av personalet for å kunne ivareta pasienter og pårørende. Kompleksiteten i lederoppgavene krever nok tid og gode arbeidsvilkår for ledere er avgjørende. Merkantilt personell og eventuelt andre støttepersoner må stilles til rådighet. Ledere trenger også behovsrettet støtte innen personal (HR) og økonomi.

Legeforeningen tror på opplæring og utvikling. Vi ønsker å bidra til at ledere lykkes i arbeidet og vi jobber for at flere leger skal bli ledere. Ledelsesutdanning må derfor prioriteres under grunnutdanningen og spesialiseringen av leger.

### **1.3.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse**

Legeforeningens politikk i forhold til ledelse har vært grunnlaget for vår kommunikasjon i møter, innlegg, ledere, artikler, nettsaker mv. i 2013. Noen sentrale aktiviteter har vært:

- Utarbeidet policynotat om ledelse
- Gjennomført workshop om utvikling av Legeforeningens lederkurs april 2013
- Gjennomføring av dialogkonferanse om ledelse, med utdeling av legeforeningens lederpris
- Videreføring av referansegruppe for politikktutvikling og forberedelse av modulbasert lederopplæringsprogram for førstelinjeledere.
- Oppstart av legeforeningens modulbaserte lederkurs i oktober 2013. Kurset gjennomføres i fire moduler og avsluttes våren 2014

## **1.4 Satsingsområde 4: Nasjonal kvalitetsstandard for legevakt**

### **1.4.1 Målsetting**

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

### **1.4.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse**

Legeforeningen har i møter med Helse- og omsorgsdepartementet bedt om et løft for legevaktene. Legevakttjenestene har ikke utviklet seg i takt med den medisinske utviklingen de siste ti årene og trenger betydelig opprustning for å bli faglig gode nok. Utfordringsbildet for dagens legevaktordning er sammensatt. Befolkningens tilgjengelighet til legevakten og det systemet de møter er for variabelt og mange steder ikke i samsvar med forventningene til en akutt-tjeneste anno 2013. Variasjonen i innholdet i legevakttilbudet må begrenses og kvaliteten må opp. I mange kommuner tilfredsstiller ikke legevaktene krav til en moderne medisinsk virksomhet. Det må utvikles insentiver til kvalitet i overordnet rammeverk. Mange kommuner velger minimumsløsninger og systemkrav som skal ivareta pasientsikkerhet. Tilsynssaker viser overhyppighet av svikt på legevakt, noe som også er tatt opp i rapport fra Helsetilsynet 2006 der variasjon og mangel på kvalitet og samhandling ble fremhevet. Legevakttjeneste innebærer i økende grad risiko for at leger og hjelpepersonell blir eksponert for vold og trusler fra pasienter. Arbeidstidsbelastning på enkeltleger, særlig i legevaktdistrikt

med for få leger er antirekrutterende og kan være en pasientsikkerhetsrisiko. Høyere og jevn kvalitet mellom landets legevakter kan redusere antall akuttinnleggelser i spesialisthelsetjenesten.

Legeforeningen mener at vi nå ikke har råd til å la være å foreta de nødvendige tiltak og investeringer og har bedt om at dette prioriteres ifm. statsbudsjettet. Det er også anmodet om at akuttforskriften revideres med sikte på økt kvalitet. Særavtalen mellom KS og Legeforeningen ble revidert i desember 2013.

### **1.5 Satsingsområde 5: Nasjonal sykehusplan**

Det fremgår av Arbeidsprogrammet for 2011-2013 at Legeforeningen skal arbeide for å etablere en nasjonal sykehusplan, herunder utarbeide politikk på et utvalg sentrale temaer som bør inngå i en slik plan. Foreningen har jobbet målrettet for å få politisk gjennomslag for en nasjonal sykehusplan, og har i perioden 2011-2013 utarbeidet bakgrunnsdokumenter, politikk og innspill til en nasjonal sykehusplan. Saken var også tema på landsstyremøtet i 2013. Etter Stortingsvalget ble det klart at den nye Høyre-Frp-regjeringen vil lage en nasjonal helse- og sykehusplan, og at den skal fremlegges for Stortinget høsten 2015.

#### **1.5.1 Målsetting**

Målene for satsingsområdet har vært å få gjennomslag for en nasjonal sykehusplan og utvikle vår sykehuspolitikk. Hovedtrekkene i denne 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 framtiden, 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 akutfunksjonene, 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 fagmiljø. Robuste fagmiljø 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, særlig 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. Men endringer i nasjonal og lokal infrastruktur gir muligheter for å endre lokalisering av ulike sykehusfunksjoner. Samtidig har Norge en utfordrende geografi og 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.

#### *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. I 2013 utarbeidet McKinsey & Company en uavhengig rapport for Den norske legeforening som kartla tilstand og behov for investeringer i spesialisthelsetjenesten. Rapporten er nærmere beskrevet på side 37 i årsmeldingen. Hovedfunnene er at en betydelig og økende andel av bygningsmassen har dårlig tilstandsgrad, at en betydelig andel av den medisinsktekniske utstyrsparken er utdatert og bør skiftes ut så snart som mulig, og at spesialisthelsetjenesten er i startgroppen når det gjelder systematisk arbeid med kompetanseutvikling. 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. Resultatene fra McKinsey-rapporten er benyttet i arbeidet med innspillene til Nasjonal helse- og sykehusplan.

#### **1.5.2 Måloppnåelse**

Regjeringen har besluttet å fremme en Nasjonal helse- og sykehusplan for Stortinget. Arbeidet ble påbegynt i desember 2013 og skal være ferdig høsten 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har lagt opp til en omfattende prosess som inkluderer ekspertgrupper, og omfattende besøk til alle regionale helseforetak og helseforetak. Noen sentrale aktiviteter har vært:

Behovet for en nasjonal sykehus- og investeringsplan er fremmet i kontaktmøter med den politiske ledelse i helse- og omsorgsdepartementet.

McKinsey & Company ble engasjert til å utarbeide en uavhengig rapport om investeringer i spesialisthelsetjenesten før Stortingsvalgkampen 2013.

Tilstandsgraden til sykehusbygg og medisinskteknisk utstyr, og de regionale helseforetakenes investeringsplaner, ble tatt opp på ulike nivåer i helsebyråkratiet. Blant annet med Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Statens helsetilsyn og de regionale helseforetakene. Behovet for en nasjonal sykehusplan og en investeringspakke for bygg og medisinskteknisk utstyr ble bragt opp i Stortingsvalgkampen 2013, jfr. pkt. 6.2 Mediearbeid - ekstern kommunikasjon.

Statusrapport med innspill til Nasjonal helse- og sykehusplan er utarbeidet, og vil bli ferdigstilt våren 2014.

### **1.6 Satsingsområde 6: Faste stillinger i sykehus**

Legeforeningens omfattende arbeid for at leger i spesialisering skal tilbys fast stilling har vært videreført i 2013, etter at helseministeren, etter innspill fra Legeforeningen i september 2010, forpliktet seg til å sørge for faste stillinger i sykehus. Arbeidet i Legeforeningen har vært forankret i landsstyrets resolusjon fra 2009 om fast tilsetning for leger i spesialisering. I 2013 har det vært arbeidet med en rettssak vedrørende et medlem som valgte å bringe sin sak inn for domstolene med ekstern advokat. I 2013 har det vært arbeidet internt med ordninger for implementering. Det har gjennom året vært arbeidet med politisk påvirkning ved møter med



arbeidsministrene og helseministrene for tidligere og nåværende regjering. Det har også vært møter i Stortinget. Etter dom fra Høyesterett har det vært arbeidet for lovendring, herunder gjennom Akademikerne.

I foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2011 ble helseministerens beslutning fulgt opp i kravs form overfor de regionale helseforetakene. Spekter og Legeforeningen har utarbeidet en modell for implementering av faste stillinger. Arbeidsgiversiden har imidlertid ikke sørget for implementering av de ferdige modellene for flere faste stillinger, men har i stedet forutsatt at leger som er ferdig med spesialisering i fast stilling ikke er omfattet av dagens avtaleverk, slik at det etableres en ny gruppe overleger med andre arbeidsvilkår enn for dagens overleger. Legeforeningen har tilbakevist at denne gruppen av leger ikke er omfattet av avtalene. Det arbeides med å finne løsninger på de utfordringer som er oppstått

### **1.6.1 Målsetting**

Utbredelsen av midlertidige stillinger har medført konsekvenser utover det som rammer den enkelte lege. Halvparten av legene i sykehus er midlertidig ansatt. Ca. 90-95 % av leger i spesialisering er midlertidig ansatt. 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 2013 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

Legeforeningen har gjennom året hatt regelmessig kontakt med politikere fra ulike partier på Stortinget, og med helseministeren, også etter regjeringsskiftet høsten 2013.

### **1.6.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse**

Legeforeningen har etter helseministerens beslutning deltatt i dialog med arbeidsgiversiden om modeller for implementering av faste stillinger. Det ble i 2012 oppnådd enighet mellom Legeforeningen og Spekter/RHF-ene om en modell for implementering av faste stillinger etter arbeid i en partssammensatt gruppe. Modellen forener hensynene til mobilitet med forutsigbarhet.

Etter forhandlingene i 2012, hvor arbeidsgiversiden krevde forhandlinger som vilkår for å starte implementeringen, har det vært arbeidet med å finne løsninger på saken, men det har ikke latt seg gjøre å finne en løsning grunnet arbeidsgiversidens krav om endring av arbeidstidsbestemmelsene for store deler av legegruppen.

I 2013 fastslo Høyesterett at leger i spesialisering er praksisarbeidere etter arbeidsmiljøloven, etter et konkret søksmål fra en enkelte lege som krevde fast stilling. Legeforeningen deltok i saken som såkalt partshjelper, dvs. at det ikke var Legeforeningen som førte saken, men foreningen støttet legen i at leger i spesialisering ikke kan regnes for praksisarbeidere.

Legeforeningen ser at premissene i dommen er vektlegging av utdanningsaspektet, noe som er vanskelig å kjenne seg igjen utfra dagens vektlegging av «produksjon». Dommen er ikke til hinder for innføring av faste stillinger. Det at det ikke er en rett for den enkelte å få fast

stilling, betyr ikke at arbeidsgiver står fritt til å tilby fast stilling for å få stabile arbeidsforhold. Dommen kan også danne grunnlag for lovendringer. Legeforeningen fikk i 2013 dokumentert at enkelte helseforetak, til tross for at disse har hatt faste stillinger, startet med å ansette leger midlertidig, stikk i strid med helseministerens ønske. Dette har Legeforeningen tatt tak i for å få stanset.

Legeforeningen har overfor helseministeren og arbeidsgiversiden arbeidet for å få fortløpende i arbeidet med implementering av faste stillinger, også overfor RHF-systemet og Spekter.

## **2 Arbeidsliv og arbeidsforhold**

### **2.1 Om legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold**

Legeforeningens sekretariat har tett og kontinuerlig kontakt med medlemmer og tillitsvalgte. Det gis råd om hvordan situasjoner kan håndteres lokalt og individuelt. Antallet henvendelser øker, noe som er et uttrykk for hvilken situasjon foreningens medlemmer har i arbeidslivet. Kunnskapen som oppnås ved kontakt med medlemmer og tillitsvalgte legges til grunn for politikk og strategi i sentralstyret og i forhandlingsutvalg – og for opplæring av tillitsvalgte.

De viktigste sakene i 2013 har vært å vise til at arbeidsgiverpolitikken i statlige sykehus har vært konfliktorientert med for lite vekt på åpenhet og samarbeid. I prosjektet om faste stillinger har det vært arbeidet med å finne interne løsninger på implementering og med en konkret rettstvist. I forbindelse med at det ble igangsatt et prosjekt om legers arbeidstid, ble det gjennomført kartlegging og utarbeidet en juridisk betenkning om hvem som har myndighet til å treffe avgjørelser om å gjøre unntak fra arbeidsmiljøloven. Det ble konkludert med at en nemnd ikke kan videreføre en slik avtale i strid med Legeforeningens krav. Denne betenkningen fikk betydning i forhandlingene om ny særavtale mellom KS og Legeforeningen.

I KS-området er det lagt vekt på at fastlegens kjerneoppgaver må stå i sentrum for å kunne avskjære stadig nye pålegg. Med samhandlingsreformen er det lagt til grunn at fastlegene skal ta alle nye oppgaver uavhengig av mulighetene til å planlegge egen virksomhet.

I 2013 ble det fra myndighetenes side (to departementer) reist spørsmål om fastlegeordningen og avtalespesialistordningen var i strid med EUs konkurransedirektiv gjennom offentlig finansiering av privat praksis. Legeforeningen leverte en betenkning for å understøtte at ordningen er lovlig.

### **2.2 Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring**

#### **2.2.1 Kursvirksomhet i 2013**

Tillitsvalgtopplæring er avgjørende for legers innflytelse i virksomheter, og Legeforeningen driver en omfattende kursvirksomhet. Foreningen har også i 2013 styrket denne delen av virksomheten med utgangspunkt i de erfaringer som oppnås med alle virksomheter. I dialogen med tillitsvalgte identifiseres felles utfordringer som må benyttes i opplæringsøyemed og politisk. Den grunnleggende modulbaserte tillitsvalgtopplæringen «Fra tillitsvalgt til leder» sikrer at tillitsvalgte får opplæring i de temaer som er nødvendige for å utøve vervet på en god måte. Og den bidrar til å profesjonalisere lokale tillitsvalgte i Legeforeningen.

«Fra tillitsvalgt til leder» har også vært arrangert i 2013, med svært positive evalueringer. I tillegg har det vært arrangert en rekke tillitsvalgtkurs innenfor de ulike helseforetaksområder, samt egne temakurs for leger i sykehus. På statens tariffområde har sekretariatet samarbeidet tett med bl.a. Tannlegeforeningen og Psykologforeningen om felles kurs. Andre akademikerforeninger har vært invitert med på Legeforeningens kurs innen dette området. Sekretariatet er også store bidragsytere som foredragsholdere for yrkes- og lokalforeningenes kursaktivitet, og bidrar med forelesningsressurser til Akademikernes landsomfattende kursing i lokale forhandlinger for KS-sektoren.

Tillitsvalgtopplæringen finansieres gjennom Opplærings- og utviklingsfond (OU-fond) som er tariffområdespesifikke, men som ikke Legeforeningen kan forvalte fritt. Innenfor de ulike tariffområder er det ulike økonomiske rammer for å gjennomføre opplæringstiltak. I 2013 hadde statens tariffområde (ikke sykehusene) romslig med opplæringsmidler, mens det

innenfor Spekter-området (sykehusene) har vært tillitsvalgtkursaktivitet utover det som kan dekkes inn med OU-midler. Innen KS-området (kommunene) er det lite penger i OU-ordningen, og krav om praksiskompensasjon fra tillitsvalgte legger stor begrensninger på hvilket aktivitetsnivå man kan tillate seg. Innen Oslo kommune er OU-ordningen så godt som tømt for midler, og innen Virke er det krav om svært detaljerte forhåndssøknader.

Med bakgrunn i ulikt utfordringsbilde i de ulike områdene hadde en arbeidsgruppe utredet rutiner for organisering og finansiering av tillitsvalgtopplæringen. Sentralstyret behandlet rapporten i møte i april 2013 og vedtok prioriteringer innenfor de ulike områdene. Sentralstyret har videreført sentral kurskomité og fastsatt mandat for denne.

## **2.3 Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder**

### **2.3.1 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området**

Det ble gjennomført forhandlinger om mellomoppgjør i Spekter område 10 Helseforetak og område 4 Lovisenberg i perioden april til juni 2013.

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

For Legeforeningens besto mellomoppgjøret av en sentral og en lokal del.

Oppgjøret ble gjennomført som sentrale generelle tillegg til medisinstudenter, turnusleger og leger i spesialisering.

|                               |                                                                    |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Medisinstudenter med lisens   | kr 13 000                                                          |
| Turnusleger                   | kr 14 000                                                          |
| Leger i spesialisering kat. A | kr 19 000                                                          |
| Leger i spesialisering kat. B | kr 19 500                                                          |
| Leger i spesialisering kat. C | kr 20 000                                                          |
| Leger i spesialisering kat. D | gis et generelt tillegg tilsvarende leger i spesialisering kat. C. |

Alle lønnstillegg ble gitt med virkning fra 1.1. 2013. Tilleggene inngikk i basislønn. Tilleggene kom i tillegg til den samlede lønn som arbeidstakeren har fra før.

Nye sentrale minimumslønnsatser per 1.1. 2013:

|                               |            |
|-------------------------------|------------|
| Medisinstudenter med lisens   | kr 406 000 |
| Turnusleger                   | kr 447 500 |
| Leger i spesialisering kat. A | kr 503 000 |
| Leger i spesialisering kat. B | kr 542 000 |
| Leger i spesialisering kat. C | kr 583 000 |

For overlegegruppen ble det gjennomført forhandlinger lokalt ved alle helseforetakene.

Ny sentral minimumslønssats for overleger i område 10 helseforetak er kr 645 000, som tilsvarer den laveste lokale minimumslønssatsen.

### *Særlig om område 4 Lovisenberg*

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

### **2.3.2 Tvistesaker i Spekterområdet**

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke uenigheter om tolkningen av overenskomstens bestemmelser. I 2013 ble det gjennomført rettssak i Arbeidsretten om arbeidstid og hjelpeplaner ved Oslo universitetssykehus.

Sekretariatet har også i 2013 håndtert flere nye tvistesaker. Blant sakene som har vært diskutert i 2013 har vært:

- Hvorvidt det er lovlig å videreføre muligheten for passiv tilstedevakt 1:3
- Hva som ligger i retten til vaktfritak/reduisert arbeidstid for gravide i siste trimester (A2 § 3.5.4)
- Hvorvidt det stilles tilleggskrav for LIS-enes rett til 35,5 timers uke ut over at vaktordningen strekker seg i tidsrommet 20-06.

### **2.3.3 Forhandlingsarbeidet i Stat-området**

I 2013 var det mellomoppgjør i staten, dvs. at det kun var økonomi som var oppe til forhandling. Akademikerne aksepterte lønnsoppgjøret i staten, som ga alle statsansatte en reallønnsforbedring. Likevel, oppgjøret løste ingen av de reelle utfordringene i staten. Fortsatt er det betydelige feil og mangler i systemet.

Tilbudet som ble akseptert, ga et generelt tillegg på lønnstabellen fra 1. mai. Alle som er avlønnet i lønnstrinn 52 og over fikk et tillegg på 1,07 prosent, mens de i lønnstrinn 19 til 51 fikk et tillegg fra 4 200 til 4 500 kroner. Endringer i statens lønns- og forhandlingssystem er kun tema i hovedtariffoppgjørene som kommer annethvert år. Det betyr at dette spørsmålet ikke var tema under fjorårets forhandlinger, men at det vil bli det i 2014. På nåværende tidspunkt er det ikke klart hva årslønnsveksten i Staten ble i 2013.

For øvrig kom Legeforeningen og Arbeids- og velferdsdirektoratet til enighet om en reforhandlet særavtale for overleger i NAV. Avtalen videreføres uendret, men med en oppregulering av praksiskompensasjonssatsen med 2,52 % gjeldende fra 1.5. 2013.

### **2.3.4 Forhandlingsarbeidet i KS-området**

I 2013 var det mellomoppgjør også i KS-sektoren. Lønnsoppgjøret for leger i KS-sektoren forhandles utelukkende lokalt i den enkelte kommune. Legeforeningens involvering i det sentrale forhandlingsarbeidet i KS var derfor begrenset. Sekretariatet har samlet inn resultater av de lokale forhandlingene, men tallene er per dags dato ikke bearbeidet. Dog synes det, i likhet med foregående år, at medlemmenes/tillitsvalgtes svarprosent er så lav (25 %) at tallene ikke kan benyttes i forhandlingssammenheng.

### **2.3.5 Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området**

I Oslo kommune var 2013 et mellomoppgjør. Partene kom til enighet om en økonomisk ramme som betydde et generelt tillegg på 2,55 prosent, minimum 9 700 kroner, fra 1. mai.

For øvrig ble Oslo kommune og Legeforeningen enig om nytt basistilskudd og honorar for offentlig legearbeid i Oslo kommune. Basistilskudd for fastleger i Oslo ble per 1.7. 2013 endret til kr 407 per år per person på listen. Endringen i basistilskuddet medførte en

automatisk regulering i satsen for offentlig legearbeid for fastleger, ny sats ble kr 686 per time med virkning fra 1.7. 2013. Satsen ligger i rammeavtalen for fastlegeordningen i Oslo kommune.

### **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. Psykologforeningen ledet dette samarbeidsutvalget i 2013 med tett oppfølging og støtte fra Legeforeningen.

Legeforeningens representanter i «Akademikerforeningene» har i 2013 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 3,5 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 2013 gjennomført et mellomoppgjør med forhandlinger ved den enkelte virksomhet. Overordnede beregninger for oppgjørene i Virke-området har ikke vært mulig pga. for stor usikkerhet i datamaterialet. Legeforeningen vil ha økt fokus på å bedre datamaterialet. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt. Basert på tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er inntrykket at oppgjørene er på linje med oppgjør ellers i samfunnet.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter gjaldt for perioden 1.1. 2011 til 31.12. 2012, men ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2013. Særavtalen forhandles av Legeforeningen uten de øvrige foreningene, med en forhandlingsdelegasjon sprunget ut av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke. Partene kom til enighet om ny særavtale for tidsrommet fra 1.1. 2013 til 31.12. 2014. Legeforeningen og Virke var blant annet enige om å videreføre prøveordningen i avtaleperioden med lokalt fastsatte minstelønnssetninger for samtlige legekategorier. Det betyr at minstelønnssetningen flyttes til et annet avtalenivå enn det sentrale. Ordningen skal evalueres av et partssammensatt utvalg. Utvalget skal også vurdere hensiktsmessigheten av dagens avtalestruktur og vurdere innholdsmessige elementer.

I desember 2013 ble det gjennomført forhandlinger om parallellavtalen, som utløp 31.12. 2013. Parallellavtalen er hovedavtalen mellom Virke og en rekke arbeidstakerorganisasjoner. 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. Partene kom til enighet om ny avtale gjeldende fra 1.1. 2014 til 31.12. 2017. Det er ingen større endringer fra forrige avtale.

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



### **2.3.7 Arbeidstid**

I 2013 ble det igangsatt et prosjekt for å vurdere legers arbeidstid og rammevilkårene i dagens sentrale avtaler med vide unntak fra arbeidsmiljøloven. Dette arbeidet ble svært viktig i forhandlingene om særavtalen i KS-området for å iverksette tiltak som kan begrense arbeidsbelastningen på leger.

Det ble utarbeidet en juridisk betenkning for å vurdere om andre kan videreføre Legeforeningens avtaler med unntak fra arbeidsmiljøloven ved konflikt. Det ble i denne forbindelse konkludert med at en nemnd ikke kan videreføre unntaket mot Legeforeningens vilje. Dette arbeidet bidro til at det ble en forhandlingsløsning i forhandlinger med KS og ikke bruk av nemnd.

I desember ble det igangsatt en større kartlegging av legers arbeidstid i sykehus.

## ***2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende***

### **2.4.1 Fastlegeordningen KS**

I etterkant av ny fastlegeforskrift våren 2012 ble det fremforhandlet en ny rammeavtale med KS for perioden 1.1. 2013 tom 31.12. 2014. Dette betyr at det ikke har funnet sted rammeavtaleforhandlinger i denne perioden. Derimot var det en ekstraordinær forhandlingsinnatts knyttet til ny særavtale, hvor enighet ble oppnådd høsten 2013. Denne særavtalen regulerer blant annet legevakt og er derfor svært viktig for de fleste næringsdrivende fastlegene i KS-området. Se nærmere omtale av særavtaleforhandlingene i punkt 2.4.8.

### **2.4.2 Rammeavtaleforhandlinger OSLO**

Etter fastlegeforskriften ble rammeavtalen i KS reforhandlet høsten 2012. I 2013 ble reforhandling av rammeavtalen i Oslo forberedt. Det er flere utfordringer knyttet til koblingen mellom avtalehjemmel og privat praksis. Det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe i 2013. Særlig har tildeling av hjemmel, herunder gjenværende legers medvirkning og KAD vært sentrale temaer. Videre har utvalget drøftet flytting av praksis mellom bydeler, tilgjengelighet, kommunikasjon, nødnett og telefoni. I tillegg endringer i lys av revidert forskrift, vurdering av kvalitetskravene, samt nye oppgaver som følge av samhandlingsreformen og utviklingen i primærhelsetjenesten og bruk av Samarbeidsutvalget. Det var enighet i arbeidsgruppen om at det er behov for en mer presis formulering av samarbeidsutvalgets kompetanse og myndighet. Utvalget ble enige om et forslag til retningslinjer for å sikre at pasienter som ikke har rett til å stå på en fastlegeliste, eller av annen grunn ikke har fastlege i Oslo, likevel får tilgang til allmennlegehjelp.

### **2.4.3 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister**

I 2013 var avtalesituasjonen for avtalespesialistene i stor grad uendret. Rammeavtalen ble prolongert. Avtalespesialistene har i svært liten grad vært en del av diskusjonen rundt samhandlingsreformen. Legeforeningen har sett at de ulike RHF-ene har varierende kunnskap og engasjement knyttet til å utnytte og utvikle ordningen med avtalespesialister. Det ble derfor planlagt en møterunde med samtlige RFH for å sette fokus på dette. Det ble gjennomført ett møte i 2013, de resterende planlegges i 2014. Møtet med Helse Nord avdekket kunnskapsløshet og skepsis, særlig hos helseforetaksdirektørene. Møtet bidro til større forståelse for ordningen og hvilket tilskudd det er til den øvrige spesialisthelsetjenesten.

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

#### **2.4.4 Normaltariffoppgjøret 2013**

Forhandlingen om Normaltariffen ble forberedt fra januar 2013 og igangsatt i midten av mai. Forhandlingene ble sluttført 19.6. 2013. Partene ble enige om en ramme på 1,8 prosentøkning i takster, driftstilskudd, basistilskudd og fondsøkonomien. Det ble et delt oppgjør der fastlegene fikk 1,85 prosent og avtalespesialistene 1,65 prosent. Innenfor denne rammen måtte partene innpasse egenandelsøkningen Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2013. Det ble innført en ny fremtidsrettet takst for e-konsultasjoner for allmennlegene samtidig som en rekke takster ble økt innenfor rammeøkningen. Takster som honorerer spesialistutdanning og legevaksarbeid ble spesielt honorert for allmennlegene.

I forbindelse med fastlegeforskriftens § 25 ble det fra 1.5. 2013 innført en ny honorartakst som kan utløses ved systematisk legemiddelgjennomgang hos fastlege. For avtaleåret 2013/14 er økonomien styrket med 49 millioner kroner til formålet. Styrkingen kommer i tillegg til rammeøkningen over. Fondsøkonomien er fortsatt anstrengt, og Legeforeningen nådde ikke frem med krav om ekstra satsning på fondene i årets forhandlinger. Det ble avsatt 2 millioner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenestepensjonsordning. I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølginger i form av protokolltilførsler. Partene ble enige om føre en dialog i avtaleperioden om kapasitet og kvalitet i fastlegeordningen og utdanning knyttet til allmennpraksis. Det ble også avtalt at partene skal vurdere konsekvenser av endringer i takstene 1h/1ad/1bd og 2ed.

#### **2.4.5 Avtaler med FNO og SPK**

Honorarsatsene i avtalene med Statens pensjonskasse (SPK) om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse og utlevering av journal, ble justert i juni 2013. De tekstlige delene av avtalene forble uendret. Avtalen med SPK gjelder fra 1.7. 2012 til 30.6. 2014. Avtalen med FNO ble ikke endret i perioden.

#### **2.4.6 Særavtaleforhandlinger**

Særavtalen mellom KS og Legeforeningen har vært gjenstand for jevnlige revisjoner hvert annet år, forrige avtale utløp sommeren 2012. Ny fastlegeordning og samhandlingsreformen nødvendiggjorde betydelige endringer. Legeforeningen så tidlig at forhandlingene ville bli krevende og startet planleggingen av et forhandlingsforløp som man antok ville ende med brudd i første omgang. Behov for systemomlegging av avtalen krevde modning hos avtalepartene. Det ble nedsatt en partssammensatt arbeidsgruppe høsten 2012, avtalen ble prolongert ut året. Arbeidsgruppen utredet særlig regulering av arbeidstid i forbindelse med legevakt, og praksiskompensasjon ved fravær fra praksis grunnet kommunale oppgaver, eller nødvendig hvile etter legevakt, samt samfunnsmedisinsk beredskapsordning. Arbeidsgruppen munnet ut i noen anbefalinger som ble bragt inn i forhandlingsprosessen – i hovedsak fra Legeforeningen.

Systemomleggingene og store økonomiske konsekvenser for kommunene viste seg krevende for KS, og forhandlingene brøt sammen i august 2013. Tvisten ble oversendt sentral nemnd for avgjørelse. Som ledd i forberedelsene til oppgjøret ble det utarbeidet en juridisk utredning av hvor langt nemndas kompetanse strakk seg, knyttet til unntakene fra arbeidstidsordningen. Konklusjonen fra utredningen var delt med KS på et tidlig tidspunkt, og KS synliggjorde en reell frykt for at legevakttilbudet i Norge ville bryte sammen som følge av at Legeforeningen ikke opprettholdt unntaket fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven.

Dette ledet til at partene åpnet for omfattende samtaler på sekretariatsnivå, parallelt med forberedelse til nemnd. Prosessen ble sluttført 28.11. 2013. Da ble det holdt møte i forhandlingsdelegasjonen som la de siste føringene for hva en enighet ville kreve. På dette

grunnlaget ble det oppnådd enighet om ny avtale, uten å gå veien om nemnd. Den nye avtalen gjelder fra 1.1. 2014 til 31.12. 2015.

Hovedpunkter i ny avtale er

- Tydeligere krav til planlegging av legevakt, normering av bemanning, styrking av retten til fri dag etter legevakt med praksiskompensasjon, maksimalgrense for arbeidstidsbelastning, friordning for de mest belastende ordningene
- Samfunnsmedisinsk beredskapsordning
- Forbedring av boligordningen for turnusleger i distrikt
- Satsene fra 1.1. 2014 og skal gjelde i to år. Praksiskompensasjonen øker med 16 prosent. Beredskapsgodtgjøring, timelønn for interkommunal legevakt og andre satser i avtalen øker med 18 prosent.
- Kommunenes utgift til praksiskompensasjon for fri dag etter vakt er økt med 156 prosent fra 900 til 2 300 kroner.
- Turnuslegelønnen settes til minst kr 465 000 per år fra 1.7. 2013 kr 475 000 fra 1.1. 2014 og til minst kr 494 000 fra 1.1. 2015.
- Protokoll om utredning av tiltak for å styrke bemanning på legevakt i avtaleperioden,
- Avtalt oppfølging mht. utredning av et nytt system for praksiskompensasjon og om pensjonsopptjening for legevaktarbeid.

## **2.5 Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger**

### **2.5.1 Byråkratiprojektet**

Legeforeningen nedsatte i 2013 en intern prosjektgruppe for å kartlegge utviklingen i helsebyråkrati i Norge. Hovedformålet med prosjektet er 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 viste at den andelen som norske helsemyndigheter rapporterer til OECD om andelen av de totale helseutgiftene som brukes til helseadministrasjon er misvisende. I følge disse tallene brukes 0,9 % av totale helseutgifter til administrasjon.

Tallet er svært misvisende siden driftsutgiftene til de regionale helseforetak og foretakene overhodet ikke er inkludert i oversikten. Den største feilkilden er imidlertid at utgifter til administrasjon i de regionale helseforetak og helseforetakene overhodet ikke er regnet med. Et annet hovedfunn er at det ikke er en samlet offentlig tilgjengelig oversikt over administrativt ansatte på RHF-nivå, herunder de tilknyttede, utskilte virksomhetene slik som for eksempel Nasjonal IKT, Helse Midt IKT mm. Tilsammen gir en manuell telling ca. 4 000 ansatte. (Dette inkluderer ansatte i de tilknyttede virksomhetene og ansatte i gruppen administrasjon/kontor og ledelse på RHF-nivå). Også i den sentrale helseforvaltningen (herunder Helsedirektorat, Kunnskapssenteret og Folkehelseinstituttet) er det en økning i antall ansatte, men det er heller ikke her offentlig tilgjengelige oversikter som justerer for omorganisering. Det er heller ikke enkelt å avgrense hvilke oppgaver som hører inn under administrasjon.

Legeforeningen jobber videre med prosjektet og har innhentet tilgjengelig informasjon om størrelsen på administrasjon i Sverige og Danmark. Også i disse landene er det fokus på problemstillingen, men datagrunnlaget er mangelfullt. Legeforeningen ønsker med grunnlag i OECDs statistikk for helsevesenet i ulike land, å gjennomføre en nærmere kartlegging av følgende:

- 1) Data fra OECD viser at kun 56 prosent av norske helseutgifter brukes til selve pasientbehandlingen i og utenfor sykehus («Health at a Glance»). Vi ønsker å analysere de tilsvarende tallene for alle OECD-landene. For Sverige, Danmark og Finland ønsker vi en grundig beskrivelse av hva som inngår i tallene som er rapportert for disse landene, og en vurdering av hvorvidt deres rapportering omfatter det samme som for rapporteringen for Norge.

### **2.5.2 Juridiske problemstillinger knyttet til ny turnusordning for leger**

Ny ordning med søknadsbasert opptak til turnustjenesten ble innført i 2012. Legeforeningen har i 2013 bistått mange turnussøkere og turnusleger knyttet til ansettelse og gjennomføring av turnus. Basert på tilbakemeldingene kan det virke som at det i enkelte helseforetak har vært uryddige og vilkårlige ansettelser, og det har vært store forskjeller mellom helseforetak. Dette har ført til en uforutsigbar og vanskelig situasjon for søkerne. De større sykehusene synes å ha håndtert prosessene bedre, selv om bildet naturligvis ikke er entydig. Enkelte sykehus har bekreftet at de bare ansetter folk de kjenner fra før. I tillegg har det blitt meddelt at ansettelser kan ha skjedd på bakgrunn av kjennskap og nære relasjoner. Legeforeningen har i samarbeid med Spekter planlagt et erfaringsseminar om blant annet erfaringer med ansettelsespraksis i turnuslegestillinger.

Legeforeningen støtter fremdeles ordningen, men har på bakgrunn av erfaringer knyttet til ansettelsene i ordningen bedt Helse- og omsorgsdepartementet vurdere enkelte tilpasninger. Antall turnusstillinger er ikke endret i ny ordning og er fremdeles på 950 per år.

Legeforeningen har påpekt behovet for flere stillinger for turnusleger, da det ikke er samsvar mellom antall turnuslegestillinger og behovet for leger. I statsbudsjettet for 2014 har Departementet bedt Helsedirektoratet om å vurdere om det er behov for flere turnusstillinger for leger i helse- og omsorgstjenesten primo januar 2014.

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

I november 2013 ble godkjenning av veilederavtaler for rett til trygderefusjon og primærgodkjenning som allmennlege midlertidig stanset for leger utdannet i andre EØS-land. Dette førte til en dramatisk stans i rekruttering og økonomisk usikkerhet for en rekke leger og kommuner.

Legeforeningen ga saken høyeste prioritet og jobbet aktivt mot myndighetene for å få til en hensiktsmessig og rask løsning. Departementet ble løpende orientert om sakene som kom inn, totalt ca. 70 enkeltsaker og en massiv pågang på telefon. Da avklaringer tok tid ba Legeforeningen helseministeren gripe inn for å finne en snarlig løsning. Fredag 20. desember la Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) frem forskriftsendringer som førte til en midlertidig løsning på problemet, og de legene det gjaldt fikk etterbetalt utestående refusjoner. Konkret innebærer forskriftsendringen at leger som har utdanning fra et annet EØS-land får trygderefusjon dersom de kan dokumentere norsk turnustjeneste eller tilsvarende praktisk tjeneste i et annet land. Dansk og svensk turnustjeneste ansees som tilsvarende norsk turnustjeneste. Forskriftsendringer gjelder frem til 1.5. 2014, og helsemyndighetene utarbeider nå nye regler. Dette er en viktig sak for Legeforeningen, og vi er i dialog med myndighetene om utforming av det nye regelverket for å sikre at det ikke får utilsiktede konsekvenser for allmennleger og rekruttering til allmennlegetjenesten.

### **2.5.4 Utredning av lovligheten av norsk allmennlegegodkjenning**

Yrkeskvalifikasjonsdirektivet skal sikre mobilitet av arbeidskraft i Europa ved et system for

automatisk, og gjensidig godkjenning av særskilte yrkeskvalifikasjoner. Søknad om godkjenning som allmennlege skal innvilges automatisk dersom legen har minimum tre års veiledet tjeneste, såkalte E-leger.

Helse- og omsorgsdepartementet har bedt Helsedirektoratet utrede hvorvidt Norges to nivåer for godkjenning som allmennlege er lovlige i henhold til yrkeskvalifikasjonsdirektivet. Disse nivåene er hhv. godkjenning som allmennlege med rett til trygderefusjon og spesialitet i allmennmedisin. Spørsmålet i saken er om Norge må gjøre som Sverige og Danmark allerede gjør og gi spesialistgodkjenning til allmennleger som kommer fra andre EU-land så lenge de oppfyller kravet til tre års veiledet tjeneste. Legeforeningen har gitt innspill til oppdraget.

Direktivet har også lister over enkelte spesialiteter som kan godkjennes automatisk i artikkel 25. Allmennmedisin er ikke en spesialitet i direktivet. Legeforeningen og den europeiske sammenslutning av legeforeninger har jobbet for at allmennmedisin skal bli en spesialitet, men har ikke lyktes med dette.

Sverige og Danmark hadde tidligere, på samme måte som Norge, to nivåer. Leger som søkte om konvertering i disse landene ble inntil nylig, tildelt det «laveste kvalifikasjonsnivået», det vil si EU-leger (med tre års veiledet tjeneste). Dette er etter pålegg fra EU-kommisjonen endret i disse landene. EU-kommisjonen påpekte at det var i strid med direktivet å tildele den laveste tittelen og på de landene å tildele spesialisttittel i allmennmedisin til leger fra andre land med tre års veiledet tjeneste. I Norge tildeles leger med tre års veiledet tjeneste: «Bevis som kompetanse som allmennpraktiserende lege» og ikke spesialist i allmennmedisin.

Kommisjonen mener at yrkeskvalifikasjonsdirektivet kun tillater en kvalifikasjon/kategori innen allmennmedisin. Hovedargumentet er at tre års veiledet tjeneste gir så og si samme kompetanse som en spesialistutdanning. Legeforeningen er faglig og juridisk uenig i at tre års veiledet tjeneste tilsvarer en spesialistutdanning. 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. Det er behov for aktivt arbeid fra norske myndigheters side for å få gjennomslag for at allmennmedisin anerkjennes som spesialitet og oppføres i artikkel 25 i direktivet.

Basert på kontakt med Helsedirektoratet er det lite sannsynlig at Norge vil opprette to nivåer. Legeforeningen vil følge saken tett og bidra til utforming av systemer som sikrer kvaliteten i allmennmedisin dersom systemet endres.

#### **2.5.5 Legen som næringsdrivende og arbeidsgiver**

Høsten 2013 ble det igangsatt et arbeid med utvikling av veileder for næringsdrivende leger. Veilederen skal ha fokus på rettslige og praktiske spørsmål knyttet til oppstart, drift og opphør av privat næringsvirksomhet, dvs. leger som driver som fastlege, avtalespesialist eller helprivat. I dette ligger også veiledning og redegjørelse for det ansvar legen har som arbeidsgiver. Veilederen planlegges ferdigstilt våren 2014.

#### **2.5.6 Betydning av EUs konkurransedirektiv for fastlegeordningen og avtalespesialistordningen**

Fornyings- og administrasjonsdepartementet og Helse – og omsorgsdepartementet reiste spørsmål om fastlegeordningen og avtalespesialistordningen er i strid med EUs konkurransedirektiv. Legeforeningen var i flere møter med departementene sammen med Psykologforeningen og Fysioterapiforeningen. Det er levert en grundig juridisk vurdering av

systemet. Arbeidet fortsettes internasjonalt gjennom kontakter med legeforeninger i andre land for oversikt og for påvirkning av situasjonen.

## **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 skal søkes om økonomisk bistand for å få ekstern advokat. Sekretariatet kan også gi bistand på områder som ikke omfattes av Rettshjelpsordningen.

Mange tvister løses av sekretariatet innen legen kontakter ekstern advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. I tillegg har Legeforeningen, som avtalepart i sentrale avtaler samt kunnskap om lokale forhold, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har. Sekretariatet har også i 2013 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.

Sekretariatet håndterer daglig forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt noe økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester er 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 3 206 nye saker i 2013, hvorav en liten del av disse også innbefatter yrkesforeningenes registrerte saker. Utover dette antallet besvares svært mange henvendelser på telefon i vaktentralen, 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 2012 var 2 753 og for 2011 2 542. For 2010 var det 2 300 og i 2009 1 613 saker. Dette indikerer en betydelig stigning over tid i etterspørselen etter juridiske tjenester. Sakene samlet sett er 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 har også i 2013 gitt bistand i en rekke tilsynssaker mot leger. Legen vil uansett bakgrunn for saken få tilbud om gjennomsyn og rådgiving. Videre oppfølging tilpasses sakens karakter. Enkelte saker har Legeforeningen gitt særlig prioritet. Dette er saker hvor tilsynsmyndighetene etter vår oppfatning går utover sine lovgitte fullmakter. Legeforeningen har i flere saker vært kritiske til at det reageres mot forhold begått på fritiden, uten at det er klargjort en tilstrekkelig saklig sammenheng med legeyrket. Videre har vi i en konkret sak påvist det som etter vår oppfatning er alvorlige taushetspliktbrudd, begått av tilsynsmyndighetene selv. Vi følger opp disse sakene og erfaringene videre, både i den enkelte sak og i arbeidet med de overordnede rammer.

Det er nedsatt et offentlig utvalg som skal vurdere endringer i system og regelverk for tilsyn med helsetjenesten ledet av Aslak Syse.

### **2.6.3 Ansatte leger**

2013 ble preget av mange tunge prosesser på sykehusene som medførte behov for juridisk bistand, herunder også fra tillitsvalgte. Disse sakene ble i all hovedsak løst med enighet. Det er også fremdeles et økende antall leger som behøver bistand i saker vedrørende profesjonsutøvelse og tilsyn. Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært særlig viktige saksområder også i 2013, men også mange individuelt oppståtte saker. Det har vært et betydelig antall arbeidskrevende henvendelser fra OUS HF, UNN HF, A-hus HF og Vestre Viken HF.

Som tidligere år har Legeforeningen også i 2013 hatt et betydelig fokus på diskrimineringssaker, og spesielt da kjønnsdiskriminering. I praksis dreier dette seg om diskriminering grunnet svangerskap og fødselspermisjoner, og da i hovedsak kvinner. Et overraskende høyt antall arbeidsgivere har fremdeles ikke fullt ut forstått hvilke regler som gjelder på dette området. Det må forventes at det er nødvendig å følge slike saker tett også i de nærmeste årene. Legeforeningens medlemsmasse består i økende grad av kvinner, slik at stadig flere medlemmer forventes å trenge juridisk bistand for å ivareta sine interesser.

Av rettsområder som har fått økt fokus i 2013, er legers yringsfrihet. 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. Debatten om helsevesenet generelt, herunder prioriteringer, er av stor interesse for allmennheten. Leger er en utsatt gruppe for kritikk, fordi de hele tiden må forholde seg til taushetsplikten overfor pasienten, samt at det er lett å bli identifisert med sin arbeidsgiver eller det helseforetaket man jobber i. Ytringsfriheten har derfor også en viktig side mot den lojalitetsplikt legen har i sitt arbeidsforhold.

Grensedragningene her kan være vanskelige. Uansett er det viktig å legge til rette for at legene tør å komme med innspill i helsedebatten, da de er de som kjenner forholdene i helsevesenet best. Legeforeningen jobber for legers yringsfrihet på mange arenaer. Sekretariatets jurister har blant annet holdt en rekke foredrag om yringsfrihet på ulike kurs for tillitsvalgte, og også i andre sammenhenger. Det er viktig å bevisstgjøre legene selv på at de har rett til å ytre seg om viktige forhold i helsevesenet, men også diskutere hvor grensene for yringsfriheten går. Det er i tillegg blitt undervist om yringsfrihet på Legeforeningens lederseminar, slik at også leger med lederroller skal ha et fokus på yringsfrihet og eventuelle brudd på denne. I tillegg til generell opplæring, følger sekretariatet opp tilfeller der man mener det er brudd på yringsfriheten. Dette innebærer at sekretariatet engasjerer seg på legenes vegne i en rekke enkeltsaker der arbeidsgiver forsøker å begrense legens lovmessige yringsfrihet.

### **2.6.4 Næringsdrivende leger**

Det har også i 2013 vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere og næringsdrivende. De mest aktuelle arbeidsrettslige spørsmål knytter seg til nedbemanning og oppsigelser av hjelpepersonell, virksomhetsoverdragelse, pensjons- og lønsspørsmål. Et saksområde som fortsatt var særlig aktuelt, er pensjon til ansatt hjelpepersonell i privat legepraksis, hvor legene opplever å få krav om betydelige tilleggsbetalinger til de ansattes pensjonsordninger. Det er stadig henvendelser som gjelder de ansattes pensjonsordninger, og endringsmuligheter knyttet til disse.

For øvrig gis bistand i ulike avtalerettslige forhold, særlig avtaler med kommune og RHF. En stor mengde henvendelser gjelder helserettslige spørsmål knyttet til ansvar, taushetsplikt og utlevering av pasientinformasjon.

Videre ytes det rådgivning for å løse tvister mellom leger med henblikk på å unngå rettssaker. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger, og bistår 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. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til ekstern juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret skal imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fatter sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret, og det utøves et skjønn mht. hvilke saker som gis økonomisk støtte.

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

Utvalget tok stilling til totalt 32 søknader om rettshjelp i 2013. Det ble fattet vedtak om å innvilge støtte i 13 saker, og vedtak om avslag i 17 saker. To av sakene ble oversendt til sentralstyret for vurdering der. 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 begrenset støtte til juridisk bistand knyttet til behandling i Statens helsetilsyn og klager til Helsepersonellnemnda. For øvrig er det ytt støtte til forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet, eksempelvis klage på avslag om driftstilskudd for avtalespesialist og saker mot HELFO. I tillegg har man gitt bistand til én forsikringssak og én sak om mediehandtering. I flere av sakene der det er søkt om økonomisk bistand har det vært innledet rettssak, enten av legen eller mot legen. Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. Sekretariatet følger aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

### **2.7 Rettslige prosesser**

Legeforeningens advokater og advokatfullmektiger fører jevnlig saker for domstolene på vegne av medlemmer og Legeforeningen. Et utvalg av disse beskrives i det følgende.

#### *Arbeidsrettens dom av 22. april 2013 – sak om hjelpeplaner ved OUS*

Legeforeningen saksøkte Oslo universitetssykehus og Spekter i spørsmålet om arbeidsgiver hadde mulighet til å bruke midlertidige tjenesteplaner uten at dette er hjemlet i B-delen. Videre gjaldt saken spørsmålet om fremgangsmåten for utarbeidelse av tjenesteplaner i B-delen ved OUS var fulgt. Legeforeningen fikk ikke medhold i sine anførsler. Det var dissens i Arbeidsrettens avgjørelse.

Arbeidsretten kom i sin dom til at Oslo universitetssykehus hadde anledning til å innføre midlertidige tjenesteplaner, hvor det er anledning til å benytte færre leger i vaksjiktet enn det som er vanlig, uten at dette er avtalt i B-delen eller i det enkelte tilfellet. Arbeidsrettens begrunnelse er først og fremst forankret i hensynet til styringsretten; at arbeidsgiver må kunne styre virksomheten om sommeren. Dette strider mot det Legeforeningen har anført at det har vært adgang til, og hva Legeforeningen har oppfattet at partene har vært enige om når overenskomsten ble inngått.

Dommen åpner for økt anledning til bruk av midlertidige tjenesteplaner. Det vil likevel gjelde en rekke begrensninger med tanke på arbeidsgivers adgang til å etablere slike tjenesteplaner.



For det første må de alminnelige endrings- eller oppsigelsesfrister følges både ved inngåelse av den midlertidige tjenesteplanen og ved opphøret av denne, med mindre noe annet er regulert lokalt. Videre vil regulering av hjelpeplaner lokalt kunne utgjøre skranker for arbeidsgivers adgang. Den midlertidige tjenesteplanen må uansett oppfylle vernebestemmelsene og kravet til 20 timers dagtid i tidsrommet kl 7-17. Det må videre legges til grunn at endring av tjenesteplan bare kan gjøres der hvor UTA er den samme som i opprinnelig tjenesteplan, dvs. samme timetallet i tjenesteplan. Dersom legene i slike situasjoner ikke ønsker å arbeide UTA i den nye tjenesteplanen må de selv si opp ordningen. Dersom timetallet i tjenesteplanen endres, må imidlertid arbeidsgiver si opp tjenesteplanen og deretter få aksept av den enkelte lege for endret UTA.

Dommen er alvorlig for tilliten til vår forhandlingsmotpart, både sentralt og lokalt. Legeforeningen opplever at arbeidsgiver ved sin opptreden gjør det vanskelig å ha tillit til avtaler. Det er flere grunner til dette. Det er vanskelig å ha tillit til en motpart som inntar helt andre standpunkter enn det Legeforeningen mener har vært intensjonen. Spekter brukte dessuten mot Legeforeningen i Arbeidsretten at vi hadde forsøkt å klargjøre A2s bestemmelser i forhandlingene i 2010, selv om det var tatt forbehold om at dette var vår forståelse av bestemmelsene.

Avtaletekst skrives normalt i en ramme av gjensidig tillit. Dommen innebærer at det er vanskelig å komme ut av forhandlinger med ny tekst dersom ikke partene har en krystallklar og skriftliggjort felles enighet om hva denne teksten innebærer. Dette svekker grunnlaget for å utvikle nye avtalebestemmelser.

#### *Twist om ugyldig oppsigelse – legen som arbeidsgiver*

Legeforeningen bistod i denne saken arbeidsgiver, en næringsdrivende lege. Sakens bakgrunn var at arbeidsgiver i dette tilfellet var vikar (heretter omtalt som arbeidsgiver) i en solopraksis, hvor aktuell sykepleier var medeier i praksisen. Etter en tid sa hjemmelsinnehaver opp sin fastlegehjemmel, og arbeidsgiver fikk tildelt hjemmelen. Arbeidsgiver ønsket å kjøpe praksisen, men partene ble ikke enige om betingelsene for dette. Arbeidsgiver (etterhvert ny hjemmelsinnehaver) fikk derfor leie lokaler hos et annet legesenter, og startet opp sin praksis der. Det oppstod etterhvert en tvist med den eneste sykepleieren som var tilknyttet solopraksisen arbeidsgiver hadde vikarier i. Tvisten bestod i at arbeidsgiver anførte at sykepleieren ikke var ansatt hos ham, men ved solopraksisen som arbeidsgiver hadde vikariert i. Når han ikke fikk kjøpe praksisen, opphørte arbeidsforholdet idet arbeidsgiver etablerte egen praksis utenfor den han hadde vikariert i. Det hører med til historien at sykepleieren er gift med tidligere hjemmelsinnehaver og var deleier i solopraksisen. Frem til arbeidsgiver tiltrådte som vikar i praksisen hadde hun jobbet ved praksisen som selvstendig næringsdrivende daglig leder. Sykepleieren mente seg ansatt hos arbeidsgiver, og det var arbeidsgiver som i sykepleierens arbeidsavtale var angitt som arbeidsgiver.

Arbeidsgiver etablerte sin praksis ved et annet legekontor, og anså arbeidsforholdet som opphørt. Sykepleieren tok ut søksmål for ugyldig oppsigelse. Tvisten for ting- og etterhvert lagmannsrett gikk på om sykepleieren ble urettmessig utestengt fra jobb, og om hun gjennom utestengingen i realiteten hadde mottatt en ugyldig oppsigelse. Lagmannsrettsbehandlingen fant sted i 2013.

Saken skiller seg fra andre saker på flere måter, blant annet på grunn av at tidligere hjemmelsinnehaver utfordret regelverket knyttet til overdragelse av praksis. Det var også spesielle omstendigheter knyttet til avtaleinngåelsene, både vikaravtalen og arbeidsavtalen med sykepleieren. På grunn av de særegne omstendigheter bistod derfor Legeforeningens jurister i forbindelse med rettsbehandlingen, selv om saken i utgangspunktet hadde betydelig

prosessrisiko ved seg. Dette særlig fordi arbeidsavtalen til sykepleieren anga arbeidsgiver som hennes arbeidsgiver. Arbeidsgiver vant delvis frem i tingretten, men tapte under dissens i lagmannsretten.

Partene inngikk etter at lagmannsrettsdommen falt, men før den ble rettskraftig, et forlik som også omfattet tvisten om kjøp av praksis.

#### *Kataloghaisaker – brakte prinsippsak inn for tingretten*

De såkalte «kataloghai-sakene» har vært økende de senere år. Mange titalls næringsdrivende leger føler seg svindlet og ønsker juridisk bistand. Legeforeningen gjenopptok bistanden i disse sakene i 2013, etter en periode hvor sekretariatet av ressursmessige årsaker ikke kunne yte bistand. Det registreres et jevnt tilsig av slike saker, både fra utenlandske og innenlandske selskaper. Det klassiske tilfellet er at et internettselskap ringer til et legekontor og spør om legekontoret vil forlenge en eksisterende avtale. Legekontoret blir forledet til å tro at det allerede er en eksisterende avtale, og går på den bakgrunn med på å prolongere oppføringen hos det aktuelle selskapet. Så viser det seg at det ikke har eksistert noen tidligere avtale slik at det i realiteten er inngått et helt nytt avtaleforhold. Legekontoret er med andre ord under svik og uriktige forutsetninger lurt inn i et avtaleforhold. Legekontoret kontakter da selskapet og sier at de ikke vil inngå noen avtale, men selskapet ignorerer dette og fastholder at avtale er inngått. Det vanlige er da at selskapet sender faktura til legekontoret, og går til forliksrådet for å starte inndrivingsprosess dersom legekontoret ikke betaler. Selv om beløpene som er involvert ikke er veldig store og det vanligvis ikke stilles advokatressurser til disposisjon i pengekravsaker for næringsdrivende, er det store antall leger som rammes en grunn til å følge opp disse særskilt.

Konkret bistår sekretariatet i forliksrådet ved behov. En lege tok på slutten av 2013 med bistand fra Legeforeningen, ut stevning mot ett av disse selskapene etter at forliksrådet hadde avsagt fraværdom mot legekontoret. Etter at stevningen ble tatt ut, kom internettselskapet på banen og erkjente at ingen avtale er inngått. Det aktuelle internettselskapet betalte i den konkrete saken tilbake det beløpet legekontoret allerede hadde betalt. I tillegg betalte selskapet Legeforeningens omkostninger med saken. Stevningen ble derfor trukket da saken ble forlikt ved at legekontoret fikk medhold i alle sine krav. Arbeidet har gitt resultater, og målet er at det oppnås en overslagseffekt slik at leger i større grad enn i tidligere skjermes for pengekrav fra kataloghaier.

#### *Leger i spesialisering og deres arbeidsrettslige status – Avklaring i Høyesterett*

Det har lenge vært rettslig uklarhet med hensyn til om det har vært hjemmel for midlertidig ansettelse av leger i spesialisering. Hovedregelen i norsk arbeidsliv er fast ansettelse. Dersom arbeidsgiver ønsker å ansette en arbeidstaker i midlertidig stilling, kreves det hjemmel. En slik hjemmel er praksisarbeidsbestemmelsen i arbeidsmiljøloven § 14-9 første ledd bokstav c.

Konkret gjaldt saken en lege som etter ulike vikariater, midlertidige ansettelser og forskningsstillinger ble ansatt ved Oslo universitetssykehus (OUS), Rikshospitalet, i en tradisjonell fireårsstilling. Da fire år snart var gått, fremmet hun krav om fast ansettelse, noe OUS avviste. Hun tok deretter ut stevning. Hun tapte saken i tingrett og lagmannsrett, og anket videre til Høyesterett. Høyesterett tillot at anken ble fremmet. Legeforeningen erklærte partshjelp for legen, noe foreningen også hadde gjort for lagmannsretten. Partshjelp betyr at foreningen med egen advokat trer inn som formell aktør i saken til støtte for legen, i tillegg til legens egen advokat.

Høyesterett behandlet spørsmålet den 8. og 9.10. 2013, og 29.oktober kom avgjørelsen. Kort fortalt innebærer avgjørelsen at dagens ordninger med fire-, fem- og seksårsstillinger kan videreføres på sykehusene.

Høyesterett la en vid forståelse av praksisarbeidsbestemmelsen til grunn. Dommen bygger særlig på den såkalte «Sykehuset Innlandet»-dommen fra 2009 - som gjaldt en hjelpepleier som tok videre utdanning innenfor psykiatri - og hvor Høyesterett utmeislet hva som ligger i lovens bestemmelse om praksisarbeid. Det ble videre lagt vekt på at det var en «etablert og festnet praksis for midlertidig ansettelse av LIS-leger». Det var disse to elementene som fremstår som avgjørende for utfallet. Det fremstår som lite sannsynlig at noen ville finne på å gi denne stillingsgruppen midlertidige stillinger dersom den skulle etableres på nytt i dag. Men det er slik at leger i spesialisering som hovedregel har gått i midlertidige stillinger siden «tidenes morgen». Det er også hovedinntrykket fra Europa. Det er vel kun Sverige som har et system med faste stillinger.

Legen og Legeforeningen hadde en rekke anførsler knyttet til hva som karakteriserer arbeidet som lege i spesialisering, for å vise at slikt arbeid ikke faller inn under begrepet «praksisarbeid». Blant annet ble det fremhevet at det dreier seg om leger med lang utdanning, fullverdig autorisasjon og selvstendig profesjonsansvar. Dessuten at spesialiseringen er svært langvarig. Leger er i spesialisering til de er i gjennomsnitt drøye 41 år. Videre ble det anført at arbeidsgivers behov for arbeidskraft er mer fremtredende enn utdannelseselementet. Arbeidsdepartementet konkluderte i 2010 med at arbeid som lege i spesialisering ikke kunne anses å være praksisarbeid. Høyesterett vektla imidlertid ikke disse synspunktene i den grad at det fikk betydning for utfallet av saken.

Høyesterett oppsummerte sin vurdering slik: «Vi står imidlertid overfor en ordning som har vært praktisert over lang tid, og hvor lovens ordlyd, forarbeider og rettspraksis gir støtte for at det er adgang til midlertidig ansettelse. Eventuelle endringer er da en lovgiveroppgave. En reformprosess med deltakelse fra tariffpartene er for øvrig også igangsatt.» Høyesterett peker altså på lovgiver og tariffpartene dersom det skal gjøres endringer i den ordningen som praktiseres i dag.

Høyesterett hadde også noen interessante merknader knyttet til spørsmålet om stillingenes lengde. Dagens ordning er slik at de med kortest tid igjen til spesialiteten har fortrinnsrett til fire-, fem- og seksårsstillingene. Høyesterett synes å ha akseptert denne regelen, til tross for at den innebærer at legene kan få ansettelse flere år utover det som trengs for å oppnå spesialiteten: «Ordningen bygger med andre ord på at legen regelmessig ansettes for en vesentlig lengre periode enn det som trengs for å oppfylle kravene til tjenestens lengde» - og videre: «Jeg tilføyer at det for legene åpenbart gir en trygghet at ansettelsesperiodene er lengre enn det som strengt tatt er nødvendig hvis man utelukkende ser på hvor mye tellende tjenestetid den aktuelle legen mangler». Høyesterett synes således å ha akseptert det system som opprinnelig ble etablert med den såkalte «Stillingsstrukturavtalen» fra 1985, som var en avtale mellom helsemyndighetene, arbeidsgiversiden på sykehusene og Legeforeningen, og som i ganske stor utstrekning praktiseres i dag, til tross for at avtalen som sådan er utløpt.

Legeforeningen har over flere år arbeidet politisk for at faste stillinger skal innføres også for leger i spesialisering. Høyesteretts dom innebærer et foreløpig rettslig punktum. Nåværende helseminister Bent Høie har som Stortingspolitiker tatt til orde for at denne legegruppen bør få faste stillinger. Det samme har tidligere helseminister Anne-Grethe Strøm-Erichsen, som ga de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide ordninger som i størst mulig grad ga leger i spesialisering faste stillinger. Legeforeningen og Spekter er enige om en modell som skal

sikre at utdanning av legespesialister ivaretas med faste stillinger. Legeforeningen vil fortsette sitt arbeid for implementering av faste stillinger med uforminskert styrke.

#### *Avisa Nordland-saken - Ærekrenkelse*

En overlege ved Nordlandssykehuset tok i juli 2012 med støtte fra Legeforeningen, ut søksmål mot Avisa Nordland på grunn av ærekrenkelse. 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. Det var riktignok slik at disse operasjonene i henhold til interne retningslinjer i Helse Nord, skulle vært foretatt i Tromsø eller ved et annet universitetssykehus, men bruddene på disse retningslinjene kunne ikke belastes 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 mot Avisa Nordland i tingretten, og fikk da tilkjent oppreisningserstatning og saksomkostninger. Avisen anket saken, og overlegen tapte i Hålogaland lagmannsrett, jf. dom av 9.12. 2013. Han ble bistått av Legeforeningens advokater i begge instanser. Det vil bli besluttet om saken skal ankes videre til Høyesterett. Legeforeningen har nedlagt et betydelig arbeid i denne saken. Dette omfatter først og fremst det arbeidet overlegens advokater har utført. Men saken har en del tilleggsfaktorer, som håndtering av media og andre henvendelser om saken. Arbeidet har derfor mange aspekter ut over det juridiske. Saken har vakt uvanlig stor interesse i medlemsmassen og også i organisasjonsleddene. Nordland legeforening har engasjert seg direkte. Overlegen fikk i november 2013 en pris som årets Nordlandsdoktor blant annet for hans vilje til å fronte dette spørsmålet gjennom rettssaken. Overlegeforeningen oppfordret i sin tid til boikott av Avisa Nordland pga. oppslagene om overlegen og avisens manglende vilje til å korrigere seg. Legene ved Nordlandssykehuset er fremdeles opprørt over saken. Sakens utfall er åpenbart av stor prinsipiell betydning for leger i alminnelighet og gir derfor en mulighet til å trekke opp noen viktige grenser i forhold til pressens ytringsfrihet

#### *Lege tiltalt for ødeleggelse av bevis i straffesak*

Legeforeningen forsvarte en lege som hadde fjernet pasientens identitet på en pose narkotika for å ivareta taushetsplikten. Påtalemyndigheten ønsket å straffe legen for forsettlig å ha ødelagt bevis, men ble ikke hørt i rettsapparatet. Legen ble frikjent i tingrett og lagmannsrett. Påtalemyndighet anket saken inn for Høyesterett som kom til frikjennelse etter et annet rettslig grunnlag, i samsvar med det Legeforeningen hadde påberopt, nemlig at taushetsplikten forutsatte en viss aktivitet fra legens side med hensyn til å hindre at pasientens identitet ble gjort kjent for politiet. Legen ble frikjent.

## **3 Utdanning, forskning og fagutvikling**

### **3.1 Utdanning**

#### **3.1.1 Grunnutdanningen**

Det har vært møter med Norsk medisinstudentforening (Nmf) om et samarbeid for å utvikle NOLUB (Nasjonale overordnede læringsmålsutbyttebeskrivelser)/kjernepensum for medisinstudiet. Legeforeningen har avgitt høringsvar vedrørende studieplan ved Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo.

#### **3.1.2 Turnustjenesten**

I februar 2013 var det oppstart for den nye turnustjenesten for leger. Den nye turnusordningen er søknadsbasert. Det skal gis autorisasjon ved cand. med., og turnus skal bli en del av legers spesialistutdanning. Det skal utlyses 950 midlertidige stillinger hvert år. Stillingene lyses ut gjennom Helsedirektoratets (Hdir) elektroniske turnusportal (webportal).

Legeforeningen har i 2013 møtt på enkelte utfordringer med den nye turnusordningen, spesielt gjelder det ansettelsespraksis for turnusleger i sykehus og et manglende samsvar mellom antall stillinger og antall søkere i ny turnusordning. Det er for mange nyutdannede leger som blir stående uten turnusplass.

Tilbakemeldinger fra medisinstudenter og leger som har søkt turnuslegestillinger og turnuslegevikariater, har gitt inntrykk av at ansettelsene til dels er preget av vilkårlighet. Som et ledd i arbeidet med å løse utfordringene med ny turnusordning, skrev Legeforeningen i juni 2013 et brev til daværende helseminister Jonas Gahr Støre der foreningen foreslo noen tiltak for bedring av turnusordningen. På bakgrunn av dette brevet ble Legeforeningen invitert til et møte med daværende statssekretær Robin Kåss i august vedrørende oppfølging av turnusordningen.

Ett av tiltakene som Legeforeningen foreslo, var å øke antallet turnusplasser. I møtet fikk Legeforeningen positive signaler om en økning i turnusplasser på ca. 2 prosent fra og med 2015.

Legeforeningen har også vært opptatt av at det før neste søknadsrunde må på plass et mer transparent og forutsigbart system for ansettelser ved det enkelte helseforetak. Videre må informasjonen om det enkelte foretaks kriterier for utvelgelse være tilgjengelig før neste søknadsrunde.

Turnusordningen er i en oppstartsfase. Ansettelsene i 2013 var de første ordinære ansettelsene i ny ordning. Hensikten med turnustjenesten er at nyutdannede leger skal tilegne seg kunnskap og erfaring som gir den nødvendige kompetansen til å utøve legeyrket. Alle leger som ønsker å gå videre i et spesialiseringsløp må gjennomføre turnus. Legeforeningen mener derfor at det er svært viktig at turnusordningen fungerer tilfredsstillende og at den gir alle leger like muligheter til å starte legekarrieren.

#### **3.1.3 Spesialistutdanningen**

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

Kurskrav er endret i spesialitetene barnekirurgi, gastroenterologisk kirurgi, onkologi, fysikalsk medisin og rehabilitering og generell kirurgi. Forslag til endring av kurskrav for spesialiteten klinisk farmakologi er sendt til Helsedirektoratet.

Prosedyrekravene er endret for spesialiteten psykiatri og forslag til endring av prosedyrekravene for spesialiteten patologi er sendt Helsedirektoratet.

Sommeren 2012 ble det iverksatt et prosjektarbeid om fremtidig spesialitetsstruktur med Johan R. Torgersen som innleid prosjektleder. Rapporten fra dette arbeidet ble sendt på høring til alle Legeforeningens organisasjonsledd og deretter lagt frem for landsstyret i juni 2013.

Parallelt med Legeforeningens utredning har Helsedirektoratet, på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet, iverksatt et prosjektarbeid om spesialitetsstruktur og -innhold der Legeforeningen har vært aktiv bidragsyter. På bakgrunn av landsstyrets vedtak fra juni 2013 ga Legeforeningen omfattende innspill til Helsedirektoratets rapport før den ble oversendt HOD 20.6. 2013.

I etterkant har departementet gitt Helsedirektoratet i oppdrag å konsekvensutrede forslagene fra rapporten og prioritere arbeidet med å utrede ny spesialitet innrettet på behovene i akuttmottak. Ny frist for leveranse til departementet er juni 2014.

Legeforeningens prosjektgruppe fra 2012 ble videreført i 2013 og gitt i oppdrag å utarbeide et dokument som beskriver hvilke utfordringer man står overfor i forhold til direktoratets forslag. Legeforeningens utredning vil bli lagt frem for landsstyret i mai 2014.

#### **3.1.4 Etterutdanning**

Per 31.12. 2013 var det 1 807 registrerte brukere av LEIF. Dette tallet er stadig økende og omfatter både vanlig LEIF og LEIF Allmennmedisin.

I 2011 vedtok sentralstyret å oppnevne en arbeidsgruppe som fikk som mandat å utrede alle sider ved legespesialistenes etterutdanning. Arbeidsgruppen la frem sin rapport for sentralstyret ultimo januar 2013. Etter høring i organisasjonen ble rapporten forelagt landsstyret i juni 2013. Basert på arbeidsgruppens utredning og de mottatte uttalelser fattet landsstyret følgende vedtak:

*«Legeforeningen vil arbeide for en styrking av legespesialistenes etterutdanning ved at rettigheter og plikter tydeliggjøres i avtaleverket, både sentrale og lokale avtaler samt individuelle arbeidsavtaler.*

*Legeforeningen vil arbeide for at krav til etterutdanning for legespesialistene må formaliseres i regelverket slik at etterutdanningen blir evaluert ved de sykehusavdelinger som har godkjenning som utdanningsinstitusjon i spesialistutdanningen. Eventuelle mangler i etterutdanningen må få konsekvenser for avdelingens status som utdanningsinstitusjon. Legeforeningen går i denne omgang ikke inn for tidsbegrenset spesialistgodkjenning og regodkjenning av spesialister. Norge bør i dette spørsmålet følge internasjonal utvikling.»*

Oppfølging av rettigheter og plikter vedrørende etterutdanning følges opp ved revisjon og utforming av avtaler og overenskomster. Obligatorisk etterutdanning med tilhørende vedtak følges opp i arbeidet med Helsedirektoratets prosjekt om spesialitetsstruktur og -innhold.

### **3.1.5 Kursutdanning**

Til Akademisk Studieforbund har Legeforeningen i 2013 innrapportert 533 kurs på til sammen 11 453 timer. 737 kurs ble i 2013 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har totalt vært 30 386 deltakere på disse kursene.

### **3.1.6 E-læring**

Legeforeningen har 16 inntektsgivende rene nettkurs på sin kursportal. I tillegg er det tilgjengelig gratis kurs i Helseforskningsloven beregnet på forskere, og fire internasjonale kurs beregnet på kursdeltakere fra hele verden.

Antall kursdeltakere i inntektsgivende nettkurs 2013 fordeler seg slik:

Obligatorisk nettkurs i sakkyndig arbeid: 902

Obligatoriske blandede kurs: 359

Valgfrie rene nettkurs: 191

### *Publiseringer 2013*

Grunnkurs C for allmennleger ble omgjort til blandet kurs og publisert våren 2013. Det blandede grunnkurset i kardiologi ble revidert og publisert sommeren 2013. Valgfritt nettkurs om informasjonssikkerhet på legekantor ble publisert oktober 2013. Obligatorisk nettkurs om sakkyndig arbeid ble revidert og publisert i oktober 2013.

### *Prosjekter 2014*

Grunnkurs i fordøyelsessykdommer er under revisjon, og totalt 29 reviderte kursmoduler planlegges publisert fortløpende etter ferdigstilling i løpet av 2014.

Grunnkurs A og B for allmennleger planlegges nå delvis nettbasert, og utvikling av nye kursmoduler, totalt fire i Legeforeningens regi, er i gang. Disse planlegges publisert sent i 2014, ev. tidlig i 2015.

Valgfritt nettkurs for allmennleger om oppfølging før og etter fedmekirurgi er under utvikling og planlegges publisert i løpet av 2014.

### **3.1.7 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin**

Sakkyndig komité har i 2013 hatt tre møter og behandlet 23 saker. Det er godkjent åtte leger i kompetanseområdet og 80 kurs.

### **3.1.8 Kompetanseområde i allergologi**

Sakkyndig komité i kompetanseområdet ble oppnevnt av sentralstyret 15.1. 2013. Komiteens mandat er å utarbeide nærmere bestemmelser for gjennomføring av de vedtatte utdanningsregler, sørge for etablering av nødvendige kurs, vurdere søknader fra leger om godkjenning og ellers overvåke kvaliteten på utdanningen i kompetanseområdet.

Komiteen har i 2013 hatt tre møter og behandlet 30 saker. Komiteen har blant annet foreslått endringer i reglene og i overgangsreglene for kompetanseområdet.

Det var ved utgangen av 2013 innkommet fire søknader om godkjenning i kompetanseområdet.

### **3.1.9 Kompetanseområde i smertemedisin**

Sentralstyret vedtok 6.12. 2013 å nedsette en arbeidsgruppe med mandat til å utrede forslag om etablering av kompetanseområde i smertemedisin, herunder innhold og struktur, kompetanseområdets plass i helsetjenesten og behov for leger med kompetanse i smertemedisin. Det innhentes forslag til representanter til en sakkyndig komité fra Norsk forening for allmennmedisin, Norsk forening for smertemedisin, Norsk anestesilogisk forening, Norsk revmatologisk forening, Norsk nevrologisk forening, Norsk forening for

fysikalsk medisin og rehabilitering, Norsk ortopedisk forening, Norsk psykiatrisk forening, Norsk gynekologisk forening, Norsk gastroenterologisk forening og Norsk forening for gastroenterologisk kirurgi.

## **3.2 Forskning**

Innen forskning har sekretariatet i 2013 konsentrert seg om oppfølging av strategidokumentet *Forskning er helsetjenestens grunnpilar* i samarbeid med relevante organisasjonsledd. Følgende områder er prioritert: forskningens plass i spesialistutdanningen, forskning på tjenesteplanen og forskning i primærhelsetjenesten. Det ble avgitt hørings svar til arbeidet med å utvikle en ny forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorgssektoren (HelseOmsorg21).

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

## **3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling**

### **3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreninger**

Det ble gjennomført en konferanse for Legeforeningens fagmedisinske foreninger 25.11. 2013. I overkant av 50 personer deltok.

Første del av konferansen fokuserte på anvendelse av genetisk kunnskap i klinisk behandling, mens andre del handlet om hvordan de fagmedisinske foreningene kan utvikles. Konferansens tredje del var konstituerende møte for FaMe-gruppen 2013-15. Cecilie Risøe ble valgt som leder av FaMe.

### **3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok (NLH)**

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

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

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

Norsk legemiddelhåndbok er tilgjengelig som papirutgave, på nett og via applikasjon for smarttelefon. Styret bestemte i 2013 at det også skal utgis papirversjon ved hovedrevisjonen i 2016, men kun etter aktiv bestilling fra helsepersonell (institusjoner vil motta papirutgave som tidligere).

### **3.3.3 Senter for kvalitet i legeskontor (SKIL AS) og EPJ-løftet**

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

Det var en oppfølging av Legeforeningens statusrapport 2009 *Tillit – Trygghet – Tilgjengelighet. Styrking av allmennmedisin og fastlegeordning frem mot år 2020* hvor Legeforeningen satte opprettelse av et slikt senter som mål, i samarbeid med offentlige myndigheter.



Legeforeningen besluttet i november 2013 å starte et slikt senter med omdisponerte midler fra Kvalitets- og pasientsikkerhetsfondet; Senter for kvalitet i legekontor – SKIL AS.

SKIL har disse eierne:

Den norske legeforening 26 %

Norsk forening for allmennmedisin 26 %

Allmennlegeforeningen 26 %

Norsk samfunnsmedisinsk forening 11 %

Privatpraktiserende legers 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.

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 allmennlegejournalene.

Et prioritert prosjekt i EPJ-løftet har vært samstemming av medikamentlister. Dette kom i gang høsten 2012 med finansiering fra Helsedirektoratet, med Norsk forening for allmennmedisin som prosjekteier, og med ekstern prosjektledelse. Erfaringene med tett samarbeid mellom leverandører, fagmiljø, sekretariat og profesjonell prosjektledelse har vært meget positive, både når det gjelder produktets kvalitet, framdriften og ressursutnyttelsen.

#### **3.3.4 Fagutvikling i primærmedisin**

Det sjette innføringskurset i kognitiv atferdsterapi for allmennleger ble avsluttet med 25 deltakere. Dette har vært et samarbeid mellom NFA og Norsk forening for kognitiv terapi. Kursholdere var veilederkoordinatorer fra sekretariatets seksjon for utdanning.

Det ble arrangert et kurs i veiledning for 20 allmennleger under Nidaroskongressen i oktober 2013. I regi av Finnmark legeforening ble det i november 2013 arrangert et ettdagerskurs i veiledning for 16 leger.

#### **3.3.5 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus**

Per 31.12. 2013 var det i gang 71 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 22 veiledningsgrupper i samfunnsmedisin og ni veiledningsgrupper i arbeidsmedisin.

Det er per 31.12. 2013 ca. 270 personer på venteliste i allmennmedisin

#### **3.3.6 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin**

Det er per 31.12. 2013 registrert 1 253 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin (103 nye i 2013) og 22 grupper i alders og sykehjemsmedisin (14 nye i 2013).

#### **3.3.7 Utdanning av nye veiledere i allmenn-, samfunns, og arbeidsmedisin**

Trinn I og II av veilederutdanning for allmennmedisin er gjennomført med 25 deltakere og trinn I og II av veilederutdanning tilpasset samfunnsmedisin er gjennomført med seks deltakere.

Det har ikke vært behov for å utdanne nye veiledere i arbeidsmedisin i 2013.

#### **3.3.8 Etterutdanning av veiledere i allmenn-, samfunns, og arbeidsmedisin**

Det ble i juni 2013 gjennomført en todagerssamling for veiledere på Sola med 30 veiledere i allmenn-, arbeids- og samfunnsmedisin. Psykolog Guro Øiestad og journalist Tine Dommerud var eksterne foredragsholdere.

Håndbok for veiledningsgrupper i allmennmedisin ble revidert på nytt i 2013 og oppdateres heretter fortløpende i nett- og papirversjon. Koordinerende redaktør for håndboken er Peter Prydz.

### **3.3.9 Veiledning i institusjonshelsetjenesten**

Bestemmelser for spesialistutdanningen, §8: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering får oppnevnt en personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse.

Det har i løpet av 2013 vært avholdt 13 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 163 deltakere.

## **3.4 Godkjenning av veiledere**

### **3.4.1 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – psykiatri**

Det ble i 2013 godkjent én veileder i psykodynamisk psykoterapi, tre veiledere i kognitiv psykoterapi og fire veiledere i gruppepsykoterapi. Dette er totalt åtte godkjenninger, mens det var 17 i 2012.

### **3.4.2 Godkjenning av veiledere i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri**

Det ble i 2013 godkjent én veileder i psykoterapi – barne- og ungdomspsykiatri. I 2012 var det seks slike godkjenninger.

Historisk statistikk for antallet godkjente psykoterapiveiledere i begge spesialiteter finnes her: <https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/Statistikk-om-godkjente-psykoterapiveiledere/>

Oppdatert navneliste over alle godkjente psykoterapiveiledere i begge spesialiteter finnes her: <https://legeforeningen.no/emner/andre-emner/spesialistutdanning/godkjente-psykoterapiveiledere/>

### **3.4.3 Godkjenning av veiledere i allmennmedisin**

Det ble i 2013 godkjent fire veiledere i allmennmedisin, mens det ble godkjent tre i 2008, fire i 2009, tre i 2010, 12 i 2011 og én i 2012.

### **3.4.4 Godkjenning av veiledere i samfunnsmedisin**

Det ble ikke godkjent noen veiledere i samfunnsmedisin i 2013, mens det var én slik godkjenning i 2012

### **3.4.5 Godkjenning av veiledere arbeidsmedisin**

Det ble i 2013 godkjent to veiledere i arbeidsmedisin.

## 4 Helsepolitikk og folkehelse

Legeforeningen ønsker å være en sentral helsepolitisk aktør. Gjennom god dialog vil vi arbeide for en bedre folkehelse og helsetjeneste.

Oppvekstvilkår, familierelasjoner, utdanningsnivå, arbeid og inntekt påvirker fysisk og psykisk helse. Negative miljøfaktorer i luft, vann og mat kan også skade helsen. Tobakksbruk, rusmisbruk, overvekt og manglende fysisk aktivitet er i dag de viktigste årsakene til redusert folkehelse i høyinntektsland. Måltrettet forebyggende og helsefremmende arbeid kan bidra til at flere bevarer god helse i større deler av livet. Medisinsk kunnskap er viktig i arbeidet med forebygging, ved at årsakene til sykdom kan beskrives. Måltrettet forskning kan dokumentere hvilke tiltak som vil bedre folkehelsen. Forebygging av sykdom krever samarbeid mellom flere samfunnssektorer. Helsetjenesten er også viktig i det sekundære forebyggende arbeidet for å forsinke eller forhindre videreutvikling av sykdom.

Helsetjenesten har gjennomgått viktige og nødvendige strukturreformer med innføring av fastlegeordningen og overgang til statlig eierskap av sykehusene. Nå må det faglige innholdet og kvaliteten på helsetjenestene få økt oppmerksomhet. Medisinsk kunnskap må tillegges større vekt ved politiske og administrative beslutninger på alle forvaltningsnivåer både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Legeforeningen mener en større andel av ressursene i helsetjenesten må brukes på pasientrettet arbeid.

### 4.1 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2013 behandlet Legeforeningen 103 høringer. Dette inkluderer både eksterne og interne høringer. 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 politikkkutforming, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter. Høringsuttalelser fra 2005 frem til i dag ble lagt ut på *legeforeningen.no* og disse er nå tilgjengelig under “Legeforeningen mener”.

### 4.2 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

*Investeringsrapporten 2013: Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge*

I arbeidet med statusrapport om nasjonal sykehusplan oppsto det et tydelig behov for en analyse av de samlede investeringer i helseforetakene og en kartlegging av tilstanden på sykehusbygg og medisinskteknisk utstyr, samt kompetanse. På oppdrag fra Legeforeningen utarbeidet McKinsey & Company denne investeringsrapporten våren 2013. I tillegg til innhenting av nytt materiale, er rapporten en oppdatering av deler av forrige rapport fra 2010 med samme navn. Legeforeningen bisto med innsamling av datagrunnlag og tilrettelegging av intervjuer. Utredningen baserte seg på offentlig tilgjengelige data og dokumenter, i tillegg til supplerende intervjuer med nøkkelpersoner innenfor ulike deler av spesialisthelsetjenesten.

*Hovedfunn:*

Etter en nedgang planlegges det de kommende fem årene igjen å øke investeringene i spesialisthelsetjenesten, men noe under tidligere nivå. Ved å summere planer for de regionale helseforetakene ser en at økningen i investeringer overstiger hva som kan finansieres over driften. Rapporten viser et økende og betydelig etterslep i vedlikehold av bygg ved mange sykehus. Tilstanden til det gjennomsnittlige norske sykehus er dårligere i 2012 enn i 2007 og over halvparten av bygningsmassen (53 prosent) har et teknisk oppgraderingsbehov. Tre ulike beregningsmetoder peker mot et investeringsbehov i sykehusbygg de neste ti årene på mellom

62 og 84 milliarder kroner, mens helseforetakenes langtidsplaner indikerer et investeringsrom på 48-54 milliarder kroner. Gammelt medisinskteknisk utstyr akkumuleres i sykehusene. En tredel av alt utstyret er over ti år gammelt. Rapporten viser at 18 av 20 helseforetak har etterslep i porteføljen av medisinskteknisk utstyr. Å erstatte etterslepet vil alene koste om lag 3-5 milliarder kroner. Nyere medisinskteknisk utstyr vil bedre diagnostikken og ofte være mer driftseffektivt.

Innhenting av ressursbruk og oversikt over kompetanseutvikling i helseforetakene var begrenset. Kompetanse nevnes ofte i styringsdokumenter som strategisk viktig, men overordnet finnes det lite oppfølging og få mål på kvalitet og ressursinnsats. Presisjonsgraden er relativt lav når det gjelder hvilke konkrete resultater helseforetakene ønsker å oppnå, hvilke ressurser som skal settes inn og hvordan kompetanseutviklingen skal gjennomføres. Men det er en antydning til at det er i ferd med å bli mer systematikk i arbeidet med kompetanse, f.eks. i Helse Vest, noe Legeforeningen ser på som en positiv og nødvendig utvikling.

Hovedfunnene i rapporten ble første gang presentert på landsstyremøtet i Alta i 2013 som bakgrunn for den helsepolitiske debatten. Deretter er innholdet tilgjengeliggjort på nett og i trykt form.

Investeringsrapporten er blitt et meget viktig helsepolitisk dokument for Legeforeningen, og funnene har fått stor gjennomslagskraft. Dette ble særlig tydelig i stortingsvalgekampen høsten 2013, der funnene i rapporten ble gjenstand for flere nasjonale debatter.

Legeforeningen har fremmet krav om en tiårig investeringspakke. Det må bli samsvar mellom sykehusenes pålagte oppgaver og tilgjengelige ressurser. Utstyrsparken må oppgraderes. Moderne medisinskteknisk utstyr er en kritisk faktor for god og sikker utredning og behandling av pasienter. På bakgrunn av rapporten ser vi at det er behov for en kritisk gjennomgang av hvilke sykehusbygninger som bør oppgraderes, hvilke som bør bygges om og hvilke som bør erstattes av nybygg.

Investeringsrapporten er en viktig basis for den kommende statusrapporten med innspill til nasjonal sykehusplan.

#### **4.2.1 Policynotater**

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

I arbeidet med skriftliggjøring av Legeforeningens politikk som sentralstyret vedtok i 2012, er det igangsatt et arbeid med en gjennomgang av alle eksisterende policynotater samt utarbeiding av nye. Målet er å ha oppdatert, tydelig og godt forankret politikk på de fleste helsepolitiske temaer. Policynotatene skal på sikt systematiseres etter temaene i prinsippprogrammet: Etikk, medisinsk forskning og fagutvikling, folkehelse, sosial ulikhet, organisering av helsetjenestene, utdanning og kompetanseutvikling, gode rammer for yrkesutøvelsen og ledelse. Policynotatene skal justeres hvert fjerde år etter at nytt prinsippprogram er vedtatt (sentralstyrevedtak 19.8. 2012). I forbindelse med oppdateringen av policynotater er det utarbeidet enklere prosesser, slik at det er mulig raskt å utarbeide og vedta slike ved behov.

I 2013 ble det vedtatt sju policynotater: *Papirløse innvandrere* (1/2013), *Egenandeler* (2/2013), *Sats på pasientnære ledere i sykehus* (3/2013), *Pasientsikkerhet* (4/2013), *Oppgaveglidning* (5/2013), *Legemangel og migrasjon* (6/2013) og *Styrket samarbeid om utdanning av leger i lav- og mellominntektsland* (7/2013).

### **4.3 Myndighets- og organisasjonskontakt**

#### **4.3.1 Stortinget**

Legeforeningen deltok i sju høringer i Stortinget i 2013. Nedenfor gjengis hovedinnholdet i noen tematisk sentrale høringer. Legeforeningen uttalte seg i tillegg om forslag til statsbudsjett november 2013.

#### *Dokument 8: 2 S(2013-2014) om reservasjonsmulighet for fastleger*

Representantforslaget fra SV uttrykker bekymring for at pasienter kan bli utsatt for belastende avvisning og en «moralisk fordømmelse fra fastlegen» ved reservasjon mot henvisning til svangerskapsavbrudd. Legeforeningen understreket i høringen at åpenhet og informasjon til pasientene derfor er helt avgjørende ved implementering av reservasjonsmuligheten. Legeforeningens landsstyrevedtak ble også presisert i høringen: Det skal tilrettelegges for en mulighet for fastleger til å reservere seg ved alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død, såfremt dette ikke har innvirkning på pasienten og pasientens rettigheter. Legeforeningen vektla at det ikke skal være en rettighet for fastlegene, slik som det praktiseres i spesialisthelsetjenesten, men at det skal være en mulighet for reservasjon forankret i det kommunale selvstyret basert på tjenestetilbudet i den individuelle kommune.

#### *Meld. St. 34(2012-2013) Folkehelsemeldingen*

Meldingen legger opp til et felles løft av folkehelsen på tvers av samfunnssektorer både i det forebyggende og helsefremmende folkehelsearbeidet og prioriterer forebygging og etablering av gode helsebringende livsvaner blant barn og unge. Legeforeningen støttet intensjonene i meldingen, men etterlyste i høringen flere forpliktende tiltak på avgjørende områder i folkehelsearbeidet. Virkningsfulle strukturelle tiltak for å utjamne de sosiale helseforskjellene ble understreket: Skatteøkning på sigaretter og tobakksvarer, fet mat, sukkerholdige drikker og begrensning av alkoholutsalg. Legeforeningen viste også til samarbeidet med Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Fysioterapeutforbundet, Idrettsforbundet og 21 andre organisasjoner: En times obligatorisk fysisk aktivitet i skolen burde være et forpliktende tiltak, med dens bestemmende effekt for helsetilstanden gjennom hele livsløpet.

#### *Meld. St. 29 (2012-2013) – Morgendagens omsorg*

Stortingsmeldingen legger i økende grad opp til økt frivillighet i morgendagens omsorgsløsninger og vektlegger innovasjon og velferdsteknologi som sentrale elementer i oppgaveløsningen. Legeforeningen understreket betydningen av en helhetlig pårørendepolitikk som er skissert i meldingen. Fremtidens pårørende vil selv i stor grad være aldrende. Legeforeningen oppfordret til varsomhet i å skape store forventninger i omsorgsoppgavene til en gruppe som vil være i de siste årene av yrkeslivet. I tilknytning til velferdsteknologi ble den manglende standarden for utveksling av pasientinformasjon som gir rom for feilbehandling/medisinering og svekker pasientsikkerheten påpekt. Legeforeningen poengterte at det alltid må være en medisinskfaglig begrunnelse for hvilke velferdsteknologiske målinger og løsninger som skal benyttes i omsorgstjenestene. Legeforeningen gjentok også det tidligere forslaget om en nasjonal legebemanningsnorm i sykehjemmene for å sikre både kvalitet, pasientsikkerhet og tid til individuell tilnærming hos den enkelte pasient.

#### **4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.**

Legeforeningen har i 2013 hatt utstrakt kontakt mot myndighetene og organisasjonslivet. Kontakten skjer både via løpende aktuelle saker og faste møtearenaer, og omfatter både forvaltning og organisasjoner på helse- og arbeidslivsområdet. Myndighets- og organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene.

#### **4.4 Samarbeid på folkehelseområdet**

Legeforeningen har lenge hevdet 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. Dette understrekes også i WHO's erklæring «Health in All Policies» fra 2010, som skisserer behovet for fornyede partnerskap mellom alle sektorer. 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. LHL, Turistforeningen og Diabetesforbundet. Legeforeningen deltar i faste kontaktmøter om flere folkehelsepolitiske temaer i Helsedirektoratet, herunder faglig rådgivning til myndighetenes holdningskampanjer på folkehelsefeltet. Legeforeningen gjennomfører regelmessig kontaktmøter med bl.a. Kreftforeningen og Funksjonshemmedes fellesorganisasjon. Under Arendalsuka i august 2013 ble det gjennomført et stort arrangement i samarbeid med Legemiddelindustrien, Kreftforeningen og Stordalen Foundation der landets ledende politikere ble utfordret på folkehelsefeltet. Legeforeningen deltok også i den nasjonale helsepolitiske debatten som dannet utgangspunkt for Stortingsvalgekampen i 2013.

Legeforeningen har i lengre tid debattert virkemiddelbruken på folkehelsefeltet. Senest under landsstyrets debatt om statusrapporten *Pulsen opp for bedre helse* i 2012. En sentral erkjennelse er at de mest effektive virkemidlene er strukturelle tiltak på samfunnsnivå, som prispolitikk, avgifter og lovverk. En fremtidsrettet måte å få til innflytelse, endring og innovasjon på folkehelseområdet er å bidra til møteplasser og dialog mellom akademisk, politikere og næringsliv.

Legeforeningens kunnskapsbaserte folkehelsepolitikk har gjort foreningen til en etterspurt premissleverandør og samarbeidspartner på folkehelseområdet. Dette resulterte i 2013 i at Legeforeningens president ble forespurrt om å delta som ressursperson frem mot EAT-konferansen som finner sted i Stockholm 26. og 27.5. 2014 på Stockholm Food Forum. EAT er en non profit-organisasjon som peker på nødvendigheten av tverrsektorielle og globale tilnærminger for å løse ernærings- og matrelaterte utfordringer. Det er et mål at konferansen skal bli et internasjonalt forum for dialog og konsensusdannelse i skjæringspunktet mellom vitenskap, politikk og næringsliv. Befolkningsvekst, klimaendringer, helseforskjeller, bærekraft og matsikkerhet er sentrale områder innen forskning og vitenskap – og de er betydningsfulle politiske innsatsområder. Feltet er også preget av sterke produksjons- og næringslivsinteresser. EAT innebærer en mulighet for Legeforeningen for tiltaksutvikling på tverrsektorielt nivå med både nasjonale og internasjonale samarbeidspartnere. Blant noen av de sentrale samarbeidspartnere i EAT er The Lancet, og Innovasjon Norge.

### *Legeforeningens rolle – Advisory Board*

Advisory Board er et rådgivende organ, ikke et styre, som skal sikre den faglige forankringen og den brede tilnærmingen til utfordringsbildet ved EAT. Gruppen innebefatter personer med bakgrunn fra forskning og politikk. Direktør og leder ved Stockholm Resilience Centre (SRC) Professor Johan Rockstrøm er Chair. Hege Gjessing er Vice Chair. Andre sentrale medlemmer av Advisory Board er blant annet stortingsrepresentant Jonas Gahr Støre, redaktør i The Lancet Richard Horton, Direktør ved UCL Institute for Global Health ved Antonio Costello og Dr Julio Frenk Dean, Harvard School of Public Health.

Sentralstyret besluttet i januar 2014 å inngå som strategisk partner for EAT-konferansen i 2014 for å høste erfaringer med dette som en mulig arena for samarbeid. Sentralstyret besluttet samtidig at erfaringene som strategisk partner skal evalueres innen juni 2014.

Legeforeningen deltar også i Arendalsuka i august 2014. Legeforeningens president Hege Gjessing som er nestleder i Akademikerne, leder dette arbeidet. Folkehelse står sentralt på agendaen i 2014. Legeforeningen vil i samarbeid med Akademikerne, Kreftforeningen og Rådet for psykisk helse utfordre norske politikere til tiltaksutvikling på folkehelsefeltet.

## 5 Internasjonalt arbeid

### 5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid

Legeforeningen internasjonale engasjement er spesielt rettet mot CPME (Den europeiske legeforening), WMA (Verdens legeforening) og UEMS (Den europeiske forening for legespesialister). Legeforeningen er også engasjert i et forprosjekt med den Malawiske legeforeningen og 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. Se vedleggets punkt 2.6 for ytterligere informasjon. 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 i 2013 vært holdt to møter mellom presidentene og generalsekretærene i de nordiske legeforeningene. Saker har vært gjensidig oppdatering om helsereformer i de nordiske landene og samordning av synspunktene før møter i WMA og CPME.

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

På sentralstyremøte i januar 2013 ble det vedtatt å bevilge penger til et forprosjekt med den Malawiske legeforeningen, Society of Medical Doctors (SMD). Formålet med forprosjektet var å vurdere om Legeforeningen skulle inngå en samarbeidsavtale med Norad om å støtte oppbyggingen av SMD. I løpet av forprosjektet besøkte ansatte i sekretariatet SMD i Malawi to ganger. Basert på erfaringene fra forprosjektet vedtok sentralstyret å sende en søknad til Norad for å søke støtte om et fireårig prosjekt med SMD. Prosjektet har et årlig budsjett på kr. 500 000.

## 5.2 Deltakelse i internasjonale organisasjoner

### 5.2.1 World Medical Association (WMA)

WMA holdt sitt councilmøte på Bali i april 2013 og generalforsamling i Fortaleza i Brasil i oktober 2013. Sentrale saker har blant annet vært revisjon av Helsinkideklarasjonen, moratorium for dødsstraff, ikke-diskriminering på bakgrunn av seksuell legning, kvinners rett til helsetjeneste ved overføring av HIV fra mor til barn og behandling av torturofre.

En revidert versjon av Helsinkideklarasjonen ble vedtatt på generalforsamlingen i Fortaleza. Et knapt flertall vedtok også støtte til FNs arbeid for moratorium for dødsstraff. Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2013. Legeforeningen har vært representert ved generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikk Trond Markestad og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt. Tidligere president i Legeforeningen Torunn Janbu, har vært medlem av arbeidsgruppen for Helsinkideklarasjonen.

For mer informasjon om WMA se: [www.wma.net](http://www.wma.net).

### 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 2013 hatt to møter, ett i Dublin i april og ett i Bucuresti i november.

Legeforeningens delegasjon til CPME velges av sentralstyret for hver sentralstyretperiode. I 2013 har foreningen vært representert ved president Hege Gjessing og sentralstyremedlem



Marit Halonen Christiansen, med støtte fra sekretariatets fagavdeling og avdeling for jus og arbeidsliv.

Viktige saker CPME har arbeidet med i 2013 og som Legeforeningen har behandlet, har blant annet vært direktivet om yrkeskvalifikasjoner (godkjenning på tvers av landegrensene), psykisk helse, eldres helse, felles elektronisk id-kort for leger, og e-helse. 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 representanter i 32 av totalt 41 Specialist Sections and Boards. Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og e-helse. European Accreditation Council for CME (UEMS-EACCME) implementerte 1.1. 2013 nye og strengere kriterier for godkjenning av kurs.

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS Board ved spesialitetsrådets leder Kristin Bjørnland og med utdanningsjef Nina Evjen som vara. Representanter til UEMS Council har vært Kristin Bjørnland og Nina Evjen. Nina Evjen har vært Legeforeningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon vises til nettsidene [www.uems.net](http://www.uems.net)

### **5.2.4 Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor (SNAPS )**

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

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

I tillegg til disse to rapportene, lager arbeidsgruppen også publikasjonen *Att arbeta som läkare i Norden* og statistikkfolderen *Nordiska Läkarfakta*. Alle publikasjonene har til nå vært utarbeidet på svensk, og statistikkfolderen i tillegg på engelsk. I 2013 er statistikkfolderen utgitt på engelsk, mens *Gula boken* er under utarbeidelse og vil bli ferdigstilt på engelsk i løpet av 2014.

Alle publikasjonene gjøres tilgjengelig på Legeforeningens nettsider:

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Spesialistutdanning/Rapporter-og-utredninger-om-utdanning/>

Nina Evjen, Gro Reichelt og Anders Taraldset fra Legeforeningens sekretariat har i 2013 deltatt i arbeidet i SNAPS.

## 6 Kommunikasjonsarbeid

### 6.1 Status overordnet 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 også 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

2013 har vært et rikt og aktivt medieår for Legeforeningen. Særlig stod stortingsvalget sentralt. I løpet av året har Legeforeningen vært enda mer synlig i media enn tidligere. Vi har i større grad vært til stede i tunge debatter med sentrale politikere, og vi har landet flere egne store saker i Dagsrevyen, Aftenposten, VG og Dagens Næringsliv.

Henvendelser med utgangspunkt fra media selv har økt i perioden. Det samlede trykket har svært større. Samtidig har vi prioritert hardere og valgt ut noen kjernesaker som vi, på bakgrunn av helsepolitiske mål, har vært proaktive på over tid. Det har vært avgjørende for å få gjennomslag. Medieåret har vært preget av saker om sykehus, pasientsikkerhet og kvalitet, forebygging, faste stillinger for leger i spesialisering og reservasjonsmulighet, 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 legger vekt på proaktivt innsalg av saker til redaksjoner i aviser, radio og TV. Vi fikk blant annet mye oppmerksomhet for sykehussakene våre på vårparten og inn mot valget og satte dagsorden for det helsepolitiske ordsiftet. Legeforeningen ved presidenten deltok i den nasjonale helsedebatten i Arendal (TV2 Nyhetskanalen) og var den eneste organisasjonen som var representert på helsepolitisk folkemøte i Tromsø (NRK1) i forbindelse med valget. Da Ap og Høyre la frem sine tiltakspakker for sykehusene i august og september, var det kun presidenten som deltok i Dagsnytt Atten-debattene fra foreningslivet. Det samme var tilfellet ved revidert statsbudsjett. Dette viser at Legeforeningen som følge av systematisk arbeid har opparbeidet seg til å bli en del av «helsepolitikken A-lag» i media.

Vi har hatt på trykk flere debattinnlegg og kronikker som en bevisst del av denne satsingen. Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. Presidenten er foreningens fremste talsperson, men også sentralstyret og andre tillitsvalgte har vært godt synlige i media dette året.

I tillegg til dette har vi en tradisjon for å bistå pressen med å komme i kontakt med yrkesforeningene, fagmedisinske foreninger og andre foreningsledd om ulike temaer. Vi vurderer dette som viktig for å underbygge legers omdømme ved å vise frem kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i foreningen. Etterspørselen er stor og her ligger det potensiale til mer.

Det er mange som kommuniserer på vegne av Legeforeningen i løpet av et år. Foreningen jobber i ulike sammenhenger for å yte service og bidra til best mulig mediekompetanse hos dem som uttaler seg, skriver innlegg eller publiserer på nett. Legeforeningen vil fortsette å arrangere kurs i nettskriving, kronikker og debattinnlegg for tillitsvalgte, organisasjonsledd og ansatte i sekretariatet.

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

Medietrykket og tempoet i helsepolitikken spesielt og på helsestoff generelt er enormt. Det er en stor oppgave å rydde, prioritere – proaktivt og reaktivt – og holde trykk på saker over tid i en flyktig mediehverdag. Landsstyret har tidligere etterspurt en enda tydeligere Legeforening i media. Signalene har blitt tatt til følge, og man har over tid satset mer målrettet på mediearbeidet, med gode tilbakemeldinger fra landsstyret. Vi har likevel sett et større potensiale og behov for mer kunnskap. Vi har derfor tatt flere grep, noe som har ført til at vi har lyktes godt med kommunikasjonsarbeidet det siste året.

I forbindelse med avgangen av Legeforeningens kommunikasjonsdirektør på nyåret 2013, ble Helsepolitisk avdeling og Kommunikasjonsavdelingen slått sammen til én samfunnspolitisk avdeling. Dette utløste nye måter å samarbeide og organisere arbeidet på, noe som har båret frukter. Samtidig valgte foreningen å bruke rådgiver i Geelmuyden Kiese som supplement i stedet for å ansette en ny direktør på nyåret (avtalen ble inngått under henne, men utvidet etter hennes avgang).

I sekretariatet ledes kommunikasjonsarbeidet av en kommunikasjonssjef i samfunnspolitisk avdeling. Rådgiver i GK samarbeider med samfunnspolitisk avdeling, sekretariatsledelsen og deltar på faste møteplasser. Det viktigste bidraget fra GK er et «utenfra-inn-blikk»: Strategisk rådgivning for en mer langsiktig medieplanlegging, rådgivning i valgkampen (budskapsutvikling av etablert politikk), medieovervåkning, innledning om effektivt påvirkningsarbeid på sentralstyrets lederseminar, og medie- og debatt-trening, er de viktigste områdene GK er blitt brukt på. Legeforeningen har kjøpt eksterne kommunikasjonstjenester i flere år – bl.a. strategiske råd, skrive- og medietrening, m.m. – men foreningen har nå benyttet tjenester i et større omfang enn tidligere. Det har vært lagt vekt på full åpenhet om bruken av GK. For oss har formålet med å engasjere GK vært et ledd i å styrke Legeforeningens eget kommunikasjonsarbeid, forløse uutnyttet potensiale og trekke lærdom av hvordan andre organisasjoner jobber med kommunikasjon. Kunnskapsbedrifter som Legeforeningen er helt avhengig av å kunne innhente kompetanse utenfra når det trengs, enten det er snakk om kommunikasjon, jus, IKT, m.m.

Et annet viktig grep er at samfunnspolitisk avdeling (og sekretariatet) nå mer enn før jobber på tvers for å utnytte kompetansen best mulig, både mellom helsepolitikk og kommunikasjon og mellom samfunnspolitisk avdeling og de øvrige avdelingene. Det er enighet om at mediearbeidet prioriteres og det er etablert flere faste møteplasser for dette.

På bakgrunn av grepene vi har gjort, har vi vært interessert i å måle hvordan media oppfatter Legeforeningen. På slutten av året ble vi med på en undersøkelse som måler Legeforeningens omdømme, image og tilfredshet blant journalister foreningen har kontakt med (Aalunds PR-Barometer). Dette er den mest anerkjente undersøkelsen av sitt slag.

Legeforeningen scorer gjennomgående høyt på de viktigste parameterne i undersøkelsen: Tilfredshet med samarbeidet, image og politisk ledelse. Kreftforeningen scorer generelt høyest på undersøkelsen av organisasjoner. De får et snitt på ca. 7,5 på en skala fra 1 til 10, hvor 1 er dårligst og 10 best. Legeforeningen får et snitt på ca. 6,5, og vi gjør det bedre sammenliknet med data som finnes om foreningen fra før. I spørsmålet om troverdighet scorer Legeforeningens politiske ledelse likt som Kreftforeningen. Legeforeningen oppfattes som «utmerket» i sin kommunikasjon, viser høy villighet til å kommunisere og profilerer foreningen på en god måte. Tilsvarende er journalistene svært tilfreds med samarbeidet med samfunnspolitisk avdeling, kunnskapsnivået om aktuelle saker og responstid på mediehenvendelser. Det er gledelig at Legeforeningen har blitt bedre, men vi ser likevel potensiale for at vi kan bli enda bedre.

### **6.3 Organisasjonskommunikasjon**

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

#### **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 nettredaktører får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. Legeforeningen.no brukes også mye til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. De tillitsvalgte sendte selv 1 147 epostmeldinger til sine medlemmer. Det er også stadig flere som tar i bruk muligheten til å lage egne grupperom.

Det var ca. 6 millioner sidevisninger fordelt på rundt 1,4 millioner besøk totalt for hovedsidene og foreningsleddenes nettsider i 2013.

Prosjektet «Derfor er jeg lege...» ble startet i 2013 for å profilere legestanden og vise det meningsfylte i legearbeidet. Videoer og korte artikler presenteres på [www.legeforeningen.no/derfor](http://www.legeforeningen.no/derfor), i Aktuelt i foreningen, i karusellen og på sosiale medier.

#### **6.3.2 Intranettet**

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 alle stort sett er innom minst én gang daglig.

#### **6.3.3 Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet**

Sidene om Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet 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**

Stadig flere kommer til våre nettsider via sosiale medier, og vi når også mange via våre oppslag her. Ved utgangen av 2013 hadde Legeforeningen 2 490 følgere på Facebook, 2 704 følgere på Twitter og 305 på LinkedIn.

Under Dialogkonferansen og på landsstyremøtet ble Twitter brukt aktivt for å formidle fra debattene og Facebook ble benyttet til å formidle vedtak og bilder.

## **7 Tidsskrift for Den norske legeforening**

### **7.1 Organisering og bemanning**

Redaktør i Tidsskriftet er Charlotte Haug. I 2013 har redaksjonskomiteen bestått av Ola Dale (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Ole-Erik Iversen, Jan Frich, Cecilie Risøe til og med 31.8.2014 (fra sentralstyret), Christian Grimsgaard fra og med 1.9.2014 (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

212 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med over 100 deltakere på Hotell Rica Nidelven i Trondheim. Christine Laine, sjefredaktør i *Annals of Internal Medicine*, som er et av verdens ledende medisinske tidsskrift, holdt plenumsforelesningen. Tidligere har møtet blitt arrangert over to dager i Oslo, men for årets møte ble det gjort to grep: Det ble arrangert som et heldagsmøte med mulighet for overnatting i stedet for lunsj til lunsj-møte og møteplass ble lagt utenfor Oslo. Det ble tatt godt i mot og årets møte hadde høyere antall deltakere enn tidligere år.

I 2013 mottok redaksjonen ca. 1 700 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og en stor andel, inkludert alle de vitenskapelige artiklene, sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 329 eksterne fagvurderere i denne prosessen.

### **7.2 Tidsskriftet generelt**

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag på nett, papir og (fra november 2012) på iPad. Til sammen ble det i 2013 utgitt 22 numre (hvorav to dobbeltnumre) med 2 580 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger utgjorde 437 sider og andre annonser 213 sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 29 150 eksemplarer. Temaseriene *Klinisk nevrofysiologi* og *Valg 2013* ble publisert i Tidsskriftet i 2013. Disse ble også publisert som temahefter i Tidsskriftets iPad-app.

I 2013 var det 3,26 millioner besøk på *tidsskriftet.no* (2012: 2,76 millioner) Daglig har vi rundt 9 000 besøkende på nettstedet (tall fra Google Analytics). Sosiale medier (spesielt twitter og Facebook) og PubMed er viktige kilder til trafikk på Tidsskriftets nettside. Trafikken fra mobile enheter har vært økende med 15 % fra nettbrett i 2013 (7% i 2012) og 7% fra mobil i 2013 (5% i 2012).

### **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 2013 ble 132 artikler oversatt og publisert. Til sammenlikning ble 109 artikler oversatt i 2011 og 141 i 2012. Tilbudet er blitt populært, og interessen skyldes særlig at artiklene indekseres som tospråklige i PubMed. I 2013 har det også vært eksempler på at artikler fra Tidsskriftet, oversatt til engelsk, har inngått i doktorgradsavhandlinger ved norske universiteter.

### **7.4 Pressekontakt**

Sosiale medier og nettsidene våre er blitt viktigere i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum. Det sendes fortsatt 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 Legejobber.no**

Stillingsportalen Legejobber.no ble lansert i mai 2010 og ble tilpasset alle plattformer gjennom responsiv design i 2012. Vi jobber stadig med å utvikle portalen i takt med etterspørselen fra kunder og stillingssøkere. Legejobber.no inneholder også relevant informasjon om arbeidssteder, nyheter om leger som har byttet jobb og om arbeidsmarkedet for leger. Annonseutviklingen er stabil, og det er en økning i bruk av portalen. Portalen har ukentlig et gjennomsnitt på 9685 besøk og 54 376 sidevisninger. Det er til enhver tid 200-300 annonser i basen.

### **7.6 Annonsesalg**

I 2013 ble salg av produktannonser formidlet gjennom HS Media. Vi har hatt gode erfaringer med det og hadde 154 produktannonser i 2013.

### **7.7 Tidsskriftets blogg**

I 2012 ble det publisert 52 poster i Tidsskriftets blogg. Tallet har holdt seg stabilt fra 53 innlegg i 2012. Postene dekker temaer som legerollen, helsepolitikk, utdanning og teknologi. De mest leste postene omhandler ny teknologi/apper for leger. Skribentene på bloggen er både leger, studenter og andre med interesse for helsestoff. Bloggen hadde over 57 000 besøkende i 2013, og nær halvparten av trafikken kommer fra sosiale medier som Facebook, twitter og andre blogger.

### **7.8 Mobilversjon**

Tidsskriftet har fra høsten 2010 tilbudt leserne en versjon tilrettelagt for mobiltelefon, som kan benyttes fra alle typer smarttelefoner. Mobilversjonen har kun vært gjenstand for mindre forbedringer i 2013.

### **7.9 iPad-utgaven**

Tidsskriftets iPad-app 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 mars 2014 har over 15 900 abonnenter lastet den ned.

### **7.10 Økonomi**

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

Sideproduksjon og nettutgave kr **2 772 196** (gjennomsnittlig kr **126 009** per utgave)

Trykk og papir kr **4 463 317** (gjennomsnittlig kr **202 878** per utgave)

Ferdiggjøring kr **1 718 524** (gjennomsnittlig kr **78 115** per utgave)

Distribusjonskostnader kr **3 750 031** (gjennomsnittlig kr **170 456** per utgave)

Totale inntekter for Tidsskriftet beløper seg årlig til kr **26 888 669**.

Totale annonseinntekter i 2013 utgjør etter rabatt kr 26 986 953, hvorav stillingsannonser utgjør kr 21 671 410 og andre annonser kr 5 315 543. Abonnementsinntekter utgjør kr 1 400 530 før rabatt.

## 8 Legeforskningsinstituttet (LEFO)

Fra januar 2013 byttet vi navn, etablerte formelt kortformen LEFO som eggenavn, tok i bruk ny logo og det engelske navnet LEFO – Institute for Studies of the Medical Profession.

### 8.1 Bemanning og økonomi

LEFOs stab har i 2013 bestått av sju personer i 5,1 årsverk, hvorav fire er i forskerstillinger (stillingsprosent ved LEFO i parentes): Instituttssjef (50 %), tre forskere hvorav en i 60%-stilling og to i 100%-stilling), en forskningssekretær (50 %), en rådgiver (100 %) og en spesialrådgiver/nettredaktør (50 %). Instituttssjef Olaf G. Aasland har bistilling som professor II ved Institutt for helse og samfunn, Universitetet i Oslo, og seniorforsker Karin Isaksson Rø har bistilling som overlege og rådgiver ved Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad. LEFO er i hovedsak finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

### 8.2 Unike paneldata

Våre longitudinelle studier er rettet mot legers helse og atferd. Forholdet mellom profesjons-, pasient- og samfunnsinteresser står sentralt. Vi analyserer hvilke forhold som påvirker legers helse, trivsel, mening og kvalitet i profesjonsutøvelsen, og hvordan samfunnsmessige rammebetingelser og etiske og psykososiale forhold påvirker legearbeidet. Vi har også prosjekter der vi, i samarbeid med andre institusjoner, evaluerer studieordninger og sammenlikner leger med andre yrkesgrupper. Vår forskning baseres først og fremst på en representativ gruppe av ca. 1 800 yrkesaktive leger der noen har svart på i alt 11 undersøkelser siden 1994. For å hindre at panelet aldersmessig blir skjevt, har vi supplert utvalget tre ganger, forrige gang med drøyt 300 leger som har fått godkjent norsk autorisasjon etter 2008. Vi postet den siste datainnsamlingen ved årsskiftet 2012/2013 og bearbeiding ble gjort i løpet av fjoråret.

### 8.3 Publikasjoner

Vårt «hovedprodukt» er publikasjoner i fagfellelvurderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. På LEFOs hjemmeside [www.legeforsk.org](http://www.legeforsk.org) fins en fyldig publikasjonsdatabase hvor samtlige vitenskapelige artikler – ca. 380 siden instituttet ble etablert i 1992 – er gitt en egen presentasjon, og lenket til artiklenes fulltekstversjon der disse er fritt tilgjengelige. I 2013 ble det publisert 11 vitenskapelige artikler der ansatte ved LEFO er hoved- eller medforfattere.

LEFOs forskere ble også i 2013 invitert til å skrive lederartikler, bokkapitler og anmeldelser av relevant faglitteratur. Videre hørte kronikker og debattinnlegg i dagspressen med til den utadrettede virksomheten. Også disse er presentert på LEFOs nettsider.

### 8.4 Aktiviteter nasjonalt og internasjonalt

LEFOs mangeårige samarbeid med internasjonale forskningsmiljøer ble videreført i 2013, eksempelvis engasjementet i det europeiske legehelsenettverket European Association for Physician Health (EAPH), hvor seniorforsker Karin Isaksson Rø sitter i styret. Dette innebærer bl.a. deltakelse i Scientific Committee for den fjerde EAPH-samlingen «Keeping Doctors Healthy», som ble avviklet i Dublin, våren 2013. I november arrangerte LEFO et dagsseminar hvor 18 nordiske forskere var invitert til å presentere sine studier for omlag 50 deltakere: *Nordic research on health and working conditions of the medical profession. Seminar 2013: What is being done, and what is needed?* Interessen var stor for å ta del i denne nyetableringen som LEFO hadde tatt initiativ til; en nordisk samling for forskere på legehelse/legers livs- og arbeidskår, for å kunne vite om hverandres forskningsområder og



utvikle nettverk. Vi besluttet derfor at LEFO også ved neste høve kan stå som arrangør for en slik årlig samling (se Tidsskr Nor Legeforen nr. 6, 2014; 134: 676). LEFOs forskere har fortløpende vært fagfellevurderere i tidsskrifter gjennom fjoråret, og LEFOs forskningsprosjekter i samarbeid både med SOP og andre har fortsatt – deriblant evaluering av det kollegiale helse- og omsorgstilbudet for leger (kurs- og rådgivningsvirksomheten ved Ressurssenteret Villa Sana, Modum Bad, og den landsdekkende støttekollegaordningen).

Videre har medarbeiderne deltatt med innlegg på en rekke seminarer og forskningskonferanser i inn- og utland, samt holdt inviterte foredrag for offentlig oppnevnte råd og utvalg. Medarbeiderne har også holdt innlegg på mer interne arrangementer, som på de jevnlig avviklede seniorseminarene som Legeforeningen står bak. Ellers kan nevnes foredrag om «Å holde balansen mellom jobb og helse» ved grunnkurs i allmennmedisin og for LIS-leger i ulike sykehusspesialiteter, heldagskurs om «Farer i faget» for ansatte i psykisk helsevern, og om evaluering av Legeforeningens kollegastøtteordningen for andre profesjonsgrupper – i 2013 var dette for Norsk psykologforening. En egen oversikt med temaer/innhold i LEFO-forskernes presentasjoner og pågående samarbeidsprosjekter finnes på [www.legeforsk.org](http://www.legeforsk.org) og oppdateres jevnlig.

De fire forskerne er alle for øvrig veiledere for doktor- og/eller postdoktorgradstipendiater, ved både norske og utenlandske universiteter.

### **8.5 Planlegging av forestående konferanser**

Organisering av øvrige seminarer/konferanser i LEFOs regi fortsatte i 2013. Her skal særlig nevnes det internasjonale prosjektet om forholdet mellom legers profesjonelle tilfredshet, kvalitet på behandlingen og styring og organisering av helsetjenesten. Vi har fått støtte fra SOP, Legeforeningen, Norges Forskningsråd og fra flere andre akademiske miljøer til å arrangere et symposium i Oslo 2.-3.6. 2014: *Doctors' Professional Satisfaction, Quality of Care, and the Governance of Health Care Organizations*.

### **8.6 LEFOs øvrige virksomhet**

*Referansepanelet – ny spørreskjemaundersøkelse:* En nærmere omtale av den siste kartleggingen av legers helse, yrkesvaner og holdninger ble presentert i Tidsskrift for Den norske legeforening (se nr. 3/2013 s. 375). Med grunnlag i denne spørreundersøkelsen ble manus til flere artikler fortløpende utarbeidet, revidert og innsendt for publisering.

*Evaluering av de SOP-finansierte kollegastøtteordningene:* Analysearbeidet fra intervjuundersøkelsen i 2012 ble påbegynt, og resultatene vil inngå i mastergradsarbeidet til Karin Isaksson Rø (se nedenfor).

*Informasjon om Legeforeningens helse- og omsorgstilbud:* LEFOs nettredaktør Kari Ronge har hatt/har i oppdrag å presentere og oppdatere nettsidene på den sentrale hjemmesiden [www.legeforeningen.no/kollegastotte](http://www.legeforeningen.no/kollegastotte), organisert av Legeforeningens utvalg for legehelse og finansiert av SOP.

*Kompetansebygging internt:* Rådgiver Cecilie Normann Birkeli ble master i helsevitenskap våren 2013, ved Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse, NTNU. To av medarbeiderne startet mastergradsstudier i løpet av høstsemesteret 2013. Judith Rosta tar MSc Epidemiology (by distance learning) ved London School of Hygiene & Tropical Medicine, University of London, og Karin Isaksson Rø tar erfaringsbasert master i helseadministrasjon ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitet i Oslo.

## 9 Legeforeningens økonomi

Legeforeningen hadde i 2013 et regnskapsmessig positivt resultat på kr 65 407 157.

Samtlige underregnskap viser overskudd med tilsvarende styrking av respektiv formålskapital. Underregnskapene viser, med unntak av Utdanningsfond III og Lånefondet, positive avvik sammenliknet med budsjett 2013.

Etter innstramminger i retningslinjene for utbetalinger fra Utdanningsfond II fra februar 2012, i tillegg til en sterk prioritering av fondet i normaltarifforhandlingene med effekt fra 1.7.2012, er flere år med store underskudd i Utdanningsfond II nå snudd til et overskudd i 2013 på ca. kr 18,1 millioner. Samtidig har antall refusjonssøknader behandlet i fondet fortsatt den synkende tendensen fra 2012. Fra 2011 til 2013 er antall søknader redusert med ca. 29 %. 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 deltagelse i veiledningsgrupper.

Resultatet i Fond I er ca. kr 9,8 millioner bedre enn budsjettet mens resultatet i Utdanningsfond III er kr 2,0 millioner under budsjett. Viktigste årsak til det positive budsjettavviket i Fond I er høyere finansinntekter samt lavere kursaktivitet enn budsjettet. I utdanningsfond III er antall søknader om refusjon økt med 11 %, noe som har gitt ca. kr 7,8 millioner høyere utbetaling enn budsjettet. Høyere tilskudd og finansinntekter enn forventet demper den negative utviklingen i fondet. Fondsutvalget for Utdanningsfond III og sentralstyret vil følge utviklingen framover.

Netto finansinntekter endte vesentlig høyere enn budsjettet. 2013 ble det beste aksjeåret siden 2009 med en oppgang i globale og norske aksjer på henholdsvis 29,0 % og 23,7 %. En generell bedring i det globale makroøkonomiske bildet bidro til den positive utviklingen på verdens børser. I tillegg hadde det en positiv effekt at sentralbankene i de ledende økonomiene fortsatte å stimulere økonomien gjennom fortsatt lave renter kombinert med støttekjøp av statsobligasjoner og økning av pengemengden i USA. Frykten for ekstremt situasjoner som Euro-kollaps eller mislighold av gjeldstaket i USA har avtatt gjennom 2013 og dette har også bidratt til å løfte aksjemarkedene til toppnoteringer. Den samlede avkastningen på Legeforeningens investeringsportefølje i 2013 endte på 7,4 prosent.

Annonseinntekter i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen utgjorde i 2013 ca. kr 27,0 millioner. Dette innebærer et positivt avvik på ca. kr 3,6 millioner sammenliknet med budsjett og en liten reduksjon på ca. kr 0,2 millioner sammenliknet med 2012. Med totale driftskostnader på budsjett, endte Tidsskriftets drift i 2013 ca. kr 3,6 millioner bedre enn budsjettet.

Driftsinntektene i hovedforeningen viser samlet sett en positiv utvikling med ca. kr 7,2 millioner over budsjett. Driftskostnadene viser på den annen side en overskridelse på ca. kr 3,0 millioner sammenliknet med årsbudsjett 2013. Denne overskridelsen skyldes for en stor del betalte prosjekter og aktiviteter som har sin positive motpost på inntektssiden under posten Andre tilskudd. Posten Andre driftskostnader i hovedforeningens regnskap omfatter bl.a. fremmedtjenester, se vedlegg 1. Her er inkludert honorar til Geelmuyden.Kiese AS for eksterne kommunikasjontjenester med ca. kr 1,2 millioner. Personalkostnader viser et underforbruk mot budsjett på ca. kr 4,1 millioner. Pensjonskostnader ekskl. arbeidsgiveravgift endte ca. kr 0,5 millioner over budsjett, men likevel ca. kr 6,6 millioner lavere enn i 2012. Aktuarberegninger

for 2014 viser en økt pensjonskostnad inkl. arbeidsgiveravgift på ca. kr 6,2 millioner sammenliknet med 2013. 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 i hovedforeningen er i sum ca. kr 4,2 millioner bedre enn budsjettert. Med sum finansinntekter ca. kr 0,9 millioner bedre enn budsjett, blir totalresultatet i hovedforeningen ca. kr 5,1 millioner bedre enn budsjett i 2013.

## 9.1 Nøkkeltall

### Økonomiske nøkkeltall 2013

| Beløp i hele tusen kroner                                                 |                      |                      |                               |                               |                  |                            |                   |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------|----------------------------|-------------------|
| Regnskap                                                                  | Drifts-<br>inntekter | Drifts-<br>kostnader | Netto<br>finans-<br>inntekter | Andre<br>inntekter/<br>kostn. | Års-<br>resultat | Per 31.12. 2013            |                   |
|                                                                           |                      |                      |                               |                               |                  | Fornålskap/<br>Egenkapital | Total-<br>kapital |
| A. Godkjennes av landsstyret:                                             |                      |                      |                               |                               |                  |                            |                   |
| Den norske legeforening                                                   | 331 185              | 329 900              | 64 121                        | 0                             | 65 407           | 1 295 819                  | 1 394 600         |
| Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper: |                      |                      |                               |                               |                  |                            |                   |
| 1 Den norske legeforening -<br>Hovedforeningen                            | 183 306              | 191 494              | 24 409                        | 0                             | 16 220           |                            |                   |
| 2 Utdanningsfond I                                                        | 48 217               | 54 088               | 6 584                         | 0                             | 712              |                            |                   |
| 3 Utdanningsfond II                                                       | 39 720               | 26 121               | 4 540                         | 0                             | 18 139           |                            |                   |
| 4 Utdanningsfond III                                                      | 49 904               | 46 855               | 4 244                         | 0                             | 7 294            |                            |                   |
| 5 Lånefondet                                                              | 0                    | 2 834                | 23 395                        | 0                             | 20 561           |                            |                   |
| 6 Kvalitetssikringsfondet                                                 | 10 039               | 8 447                | 874                           | 0                             | 2 466            |                            |                   |
| 8 Fond for forebyggende medisin                                           | 0                    | 30                   | 37                            | 0                             | 7                |                            |                   |
| 9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige<br>innsats                    | 0                    | 30                   | 38                            | 0                             | 8                |                            |                   |
| B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:                                  |                      |                      |                               |                               |                  |                            |                   |
| 1 C. M. Aarsvolds fond                                                    | 0                    | 171                  | 275                           | 0                             | 104              | 8 010                      | 8 242             |
| 2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød                                | 0                    | 452                  | 149                           | 0                             | -303             | 7 736                      | 7 737             |
| 3 Delphin og hustrus legat                                                | 0                    | 114                  | 158                           | 0                             | 44               | 6 021                      | 6 209             |
| 4 Johan Selmer Kvanes legat                                               | 0                    | 651                  | 475                           | 0                             | -176             | 13 981                     | 14 163            |
| C. Stiftelsen Soria Moria <sup>1)</sup>                                   | 56 306               | 62 982               | -3 637                        | 0                             | -10 313          | 46 921                     | 139 520           |
| D. Sykehjelps- og pensjonsordningen<br>for leger (SOP) <sup>3)</sup>      | 12 100               | 178 370              | 414 505                       | -86 521                       | 161 713          | 215 916                    | 4 753 596         |
| E. Allmennmedisinsk forskningsfond                                        | 13 604               | 11 313               | 113                           | 0                             | 2 404            | 3 526                      | 9 570             |
| F. Eiendomsselskaper                                                      |                      |                      |                               |                               |                  |                            |                   |
| 1 Christiania Torv AS <sup>2)</sup>                                       | 16 102               | 12 255               | -5 695                        | 0                             | -1 848           | 35 813                     | 165 466           |

<sup>1)</sup> Årsresultat for Soria Moria viser resultat for skattekostnad. Regnskapet er revidert men ikke endelig godkjent.

<sup>2)</sup> Resultatet for Christiania Torv AS vises resultat for skattekostnad. Regnskapet er godkjent.

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

## 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 fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

Aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2013:

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

Se vedleggets punkt 1.1 for fondsutvalgets sammensetning i 2013.

### 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. Det yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning. Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2013 – 30.6. 2014 er tilskuddet 44,4 millioner kroner, opp 10,6 millioner kroner fra forrige periode. Tilskuddet har økt med 71 prosent på to 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 2013 ble det innvilget 4 559 søknader om refusjon, mot 5 173 i 2012 og 6 451 i 2011, dvs. en reduksjon på 29,3 prosent på to år. Svekket økonomi førte til at fondsutvalget i 2012 måtte redusere ytelsene. Med bakgrunn i økningen i tilskuddene de siste to år fant imidlertid utvalget grunnlag for, med virkning fra 1.1 2014, å styrke ytelsene igjen. De samlede refunderte utgifter til kurs og stipendier var i 2013 på ca. 24,3 millioner kroner mot 28 millioner kroner i 2012 og 42 millioner kroner i 2011. Driftsresultatet var positivt med ca. 13,6 millioner kroner, mot minus 4,8 millioner kroner i 2012 og minus 22,1 millioner kroner i 2011. Etter godskriving av finansresultatet utgjorde samlet tilgjengelig kapital til formålet ved utgangen av 2013 112,9 millioner kroner, mot 102,7 millioner kroner ved utgangen av 2012.

### **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. 2013-30.6. 2014 er tilskuddet 25,5 millioner kroner, opp en halv million kroner fra 2012/2013.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2012. Tilskuddet fra HSH og Spekter utgjorde i 2013 kr 2 000 per legeårsverk. Det ble i 2013 betalt inn 24,2 millioner kroner i 2013 mot 23,4 millioner kroner i 2012.

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 2013 innvilget sekretariatet refusjon tilknyttet 8 489 søknader, mot 7 654 refusjoner i 2012.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold utgjorde 41,3 millioner kroner i 2013, mot 37,3 millioner kroner i 2012. Inntektene til fondet utgjorde totalt 49,9 millioner kroner i 2013 mot 48,5 millioner kroner i 2012. Etter godskriving av finansresultatet utgjorde fondets tilgjengelige kapital til formålet 108,2 millioner kroner, mot 100,9 millioner kroner ved utgangen av 2012.

### **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 2013 248,2 millioner kroner, mot 237,4 millioner kroner i 2012. Totalkapitalen utgjorde 31.12. 2013 ca. 4 753 millioner kroner, mot 4 503,4 millioner kroner 31.12. 2012. Avkastningen ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 428,4 millioner kroner, etter en verdijustert avkastning på 9,9 prosent. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 152 millioner kroner, mot 136,5 millioner kroner i 2012. Av dette utgjorde pensjoner 87,6 millioner. Avbruddsytelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 52,4 millioner kroner, mot 42,7 millioner kroner i 2012. Engangsstønad ved død utgjorde 12 millioner kroner i 2013. I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter med hjemmel i ordningens formålsparagraf. Dette gjelder i hovedsak støtte til Legeforskningsinstituttet, Ressurscenteret Villa Sana ved Modum Bad, lokalavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. I alt utgjorde støtten til disse formål 10,8 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 leger autorisert før 1.1. 1993. SOP og Legeforeningen har lagt til rette for individuelle tilleggsdekninger gjennom egne avtaler om pensjon og sykeavbruddsforsikring.

### **9.2.5 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis**

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

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

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. kr 800 000 ved førstegangslån. Ved senere låneopptak er

grensen for samlet lån kr 400 000. Lånerenten for nye lån utgjør to prosentpoeng over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. I hele 2013 utgjorde rentesatsen 2,25 prosent.

Lånefondet lånte i 2013 ut 165,6 millioner kroner til 281 leger, mot 152,8 millioner kroner til 259 leger i 2012. Per 31.12. 2013 var det i alt 2 143 låntakere, mot 2 406 per 31.12. 2012. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2013 680,7 millioner kroner, mot 654,8 millioner kroner 31.12. 2012. Lån til Soria Moria utgjorde 5,25 millioner kroner. Formålskapitalen utgjorde 762 millioner kroner per 31.12. 2013, mot 741,3 millioner per 31.12. 2012.

#### **9.2.6 Premieruleringsfondet**

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

Det ble i 2013 utbetalt støtte med i alt kr 1,73 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, i samsvar med ”Rammeavtale om samarbeidsordning for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet i legepraksis utenfor sykehus”. Denne avtalen ble inngått 12.12. 2002 mellom Staten og Legeforeningen, og er en videreføring av en avtale datert 24.11. 1997. For 2013 ble det avsatt 35,5 millioner kroner til Stiftelsen.

Se vedleggets punkt 1.4 for styringsgruppens sammensetning i 2013.

#### **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.

Allmennmedisinsk forskningsfond er en stiftelse. Styret har representanter fra Allmennlegeforeningen, Norsk forening for allmennmedisin, Universitetenes Allmennmedisinske forskningsenheter og Helse- og omsorgsdepartementet (delegert til Helsedirektoratet). Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene. Sekretariatet lyser ut forskningsmidler, og mottar søknader. Videre deltar sekretariatet i fagrådsmøte og styremøte, og formidler kommunikasjon mellom disse som grunnlag for styrets endelige vedtak om tildelinger. Søknader skjer via elektronisk søknadssystem, og videre behandling og fildeling i fagråd og styre har vært gjort i et arbeidsrom i Min side. Sekretariatet ivaretar også informasjonsoppgaver om AMFF og arbeider for å øke støtten til og interessen for allmennmedisinsk forskning.

Fondet er opprettet av Den norske legeforenings sentralstyre (2006). 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 2013 mottok fondet 35 søknader med samlet søknadssum kr 19,5 millioner. Det ble innvilget 27 prosjekter med en samlet utbetalingssum på kr. 11 millioner.  
Se vedleggets punkt 1.5 for fagrådets og styrets sammensetning i 2013.

#### **9.2.9 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og inkluderingsdepartementet (nå 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 2013 ble det avsatt 10 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2013. Det totale antall søknader til fondet i 2013 var 36, med en samlet søknadssum på kr 17 597 187. Det ble bevilget kr 8 966 459 til 25 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

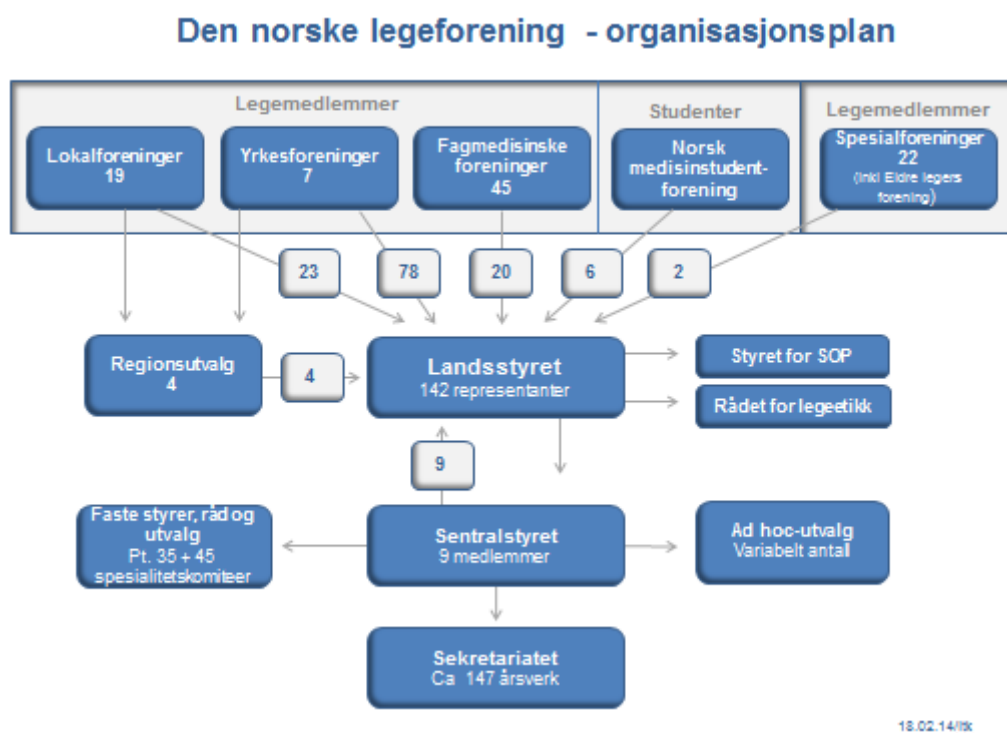
Se vedleggets punkt 1.6 for fondsutvalgets sammensetning i 2013.

## 10 Legeforeningens organisasjon

Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst. Ved årsskiftet hadde foreningen 30 383 medlemmer, en vekst på ca 400 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 2013 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 141 representanter frem til 31.8.2013. I nåværende periode består landsstyret av 142 representanter. Landsstyret har i 2013 avholdt ett møte i tidsrommet 4.-6. 6 i Alta. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider.

### 10.3 Sentralstyret

Fra 1.9. 2011 til 31.8. 2013 har sentralstyret hatt følgende sammensetning: President Hege Gjessing, visepresident Trond Egil Hansen, Jon Helle, Kjell Vikenes, Kirsten Andrea Toft, Johan Torgersen, Kari Sollien, Cecilie Risøe, Marit Halonen Christiansen. Som varamedlemmer er valgt: 1. Synnøve Bratlie, 2. Marit Hermansen og 3. Arild Hagesveen. (Rykker opp ved varig forfall). Kjell Vikenes trådte ut av sentralstyret 31.12. 2012 og Synnøve Bratlie gikk inn som nytt medlem.

I forbindelse med landsstyremøte 2013 ble det valgt nytt sentralstyre for perioden 1.9. 2013-31.8. 2015. Sentralstyret har følgende sammensetning: President Hege Gjessing, visepresident Jon Helle, Kari Sollien, Johan Torgersen, Christian Grimsgaard, Marit Hermansen, Marit Halonen Christiansen, Ivar Halvorsen og Synnøve Bratlie.



Som varamedlemmer er følgende valgt i denne rekkefølge: Kristian Hamandsen, Jens Lind-Larsen og Odd Grenager

Sentralstyret har i 2013 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 281 saker. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminar ble arrangert 17.-18. 1. 2013.

#### **10.4 Andre organisasjonsledd**

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 45

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 22

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 45 spesialitetskomiteer

Sentralstyret vedtok i møte 7.12. 2012 å godkjenne spesialforeningen Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin som fagmedisinsk forening. Landsstyret vedtok at den fagmedisinske foreningen Norsk forening for rus og avhengighetsmedisin ble fordelt til valggruppe psykiatri.

To nye spesialforeninger i Legeforeningen ble godkjent i sentralstyremøte 6.12. 2013; Norsk forening for alders- og sykehjemsmedisin og Norsk selskap for akuttmedisin. I samme møte ble det fremmet søknad om godkjenning av spesialforeningen Norsk selskap for Trombose og Hemostase. Søknaden er på intern høringsprosess i organisasjonen.

#### **10.5 Lovendringer i Legeforeningens lover**

Det ble vedtatt flere lovendringer i Legeforeningens lover under landsstyremøte i Alta 2013.

Landsstyret behandlet en 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. Det ble vedtatt at nye krav som innebærer at spesialforeningen må ha minst 20 legemedlemmer, være spesialitetsovergripende, og årlig kunne dokumentere aktivitet i forhold til formålsparagrafen i foreningens vedtekter. Spesialforeninger som var godkjent per 1.1. 2013 må søke om ny godkjenning etter § 3-9-1 (1). Spesialforeninger som ikke tilfredsstiller kravene etter § 3-9-1 (1) innen utgangen av 2014, mister statusen som spesialforening i Den norske legeforening.

Det ble vedtatt endringer i lovenes § 3-6-1 som innebærer at leger i spesialisering blir obligatorisk medlem i fagmedisinske foreninger på lik linje med spesialister. Bakgrunnen var et ønske fra Yngre legers forening om å innlemme leger i spesialisering fullt ut også i den faglige søylen i Legeforeningen.

Det ble vedtatt endringer i lovenes § 3-6-3 som innebærer at de fagmedisinske foreningene i vurdering og påvirkning av spesialistutdanning skal gjøre dette i nært samarbeid med relevant spesialitetskomité. Videre ble lovenes § 1-6 om samhandling innad i Legeforeningen presisert, og det ble også presisert i sentralstyrets oppgaver § 3-2-3 at saker er tilstrekkelig opplyst før det fattes vedtak. Bakgrunnen for endringene var et ønske om å tydeliggjøre reglene for samhandling internt i foreningen.

Det ble vedtatt endringer i lovens §§ 3-1-3 og 3-2-1 som innebærer at det også velges vararepresentanter til valgkomiteen i Legeforeningen.

Det ble vedtatt endringer i lovenes §§ 3-4-3 og 3-5-3 som overfører ansvaret for praksiskompensasjon for avtalespesialister som deltar i tildeling av spesialisthjemler og i samarbeidsutvalg fra lokalforeningene til private spesialisters landsforbund (PSL)

Overgangsregelen i lovenes § 3-4-1 som innebar at lokalforeningene besto inntil videre ble fjernet. Alle disse lovendringsforslag ble enstemmig vedtatt. Et forslag om å nedlegge regionsutvalgene ble forkastet

## 10.6 Medlemsoppslutning

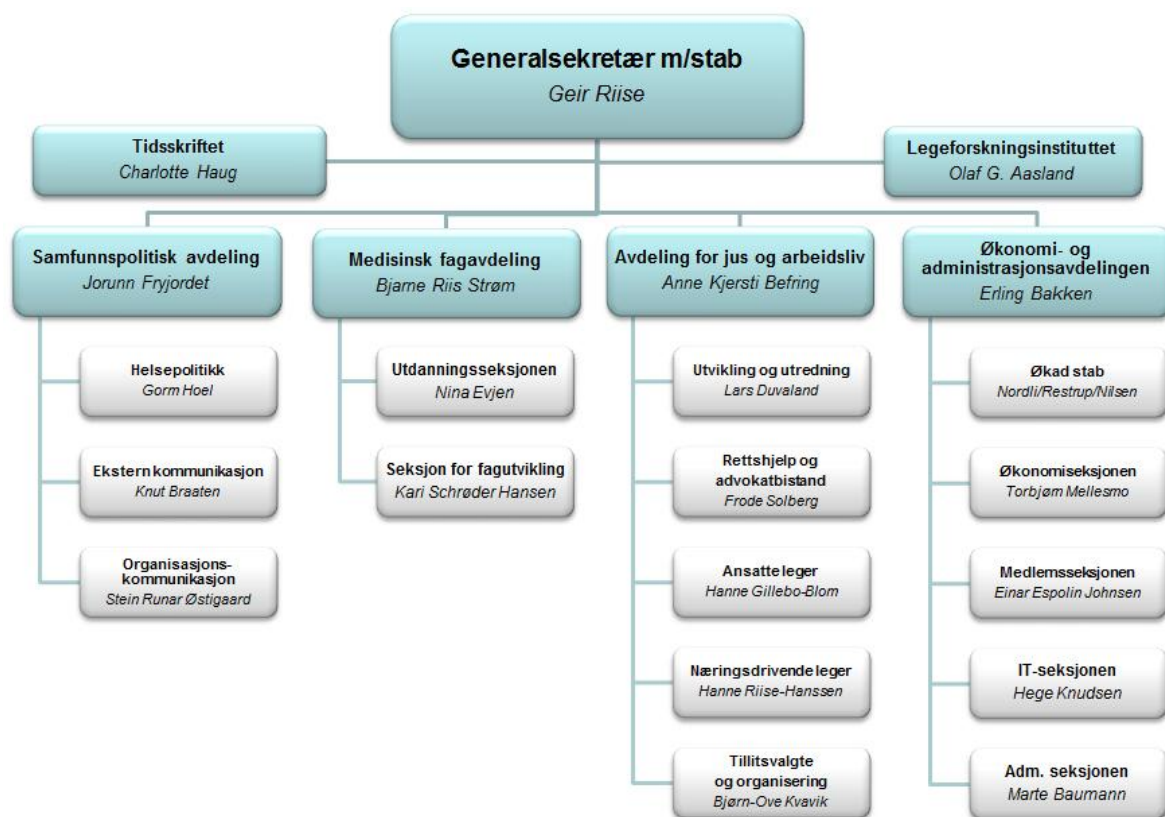
En utdypende oversikt over medlemsmassen er vedlagt årsmeldingen.

Legeforeningen hadde 29 599 medlemmer per 31.12. 2012 og 30 383 medlemmer per 31.12. 2013. Dette innebærer en økning med 784 medlemmer, tilsvarende 2,65 %. For en utdypende oversikt over medlemsmassen, se vedleggets punkt 3. Medlemsdata.

## 10.7 Sekretariatet

Per 31.12. 2013 var det 166 ansatte i Legeforeningen inkludert fagredaktører, veiledningskoordinatorer og ansatte på koordinatorkontorene. Dette svarer til 146,3 årsverk. Utover økningen på to årsverk for å møte økt etterspørsel etter juridiske tjenester og korrigert for naturlige svingninger knyttet til antallet innleide vikarer ved permisjoner eller langtids sykefravær, har det ikke vært reell vekst i sekretariatets bemanning de siste fem årene.

Den administrative ledelsen bestod i 2013 av generalsekretær og fire avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt av instituttsjefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet var i 2013 totalt 4,71 %, hvorav langtidsfraværet utgjør 2,95 %. Langtidsfraværet har sunket med 0,3 % -poeng fra 2012 mens korttidsfraværet har sunket med 0,19 % -poeng i perioden. Legeforeningen er IA-bedrift..



## Innhold

|          |                                                                                                                                                                        |           |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>1</b> | <b>REPRESENTASJON I FONDSSTYRER .....</b>                                                                                                                              | <b>63</b> |
| 1.1      | Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger .....                                                                                  | 63        |
| 1.2      | Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning ..... | 63        |
| 1.3      | Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning .....                                                                  | 63        |
| 1.4      | Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS) .....                         | 63        |
| 1.5      | Allmennmedisinsk forskningsfond.....                                                                                                                                   | 64        |
| 1.6      | Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....                                                                                                  | 64        |
| 1.7      | Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) .....                                                                                                                 | 64        |
| 1.8      | Premiereguleringsfondet .....                                                                                                                                          | 64        |
| <b>2</b> | <b>RÅD OG UTVALG .....</b>                                                                                                                                             | <b>64</b> |
| 2.1      | Rådet for legeetikk.....                                                                                                                                               | 64        |
| 2.1.1    | Oppsummering av prinsipielt viktige saker .....                                                                                                                        | 65        |
| 2.2      | Spesialitetskomiteene.....                                                                                                                                             | 66        |
| 2.3      | Spesialitetsrådet .....                                                                                                                                                | 67        |
| 2.4      | Turnusrådet .....                                                                                                                                                      | 67        |
| 2.5      | Legeforeningens IT-utvalg.....                                                                                                                                         | 68        |
| 2.6      | Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse .....                                                                                            | 68        |
| 2.7      | PKO-rådet .....                                                                                                                                                        | 69        |
| 2.8      | Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf) .....                                                                          | 69        |
| 2.9      | Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjeneste .....                                                                                          | 70        |
| 2.10     | Psykoterapiutvalget 2010 - 13 .....                                                                                                                                    | 70        |
| 2.11     | Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse .....                                                                                                                | 71        |
| 2.12     | Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger .....                                                                                                                        | 71        |
| 2.13     | Representasjoner i Akademikernes organer .....                                                                                                                         | 72        |
| 2.13.1   | Akademikerne Helse .....                                                                                                                                               | 73        |
| 2.13.2   | Akademikerne Stat .....                                                                                                                                                | 73        |
| 2.13.3   | Akademikerne Kommune.....                                                                                                                                              | 73        |
| 2.13.4   | Akademikerne Næringsdrivende .....                                                                                                                                     | 73        |
| 2.13.5   | Akademikerne Privat .....                                                                                                                                              | 73        |
| 2.13.6   | Rettskjøpsutvalget .....                                                                                                                                               | 73        |

|            |                                                                                          |           |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>3</b>   | <b>MEDLEMSDATA OG SPESIALISTGODKJENNINGER.....</b>                                       | <b>73</b> |
| <b>3.1</b> | <b>Utvikling i medlemstall .....</b>                                                     | <b>74</b> |
| 3.1.1      | Lokalforeninger.....                                                                     | 75        |
| 3.1.2      | Yrkesforeninger .....                                                                    | 75        |
| 3.1.3      | Fagmedisinske foreninger .....                                                           | 75        |
| 3.1.4      | Norsk medisinstudentforening .....                                                       | 75        |
| <b>3.2</b> | <b>Spesialistgodkjenninger i 2013 .....</b>                                              | <b>76</b> |
| <b>4</b>   | <b>PROSJEKTER/ANNET .....</b>                                                            | <b>81</b> |
| <b>4.1</b> | <b>Fagakademiet.....</b>                                                                 | <b>81</b> |
| <b>4.2</b> | <b>Akademisk Studieforbund .....</b>                                                     | <b>81</b> |
| <b>4.3</b> | <b>Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten .....</b>                              | <b>81</b> |
| <b>4.4</b> | <b>Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten .....</b>                          | <b>81</b> |
| <b>4.5</b> | <b>Arbeidsgruppe om reservasjon .....</b>                                                | <b>81</b> |
| <b>4.6</b> | <b>Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger .....</b> | <b>82</b> |
| <b>4.7</b> | <b>Arbeidsgruppe rettspsykiatri .....</b>                                                | <b>82</b> |
| <b>4.8</b> | <b>Medlemsfordeler .....</b>                                                             | <b>82</b> |
| <b>4.9</b> | <b>Miljøfyrtårn .....</b>                                                                | <b>82</b> |

## **11 Representasjon i fondsstyrer**

### ***11.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger***

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

Fondsutvalget har i 2013 bestått av: Bjørg N. Sørensen (leder), Bjørn Halvorsen, Bente Bjørnhaug Pedersen, Marie Skontorp, Niels Christian Stenklev, Kirsti Ytrehus, Ole Johan Bakke og Heide Merete Rudi (Helse- og omsorgsdepartementet).

Varamedlemmer har vært Endre Henriksen, Tone Dorthe Sletten, Anne Spurkland, Ingrid Os, Helge Haarstad, Gunnar Tellnes og Jan Magne Linnsund (Helse- og omsorgsdepartementet).

### ***11.2 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 2013 har utvalget bestått av Ivar Halvorsen (leder), Marit Sæbø, Ernst Horgen, Svein Høegh-Henrichsen (HOD) og Anne Tøndevold (KS). Varamedlemmer er Eirik Bø Larsen, Sverre Sand, Toril Hagerup-Jenssen, Hilde Voie (HOD) og Christine Næss Evensen (KS).

### ***11.3 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 2013 har utvalget bestått av Siri Tau Ursin (leder), Helge Bjørnstad Pettersen, Odd Bjørn Kjeldaas Salte, Eli Årnot (Spekter) og Jørgen Chr. Holmboe (HOD). Varamedlemmer har vært Hans Petter Næss, Anja Fog Heen, Gro Østlig Eilertsen, Gunnar Misvær (HOD) og Ane Wigors (Spekter).

### ***11.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)***

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

Styringsgruppen bestod i 2013 av Geir Riise (leder), Hege Gjessing og Trond Egil Hansen (alle Legeforeningen), Lars Vorland, Staten v/Helse Nord RHF, Liv Bagstevold, Staten v/Helse og omsorgsdepartementet. Som observatør fra KS: Anne Gamme. Styringsgruppen har hatt tre møter i perioden.

### **11.5 Allmennmedisinsk forskningsfond**

Fagrådet 2013 bestod av Ståle Onsgård Sagabråten (leder), AF/NFA, Linn Getz (nestleder), AFE Trondheim, Hasse Melbye, AFE Tromsø, Sabine Ruths, UiB, Mette Brekke, UiO, Karin Frydenberg NFA og Jens Søndergaard, Universitetet i Odense (internasjonal representant).

Styret 2013 bestod av Marit Hermansen (leder), NFA, Trond Egil Hansen (nestleder), AF, Erik Werner, NFA, Kirsti Malterud, AFE og Kjell Maartmann-Moe, HOD.

### **11.6 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet**

Fondsutvalgets sammensetning 2013

Oppnevnt av Legeforeningen:

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

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet:

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

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

### **11.7 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)**

Styret i SOP har fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem.

I 2013 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.

### **11.8 Premiereuleringsfondet**

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

## **12 Råd og utvalg**

### **12.1 Rådet for legeetikk**

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

Leder Trond J. Markestad, professor, dr. med.

Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.

Ellen Økland Blinkenberg, overlege

Anne Mathilde Hanstad, allmennlege

Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

*Varamedlemmer*

1. Kristin Offerdal – praktiserende spesialist

2. Ole F. Norheim – professor, dr. med.

Rådgiver/advokatfullmektig Stine K. Tønsaker er rådets sekretær.

Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og ferdigbehandlet 89 saker. I klagesaker arbeider rådet etter kontradiksjonsprinsippet og bygger sitt vedtak på partenes skriftlige og eventuelle muntlige fremstillinger. Det er vanlig at partene kommenterer hverandres innspill i flere omganger. Rådet driver ingen etterforskning ut over dette.

Av de 89 sakene ble det for 13 av sakene ikke gjort vedtak i forhold til etiske regler for leger. Sju av sakene ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som rådet i følge sitt mandat ikke behandler. Tre saker var utenfor rådets mandat av andre årsaker, en klager var ikke navngitt. En klage var på en lege som ikke er medlem og ikke ønsket å uttale seg og en gjaldt et forhold rådet hadde uttalt seg om tidligere.

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

Rådet for legeetikk arrangerte møte for de nordiske legeforeningenes etikkutvalg i Bergen 28.-30.august med 35 deltakere. Disse møtene holdes på omgang i de nordiske landene hvert annet år. På møtene diskuteres aktuelle etiske problemstillinger. I år var følgende temaer på agendaen:

- Health databases, registers and biobanks. Ethical challenges
- Medical care for asylum seekers, refused asylum seekers and undocumented migrants
- Euthanasia and physician assisted suicide

Rådets leder har møtt til høring i Stortingets helse- og omsorgskomite for å presentere rådets oppfatning om fastlegers reservasjonsmulighet og skrevet aviskronikker om dette. Rådets leder har også samarbeidet med Barneombudet, Barnelegeforeningen og Norsk barnekirurgisk forening om råd til Helse- og omsorgsdepartementet om rituell omskjæring av gutter.

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

#### **12.1.1 Oppsummering av prinsipielt viktige saker**

Som tidligere år er en stor andel av sakene som er behandlet i rådet, klager på leger fra pasienter som har følt seg dårlig ivaretatt på det menneskelige plan. Klager og innklaget lege har ofte en helt forskjellig versjon av hva som har skjedd, og rådet må da ofte konstatere at påstand står mot påstand. Rådet kan da bare komme med en generell uttalelse. Sakene belyser at kommunikasjon kan være krevende, særlig når en pasient ikke får oppfylt forventninger knyttet til behandling eller legeerklæring. Legene har et særlig ansvar for at kommunikasjonen skjer med forståelse og empati, og sakene viser at fokus på kommunikasjon er viktig i grunn- og videreutdannelsen av leger.

I 2013 behandlet rådet flere klager mot leger for hvordan legene uttrykte seg i aviser og andre medier. Klagen gjaldt særlig legers spissformuleringer i debatten om flåttsykdommer. Med unntak av ett tilfelle har ikke rådet gitt klagerne medhold. Ytringsfrihet er en svært sentral verdi i vårt demokrati, og rådet ønsker ikke å bidra til å innskrenke denne. Rådet mener derfor at legers ytringer må bryte alvorlig med de formkrav som våre etiske regler beskriver, for at rådet skal gi leger kritikk. I de aktuelle sakene (bortsett fra én) mener rådet at disse ytringene ikke når en slik grense.

Rådet har de siste to til tre år arbeidet mye med spørsmålet om reservasjonsmulighet for fastleger og laget en omfattende innstilling til Landsstyremøtet i 2013. Denne er publisert i årsberetningen for rådet for 2012. Flertallet i rådet har ment og begrunnet at leger som opplever en dyp samvittighetskonflikt, fortsatt bør ha adgang til å overlate henvisning til en kollega når det gjelder behandling som angår spørsmål om liv og død og det er aksept i samfunnet for at behandlingen kan være etisk kontroversielt. Flertallet har ment at dette ikke krever noen lovendring, men at det dreier seg om fortolkning av loven dersom kravene er oppfylt om at de som søker behandlingen ikke opplever noen praktiske hindringer og blir møtt med respekt, forståelse og empati. Rådet registrerer at det enstemmige Landsstyrets vedtak var i tråd med synet til flertallet i rådet.

Rådet har tidligere påpekt at rituell omskjæring av gutter bryter med viktige legeetiske og medisinske etiske prinsipper. Rådet har ikke gått inn for et lovforbud, men for at det bør arbeides for at de gruppene det gjelder, på sikt avvikler denne praksisen. Rådet mener imidlertid at det må settes klare forsvarlighetskrav til utførelsen og at dette er en virksomhet som ikke skal belastes det offentlige helsevesenet.

Rådet har vært høringsinstans i mange saker og vil særlig fremheve synspunkter på livsnøytralt livstestament og bekymringer om flere av forslagene til ny pasientjournal og helseregisterlov.

Av viktige prinsipielle saker har rådet uttalt seg om legers forhold til alternativ behandling, grenser for informasjonsplikt til pasient, taushetsplikt om pasient mellom kolleger, problemer knyttet til at leger henvender seg direkte til sykehus for utredning og behandling av seg selv, familie og bekjente og om surrogati.

Rådet har i 2013 behandlet færre saker enn de siste årene om markedsføring av legetjenester og legeerklæringer, selv om rådets medlemmer har mottatt mange henvendelser om slike.

Rådet har endelig sett på formuleringer i etiske regler for leger og har overfor sentralstyret foreslått noen endringer i innhold og ordlyd (sak 75 som siste sak i årsmeldingen).

## **12.2 Spesialitetskomiteene**

Sammensetningen av spesialitetskomiteene finnes på Legeforeningens nettsider:

<https://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 er allmennmedisin, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin, hvor den fagmedisinske foreningen foreslår samtlige representanter.

Det er et omfattende, uhonorert dugnadsarbeid som utføres av 225 medlemmer av de 45 spesialitetskomiteene. I enkelte spesialitetskomiteer er saksmengden så omfattende at de tre vararepresentantene trekkes inn i saksbehandlingen. Det vil si at det i spesialitetskomiteene er opptil 360 leger som utfører et stort, gratis arbeid for det norske samfunn.

Komiteene vurderer hvert år rapporter fra ca. 877 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner), og i 2013 gjennomførte spesialitetskomiteene 110 besøk på de godkjente utdanningsinstitusjonene. Per år behandles også i gjennomsnitt 20-30 søknader om



godkjenning av nye utdanningsinstitusjoner fra sykehusavdelingene, dvs. avdelinger fordelt på de aktuelle 45 spesialitetene.

Hvert år vurderes ca. 961 søknader om godkjenning av kurs i legers videre- og etterutdanning. Spesialitetskomiteene vurderer fortløpende spesialistreglene og prosedyrekravene, og fremmer forslag til justering og endring i reglene for å bringe regelverket à jour med medisins utvikling. Likeledes justeres jevnlig målbeskrivelsene for gjennomføring av spesialistutdanningen.

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

### **12.3 Spesialitetsrådet**

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Kristin Bjørnland (leder) og Einar K. Kristoffersen (nestleder).

Medlemmer: Kjell Nordby, Bjørn Hilt (vara), Ragnhild Vik, Simon Wilkinson (vara), Inger Sofie Samdal Vik, Kjell Salvesen (vara), Maja-Lisa Løchen, Olaug Villanger (vara), Arild Egge, Anne Sofie Larsen (vara), Johan Georg Røstad Torgersen, Fredrik Sund (vara).

Terje Osnes, Trond Buanes (vara), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo. Nils Erik Gilhus, Eyvind Rødahl (vara), Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen. Erik Solligård, Petter Aadahl (vara), Det medisinske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Trondheim. Øivind Irtun, Hans Nosset (vara), Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø. Jørgen Holmboe (observatør), Kristin Refsdal (vara), Helsedirektoratet. Aud Nordal (observatør), Helsetilsynet. Guro Birkeland, Tove Hanche-Olsen (vara), Norsk pasientforening.

Kommunenes Sentralforbund har ikke oppnevnt noen representant for perioden 2010 - 2013.

Rådet hadde fem møter i 2013 og behandlet 41 saker.

Endringer i rådets sammensetning i perioden:

Fratrådte: Kjell Vikenes (31.12. 2012)  
Erik Kreyberg Normann (28.01. 2013)

Nye medlemmer:

Olaug Villanger (31.12. 2013)  
Jørgen Holmboe (4. 2. 2013)  
Kristin Refsdal (4.2. 2013)

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

Det er utarbeidet en årsrapport for 2013 som er lagt ut på Legeforeningens nettsider.

### **12.4 Turnusrådet**

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning: Inge Glambek (leder), Anja Fog Heen (nestleder), Linda Øglend Rørtveit, Ellen Birgitte Pedersen, Arne Carlsen, Odd Bjørn Salte, Bjørg Bakke og Kersti E. Styren.

Varamedlemmer: Fredrik Sund, Hanne Støre Valeur, Barbro E. Kvaal, Marianne Ask Thorvik, Ole Christian Normann og Per Hjortdahl.

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

Rådet har i perioden arbeidet med bl.a. forslag til forbedring av ansettelsesprosesser i turnuslegestillinger, forbedring av den elektroniske søknadsportalen (webportalen), spørsmål knyttet til legedekning i distriktene og problemstillinger knyttet til lisens og autorisasjon. Enkelte av rådets medlemmer har deltatt i ulike arbeidsgrupper/referansegrupper som ble nedsatt i forbindelse med ny turnusordning.

Turnusrådets leder, nestleder og representanter fra Legeforeningens sekretariat har deltatt i møter i Legeforeningen, Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) og Helsedirektoratet (Hdir) om ny turnustjeneste for leger, om forslag til tiltak i forbedring av ny turnusordning, restplasser i ny ordning, utvikling av nytt veiledningsmaterieell vedrørende spørsmål om underkjenning, samt deltatt i arbeidsgrupper/referansegrupper.

Rådet har i 2013 vært på besøk til sykehusene i Sykehuset Innlandet HF.

## **12.5 Legeforeningens IT-utvalg**

Fra utvalgets mandat siteres:

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

Utvalget har i 2013 hatt tre møter, i tillegg til omfattende kontakt per epost og har avgitt seks høringsuttalelser til Legeforeningen:

Forskrift om nasjonal kjernejournal, studieplan medisin ved UiO, innspill til nasjonal IT-helseplan, EPJ-standarder, e-helselover og e-helseplan samt å gi skriftlig innspill til sentralstyret før tre av utvalgsmedlemmene møtte sentralstyret 15.1. 2013.

IT-utvalgsmedlemmer har deltatt i flere eksterne ad hoc oppdrag:

Stortingshøring om Meld. St. 9 (2012-2013) *Én innbygger – én journal*, foredrag på den nasjonale HelseIT-konferansen, foredrag på helsepolitisk seminar arrangert av lokalforeningene i Midt- og Nord-Norge og Regionutvalg Midt, møte med Norsk Helsennett SF om testsenter.

Utvalget har deltatt aktivt ved gjennomføringen av Legeforeningens satsingsområde 2 (jfr. egen omtale i årsmeldingen).

Utvalgsmedlemmer i 2013:

Kjartan Olafsson (leder), Linn Brandt (nestleder), Einar Dueland, Odd Bjørn Salte, Petter Hurlen, Morten Laudal og Jan Størmer.

## **12.6 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 2013 hatt følgende sammensetning: Hilde Marie Engjom (leder), Ruth Abraham, Johanne Iversen, Barbro Kvaal, May-Brith Lund, Knut Erling Moksnes, Margit Steinholt, Gunhild Stordalen, Ketil Størdal, og Tonje Tvinnereim.

Det har i perioden vært fire utvalgsmøter.

Utvalget har i 2013 revidert tre tidligere policynotater etter ny mal:

*Migrasjon og legemangel i fattige land, Styrket samarbeid om utdanning av leger i lav- og mellominntektsland og Global mødrehelse.* I tillegg har utvalget utarbeidet et nytt policynotat om global barnehelse som forventes endelig vedtatt og publisert tidlig i 2014.

Utvalget har i perioden svart på følgende høringer:

Høring – NOU 2012:17 *Kjærlighet og kjøletårn. Strafferettslige spørsmål ved alvorlige smittsomme sykdommer*, Høring – NOU 2013:1 *Det livssyns åpne samfunn. En helhetlig tros- og livssynspolitik* og har avgitt to høringsuttalelser i forbindelse med Helse- og omsorgsdepartementets dokument *HelseOmsorg21*.

I 2013 har utvalget også jobbet med en kartlegging av helsetjenester for varetektinnsatte, utarbeidet forslag til landsstyresak om urbefolkningers helse og rett til helsehjelp og bidratt til forprosjektet med Society of Medical Doctors i Malawi. Leder av utvalget har også vært engasjert i arrangementen av Globvac-konferansen 2013.

Fullstendig årsmelding for utvalgets aktivitet i 2013 er publisert på Legeforeningens nettsider.

## **12.7 PKO-rådet**

Praksiskonsulentordningen er forankret i Rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. PKO-rådet er sentralstyrets rådgivende organ i saker som angår Praksiskonsulentordningen.

PKO- rådet hadde i 2013 denne sammensetningen:

Petter Brelín (leder), Norsk forening for allmennmedisin, Trond Egil Hansen, Allmennlegeforeningen, Hans Henrik Strøm, Overlegeforeningen, Ole Johan Bakke, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid/Norsk samfunnsmedisinsk forening og Harald Hauge og Bente Thorsen, Praksiskoordinatorene.

Rådet hadde to møter i 2013. Hovedsak har vært innspill til arbeidet med PKO-veileder, som ble presentert for Sentralstyret i desember.

## **12.8 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 avholdt fire ordinære møter og behandlet 39 saker i 2013. Hovedoppgavene har vært knyttet til utvikling og oppfølging av Legeforeningens forskningspolitiske strategidokument for 2012-14 *Forskning er helsetjenestens grunnpilar*. Viktige saker har vært forskningskompetanse i spesialistutdanningen, blant annet mulig innspill til Helsedirektoratets varslede konsekvensutredning *Fremtidens legespesialister - En gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og innhold*, og arbeidet med å utvikle en forsknings- og innovasjons-

strategi for helse- og omsorgssektoren (*HelseOmsorg21*). Det har også vært gjennomført møter med det allmennmedisinske fagmiljøet for å diskutere forskning i primærhelsetjenesten. Utvalget har gitt innspill til flere høringer: Forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov, Høring - forslag til tematisk forskningsgrunnlag for et stort program: *Gode og effektive helse-, omsorgs- og velferdstjenester*, Høringssvar – Oslo 2014: *Studieplan for profesjonsstudiet i medisin*, Høring om ny studieplan i medisin ved Det medisinsk-odontologiske fakultet UiB, og Høring – innspill til Akademikerprisen.

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Ole Sejersted (leder), Kirsti Ytrehus, Eystein Hoddevik, Eyvind J. Paulssen (erstattet Svein Ivar Melgren), Andreas Habberstad, August Bakke, Tone Tangen, Elise Klouman og Berit Schei. Medisinsk fagavdeling ved Per Hjortdahl og Ida Waal Rømuld har bidratt med sekretærbistand i Forskningsutvalget.

### ***12.9 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjeneste***

Legeforeningens pasientsikkerhetsutvalg ble for perioden 2010-2013 i 2010 videreført med nytt og utvidet mandat og navneendring til *Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten*.

Utvalget har følgende medlemmer:

Ellen Tveter Deilkås (leder), Inger Lise Fjellanger, Gunnar Andersen, Hans-Petter Næss, Bente Ruud Karlsson, Inger Lyngstad, Vegard Vige og Margrethe Songstad.

Utvalget hadde fire regulære møter i 2013.

Utvalget har kommet med innspill til Legeforeningens policynotat *Pasientsikkerhet først!* og høring av forslag til ny pasientjournallov og ny helseregisterlov.

Utvalget har innstilt kandidater til Legeforeningens to kvalitetspriser som utdeles i forbindelse med landsstyremøtet.

Hans-Petter Næss har deltatt i pasientsikkerhetskampanjens fagråd. Utvalget har vært representert på workshop om kvalitet og pasientsikkerhet og på 25th Annual National Forum for Quality Improvement in Health Care i Orlando, Florida.

### ***12.10 Psykoterapiutvalget 2010 - 13***

Utvalget har følgende medlemmer: Bente Øvensen (leder), Petter Helge Knutsen (nestleder), Grazyna Banach, Bjørn Ravneberg, Bich Ngoc Nguyen Pham, Jon Engh og Liv Ørbeck.

Under hovedutdanningen i psykiatri kreves minst tre års godkjent veiledning i psykoterapi. Den gis av psykiatere som er godkjent til å veilede leger i spesialisering i det psykoterapeutiske grunnarbeid 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 psykoterapiveiledningen, og eventuelt foreslå endringer i retningslinjene for godkjenning av veiledere i psykoterapi.

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

### **12.11 Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse**

Utvalg for legehelse er et fast rådgivende utvalg, oppnevnt av sentralstyret. Utvalget 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 utvalgets sekretær.

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.

Det ble høsten 2011 igangsatt en evaluering av ordningen i regi av Legeforeningens forskningsinstitutt. Hensikten er å avklare hvordan den brukes og om den oppleves nyttig for målgruppen. Forsker Karin Rø har snakket med støttekolleger i alle landets fylker og er i gang med å bearbeide det innsamlede resultatet. Arbeidet er en del av en masteroppgave og resultatene vil bli presentert i artikkelform nasjonalt og/eller internasjonalt.

Ressurssenteret Villa Sana har tatt imot leger til rådgivning og på kurs gjennom de siste 15 årene, og omlag 2 300 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.

Utvalg for legehelse har hatt fem møter i løpet av 2013 (hvorav to telefonmøter), i tillegg til årssamlingen som hvert år arrangeres på Soria Moria. Her samles landets støttekolleger til 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 utlysing av midlene i august. Det kom i 2013 inn tre søknader til legatet, hvorav utvalget foreslo overfor sentralstyret at én søknad skulle innvilges. Sentralstyret vedtok i desembermøtet å innvilge denne søknaden.

Utvalg er representert i European Association for Physician Health (EAPH) ved utvalgets leder som medlem av nettverket. EAPH hadde i 2013 en konferanse i Dublin der Melbø Christiansen deltok. Alle aktivitetene i tilknytning til utvalget er i sin helhet finansiert av Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).

### **12.12 Forhandlingsutvalgene for fastlønnte leger**

Forhandlingsutvalgene er oppnevnt for samme periode som sentralstyret. Det var derfor skifte i sammensetningen av samtlige av Legeforeningens forhandlingsutvalg per 1.9.2013.

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 fram til og med 31.8. 2013 bestått av Hege Gjessing, Jon Helle, Kjell Vikenes, Johan Torgersen og Kristian Fosså, med observatør Trond Egil Hansen. Varamedlemmer: Marieke Claessen, Randulf Søberg, Fredrik Sund, Marie Skontorp, og vara observatør Kari Sollien.

Fra og med 1. september har forhandlingsutvalget for Spekter bestått av Hege Gjessing, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Johan Torgersen og Ruth F. Flenning. Varamedlemmer: Erna-Gunn Moen, Turid J. Thune, Marit Halonen Christiansen og Heidi Espvik. Observatør Af: Kari Sollien, Observatør vara Af: Ivar Halvorsen, Observatør LVS: Espen S. Kristoffersen, Observatør vara LVS: Tor-Arne Hagve, Siv Kvernmo, Observatør NMF Even Holth Rustad. Området er koordinert av Hanne Gillebo-Blom, sekretariatet.

Medlemmer av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke-området var frem til 31.8. 2013: Hege Gjessing, Jon Helle, Of, Sølve Sesseng, Of, Johan Torgersen, Ylf, og Arild Hagesveen, Ylf. Fra og med 1.9. 2013 var utvalgets medlemmer Hege Gjessing, Jon Helle, Of, Albert Bolstad, Of, Johan Torgersen, Ylf, og Maria Seferowicz, Ylf. Området ble koordinert av Frode Solberg, sekretariatet.

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune fra 1.1. 2013-31.8. 2013 bestått av Hege Gjessing, Anja Fog Heen, Trond Egil Hansen, Ole Johan Bakke, Laila A. Harlem. Fra 1.9. 2013: Hege Gjessing, Johan Georg Røstad Torgersen, Kari Sollien, Kirsten Toft og Marit Johanne Aoude Kamøy.

Forhandlingsutvalget i Stat har i perioden 1.1. 2013-31.8. 2013 bestått av Hege Gjessing, Johan Torgersen, Odd Grenanger, Merete Steen, Anne Spurkland. Fra 1.9. 2013 har forhandlingsutvalget stat bestått av Hege Gjessing, Johan Georg Røstad Torgersen, Jon Helle, Karin Rønning og Kristi Ytrehus.

Tariffutvalget for privat praksis har frem til og med 31.8. 2013 bestått av Hege Gjessing (leder), Trond Egil Hansen (Af), Kari Sollien (Af), Bjørn Nordang (Af), Sverre Dølvik, (PSL), Hanne Undlien (Oslo legeforening, Ove Andreas Mortensen (PSL) og Ernst Kaare Horgen (LSA), de to sistnevnte frem til 1. september. Fra og med 1. september kom Ole Johan Bakke (LSA) og Trygve Kase (PSL) inn i utvalget. I tillegg har Odd Grenager observatørstatus for Overlegeforeningen.

Sekretariatet deltok med forhandlingsdirektør Anne Kjersti Befring, fagsjef Hanne Riise-Hanssen, fagsjef Lars Duvaland, forhandlingsøkonom Pål Alm-Kruse og aktuelle saksbehandlere fra sekretariatet. Tariffutvalget forberedte alle forhandlingsløp for privat praksis.

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

### ***12.13 Representasjoner i Akademikernes organer***

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

#### **12.13.1 Akademikerne Helse**

Forhandlingene av overenskomst og hovedavtale for sykehusene skjer i regi av Akademikerne helse. President Hege Gjessing ble gjenvalgt til nestleder høsten 2013. Legeforeningen var i 2013 representert ved Jon Helle, Johan Torgersen. Anne Kjersti Befring, Hanne Gillebo-Blom og Bjørn Ove Kvavik. Andre ansatte fra avdeling for jus og arbeidsliv har deltatt i utvalgsmøtene ved behov.

#### **12.13.2 Akademikerne Stat**

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne stat. Jon Ole Whist (avdeling for jus og arbeidsliv) var i 2013 Legeforeningens medlem i Akademikerne stat.

#### **12.13.3 Akademikerne Kommune**

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Legeforeningen har i 2013 vært representert ved Jon Ole Whist frem til oktober – deretter etterfulgt av Henrik Skomedal (avdeling for jus og arbeidsliv) som nytt utvalgsmedlem fra Legeforeningen. Jon Ole Whist har vært utvalgets observatør siden oktober.

#### **12.13.4 Akademikerne Næringsdrivende**

Akademikerne næringsdrivende er et samarbeidsutvalg mellom organisasjonene i Akademikerne hvis formål er å arbeide for å styrke rammebetingelsene for næringsdrivende medlemmer. Legeforeningen har ledervervet i utvalget ved assisterende direktør Lars Duvaland, (avdeling for jus og arbeidsliv). Kari Sollien (sentralstyret) er ordinært medlem med Camilla Fagerholt Storli som varamedlem.

#### **12.13.5 Akademikerne Privat**

Legeforeningen er representert ved Frode Solberg (avdeling for jus og arbeidsliv) og Kristian Vetlesen, Namf (vara).

#### **12.13.6 Rettshjelpsutvalget**

Rettshjelpsutvalget er oppnevnt av sentralstyret. Utvalgets medlemmer består av oppnevnte leger fra de sju yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. Sekretariatet gir bistand ved Frode Solberg.

### **13 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. 2013 var ca. 27 100 leger inkludert pensjonister i Norge. Av disse var ca. 25 730 under 75 år og ca. 23 500 under 67 år. Ca. 22 530 eller omlag 96 % var medlemmer av Legeforeningen. I tillegg kommer 400 legemedlemmer 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. 2013 var det totale antallet medlemmer i Legeforeningen 30 383, (13 980 kvinner og 16 403 menn). Tallet inkluderer 4 099 studentmedlemmer, (2 607 kvinner og 1 492 menn). I løpet av 2013 er 106 medlemmer avgått ved døden, fordelt på 43 i Of, 29 i Af, 12 i PSL, åtte i LSA, fem i Namf, fire i LVS og to i Ylf.

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 utenlandske statsborgere (ca. 56 %) og en synkende andel norske statsborgere godkjente spesialister (ca. 49 %).

### **13.1 Utvikling i medlemstall**

#### **Legemedlemmer og studentmedlemmer 1920 - 2014 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        |
| <b>2014</b> | <b>26 284</b> | <b>4 099</b> |



### **13.1.1 Lokalforeninger**

Per 31.12. 2013 hadde de 19 lokalforeningene til sammen 25 864 medlemmer, mens de hadde 25 022 medlemmer per 31.12. 2012. Den største lokalforeningen er Oslo legeforening med 5 559 medlemmer. Det er en klar økning i medlemstallet både i 2012 og i 2013, mens de hadde en nedgang i medlemstallet i 2011.

### **13.1.2 Yrkesforeninger**

Per 31.12. 2013 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 26 284 ordinære medlemskap og 291 assosierte medlemskap. Per 31.12. 2012 hadde de til sammen 25 451 ordinære medlemskap og 269 assosierte medlemskap. Det er fortsatt Norsk overlegeforening som har flest medlemmer totalt, men Yngre legers forening har ca. 400 flere yrkesaktive medlemmer enn Overlegeforeningen.

### **13.1.3 Fagmedisinske foreninger**

Per 31.12. 2013 hadde de 45 fagmedisinske foreningene til sammen 26 145 ordinære medlemskap, inkludert dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter, og 1 271 assosierte medlemskap. Per 31.12. 2012 hadde de 44 fagmedisinske foreningene til sammen 22 836 ordinære medlemskap og 1 241 assosierte medlemskap.

Tre av de assosierte medlemskapene gjelder leger som ikke er medlemmer av Legeforeningen, tre gjelder medisinstudenter som er medlemmer av Legeforeningen, og sju av de assosierte medlemskapene 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/>

### **13.1.4 Norsk medisinstudentforening**

Per 31.12. 2013 hadde Norsk medisinstudentforening 4 099 medlemmer, herav 1 385 som studerer medisin ved utenlandske universiteter, herav 696 i Polen. Per 31.12. 2012 hadde Norsk medisinstudentforening 4 148 medlemmer, herav 1 411 som studerer medisin ved utenlandske universiteter, herav 746 i Polen.

Det ble i 2013 blitt innmeldt 536 nye medlemmer i Norge og totalt 315 nye medlemmer i utlandet, herav 117 nye medlemmer i Polen. Det ble i 2012 blitt innmeldt 626 nye medlemmer i Norge og totalt 505 nye medlemmer i utlandet, herav 266 nye medlemmer i Polen.

Antallet medlemmer av Norsk medisinstudentforening i Norge er lavere per 31.12. 2013 enn fire år tidligere. Antallet medlemmer av Norsk medisinstudentforening i utlandet er lavere per 31.12. 2013 enn for ett år siden.

Nedgangen skyldes både færre nye medlemmer og flere utmeldinger pga. manglende kontingentbetaling 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/>

## **13.2 Spesialistgodkjenninger i 2013**

### **3.2.1 Totalt antall godkjenninger i 2013 og sammenlikninger med tidligere år**

Helsedirektoratet skal ifølge avtale fortløpende oversende kopier av vedtak om spesialistgodkjenning til Legeforeningen. Spesialistgodkjenningene blir registrert i Legeforeningens legeregister. Vi har imidlertid eksempler på at Legeforeningen ikke har mottatt kopi av vedtak, og det har også forekommet at informasjon har blitt oversendt flere måneder etter vedtak. Det er derfor noe usikkerhet knyttet til om det antall spesialistgodkjenninger som er mottatt og registrert i Legeforeningen representerer det faktiske antall spesialistgodkjenninger i 2013. Vi har gått gjennom data fra Helsepersonellregisteret for spesialistgodkjenninger i 2013 for å identifisere de spesialistgodkjenningene som ikke er mottatt og registrert hos oss, og har registrert disse i Legeforeningens legeregister for å få frem en mest mulig korrekt statistikk.

For å vurdere hvorvidt Legeforeningens registreringer nå er fullstendige, har vi sammenliknet med Helsedirektoratets statistikk for antallet spesialistgodkjenninger med tilsvarende statistikk basert på registreringene i Legeforeningens register. Vi kan dessverre ikke se bort fra at Helsedirektoratets statistikk viser et for høyt antall spesialistgodkjenninger, ettersom Legeforeningen etter grundig kontroll mot Helsepersonellregisteret, fortsatt har et lavere antall spesialistgodkjenninger enn i Helsedirektoratets statistikk. En mulig forklaring kan være at denne kan inkludere spesialistgodkjenninger som legen har fått på nytt med samme dato som legen har fått autorisasjonen tilbake. Det gjelder også leger som har fått lisens etter fylte 75 år og som dermed har fått registrert spesialistgodkjenningen på nytt med samme dato som lisensen.

Helsedirektoratet har i 2013 gitt 1 155 nye spesialistgodkjenninger som er mottatt og registrert hos Legeforeningen. Det er dette vi bygger på i det følgende, i tillegg til 467 resertifiseringer i allmennmedisin.

804 av de 1 155 er spesialistgodkjenninger etter norske regler (herav 140 i allmennmedisin). 351 er konverteringene, herav 266 fra andre nordiske land (41 i allmennmedisin) og 85 fra andre EU- /EØS-land og Sveits. Inkludert de 467 resertifiseringene i allmennmedisin utgjør dette totalt 1 622 spesialistgodkjenninger som er mottatt og registrert hos Legeforeningen.

Helsedirektoratet oppgir totalt 1 776 vedtak for leger i 2013, fordelt på 152 førstegangsgodkjenninger i allmennmedisin (trolig kun etter norske regler), 402 konverteringer i alle spesialiteter, 712 godkjenninger etter norske regler i andre spesialiteter enn allmennmedisin, samt 510 resertifiseringer i allmennmedisin.

Vi kan derfor konkludere med at Legeforeningens tall er 40 - 50 lavere enn Helsedirektoratets tall i hver av de tre tallmessig største av de fire hovedkategoriene i Helsedirektoratets statistikk. Vi har registrert 12 færre førstegangsgodkjenninger i allmennmedisin etter norske regler enn Helsedirektoratet oppgir.

804 nye spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2013 (ekskl. resertifiseringene) er det desidert høyeste antallet på ett kalenderår noensinne! Det nest høyeste antallet var 713 i 2011.

351 nye spesialistgodkjenninger konvertert fra Norden/EU/EØS er det tiende høyeste antallet noensinne. Det er langt høyere enn i 2012 da det bare var 219, men lavere enn alle årene både i perioden 2006- 11 og i perioden 1997- 99.

Totalt 1 155 nye spesialistgodkjenninger i 2013 (ekskl. resertifiseringene) er nøyaktig samme antall som i 2010. Dette er det nest høyeste antallet noensinne. Bare i 2009 har det totale antallet spesialistgodkjenninger (ekskl. resertifiseringene) vært høyere enn i 2013, med 1 210 godkjenninger. Men Helsedirektoratet oppgir altså totalt 1 266 nye spesialistgodkjenninger i 2013 (ekskl. de 510 resertifiseringene) som er det høyeste antallet noensinne dersom dette tallet er korrekt og sammenliknbart med Legeforeningens statistikk for tidligere år.

### 3.2.2 «Utdanningstid» og gjennomsnittsalder ved spesialistgodkjenning

I 2012 var gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning for godkjenninger etter norske regler (ikke resertifiseringer i allmennmedisin) totalt 8,46 år; 8,93 år for kvinner og 8,04 år for menn. (I disse tallene beregner vi gjennomsnittet for alle med minimum fem og maksimum 15 år fra autorisasjon til spesialistgodkjenning). I 2013 var gjennomsnittstiden fra autorisasjon til spesialistgodkjenning for godkjenninger etter norske regler økt til totalt 8,73 år; 9,26 år for kvinner og 8,22 år for menn. Det er altså noe økning i «utdanningstiden» både for kvinner og menn sammenliknet med 2012. Forskjellen mellom kjønnene i «utdanningstid» er også på linje med den forskjellen vi har sett de siste ca. ti årene, som er større enn tidligere.

For nye spesialistgodkjenninger (ikke resertifiseringer i allmennmedisin) etter norske regler i 2012 var gjennomsnittsalderen 40,6 år totalt; 41,2 år for kvinner og 40,1 år for menn. I 2013 var gjennomsnittsalderen økt til 41,1 år totalt; 41,6 år for kvinner og 40,5 år for menn. Dersom vi 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 2013 redusert til 40,4 år totalt; 40,7 år for kvinner og 40,4 år for menn.

For konverteringene av spesialistgodkjenninger fra Norden/EU/EØS var gjennomsnittsalderen langt høyere. I 2012 var dette 48,1 år totalt; 46,0 år for kvinner og 49,1 år for menn. I 2013 var dette økt til 49,2 år totalt; 47,2 år for kvinner og 50,3 år for menn. Vi importerer altså eldre spesialister fra Norden/EU/EØS enn tidligere.

Men ikke alle konverteringene gjelder spesialister som blir værende i Norge på lengre sikt. Samtidig er det også en hel del import av spesialister fra utlandet for godkjenningene etter norske regler.

### 3.2.3 Fordeling på statsborgerskap for alle spesialistgodkjenninger i 2013

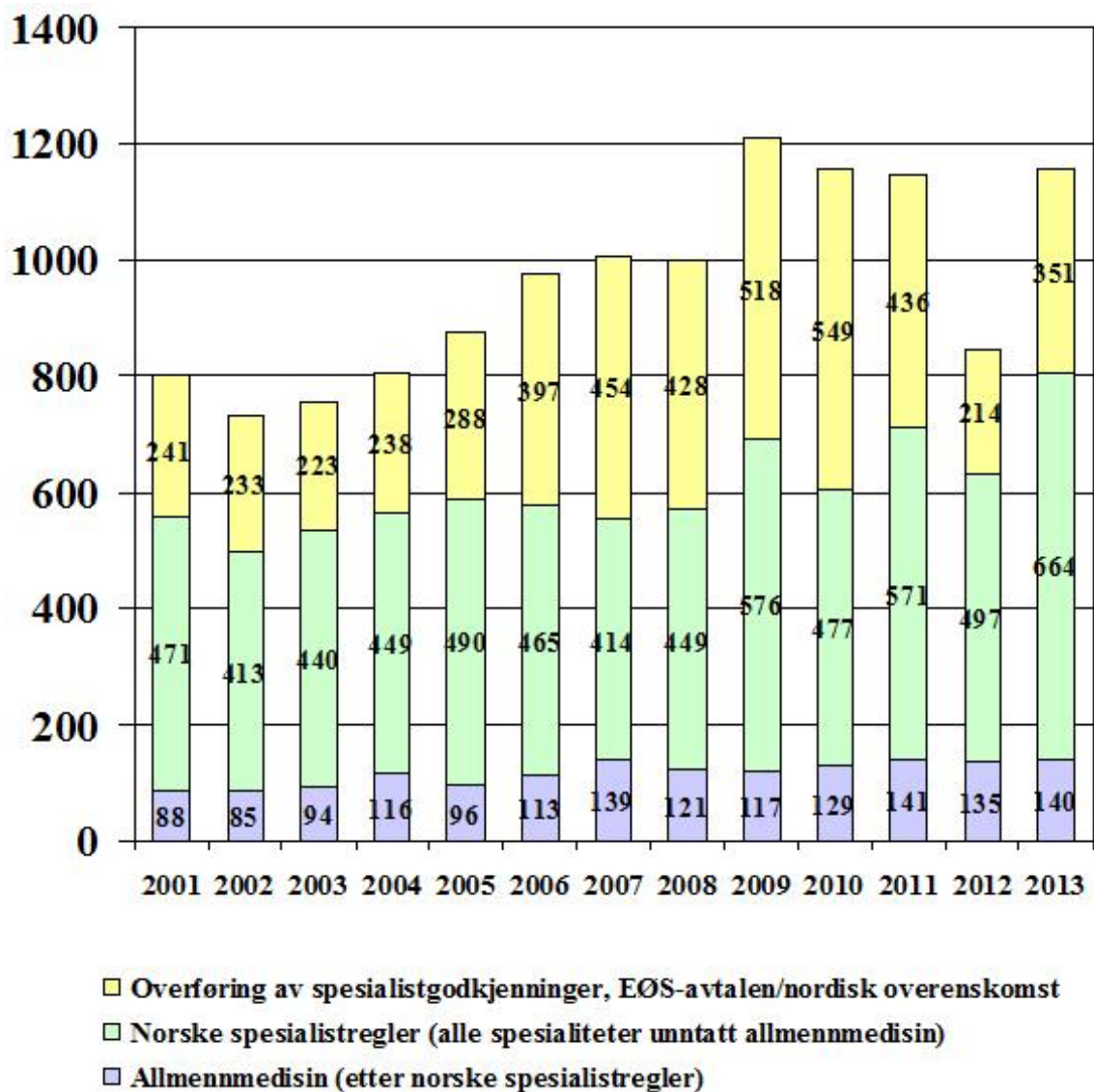
For alle de 1 155 nye spesialistgodkjenningene (ekskl. resertifiseringene) ser fordelingen på statsborgerskap slik ut:

| Statsborgerskap gruppe            | Kode | Antall | % av alle |
|-----------------------------------|------|--------|-----------|
| Norge (antatt)                    | 1.00 | 711    | 61.6      |
| Norden utenom Norge               | 2.00 | 244    | 21.1      |
| Land utenfor EU/EØS/Sveits        | 8.00 | 62     | 5.4       |
| EU-land før 1.5. 2004             | 3.00 | 62     | 5.4       |
| 10 nye land EU-land fra 1.5. 2004 | 4.00 | 60     | 5.2       |
| Romania og Bulgaria               | 5.00 | 10     | 0.9       |
| Kroatia                           | 6.00 | 3      | 0.3       |
| Sveits                            | 7.00 | 3      | 0.3       |

444 eller 38,4 % av spesialistgodkjenningene i 2013 gjelder altså utenlandske statsborgere, noe som altså er langt flere enn antallet konverteringer fra Norden/EU/EØS. Samtidig gjelder inntil 54 av de 351 konverteringene norske statsborgere (31 av disse står med ukjent statsborgerskap, men alle med ukjent statsborgerskap er antatt å være norske i denne statistikken). Det er flest utenlandske statsborgere fra Sverige, Danmark, Tyskland, Polen, Litauen, Island, Ungarn, Russland og Slovakia. Andelen med statsborgerskap fra Øst-Europa er relativt sett mest økende, både innenfor og utenfor EU.

Antallet utenlandske statsborgere er særlig høyt for spesialistgodkjenningene innen allmennmedisin, anesthesiologi, psykiatri, radiologi, indremedisin, fødselshjelp og kvinnesykdommer, generell kirurgi, hjertesykdommer, ortopedisk kirurgi, barnesykdommer, nevrologi og barne- og ungdomspsykiatri.

### ***Antall spesialistgodkjenninger 2001- 13***



### 3.2.4 Spesialistgodkjenninger i 2013 etter spesialitet mv.

| Spesialitet                               | Antall      | Kvinner    | Menn       | Herav konverterte: |                  |
|-------------------------------------------|-------------|------------|------------|--------------------|------------------|
|                                           |             |            |            | Norden             | Øvrige EØS-land* |
| Allmennmedisin (ekskl. resertifiseringer) | 181         | 78         | 103        | 41                 | 0                |
| Anestesiologi                             | 98          | 37         | 61         | 38                 | 11               |
| Arbeidsmedisin                            | 6           | 4          | 2          | 0                  | 0                |
| Barnekirurgi                              | 1           | 0          | 1          | 1                  | 0                |
| Barne- og ungdomspsykiatri                | 21          | 16         | 5          | 4                  | 2                |
| Barnesykdommer                            | 43          | 25         | 18         | 4                  | 7                |
| Blodsykdommer                             | 5           | 3          | 2          | 0                  | 0                |
| Bryst- og endokrinkirurgi                 | 5           | 4          | 1          | 0                  | 0                |
| Endokrinologi                             | 5           | 4          | 1          | 0                  | 0                |
| Fordøyelsesykdommer                       | 13          | 1          | 12         | 2                  | 0                |
| Fysikalsk medisin og rehabilitering       | 13          | 9          | 4          | 0                  | 1                |
| Fødselshjelp og kvinnesykdommer           | 50          | 30         | 20         | 20                 | 6                |
| Gastroenterologisk kirurgi                | 11          | 3          | 8          | 1                  | 1                |
| Generell kirurgi                          | 48          | 11         | 37         | 22                 | 2                |
| Geriatrici                                | 11          | 5          | 6          | 1                  | 0                |
| Hjertesykdommer                           | 37          | 13         | 24         | 13                 | 5                |
| Hud- og veneriske sykdommer               | 10          | 7          | 3          | 5                  | 1                |
| Immunologi og transfusjonsmedisin         | 2           | 1          | 1          | 0                  | 0                |
| Indremedisin                              | 119         | 59         | 60         | 16                 | 9                |
| Infeksjonssykdommer                       | 9           | 2          | 7          | 1                  | 0                |
| Karkirurgi                                | 6           | 0          | 6          | 1                  | 1                |
| Kjevekirurgi og munnhulesykdommer         | 2           | 1          | 1          | 0                  | 2                |
| Klinisk farmakologi                       | 8           | 5          | 3          | 0                  | 0                |
| Klinisk nevrofysiologi                    | 3           | 2          | 1          | 0                  | 0                |
| Lungesykdommer                            | 15          | 5          | 10         | 0                  | 0                |
| Medisinsk biokjemi                        | 4           | 4          | 0          | 0                  | 0                |
| Medisinsk genetikk                        | 1           | 1          | 0          | 0                  | 0                |
| Medisinsk mikrobiologi                    | 6           | 6          | 0          | 0                  | 0                |
| Nevrokirurgi                              | 11          | 1          | 10         | 0                  | 0                |
| Nevrologi                                 | 31          | 18         | 13         | 5                  | 2                |
| Nukleærmedisin                            | 3           | 2          | 1          | 0                  | 1                |
| Nyresykdommer                             | 12          | 5          | 7          | 3                  | 1                |
| Onkologi                                  | 19          | 10         | 9          | 2                  | 0                |
| Ortopedisk kirurgi                        | 47          | 9          | 38         | 15                 | 1                |
| Patologi                                  | 16          | 11         | 5          | 0                  | 3                |
| Plastikkirurgi                            | 8           | 2          | 6          | 2                  | 0                |
| Psykiatri                                 | 104         | 60         | 44         | 24                 | 14               |
| Radiologi                                 | 85          | 36         | 49         | 27                 | 9                |
| Revmatologi                               | 16          | 10         | 6          | 3                  | 0                |
| Samfunnsmedisin                           | 15          | 8          | 7          | 0                  | 0                |
| Thoraxkirurgi                             | 2           | 0          | 2          | 0                  | 0                |
| Urologi                                   | 13          | 4          | 9          | 2                  | 4                |
| Øre-nese-halssykdommer                    | 17          | 4          | 13         | 6                  | 1                |
| Øyesykdommer                              | 23          | 11         | 12         | 7                  | 1                |
| <b>TOTALT</b>                             | <b>1155</b> | <b>527</b> | <b>628</b> | <b>266</b>         | <b>85</b>        |

\* Inkluderer alle de øvrige EU- og EØS-landene, samt Sveits (to i anestesiologi og 1 i øyesykdommer)

### 3.2.5 Kvinneandel

For spesialistgodkjenninger etter norske regler (ekskl. resertifiseringer) var kvinneandelen 50,1 % i 2013. Dette er første gang i historien at over halvparten av spesialistgodkjenningene etter norske regler gjelder kvinner! Dette er fortsatt en klar økning fra 44,2 % i 2011 og 47,9 % i 2012. Tabellen foran inkluderer imidlertid også konverteringene, hvor kvinneandelen er lavere.

For spesialistgodkjenninger etter norske regler (ekskl. resertifiseringer) var kvinneandelen 47,9 % i 2012, en klar økning fra 44,2 % i 2011. For spesialistgodkjenninger totalt sett (ekskl. resertifiseringer) var kvinneandelen 44,0 % i 2012, også dette en stor økning fra 2011 da kvinneandelen var 38,5 %.

For konverteringene fra Norden/EU/EØS var kvinneandelen i 2013 35,3 %. Dette har tidligere bare vært høyere i 2004 med 38,6 %.

Kvinneandelen var i 2013 den høyeste noensinne både for spesialistgodkjenninger etter norske regler med 50,1 % og totalt sett med 45,6 % (dvs. inkl. konverteringene fra Norden/EU/EØS) (begge deler ekskl. resertifiseringer). I årene t.o.m. 2011 var den høyeste kvinneandelen for nye spesialistgodkjenninger i årene 2003- 05 da den var 45,5 % for godkjenninger etter norske regler og 42,2 % totalt sett, for disse tre årene samlet sett.

I allmennmedisin er det motsatt av de øvrige spesialitetene. 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 er sunket til 44,3 % for godkjenninger etter norske regler og 43,1 % totalt sett i 2013.

### 3.2.6 Sakkyndig vurdering av spesialistgodkjenningssøknader

I det følgende ser vi nærmere på antallet spesialistgodkjenninger etter norske regler i 2013 etter spesialitet og etter hvorvidt søknadene har vært behandlet i spesialitetskomiteen. Konverteringer blir ikke sakkyndigvurdert av spesialitetskomiteene.

Av de totalt 804 førstegangs spesialistgodkjenningene etter norske regler har ca. 250 vært behandlet i spesialitetskomiteene. Dette utgjør ca. 31 %, en klar nedgang fra 35,4 % i 2012. Den reelle andelen var også trolig enda høyere i 2012, som forklart i årsmeldingen for 2012.

Av de 250 nye sakene som har vært til behandling i komiteene og som har resultert i spesialistgodkjenning i 2013, er ca. 190 i kategori 1 (de antatt enkleste sakene), ca.30- 40 i kategori 2 og ca. 25- 30 i kategori 3 (de mest komplekse sakene). Dette er en relativ nedgang i kategori 1 og en klar økning i kategoriene 2 og 3 fra 2012. Av sakene i kategori 2 er det flest i indremedisin med grenspesialiteter, psykiatri, anesthesiologi, samfunnsmedisin og radiologi. Av sakene i kategori 3 er det flest i allmennmedisin, anesthesiologi, barnesykdommer og indremedisin med grenspesialiteter.

I allmennmedisin er andelen som har vært oversendt til sakkyndigvurdering lav, men omtrent halvparten av disse sakene er i kategori 3.

Innen barne- og ungdomspsykiatri, radiologi, arbeidsmedisin og samfunnsmedisin går nesten alle søknader om spesialistgodkjenning til sakkyndigvurdering i spesialitetskomiteene, de fleste i kategori 1.

Det er gjennomgående svært få søknader som har vært oversendt til sakkyndigvurdering innen grenspesialitetene. Unntakene er som i 2012 fortsatt hjertesykdommer og lungesykdommer. I 2013 har det også vært en del saker til sakkyndigvurdering i geriatri, infeksjonssykdommer og gastroenterologisk kirurgi. Også innen mange av hovedspesialitetene har relativt få saker vært til sakkyndigvurdering i 2013, ingen i hud- og veneriske sykdommer eller medisinsk mikrobiologi, og svært få innen øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer, barnesykdommer, fødselshjelp og kvinnesykdommer og ortopedisk kirurgi.

Se oversikt over godkjente spesialister, både statistikk og navneliste, her:  
<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/>

## **14 Prosjekter/Annet**

### **14.1 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, og Legeforeningen har en representant i hvert råd. Rådenes oppgave er blant annet å bistå i kartlegging av behov for kompetansetiltak, delta aktivt i planleggingen, bygge nettverk og markedsføre virksomheten.

Fagakademiet har etablert nettverk i de fleste kommuner og fylkeskommuner. Det er inngått samarbeidsavtaler med universiteter, høyskoler og konsulenter om spisskompetanse.

Fagakademiet utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov. Det ble i 2013 gjennomført 451 kompetansetiltak. Dette er noe lavere enn tidligere år. Dette skyldes at Fagakademiet fikk i oppdrag fra Helsedirektoratet å arrangere lederkursene Helse-omsorg. Disse er mer krevende å arrangere slik at det ble mindre ressurser til andre tiltak. Omsetningen var litt i overkant av 40 millioner kroner.

Legeforeningen har vært representert i Fagakademiets styre ved Einar Skoglund som medlem og Bjørn Oscar Hoftvedt som vararepresentant. Fagakademiets hjemmesider har adresse [www.fagakademiet.no](http://www.fagakademiet.no)

### **14.2 Akademisk Studieforbund**

Akademisk Studieforbund mottar årlig 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 2013 mottatt kr 929 446 for kursvirksomheten i 2012.

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

### **14.3 Frist meg inn i ledelse i primærhelsetjenesten**

Kull III gjennomførte de to første samlingene av kurset i 2013. Søkningen til kurset er stor, og evalueringene er svært positive. Kurset gjennomføres som et samarbeid mellom Legeforeningen og KS.

### **14.4 Frist meg inn i ledelse i spesialisthelsetjenesten**

Kurset er et samarbeid mellom Legeforeningen og Nasjonal ledelsesutvikling som representerer de fire regionale helseregionene. Kull 9 gjennomførte i 2013 kurset. Nasjonal ledelsesutvikling har signalisert ønske om endring av målgruppe for kurset. Legeforeningen tilskrev de administrerende direktørene i de regionale helseforetakene og argumenterte for å fortsette kurset i sin nåværende form. Det planlegges gjennomføring av ett kurs i 2014.

### **14.5 Arbeidsgruppe om reservasjon**

Sentralstyret nedsatte våren 2012 en arbeidsgruppe som skulle utrede spørsmål om leger og reservasjon. Gruppen har hatt sekretariatstøtte fra Medisinsk fagavdeling og Avdeling for jus og arbeidsliv. Arbeidet fortsatte i 2013 hvor arbeidsgruppen hadde totalt fire møter, og utarbeidet en rapport som ble sendt på bred høring i organisasjonen før saken ble drøftet på landsstyremøtet juni 2013.

#### **14.6 Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger**

Sentralstyret vedtok i desember 2011 å nedsette en arbeidsgruppe for å utrede behovet for endring av regelverk og/eller praksis ved bruken av kodegrunnlaget for sykmelding med bakgrunn i samfunnsdebatten omkring sykmelding etter traumer og ved sorg og konflikter. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe med sekretariatsbistand fra medisinsk fagavdeling.

Arbeidsgruppen har drøftet sykmeldingspraksis og sykmeldingsregelverket med et medisinsk faglig utgangspunkt og har kommet fram til en delt innstilling som ble redegjort for i en rapport. Sekretariatet har kartlagt dagens regelverk i NAV.

Et politikk og strateginotat ble overlevert Legeforeningens sentralstyre i september 2013 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. Sekretariatet følger opp arbeidet med å fremme et brev til ASD med kopi til HOD.

#### **14.7 Arbeidsgruppe rettspsykiatri**

Det rettspsykiatriske fagmiljøet har over flere år tatt opp behovet for en gjennomgang og videreutvikling av fagfeltet rettspsykiatri. Etter 22. juli 2011, har dette blitt ytterligere aktualisert.

Norsk psykiatrisk forening (Npf) har nedsatt en arbeidsgruppe for dette arbeidet.

Arbeidsgruppen skal gjøre en gjennomgang av fagfeltet rettspsykiatri og utarbeide forslag til videreutvikling av fagfeltet i form av en rapport.

Arbeidsgruppen har fått innvilget økonomisk støtte fra Legeforeningen og rapporten skal oversendes Legeforeningens sentralstyre etter gjennomgang i Npfs styre.

#### **14.8 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.

#### **14.9 Miljøfyrtårn**

Arbeidet med sertifisering av sekretariatet som miljøfyrtårnbedrift har pågått i 2013 med en omfattende miljøanalyse innenfor HMS, innkjøp, energi, transport, ytemiljø, IKT og avfallshåndtering. Legeforeningens sekretariat ble sertifisert som Miljøfyrtårnbedrift 9.2. 2014.



## Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte 4.-6.6. 2013 på Rica Hotel Alta

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            | <b>Godkjenning av innkallingen</b>                                                                        | Innkallingen til landsstyremøtet 4.-6.6.2013 godkjennes                                     | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 2            | <b>Valg av dirigenter</b>                                                                                 | Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet 2013. | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 3            | <b>Forslag til forretningsorden</b>                                                                       | Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2013 godkjennes                            | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 4            | <b>Valg av tellekomité</b>                                                                                | Som tellekomité ved landsstyremøtet 2013 velges...                                          | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 5            | <b>Sakliste for landsstyremøtet</b>                                                                       | Saklisten godkjennes<br>Dirigentenenes forslag til sakliste                                 | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 6            | <b>Valg av redaksjonskomité</b>                                                                           | Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges...                                               | Enstemmig vedtatt | Ingen                                                                   | OK                                |
| Sak 7<br>12/1623 | <b>Helsepolitisk debatt</b>                                                                               | Sykehus for fremtiden, hvordan er utfordringsbildet?                                        |                   | SPOL-<br>Innspill fra debatt følges opp i forbindelse med statusrapport | OK                                |
| Sak 8<br>12/3886 | <b>Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. 2011 – 31.12. 2011</b> | Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2011 godkjennes.                       | Enstemmig vedtatt | SPOL<br>Merknader i forbindelse med gjennomgang                         | Følges opp i den enkelte avdeling |

| Saker                  | Tittel               | Vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Resultat                                                                                                                                                                                                                      | Oppfølging                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Status |
|------------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Sak 9.1<br>12/232<br>2 | <b>Aktuelle tema</b> | <p><b>Fremtidig spesialitetsstruktur</b><br/>Sentralstyrets innstilling til vedtak</p> <p>Forslag 1.<br/>Forslag fra Norsk psykiatrisk forening v/Terje Vestheim<br/>Tillegg:<br/>Landsstyret vil støtte en utredning av behovet for kompetanseområder og grenspesialister innen spesialiteten psykiatri, som fremlegges for et senere landsstyre.</p> <p>Forslag 2.<br/>Forslag fra Nmf v/ Nagulendran Sugandiran<br/>Nytt punkt i vedtak:<br/>Økt satsning på spesialistutdanning ved universitetene kan ikke gå på bekostning av ressurser til medisinsk grunnutdanning.</p> <p>Forslag 3.<br/>Forslag fra LVS v/ Kirsti Ytrehus<br/>Den enkelte spesialistkandidat må tas opp i et teoretisk utdanningsløp (kurs, skriftlig oppgave m.m.). Det teoretiske utdanningsprogrammet må være forskningsbasert på samme måte som grunnutdanningen og ha egne lærerressurser.</p> <p>Forslag 4.<br/>Forslag fra Troms legeforening v/Jo-Endre Midtbu<br/>Den kirurgiske spesialistutdanningen utvides med ett år i grunnleggende akuttkirurgi, slik at spesialiseringsløpet blir 3 år generell kirurgi og 4 år spes. kirurgi. De tre første årene bør ha et vesentlig innslag av traumatologi ved et (tidligere) gr. I-sykehus, inkludert adekvate kurs, slik at alle kirurger får grunnleggende kompetanse i dette.</p> <p>Forslag 5.<br/>Forslag fra Of v/Odd Grenager<br/>Side 6 i tillegg/løst dokument - kulepunkt 7: første del uendret</p> | <p>Enstemmig vedtatt.</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes</p> | <p>FAG<br/>Alle forslag til sak 9.1 er drøftet og vurdert i forbindelse med kommentarene Legeforeningen utarbeidet til Helsedirektoratets rapportutkast om «Fremtidens legespesialister – en gjennomgang av legers spesialitetsstruktur og - innhold».</p> <p>Legeforeningens uttalelse ble oversendt direktoratet 10. juni 2013.</p> <p>Forslag 2, 5 og 6 er inkorporert i Legeforeningens uttalelse til Helsedirektoratet.</p> <p>Forslag 1 er spilt tilbake til fagmiljøet, som må initiere en slik prosess gjennom</p> |        |

| Saker              | Tittel                                                              | Vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Resultat                                                                                | Oppfølging                                                                                                                                                                                         | Status                                    |
|--------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
|                    |                                                                     | <p>Det fremmes forslag som ikke er utredet og konsekvensvurdert, bl.a. konsekvenser for overlegenes arbeidssituasjon.</p> <p>Forslag 6.<br/>Forslag fra Of v/ Toril Morken<br/>Ta ut passus om å "utrede økonomi og drift". Begrunnelse: Dnlfs anliggende er det faglige.</p> <p>Tillegg til sentralstyrets forslag til <b>vedtak</b>: Landsstyret viser også til debatten og de foreslåtte endringsforslagene.<br/>Forslagene oversendes sentralstyret</p>                                                                                                                                                                                                               | <p>sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Enstemmig vedtatt</p> | <p>konkrete forslag.</p> <p>Forslag 3. og 4. er ikke tatt til følge, da de ikke er i samsvar med vurderingene og konklusjonene i Legeforeningens eget utredningsarbeid om spesialitetsstruktur</p> |                                           |
| Sak 9.2<br>11/1424 | <b>Aktuelle tema</b>                                                | <b>Legespesialistenes etterutdanning</b><br>Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Enstemmig vedtatt                                                                       | FAG                                                                                                                                                                                                |                                           |
| Sak 9.3            | <b>Aktuelle tema</b>                                                | <p><b>Reservasjonsadgang</b><br/>Sentralstyrets innstilling til vedtak: Trukket.</p> <p>Redaksjonskomiteens forslag til vedtak:<br/>Legeforeningen mener at alvorlige samvittighetsgrunner knyttet til liv og død kan gi grunnlag for at leger gis reservasjonsmulighet for deltakelse i henvisning og behandling.<br/>Legers reservasjonsmulighet skal ikke være til hinder for befolkningens lovbestemte rettigheter. Reservasjonsmulighetene må derfor vurderes lokalt i helsetjenesten på en slik måte at disse hensyn kan ivaretas.<br/>Pasientene skal alltid møtes med forståelse og respekt. Forutsigbarhet for pasientene må sikres gjennom god informasjon.</p> | Enstemmig vedtatt ved akklamasjon                                                       | JA                                                                                                                                                                                                 | Følges opp med ny sak landsstyremøte 2014 |
| Sak 10<br>12/1623  | <b>Forslag til arbeidsprogram for perioden 1.9.2013 - 31.8.2015</b> | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Enstemmig vedtatt med endringer innarbeidet i møtet                                     | SPOL                                                                                                                                                                                               | OK                                        |

| Saker              | Tittel                                                                                                                                                                                                                                 | Vedtak                                                                                                                                                                            | Resultat                                                    | Oppfølging | Status                                                                |
|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Sak 11.1<br>13/500 | <b>Forslag om endringer i lovenes § 1-6, § 3-2-3 og § 3-6-3 med sikte på fremme samhandling med spesialitetskomiteene</b>                                                                                                              | Sentralstyrets innstilling til vedtak<br><br>Forslag 1.<br>Forslag fra Of v/Jannicke Mellin-Olsen<br>§ 1-6 ordet samhandling erstattes av "samarbeid" i Dnlfs lover.              | Enstemmig vedtatt<br><br>Forslaget oversendes sentralstyret | JA         | Behandlet i sentralstyremøte 26.9. 2013.<br><br>Ingen endring.        |
| Sak 11.2<br>13/501 | <b>Forslag om endringer av lovenes § 3-9-1- om Vilkår for godkjenning for spesialforeninger</b>                                                                                                                                        | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                             | Enstemmig vedtatt                                           | JA         | Fulgt opp i sentralstyremøte 11.3. 2014.                              |
| Sak 11.3<br>13/502 | <b>Forslag om endringer av lovenes § 3-1-3 (1) nr. 8 og § 3-2-1 (6) om valg av varamedlemmer til valgkomiteen</b>                                                                                                                      | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                             | Enstemmig vedtatt                                           | JA         | OK                                                                    |
| Sak 11.4<br>13/503 | <b>Forslag om endringer av lovenes § 1-3, § 3-1-1, § 3-5-3, § 3-6-4, § 3-7-3, § 3-8 om nedleggelse av regionsutvalg</b>                                                                                                                | Sentralstyret innstiller ovenfor landsstyret på at forslagene til endringer i lovenes § 1-3, § 3-1-1, § 3-5-3, § 3-6-4, § 3-7-3, § 3-8 om nedleggelse av regionsutvalg forkastes. | Enstemmig vedtatt.                                          | Ingen      | OK                                                                    |
| Sak 11.5<br>13/505 | <b>Forslag om endring av lovenes § 3-4-3 (1) nr. 2 og 3-5-3 (6). Overføring av ansvar fra lokalforeninger til PSL for praksiskompensasjon for avtalespesialister som deltar i tildeling av spesialisthjemler og i samarbeidsutvalg</b> | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                             | Enstemmig vedtatt                                           | JA<br>ØKAD | Økad følger opp med informasjon til berørte foreningsledd august 2013 |

| Saker              | Tittel                                                                                                                                                | Vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Resultat          | Oppfølging | Status                                                  |
|--------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|---------------------------------------------------------|
| Sak 11.6<br>13/562 | <b>Forslag om fjerning av overgangsregelen i lovenes § 3-4-1 (1)</b>                                                                                  | Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at overgangsregelen i Legeforeningens lover § 3-4-1 (1) fjernes.                                                                                                                                                                                                                                                                   | Enstemmig vedtatt | JA         | OK                                                      |
| Sak 11.7<br>13/563 | <b>Forslag om endringer i lovenes § 2-3 (1) og § 3-6-1 (4) og (5) om Leger i spesialisering – medlemskap i fagmedisinske foreninger – innstilling</b> | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Enstemmig vedtatt | JA<br>ØKAD | Følges opp med informasjon til alle berørte høsten 2013 |
| Sak 12<br>13/564   | <b>Omdanning av spesialforening til fagmedisinsk forening for spesialiteten rus- og avhengighetsmedisin. Fordeling av valggruppe</b>                  | Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at Norsk forening for rus- og avhengighetsmedisin fordeles til valggruppe nr. 6: Psykiatri, jf. Legeforeningens lover § 3-6-4 (4).                                                                                                                                                                                                 | Enstemmig vedtatt | JA         | OK                                                      |
| Sak 13<br>12/3886  | <b>Valg av president, visepresident, 7 sentralstyremedlemmer og 3 varamedlemmer</b>                                                                   | <p>Valgt ble<br/> President Hege Gjessing<br/> Visepresident Jon Helle<br/> Kari Sollien<br/> Johan Torgersen<br/> Christian Grimsgaard<br/> Marit Hermansen<br/> Marit Halonen Christiansen<br/> Ivar Halvorsen<br/> Synnøve Bratlie</p> <p>Som varamedlemmer i rangert rekkefølge ble følgende <u>valgt</u>:<br/> Kristian Hamandsen<br/> Jens Lind-Larsen<br/> Odd Grenager</p> |                   | Stab       | OK. Nytt styre registrert i Brønnøysund-registeret      |
| Sak 14             | <b>Valg av styreleder og</b>                                                                                                                          | Valgt ble Hans Kristian Bakke og Anne Mathilde Hanstad med personlig                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Enstemmig         | ØKAD       | OK                                                      |

| Saker             | Tittel                                                                                                                            | Vedtak                                                                                                                                                                                                            | Resultat              | Oppfølging | Status |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|--------|
|                   | <b>styremedlem med varamedlem til styret for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)</b>                                 | varamedlem Åge Henning Andersen.                                                                                                                                                                                  | valgt                 |            |        |
| Sak 15<br>13/53   | <b>Valg av leder, nestleder, tre medlemmer og to varamedlemmer til Rådet for legeetikk for perioden 1.1. 2014 til 31.12. 2017</b> | Valgt ble:<br>Svein Aarseth – leder<br>Karsten Hytten – nestleder<br>Ellen Blinkenberg – medlem<br>Siri Brelin - medlem<br>Gunnar Skipenes - medlem<br><br>Varamedlemmer:<br>Thore Henrichsen<br>Ståle Clementsen | Enstemmig valgt       | JA         | OK     |
| Sak 16<br>12/3886 | <b>Valg av valgkomité</b>                                                                                                         | Valgt ble<br>Trond Egil Hansen, leder<br>Marie Skontorp<br>Arne Refsum<br><br>Varamedlemmer i rangert rekkefølge<br>Marieke Claessen<br>Kirsten Toft<br>Tilde Broch Østborg                                       |                       | Stab       | OK     |
| Sak 17<br>12/3886 | <b>Valg av desisorutvalg</b>                                                                                                      | Valgt ble<br>Gunnar Ramstad, leder<br>Tom Guldhav og Georg Johnsen, medlemmer.                                                                                                                                    | Valgt ved akklamasjon | ØKAD       | OK     |
| Sak 18<br>12/4455 | <b>Forslag om endret tjenestekrav i onkologi</b>                                                                                  | Sentralstyrets innstilling til vedtak                                                                                                                                                                             | Enstemmig vedtatt     | FAG        |        |
| Sak 19<br>12/1223 | <b>Godkjenning av regnskaper for 2012</b>                                                                                         | Sentralstyrets innstilling til vedtak<br>Regnskap for Den norske legeforening, som viser et årsoverskudd på kr 41 453 454, godkjennes og fastsettes som foreningens regnskap for 2012.                            | Enstemmig vedtatt     | ØKAD       | OK     |
| Sak 20            | <b>Regnskaper for 2012</b>                                                                                                        | Ulike regnskap til orientering                                                                                                                                                                                    | Enstemmig             | ØKAD       | OK     |

| Saker           | Tittel                                                                                                     | Vedtak                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Resultat                                                                                                      | Oppfølging                              | Status                                                                                                |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12/1223         | <b>til landsstyrets orientering</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | vedtatt                                                                                                       |                                         |                                                                                                       |
| Sak 21          | <b>Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og Pensjonsordningen for leger 2012</b> | Årsberetningen godkjennes. Regnskapet, som viser et årsresultat på kr 39 252 799, godkjennes og fastsettes som stiftelsens regnskap for 2012                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Enstemmig vedtatt.                                                                                            | ØKAD                                    | OK                                                                                                    |
| Sak22<br>12/602 | <b>Budsjett for Den norske legeforening 2014</b>                                                           | <p>Sentralstyrets innstilling til budsjett</p> <p>Forslag 1.<br/>Forslag fra LVS v/Kirsti Ytrehus:<br/>Prinsippene for fordeling av kontingentinntektene til de forskjellige avdelingene og underavdelinger fører i dag til at enkelte underavdelinger har vansker med å opprettholde aktivitet mens andre akkumulerer egenkapital. Vi ber om at dette justeres i forslag til budsjett 2014. Grunntilskudd må økes og andel tilskudd basert på medlemsmasse må reduseres.<br/>Grunntilskuddet 3-dobles.</p> <p>Forslag 2.<br/>Forslag fra Tone Dorthe Sletten, Egil Johannesen:<br/>IKT-utviklingen i helsevesenet skjer raskt og er omfattende. Presset fra myndighetene er stort i de sakene som blir prioritert, som e-resept, kjernejournal og "En innbygger - én journal".<br/>Vi ber sentralstyret vurdere å styrke sekretariatet med en fagperson med overordnet og bred IT-kompetanse. Denne personen tenker vi skal bistå foreningsleddene i strategiske IT-spørsmål opp mot myndighetene, journalleverandører og helseforetak.</p> | <p>Enstemmig vedtatt.</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p> | <p>ØKAD</p> <p>ØKAD</p> <p>ØKAD/FAG</p> | <p>Følges opp i forbindelse med budsjett.</p> <p>Vurderes innenfor ordinære ansettelser/ budsjett</p> |

7.4.2014