

Årsmelding

Den norske legeforening

1. januar-31. desember 2016



Fra presidenten

Årsmeldingen er sentralstyrets melding om foreningens virksomhet i forrige år, som ifølge lovene skal legges fram for landsstyret. Det er et slags regnskap i prosa over aktivitetene i denne store foreningen. Forhåpentligvis kan det tjene både som årsmelding og som et godt grunnlag for både diskusjon og lærdom.

Innledningsvis gjør vi rede for arbeidet med de fire satsingsområdene som sentralstyret besluttet for sin periode. Her vil du gjenfinne saker som har preget media, debatter, innlegg og utspill som Legeforeningen har hatt i flere kanaler. Årsmeldingen viser hvordan vi driver helsepolitisk påvirkning på mange arenaer. Legeforeningen er en sterk profesjonsforening med dyktige tillitsvalgte som har et bredt engasjement; alt fra å være en helsepolitisk aktør, via et betydelig ansvar for kvalitetssikring av utdanning til juridisk rådgivning til enkeltmedlemmer og forvaltning av foreningens økonomi. Tidsskriftet og Legeforskningsinstituttet er to viktige pilarer i Legeforeningens organisasjon og er beskrevet i egne kapitler. Meldingen er bygget opp slik at den kan leses på langs – eller du kan slå opp aktuelle temaer som interesserer deg. Starter du bakfra, får du en kort og grei innføring i foreningens organisasjon.

Konflikten i Spekterområdet førte til tidenes lengste akademikerstreik i sykehus. Streiken hadde bred oppslutning blant medlemmene, og det ble tidlig klart at vi hadde en samlet fagbevegelse i ryggen i en konflikt som handlet om kollektivt vern. Streiken i sykehus har preget mediebildet og arbeidet i foreningen, men kapittelet om *Arbeidsliv og Arbeidsforhold* vil vise at vi parallelt med denne store konflikten også har håndtert alle forhandlingsløpene på de andre viktige forhandlingsarenaene.

En av de sentrale sakene dette året har vært arbeidet med ny spesialistutdanning. Når du går inn og leser i kapittelet om *Utdanning, forskning og fagutvikling*, vil du også se at Legeforeningen har engasjert seg i alle deler av legers utdanning; fra grunnutdanningen, via turnustjenesten og spesialistutdanningen til etterutdanning. Forskning og utdanning har vært sentralt for Legeforeningen siden opprettelsen i 1886 og vil være våre kjerneområder også i framtida.

Jeg er stolt over å lede denne foreningen med stor kompetanse, dyktige medarbeidere og engasjerte tillitsvalgte. Vi er en samlet og sterk forening; en verdi vi jobber hver dag for å ivareta. Legeforeningen vokser; medlemstallet har aldri vært høyere. En viktig forutsetning for den norske modellen er høy organisasjonsgrad. Trepårtssamarbeidet er viktig for utviklingen av vår velferdsstat. Årsmeldingen viser at vårt arbeid er viktigere enn noensinne.

God lesning!



Marit Hermansen
president

Innhold

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER.....	6
1.1	Trygge leger – god pasientbehandling	6
1.2	Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten.....	7
1.3	Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten	8
1.4	Sikre kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen	9
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	11
2.1	Opplæring og oppfølging av tillitsvalgte.....	11
2.1.1	Kursvirksomhet 2016.....	11
2.1.2	Utvikling av nettbaserte grunnkurs	11
2.2	Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder	12
2.2.1	Pensjon.....	12
2.2.2	Forhandlingsarbeidet i Spekter-området.....	12
2.2.3	Twistesaker i Spekter-området	14
2.2.4	Implementering av faste stillinger.....	14
2.2.5	Forhandlingsarbeidet i Stat-området	15
2.2.6	Forhandlingsarbeidet i KS-området	16
2.2.7	Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området.....	16
2.2.8	Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området.....	17
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende.....	17
2.3.1	Fastlegeordningen KS.....	17
2.3.2	Rammeavtaleforhandlinger Oslo	18
2.3.3	Arbeid med endringer av rammebetingelser for avtalespesialister	18
2.3.4	Normaltariffoppgjøret 2016	19
2.3.5	Avtaler med Finans Norge og Statens pensjonskasse	19
2.4	Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger	19
2.4.1	Innspill til Helsedatautvalget	19
2.4.2	Policynotat om internasjonale handels- og investeringsavtaler	20
2.5	Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg.....	20
2.5.1	Bistand fra sekretariatet	20
2.5.2	Tilsynssaker	21
2.5.3	Ansatte leger	21
2.5.4	Næringsdrivende leger	23
2.5.5	Rettshjelpsordningen.....	23
2.5.6	Rettslige prosesser	24
3	UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING	26
3.1	Utdanning.....	26
3.1.1	Grunnutdanningen.....	26
3.1.2	Turnustjenesten	26
3.1.3	Spesialistutdanningen	26
3.1.4	Etterutdanning.....	26

3.1.5	Kursutdanning.....	27
3.1.6	Kompetanseområde i smertemedisin	27
3.1.7	Veiledning i institusjonshelsetjenesten	27
3.1.8	Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus	28
3.1.9	Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin	28
3.1.10	Videre- og etterutdanning i primærmedisin	28
3.1.11	Godkjenning av veiledere i psykoterapi – til spesialiteten i psykiatri og barne- og ungdomspsykiatri.....	28
3.2	Forskning	29
3.2.1	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning	29
3.3	Fagmedisinsk arbeid.....	29
3.3.1	Konferanse for de fagmedisinske foreninger	29
3.3.2	Samarbeid med de fagmedisinske foreningene.....	29
3.3.3	Over-/underbehandling og variasjon i helsetjenesten	29
3.4	Kvalitetsarbeid.....	29
3.4.1	Senter for kvalitet i legekantor (SKIL).....	29
3.4.2	Konferansen "Enkelt og håndterlig 2 - forbedringsarbeid i praksis"	30
3.5	IKT i helsetjenesten	30
3.5.1	EPJ-løftet.....	30
3.5.2	Styrket satsing på e-helse.....	31
3.5.3	Én innbygger - én journal.....	31
3.5.4	Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF.....	31
3.5.5	Konferansene eHelse 2016 og eHelse 2017.....	31
3.5.6	Konferansen eHiN 2016.....	32
3.5.7	EPJ i sykehjem.....	32
3.5.8	Nasjonale e-helsestrategi og handlingsplan 2017-20.....	32
3.5.9	Elektronisk helsekort for gravide.....	32
3.5.10	Felles Legemiddelliste	32
3.5.11	IT-utvalget.....	32
3.5.12	Endringsråd for e-resept.....	32
3.5.13	Styringsgruppe for norm for informasjonssikkerhet	32
3.5.14	Produktråd helsenorge.no.....	33
3.5.15	Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren (NUIT).....	33
3.5.16	NUFA.....	33
3.5.17	NEHS	33
3.5.18	Studiebesøk - Cambridge og Oxford University Hospitals. Integreert journalsystem i drift	33
3.5.19	Studiebesøk på CCIO Summer School	33
3.5.20	Dialogmøte med Sykehuspartner	33
3.5.21	Leverandørmøter i Direktoratet for e-helse.....	33
4	HELSEPOLITIKK.....	34
4.1	Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid	34
4.2	Legeforeningens helsepolitiske utspill, høringer og publikasjoner	34
4.2.1	Legeforeningens arbeid med høringer	34
4.2.2	Helsepolitiske publikasjoner og rapporter	34
4.2.3	Policynotater	35
4.3	Myndighet og organisasjonskontakt	35
4.3.1	Stortinget.....	35

4.3.2	Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.	37
5	KOMMUNIKASJONSARBEID	39
5.1	Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid.....	39
5.2	Mediearbeid – ekstern kommunikasjon	39
5.3	Organisasjonskommunikasjon	40
5.3.1	Sosiale medier.....	40
5.3.2	Legeforeningen.no	41
5.3.3	Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet.....	41
5.3.4	Derfor er jeg lege	41
5.3.5	Intranettet - «Torget»	41
6	INTERNASJONALT ARBEID	42
6.1	Møter mellom de nordiske legeforeningene	42
6.2	World Medical Association (WMA).....	42
6.3	Comitè Permanent des Médecins Européen (CPME)	43
6.4	Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS).....	43
6.5	Samnordisk arbeidsgruppe för prognos- och specialistutbildningsfrågor SNAPS	43
7	TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING	44
7.1	Organisering og bemanning	44
7.2	Tidsskriftet generelt	44
7.3	Formidling av innhold.....	44
7.4	Engelske oversettelser	45
7.5	Legejobber.no	45
7.6	Annonsealg.....	45
7.7	Økonomi	45
8	LEFO – LEGEFORSKNINGSINSTITUTTET	46
8.1	Sentrale prosjekter	46
8.2	Datagrunnlag	47
8.3	Forskningsformidling	47
8.4	Bemanning, økonomi og ny, femårig avtale (2016-2021)	48

9	LEGEFORENINGENS ØKONOMI	49
9.1	Nøkkeltall	52
9.2	Fond	52
9.2.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	52
9.2.2	Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	53
9.2.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning	53
9.2.4	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	54
9.2.5	Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	54
9.2.6	Premiereguleringsfondet	55
9.2.7	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	55
9.2.8	Allmennmedisinsk forskningsfond	55
10	LEGEFORENINGENS ORGANISASJON	56
10.1	Organisasjonskart	56
10.2	Landsstyret	56
10.3	Sentralstyret	56
10.4	Andre organisasjonsledd	57
10.5	Endringer i Legeforeningens lover - Tidsskriftet	57
10.5.1	Klargjøring og endring av rapporteringslinjer	57
10.5.2	Redaksjonskomiteen	58
10.5.3	Tidsskriftrådet	58
10.5.4	Tidsskriftets plass på landsstyremøtene	59
10.6	Forslag om endring av Legeforeningens lover – Regionutvalg	59
10.7	Medlemsopplutning	59
10.8	Miljøfyrtårn	59
10.9	Sekretariatet	59

1 Legeforeningens satsingsområder

Bakgrunnen for etableringen av satsingsområdene er å tydeliggjøre hvilke prioriterte målsettinger foreningen skal rette oppmerksomheten mot, og legge til rette for at ressursene i foreningen fordeles og benyttes i tråd med disse.

Satsingsområder for 2016-17

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

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

1.1 Trygge leger – god pasientbehandling

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

Vinteren 2016 var Legeforeningen medvirkende til en omfattende nasjonal mediedebatt om åpenhet og yttringsfrihet i sykehus. Helseministeren uttalte seg støttende overfor tillitsvalgte som beskrev alvorlige mangler i ledelsens håndtering av kritikk. Pasientsikkerhetsundersøkelsen fikk betydelig oppmerksomhet da den viste alvorlig svikt i pasientsikkerhetskulturen ved flere norske sykehus. Helse Nord RHF og Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN) kom særlig dårlig ut. Dette stemte med Legeforeningens erfaringer gjennom flere enkeltsaker.

Det er en grunnleggende verdi i vårt samfunn at alle skal ha frihet til å si det de mener, og på den måten fremme åpne og verdifulle diskusjoner i det offentlige rom. Det er viktig å legge til rette for at helsepersonell tør komme med innspill i helsedebatten, da det er de som kjenner forholdene i helsevesenet best.

Legeforeningen deltok i FAFOs undersøkelse om yttringsfrihet og varsling i norsk arbeidsliv, i tillegg til at Legeforeningen gjennomførte en egen undersøkelse blant medlemmene. FAFO konkluderer at utviklingen de siste ti årene gir grunn til bekymring. FAFO tegner i stor grad opp det samme bildet som Legeforeningen har gjort: Sykehusene har en kultur med manglende åpenhet og frykt for sanksjoner.

Håndtering av svikt i pasientbehandling er av største betydning for så vel pasientsikkerhet som for involvert helsepersonells rettsikkerhet. Legeforeningen har viet området særlig oppmerksomhet i 2016. Legeforeningen avga blant annet et utførlig hørings svar til Arianson-utvalgets utredning: *Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse – og omsorgstjenesten*. Utvalgets beskrivelse av utfordringene med dagens system stemte godt med våre erfaringer og foreningen ga sin tilslutning til flere av utvalgets forslag. Samtidig problematiserte vi flere forhold, så som opprettholdelse/ skjerpning av individreaksjoner og opphevelse av helsepersonellnemnda.

Legeforeningen legger betydelige ressurser i å bistå enkeltleger juridisk i bl.a. tilsyns-, takst – og arbeidsrettssaker, og har et av de fremste kompetansemiljøene i landet på denne type bistand. Flere saker har vist behov for å kunne foreta vurderinger av de medisinskfaglige sider i saken, i tillegg til de juridiske. I 2016 gjennomførte FaMe og sekretariatet et pilotprosjekt for samarbeid om medisinskfaglige vurderinger i tilsynssaker. Formålet var å styrke rådgivningen ved å kunne anvende kompetansen leger i de fagmedisinske foreninger besitter i konkrete saker. Erfaringene fra prosjektet var utelukkende positive, og man startet arbeidet med å formalisere et slikt samarbeid mellom sekretariatet og fagmedisinske foreninger.

Sekretariatet følger utviklingen i tilsynsmyndighetens praksis tett og har visse bekymringer, særlig hva gjelder tilsynsmyndighetenes praksis i saker hvor atferd/tillit er vurderingstema. Sekretariatet gjorde derfor en større evaluering av tilsynssaker med dette vurderingstemaet og har brukt resultatene aktivt i etterfølgende møter med Statens helsetilsyn.

Arbeidskonflikten i Spekterområdet var også innenfor rammene av dette satsingsområdet. Dette oppgjøret handlet ikke om lønn, men i stor grad om viktige vernebestemmelser for sykehusleger både når det gjelder arbeidstid (vaktfordeling og vaktbelastning) og gravide arbeidstakere. Konflikten synliggjorde betydningen av kollektivt vern og den tryggheten det bidrar til på arbeidsplasser som i stadig større grad er preget av høyt arbeidspress og fokus på drift.

1.2 Bedre styring, organisering og ledelse av spesialisthelsetjenesten

Legeforeningens sentralstyre nedsatte en arbeidsgruppe for å jobbe systematisk med mål, handlingsrom og mulig prosess for arbeidet gjennom 2016-17. Arbeidsgruppen har bestått av Jon Helle og Christian Grimsgaard (begge Overlegeforeningen), Christer Mjåset (Yngre legers forening) og Kari Sollien (Allmennlegeforeningen). Arbeidet med satsingsområdet har vært inndelt i to faser:

Fase 1: Politikk- og budskapsgjennomgang og undersøkelse blant medlemmer i sykehus, samt den eksterne utredningen [*Mellom politikk og administrasjon*](#).

Fase 2: Politikktutvikling. Gjennom 2016 har utredningen tilført ny innsikt og argumenter til Legeforeningens etablerte politikk og budskap.

Utredningen ble presentert for landsstyret i mai 2016 av den eksterne utredningsgruppens leder Jon Magnussen. Den ble også presentert til det offentlige utvalget som i 2016 utredet fremtidig organisering og styring av spesialisthelsetjenesten (NOU 2016: 25). Utvalget ble ledet av Stener Kvinnsland. Legeforeningens hensikt med rapporten var å bidra til å opplyse og utvide den viktige politiske debatten om spesialisthelsetjenestens fremtidige organisering. Legeforeningen sendte også Kvinnsland-utvalget et omfattende innspill i mars 2016. De viktigste innspillene var som følger:

Legeforeningen mener en ny modell må bidra til:

- en eller annen form for regional forankring og samordning (enten regionale kontorer under eieravdeling i HOD eller foretak)
- at Helse Sør-Øst deles og at sykehus-Norge organiseres i seks eller flere regioner
- at antall styringslag reduseres (fjerne ett nivå)
- at dagens to styrenivåer reduseres til ett
- at mer beslutningsmyndighet delegeres til sykehusene og at stedlig ledelse innføres,
- at finansieringsordningene for bygg blir mer hensiktsmessige enn den nåværende
- at åpenhet, involvering, kvalitet og pasientsikkerhet vektlegges.

I forlengelsen av det politiske arbeidet med satsingsområdet vedtok landsstyret i Oslo 2016 følgende resolusjon om stedlig ledelse:

Gode pasientforløp krever stedlig ledelse

Stedlig ledelse innebærer at det er en leder med reell beslutningsmyndighet og ansvar for pasientbehandling, økonomi og personell. Sykehus, klinikker, avdelinger og andre driftsenheter må ha stedlig ledelse for å fungere godt. Stedlig ledelse er vesentlig for å nå målsettinger om god og sikker pasientbehandling, effektiv ressursutnyttelse og god samhandling med kommunehelsetjenesten. En leder må være til stede og kjenne sine ansatte for å kunne utvikle et godt fag- og arbeidsmiljø.

Fravær av stedlig ledelse medfører en rekke negative konsekvenser.

Legeforeningen vil sende et tydelig signal: Stortingets vedtak om stedlig ledelse må følges opp i praksis! Resolusjonen ble vedtatt av landsstyret 24.-26.5. 2016. Arbeidet med satsingsområdet videreføres gjennom 2017. Regjeringen skal legge frem innstilling til Stortingets behandling om hvordan staten bør innrette sitt eierskap medio mai 2017.

1.3 Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten

Sentralstyret vedtok i møte 13.10. 2015 satsingsområde 3 - Styrket medisinsk faglig ledelse i primærhelsetjenesten (heretter benevnt SO3), som et av fire satsingsområder for perioden 2016-17. SO3 hadde utspring i et oversendelsesforslag til sak 9.5 ved landsstyremøtet 2014 med ordlyden: "Lederopplæring bør også omfatte legelederne i primærhelsetjenesten og andre potensielle legeledere".

Sentralstyret vedtok 20.3. 2015 å opprette en arbeidsgruppe for lederutdanning for primærhelsetjenesten, som ble forløperen til SO3. Arbeidsgruppen har vært ledet av Ole Johan Bakke, sentralstyret. SO3 har vært forankret i FAG, med sekretariatstøtte på tvers av avdelinger. Arbeidsgruppen gjennomførte fem møter i 2016. I tillegg har det vært intern koordinering mellom avdelingene i sekretariatet.

Arbeidsgruppen har arbeidet ut fra mandatet: 1) Beskrive dagens utdanningstilbud innenfor området helseledelse i primærhelsetjenesten, 2) Vurdere og beskrive sannsynlig behov for legeledere i fremtidens primærhelsetjeneste i et 10-15 års perspektiv, 3) Foreslå modeller for lederutdanning som kan motivere og skolere leger for å gå inn i ledelse på alle nivåer innenfor primærhelsetjenesten, 4) Vurdere om og hvorledes lederutdanning og spesialistutdanning for primærleger kan foreslås samordnet.

Oppdraget til arbeidsgruppen ble spesifisert i sentralstyrets vedtak av 20.1. 2016:

5) Vurdere hvorledes Legeforeningen kan bidra til bedre ledelse i primærhelsetjenesten ved for eks. mer aktiv bruk eller videreutvikling av avtaleverk for fastlegeordningen og andre virkemidler. I det samme sentralstyremøtet ble dette femte punktet foreslått utdypet med fire underpunkter: 1) ledelse av det utvidete fastlegekontoret og primærhelseteamet, 2) samfunnsmedisinerens/kommuneoverlegens rolle, 3) ledelse av fastlegens forvaltning av velferdsgoder, 4) andre forhold.

SO3 har hatt betydelig aktivitet i 2016, blant annet presentasjon av delrapport Lederutdanning i primærhelsetjenesten i landsstyremøtet, dialog med Universitetet i Oslo (UiO) om utvikling av avtale for lederutdanning for primærleger, samt innhenting av kunnskapsgrunnlag fra eksterne miljøer og samarbeid med KS om anbefalinger om ledelse av legetjenesten i kommunen.

SO3s rapport *Lederutdanning for primærleger* ble presentert som sak 9.3 på Legeforeningens landsstyremøte 24.5. 2016. Rapporten presenterte ulike ledelsesutdanninger for primærleger, og tiltak for å legge til rette for å styrke primærlegers formelle lederkompetanse. Rapporten anbefalte å søke å utvikle tilpasninger i samarbeid med UiO av det erfaringsbaserte masterstudiet i helseadministrasjon (MHA) ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO. Studiet som gjerne går under navnet "Ole Berg-kurset" er blitt samlingsbasert og mer egnet for primærlegers arbeidssituasjon. Tidligere var studieløpet tilpasset den fire måneder lange sammenhengende overlegepermisjonen.

Det har gjennomført samtaler med UiO på oppdrag fra Legeforeningen, om hensiktsmessig oppbygning av det nye samlingsbaserte masterløpet. Et vesentlig element er at kurs om ledelse på "Våruka" kan godkjennes meritterende i MHA-studiet.

Hovedtyngden i SO3-gruppens arbeid har vært å utvikle politikk om ledelse av legetjenesten i kommunen. Mot slutten av 2016 gikk rapportarbeidet mot en innsnevring til to delrapporter: *Modeller for ledelse av kommunens medisinske tilbud* og *Kunnskapsgrunnlag, utviklings- og ledelsespotensial for fastlegens portnerfunksjon*. I tillegg har SO3 løpende diskutert ledelse og organisering av fastlegekontor, herunder også knyttet til om slike legekontor burde kunne være avtalesubjekt, en overføring av avtaleinngåelse fra den individuelle lege til legekontoret som organisasjon. Arbeidsgruppen har ansett dette spørsmålet som så omfattende at et eget utredningsløp er foreslått overfor sentralstyret. Arbeidsgruppen har også arbeidet med å utvikle politikk på områdene transparens og pasientmedvirkning i legekontor.

SO3 har bestilt tre rapporter fra eksterne kunnskapsmiljøer for å få et oppdatert kunnskapsgrunnlag for politikikutvikling.

Professor Tor Iversen og førsteamanuensis Geir Godager, begge ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi ved UiO, har på oppdrag for Legeforeningen skrevet en rapport om portnerrollen i et helseøkonomisk perspektiv. Professor Anders Grimsmo ved Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet har utformet en utredning av portnerrollen i et helse- og pasientperspektiv. Professor Jan Frich ved Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, UiO, har gjort en utredning av ledelse av leger i primærhelsetjenesten.

Legeforeningen ble i kjølvannet av rapporten *Legetjenesten i kommunene – kan den ledes?* (utarbeidet av Agenda Kaupang AS på oppdrag fra KS) invitert inn i en prosess med KS for å utvikle en veileder for ledelse av legetjenesten i kommunen. Den partssammensatte arbeidsgruppen har fra Legeforeningen bestått av Nils Kr. Klev og Frantz L. Nilsen.

Prosjektet skal utvikle råd og anbefalinger for ledelse av legetjenesten som styrker kvalitet og pasientsikkerhet, og som bidrar til god samhandling mellom legetjenesten og andre helse- og omsorgstjenester. Arbeidsgruppen vil gi anbefalinger til KS og Legeforeningen primo mars 2017.

1.4 Sikre kvalitet og kapasitet i spesialistutdanningen

Helse- og omsorgsdepartementet besluttet i desember 2015 at Legeforeningen i fremtidig system for spesialistutdanningen skal ha formaliserte roller knyttet til det faglige innholdet i den enkelte spesialitet (læringsmålene) og til kvalitetssikringen av utdanningssystemet. Som konsekvens av dette ble Legeforeningens spesialitetskomiteer gitt i oppdrag å utarbeide

forslag til læringsmål for den enkelte spesialitet, og læringsmål for felles del 2 for kirurgiske og indremedisinske fag.

Arbeidet ble igangsatt ved utgangen av februar 2016 med frist for leveranse 1.10. 2016. Det ble etablert egne arbeidsgrupper i forbindelse med utarbeidelsen av læringsmål for del 2. Legeforeningen og Helsedirektoratet arrangerte i fellesskap en oppstartkonferanse for spesialitetskomiteene 8. mars, der også Helse- og omsorgsdepartementet og representanter for de regionale helseforetakenes prosjekt for etablering av ny ordning deltok.

Spesialitetskomiteene utførte fra februar t.o.m. september et svært omfattende arbeid i nært samarbeid med de fagmedisinske foreninger og sekretariatet. Læringsmål for alle spesialiteter, inkludert mål for del 2, ble oversendt Helsedirektoratet innen fristen. En redaksjonell gjennomgang av forslagene ble utført i samarbeid mellom Legeforeningens sekretariat og Helsedirektoratet før direktoratet sendte forslagene til læringsmål på høring 13. desember.

I løpet av 2016 har Legeforeningen deltatt i Helsedirektoratets arbeidsgrupper for utvikling av læringsmål for Del 1 som skal erstatte dagens turnus og læringsmål for felles kompetansemoduler som skal være gjennomgående i hele spesialiseringsløpet. Direktoratet sendte i juli 2016 forslag til læringsmål for de kliniske fagene i del 1 og for felles kompetansemoduler del 1-3 på høring. Legeforeningen ga omfattende innspill etter bred høring i organisasjonen.

Helse- og omsorgsdepartementet sendte i juni 2016 forslag til ny overordnet forskrift for spesialistutdanningen på høring. Legeforeningen hadde gjentatte møter med departementet og ga konkrete innspill til departementets arbeid med forskriftsutformingen våren 2016. Legeforeningen avga et omfattende høringssvar, og det ble gjennomført flere møter med departementets politiske ledelse før forskriften ble fastsatt i desember 2016. Legeforeningen fikk gjennomslag for endringer på en rekke sentrale punkter.

Legeforeningen og Akademikernes konserntillitsvalgte ble invitert til å delta i de regionale helseforetakenes prosjekt for etablering av ny ordning for spesialistutdanningen. Det ble oppnevnt deltakere til styringsgruppen, prosjektgruppen, referansegruppen og alle arbeidsgrupper med undergrupper. Legeforeningens sekretariat har koordinert og fulgt opp arbeidet.

2 ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD

2.1 *Opplæring og oppfølging av tillitsvalgte*

2.1.1 **Kursvirksomhet 2016**

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

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

I 2016 deltok Legeforeningen i 21 tillitsvalgtkurs. Blant disse ble det arrangert fem Modul I-kurs. Disse kursene fant sted i Helse-Nord, Helse-Midt, Helse-Vest, Helse Sør-Øst og for Helse Sør-Øst-OUS/KS/Stat med til sammen 206 deltakere. Det ble arrangert to Modul II-kurs (alle tariffområder) med samlet deltakerantall på 171, og ett Modul III-kurs (alle tariffområder) med 41 deltakere.

På statens tariffområder har Legeforeningen samarbeid med andre akademikerforeninger om felles grunnkurs. Disse akademikerforeningene er; Den norske tannlegeforening, Norsk psykologforening, Den norske veterinærforening, Samfunnsøkonomene og Norges Farmaceutiske Forening.

Det er også arrangert "temakurs" som tar opp aktuelle problemstillinger eller kurs som skal forberede de tillitsvalgte på kommende forhandlinger. Eksempler her er: Spekter: Kurs "Forhandlinger", Virke-HUK: Tillitsvalgtkurs Stat: kurs i "Lokale forhandlinger" og Hovedtariffavtalen i staten, KS: Særavtalen i KS.

2.1.2 **Utvikling av nettbaserte grunnkurs**

Spesialitetskomiteen i allmenntidmedisin skal legge om grunnkurs A og B, slik at kursene i hovedsak blir nettbaserte, som erstatning for samling i fire til fem dager som i dag. Sekretariatet har i den forbindelse bidratt innspill til utvikling av kurskatalogen/samlingsdelen, bl.a. for å sikre at fagområdet vi har erfart som sentrale blir ivare tatt. Sekretariatets jurister har bidratt som redaktør på to moduler om "regelverket og fastlegekontoret", og som fagansvarlige tekstforfattere på grunnkurs B, hvor vi har laget åtte moduler for temaet "Jus og arbeidsliv". Sekretariatet har også gjennomgått, og gitt innspill til nettkurset om barnevern.

2.2 Arbeid med arbeidsvilkår for ansatte leger innen ulike forhandlingsområder

2.2.1 Pensjon

Innmeldingskrav i pensjonsordningen for sykehusleger

Legeforeningen har en egen, avtalefestet pensjonsordning for sykehusleger – både i KLP og i Pensjonsordningen for helseforetakene i hovedstadsområdet. Med virkning fra 1.10. 2016 har Spekter forutsatt at minstegrensen for innmelding i pensjonsordningen for sykehusleger reduseres, slik at alle leger som arbeider 20 prosent stilling eller mer skal være medlem av ordningen. Dette ville i praksis medføre en ulempe for pensjonerte legers mulighet til å jobbe ved siden av pensjon.

Legeforeningen har hatt dialog med Spekter for å finne en løsning som gjør at pensjonerte leger kan fortsette å arbeide ved siden av pensjon i samme omfang som i dag. Spekter og Legeforeningen er enige om at leger som ikke lenger er medlem av ordningen fordi de går av med pensjon/har gått av med pensjon, først skal gjeninnmeldes dersom de arbeider mer enn 168 timer i kvartalet. Dette innebærer at i det en lege går av med alderspensjon kan man arbeide inntil 168 timer i kvartalet, uten avkortning av pensjonen. Denne spesielle ordningen fremgår av vedtektene for pensjonsordningen for sykehusleger i KLP og i PKH (Pensjonskassen for helseforetakene i hovedstadsområdet).

Arbeidet med endring av offentlig tjenstepensjon

Det er enighet mellom myndighetene og partene i arbeidslivet om at offentlig tjenstepensjon må endres. Arbeidsdepartementet tok i 2015 initiativ til at partene skulle kartlegge om det er grunnlag for å finne nye, langsiktige løsninger for alderspensjon og AFP i offentlig tjenstepensjon. Prosessen kom et godt stykke innenfor rammene av en såkalt påslagsmodell, men har i 2016 stoppet opp. Det skyldes først og fremst uenighet om hvorvidt endringer i offentlig tjenstepensjon er et forhandlingsspørsmål eller ikke. En samlet arbeidstakerside har i felles brev til Arbeidsdepartementet etterspurt fremdrift. Legeforeningen er representert i Akademikernes referansegruppe for pensjon.

2.2.2 Forhandlingsarbeidet i Spekter-området

2016 var et år med hovedoppgjør, det vil si at alle deler av overenskomsten skulle forhandles. Dette skulle vise seg å bli et merkeår i Legeforeningens historie, med tidenes lengste sykehusstreik og en massiv støtte fra en samlet arbeidstakerside. Akademikerne og Legeforeningen satte dagsorden for arbeidslivsdebatten høsten 2016 i vår kamp for kollektivt vern og forsvarlige arbeidstidsordninger. Ved inngangen til 2017 var streiken avsluttet, men saken var fortsatt ikke behandlet av Rikslønnsnemnda.

Bakteppet for hovedoppgjøret

I perioden fra hovedoppgjøret 2014 ble forutsetningene som var satt for videreføring av unntakene etter Legeforeningens oppfatning ikke oppfylt. Perioden ble preget av forsøk på innføring av individuell arbeidsplanlegging ved noen sykehus, mot sterke protester fra berørte leger og Legeforeningen. I tillegg hadde Legeforeningen tapt saken mot Spekter for Arbeidsretten om automatisk vaktfritak for gravide. Dette skapte stort engasjement blant medlemmene. I de innledende forhandlingene ble det av Akademikerne og Legeforeningen lagt særlig vekt på at arbeidspresset i sykehus har økt dramatisk over flere år. Akademikerne og Legeforeningen ga uttrykk bekymring for en utvikling som skaper et stadig større press på den enkelte arbeidstaker, og konsekvensene av dette på sikt.

Særlig Legeforeningen har erfart og er kritisk til, en arbeidsgiverpolitikk som i for stor grad er basert på ensidig styring, kontroll og manglende involvering. Akademikerne ga derfor uttrykk for at de ønsker reelle prosesser mellom arbeidsgiver og tillitsvalgte, og at vårens forhandlinger er en arena for å tilrettelegge for kollektive ordninger med balanse mellom forpliktelser og rettigheter, belastning og vern. På denne bakgrunn satte Legeforeningen konkrete vilkår om kollektivt vern for videreføring av unntak fra arbeidsmiljøloven

Brudd i de sentrale forhandlingene

Spekter og Akademikerne brøt 9.6. 2016 forhandlingene med Spekter om ny overenskomst i sykehusene, etter at Legeforeningen hadde konstatert at det ikke lot seg gjøre å komme til enighet i forhandlingene om den sentrale overenskomstens del A2 som omfatter sykehuslegene.

Det var enighet om økonomien i oppgjøret med en ramme på 2,4 prosent, i tråd med lønnsreguleringen ellers i samfunnet i 2016. Uenigheten dreide seg først og fremst om prinsippene for arbeidstidsplanlegging og om retten til vaktfritak for gravide leger i siste trimester av svangerskapet. Når det gjaldt arbeidstidsplanlegging krevde Legeforeningen en presisering av krav til rullerende planer, i tråd med langvarig praksis. Uten et slikt krav fant ikke Legeforeningen grunnlag for å fornye omfattende sentrale unntak fra arbeidstidsbestemmelsene i arbeidsmiljøloven.

Brudd i meklingen og historiens lengste streik i sykehusene

Heller ikke under meklingen den 6.9. 2016 kom partene til enighet og riksmekler Nils Dalseide lyktes ikke med å finne en løsning som partene godtok. Følgen av dette var at det ved arbeidsdagens start den 8.9. 2016 var streik blant Akademikernes medlemmer i helseforetakene.

Akademikerne og Legeforeningen gjennomførte en meget vellykket, ansvarlig og begrenset streik i helseforetakene i 35 dager – en streik for kollektivt vern og kamp for den norske modellen. Mange vil hevde at arbeidstakersiden "vant" streiken, til tross for den ikke ga noen løsning av den pågående konflikten.

Akademikernes streik i helseforetakene ble stoppet med tvungen lønnsnemnd av Regjeringen tirsdag 11. oktober 2016. Arbeidsministeren begrunnelse var Helsetilsynets vurdering av at streiken på dette tidspunktet medførte fare for liv og helse. Akademikerne ble oppfordret til å stoppe streiken og sende medlemmene tilbake i jobb, noe vi også gjorde, selv om vi ikke var enige i Regjeringens vurdering av nødvendigheten av å stoppe streiken.

Etter at streiken ble avsluttet forberedte Legeforeningen Akademikernes innlegg i Rikslønnsnemnda. Legeforeningen var i dette arbeidet særlig opptatt av at nemnda ikke har kompetanse til å kunne videreføre overenskomstens bestemmelser med grunnlag i svært vide unntak fra arbeidsmiljølovens arbeidstidskapittel. Dessuten var det viktig å argumentere for et tidligere virkningstidspunkt for lønnsoppgjøret enn streikens siste dag, som er det tidspunktet nemnda vanligvis setter. Denne konflikten dreide seg ikke om lønn, det var oppnådd enighet om lønnsoppgjøret i alle de lokale B delene og det at meklingen fant sted tre måneder etter at forhandlingene ble brutt, bør ikke få den følgen at lønnsoppgjøret får et annet virkningstidspunkt enn det ordinære.

Rikslønnsnemnda skulle behandle tariffoppgjøret mellom Spekter og Akademikerne 13.2. 2017.

Som en følge av at det ikke ble enighet i de sentrale forhandlingene eller under meklingen, ble det ikke gjennomført lokale B-delsforhandlinger for legene.

2.2.3 Twistesaker i Spekter-området

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke tvistesaker fra helseforetakene om tolkningen av tariffavtalene i sykehus. Spekter og Legeforeningen er uenige om tolkningen av en rekke av overenskomstens bestemmelser. Hvorvidt vi skal sette disse uenighetene på spissen gjennom en lokal og sentral tvistebehandling, og deretter bringe rettstvisten inn for endelig avgjørelse i Arbeidsretten, beror på en bredt sammensatt vurdering der en rekke forhold spiller inn.

På bakgrunn av en lokal uenighet ved Sørlandet sykehus HF om forståelse av overenskomsten del A2 § 3.6.3, fjerde ledd vedrørende kravet til forsvarlig hvile i løpet av vekten, ble tvisten behandlet av sentrale parter. Legeforeningen og Spekter kom til enighet om hvordan bestemmelsen er å forstå ved at bestemmelsen innebærer en forutsetning om at arbeidsplanen skal muliggjøre til sammen åtte timer hvile i enhver 24 timers perioden, hvilen trenger ikke være sammenhengende og tid før og etter arbeidsperioden vil også medregnes. Det betyr at dersom en lege har en 19 timers vakt, vil legen ha fem timers hvile før/ etter vekten innenfor en 24 timers periode. Legen skal i tillegg ha mulighet for til sammen tre timer hvile/ pause i løpet av vekten.

På Sykehuset Østfold HF oppsto det høsten 2015 en tvist knyttet til innføring av individuelle planer. Den gjaldt forståelsen av overenskomstens bestemmelser om arbeidstid, tjenesteplaner og kravet om at disse planene skal settes opp etter et rullende mønster, med en gjennomsnittsberegningsperiode på det antallet uker som tilsvarer antallet leger i vaktstjiktet. Arbeidsgiver utformet i denne saken individuelle tjenesteplaner (kalenderplaner) for hver enkelt lege over et definert antall uker. Planene varierte fra periode til periode, og perioden arbeidsgiver planla for var også ulik.

Tillitsvalgte på Sykehuset Østfold HF var svært engasjert i saken, og utfordret arbeidsgiver på alle punkter i planen som ikke overholdt bestemmelsene i overenskomsten. Legeforeningen krevde forhandlingsmøte etter hovedavtalens § 13, og avholdt dette sammen med Spekter. Det var enighet om at det var hensiktsmessig med et felles besøk på Sykehuset Østfold, for en dypere forståelse av hva som var utfordringene med planen. Det skulle vise seg at Spekter og Legeforeningen var grunnleggende uenige om hvilket handlingsrom arbeidsgiver har etter overenskomsten.

Legeforeningen reagerte videre sterkt på at Sykehuset Østfold ensidig innførte en helt ny metode for planlegging av arbeidstid uten lokal enighet, parallelt med at Spekter og Legeforeningen hadde en arbeidstidsgruppe med samme tema.

Tvisten om tjenesteplanen ved kirurgisk avdeling på Sykehuset Østfold ble et svært viktig bakteppe for og eksempel på negative konsekvenser av bruken av individuelle planer før, gjennom og etter hovedoppgjøret 2016.

2.2.4 Implementering av faste stillinger

Legeforeningen fikk i tariffoppgjøret 2014 gjennomslag for avtale om fast ansettelse for leger i spesialisering med Spekter. Implementeringen skulle skje gradvis, og etter 1.7. 2015 var det ikke lenger adgang for helseforetakene til å ansette leger i spesialisering i midlertidige stillinger, med noen unntak, blant annet vikariater.

Det var forventet at det ville ta tid å implementere en så stor reform. 2016 har vært preget av fortsatt mye arbeid med implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Det gjelder både dimensjoneringsarbeid mellom faste stillinger og såkalte gjennomstrømningsstillinger, fordypningsstillinger, ansettelsesprosesser og ivaretagelse av de som skal bli ferdige spesialister etter den gamle stillingsstrukturen med midlertidige stillinger. Dette er et arbeid som arbeidsgiver har hovedansvaret for, men hvor Legeforeningen bidrar aktivt, både sentralt, regionalt og lokalt.

Det var særlig ved Oslo universitetssykehus HF det hadde oppstått en rekke utfordringer knyttet til implementeringen av faste stillinger for leger i spesialisering. Ved at det dimensjoneres med altfor mange såkalte gjennomstrømningsstillinger, midlertidige stillinger som holdes av til blant annet de som har behov for gruppe I-tjeneste, utlyses det svært få faste stillinger for leger i spesialisering. Heller ikke fordypningsstillingene har blitt utlyst, da OUS og Spekter ikke har godtatt at dette skal være en del av et fast ansettelsesforhold. Disse forholdene har medført at svært mange ansettes midlertidig i en rekke kortvarige vikariater etter hverandre, som igjen gjør at noen av legene opparbeider seg et fast ansettelsesforhold etter treårsregelen i arbeidsmiljøloven. Det ble i hele 2016 jobbet lokalt og sentralt for å finne løsninger på de ulike problemstillingene.

2.2.5 Forhandlingsarbeidet i Stat-området

Hovedtariffoppgjør 2016 - Statlig tariffområde

Akademikerne og Staten ble 30.4. 2016 enige om en ny hovedtariffavtale i staten for perioden 2016 – 2018. Det var også enighet om at Akademikerne og staten innen 1.2. 2017 skal bli enige om detaljene i et *nytt* lønns- og forhandlingsystem, men det ble allerede i oppgjøret i 2016 enighet om de bærende prinsippene. Den nye avtalen innebærer at lønnsdannelsen i staten flyttes fra det nasjonale, sentrale nivået til det lokale virksomhetsnivået. Dette innebærer at lokale arbeidsgivere og tillitsvalgte kan skreddersy lønns- og personalpolitikken til virksomhetenes behov. Dette vil styrke effektiviteten i staten og kvaliteten på velferdstjenestene til befolkningen.

- Den økonomiske rammen skal som nå forhandles mellom partene på sentralt, nasjonalt nivå.
- Lokale arbeidsgivere og tillitsvalgte skal deretter gjennom kollektive, lokale forhandlinger fordele lønnstilleggene lokalt.
- Fremtidens lokale forhandlinger kommer ikke til å være som de lokale forhandlingene som vi har kjent i staten siden 90-tallet. All økonomi og alle virkemidler vil stå til de lokale parters disposisjon. Lokalt kan det gis generelle tillegg til alle ansatte, justere grupper og gis individuelle lønnstillegg.
- Det skal utvikles en ny tvisteløsningsmekanisme som er bedre enn dagens ordning i lokale forhandlinger.

Det økonomiske resultatet av årets lønnsoppgjør ble slik: Akademikerne avtalte et generelt tillegg på 0,5 prosent og en lokal pott på 2,3 prosent.

Lokale forhandlinger, høsten 2016: Det var knyttet stor spenning til hvordan de lokale forhandlingene ville forløpe denne høsten. På grunnlag av de tilbakemeldinger som kom så det ut til å ha gått over all forventning. Store virksomheter som Forsvaret, NTNU, UiB og NAV meldte om gode resultater og et godt forhandlingsklima etter noen oppstartsproblemer og problemer med å få frem korrekte medlemslister.

Utvikling av ny statlig arbeidsgiverpolitikk - Statlig arbeidsgiverråd: Kommunal- og moderniseringsdepartementet nedsatte i mai 2016 et interimråd. Det besto av 14 toppledere i statlige virksomheter, og de fikk i mandat å foreslå hvordan virksomhetene i staten kan samordne seg for å få større innflytelse over den statlige arbeidsgiverpolitikken og ta større ansvar i gjennomføringen av den. Dette er et viktig skritt i gjennomføringen av den nye overordnede statlig arbeidsgiverstrategien, som departementet fastsatt i april. Strategien skal bidra til at staten kan være en moderne og attraktiv arbeidsgiver.

Direktør Ingrid Finboe Svendsen i Arbeidstilsynet har ledet interimrådet. Arbeidsgiverne i staten ønsker å ta større ansvar og vi vil bidra til en profesjonalisering av arbeidsgiverfunksjonen sentralt og lokalt. Interimrådet har levert sin anbefaling til utviklingen av den statlige arbeidsgiverpolitikken. Anbefalingen legger til grunn en sterkere profesjonalisering av arbeidsgiverfunksjonen gjennom økt innflytelse til arbeidsgiverne ved blant annet opprettelsen av et Arbeidsgiverråd.

Akademikerne har lenge tatt til ordet for en arbeidsgiverpolitikk som i større grad legger til grunn virksomhetenes behov, slik interimrådet foreslår. Akademikerne tror dette vil bidra til å gjøre statlige arbeidsplasser mer konkurransedyktige og attraktive.

2.2.6 Forhandlingsarbeidet i KS-området

Hovedoppgjøret i området ble slutført 30. april ved at alle Akademikernes medlemsforeninger aksepterte siste tilbud fra KS. Det var kun små endringer i Hovedtariffavtalen ved oppgjøret, med unntak av en viktig presisering som gir konfliktrett ved uenighet om endringer i pensjonsordningen i tariffperioden.

For Legeforeningens medlemmer skjer lønnsforhandlingene lokalt i den enkelte kommune, uten en sentralt fastsatt ramme. Basert på henvendelser til sekretariatet og innmeldte resultater er det grunn til å tro at Legeforeningens medlemmer oppnådde enn bedre lønnsvekst enn sammenliknbare grupper i 2016.

2.2.6.1 SFS 2305

Høsten 2015 ble særavtalen for kommunehelsetjenesten (SFS 2305) reforhandlet. Den nye avtalen trådte i kraft 1.1. 2016. Sekretariatet har fått mange henvendelser fra medlemmer om forståelsen av særavtalens bestemmelser og vi har i stor utstrekning bistått medlemmer i enkeltsaker om avtalen. Sekretariatet har også hatt flere møter med KS om forståelsen av avtalen, både på generelt grunnlag og i forbindelse med saker der det er oppstått tvister mellom medlemmer og kommuner. Videre har vi holdt ulike foredrag for tillitsvalgte med informasjon om bestemmelsenes innhold og forståelse.

2.2.7 Forhandlingsarbeidet i Oslo kommune-området

Hovedoppgjøret endte med enighet mellom partene natt til 1. mai. Legeforeningen og Akademikerne slutførte forhandlingene etter at det forelå resultat i øvrige tariffområder. Den sentrale delen av oppgjøret innebar et tillegg på 2,0 prosent, minimum 8 500 kroner, på hovedlønnsstabellen med virkning fra 1.5. 2016. Det ble i tillegg avsatt 0,35 prosent til sentrale lønsmessige tiltak. Oppgjøret ga en samlet lønnsvekst på ca. 2,4 prosent i 2016, og endte dermed på linje med oppgjørene i privat sektor og offentlig sektor for øvrig.

Legeforeningens medlemmer i Helseetaten (HEL) og Sykehjemsetaten (SYE) fikk lokale forhandlinger i 2014, i hovedsak etter modell fra KS. For disse medlemmene skjedde dermed

lønnsdannelsen lokalt. Fra og med 2016 er det innført tvistemulighet på resultatet av lokale forhandlinger ved at Legeforeningen kan kreve sentrale forhandlinger dersom det ikke oppnås enighet. I 2016 ble det fra våre tillitsvalgte rapportert om gode prosesser i de lokale lønnsforhandlingene.

2.2.8 Forhandlingsarbeidet innenfor Virke-området

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

Legeforeningens representanter i «Akademikerforeningene» har i 2016 deltatt i møter, forhandlingsforberedelser og forhandlinger. De viktigste overenskomstene for Legeforeningen er den såkalte Spesialistoverenskomsten samt Landsoverenskomst for helse og sosiale tjenester. Disse to overenskomstene favner nær alle Legeforeningens medlemmer innenfor Virke-området. Et hovedtema for oppgjøret i 2016 var Virkes ønske om å endre landsoverenskomstens pensjonsbestemmelser. Forhandlingenes tvistespoersmål var på hvilke vilkår en virksomhet kan melde overgang til Forsikret tjenestepensjon Virke (hybridmodellen). Partene kom ikke til enighet i forhandlingene og saken endte hos Riksmekleren hvor det, etter to intense forhandlingsdager, ble funnet en løsning. Det er inntatt i protokollen en liste med en rekke virksomheter som ikke kan gå over til hybridmodellen, fordi disse har en finansiering som ligner den de offentlige sykehusene har. For virksomheter som ikke er på den nevnte listen, kan pensjonsordningen endres til hybridmodellen såfremt noen vilkår er oppfylt og en bestemt prosedyre, som er omtalt i Riksmeklerens møtebok sin protokoll, blir fulgt.

De sentralt avtalte tilleggene ble innrettet tilsvarende offentlig sektor, det vil si omtrent 2,4 prosent på årsbasis. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt. Det ble fra våren 2016 og utover året gjennomført et oppgjør med forhandlinger ved den enkelte virksomhet. Basert på tilbakemeldinger fra tillitsvalgte er inntrykket at oppgjørene er på linje med sammenliknbare grupper ellers i samfunnet. Selvstendige beregninger for de sentrale oppgjørene i Virke-området har heller ikke i 2016 vært mulig å oppstille, som følge av usikkerhet i datamaterialet, men Legeforeningen har likevel ganske god innsikt i resultatene.

Særavtalen mellom Virke og Legeforeningen for leger i definerte virksomheter varte i utgangspunktet frem til 31.12.2016. Avtalen ble ikke reforhandlet innen opprinnelig utløp, da partene var enige om at dette skulle skje i løpet av første kvartal 2017. Særavtalen forhandles av Legeforeningen uten de øvrige foreningene, med en forhandlingsdelegasjon som springer ut av Legeforeningens forhandlingsutvalg for Virke. I avtalen er det inntatt en rekke viktige bestemmelser for leger, herunder arbeidstid, vaktordninger, overtidsarbeid, etterutdanning, lønnsbestemmelser, særlige regler for leger i spesialisering mm.

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.3.1 Fastlegeordningen KS

Rammeavtalen med KS for perioden 1.1. 2013 t.o.m. 31.12. 2014 (og som senere er blitt forlenget) ble etter nøye overveielser atter prolongert ut 2017. I denne vurderingen stod naturligvis ulike forhandlingsstrategiske overveielser sentralt, men man vurderte også at det

var hensiktsmessig å blant annet avvente nye spesialitetsregler i allmenntidisin samt den nye ordningen om primærhelseteamene som var varslet i primærhelsemeldingen. I perioden har vi hatt utstrakt myndighetskontakt om organisering av og vilkår for slike team.

Legeforeningen har også jobbet aktivt med tiltak som kan bidra til en ønsket utvikling av ordningen, og fra de mange enkeltsakene vi til enhver tid bistår fastleger med har vi høstet viktige erfaringer som vil bukes i de kommende forhandlinger i 2017. I forbindelse med arbeidet som pågår rundt sentralstyrets satsingsområde om ledelse i primærhelsetjenesten har vi blant annet sett på tiltak for å understøtte ledelsen på legekantoret samt behovet for nye reguleringer av ansvarsforholdene i sentrale avtaler. I etterkant av primærhelsemeldingen ble det startet en møteserie mellom Legeforeningen og HOD om aktuelle temaer knyttet til fastlegeordningen og legetjenesten i kommunene for øvrig. Denne kontakten er opprettholdt gjennom hele perioden og fremstår som nyttig.

2.3.2 Rammeavtaleforhandlinger Oslo

Avtalen med Oslo kommune ble reforhandlet i 2014, og trådte i kraft fra 1.7. 2014 med varighet til 31.12. 2015. Den har etter dette blitt prolongert, med to protokolltilførsler;

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

Ad 1) Partssammensatt utvalg – legevakt Oslo kommune

Partssammensatt utvalg ble nedsatt i september 2016, og første møte ble avholdt 27. september. Fra Legeforeningen deltar Gunnar Frode Olsen/Kristin Hovland fra Oslo legeforening og Egil Johannesen fra AF, i tillegg til sekretariatet. Fra Oslo kommune deltar Johan Torper, Anne Christine Breivik, Jon Ørstavik, Erlend Elde. Utvalget har hatt to møter i 2016, og sekretariatet har i samarbeid med representant for legevakten gjennomført en questback hvor vi avdekket en del utfordringer med hvordan Oslo kommune organiserer og drifter legevaktstjenesten. Sekretariatet har laget et omfattende notat, hvor vi oppsummerer utfordringene og skisserer forslag til løsninger, som utgangspunkt for videre arbeid, som videreføres i 2017. Resultatet og konklusjonene til denne gruppen vil være avgjørende for om det blir behov for å reforhandle rammeavtalen med Oslo i 2017.

2.3.3 Arbeid med endringer av rammebetingelser for avtalespesialister

Ny rammeavtale for avtalespesialister trådte i kraft 1.1. 2016. Avtalen viderefører flere punkter i reguleringen i den gamle avtalen, men inneholder også en del nye bestemmelser, for eksempel ble aldersgrensen økt til 72 år, og senior og junior kan jobbe samtidig i praksis ved inngåelse av senioravtale.

Partene var opptatt av å styrke samarbeid mellom avtalespesialist og helseforetak, og rammeavtalen forplikter legen til aktivt å medvirke til at slikt samarbeid kommer i gang. Legeforeningen og RHF-ene utarbeidet våren 2016 felles veiledningsmateriale og mal til samarbeidsavtale for å understøtte prosessen med og inngåelsen av samarbeidsavtaler. I tillegg har sekretariatet bistått avtalespesialister ved inngåelse av samarbeidsavtaler.

Videre er kompensasjonsbeløpene for leger der RHF har omdisponert hjemmelen er hevet, og det er tydeligere misligholdsbestemmelser for avtalespesialister som ikke overholder forpliktelser etter rammeavtalen. Den nye rammeavtalen var også tema på samling for SU-representanter og årsmøtet til PSL.

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

Legeforeningen har også vært pådriver for at RHF-ene igangsetter arbeidet med regionale planer på dette området. I 2016 er det HSØ og HV som har kommet lengst i arbeidet. Legeforeningen ved PSL har deltatt om utarbeidelse av HSØ plan, mens lokale tillitsvalgte har vært involvert i HV.

2.3.4 Normaltariffoppgjøret 2016

Forhandlingen om Normaltariffen ble sluttført 14. juni 2016. Partene ble enige om en ramme på 3,5 pst økning i takster, driftstilskudd, basistilskudd og fondsøkonomien. Innenfor denne rammen måtte partene innpasse egenandelsøkningen på 4 pst. som Stortinget vedtok i forbindelse med behandlingen av statsbudsjettet for 2016.

Avsetningen til konkrete utviklingsprosjekter for EPJ-systemene ble videreført i 2016. Dette arbeidet ble igangsatt i 2014 og har gitt verdifull utvikling av funksjonalitet i EPJ-systemene. Legeforeningen skal sammen med helsemyndighetene følge opp prosjektene partene er enige om å prioritere.

Det var lite rom for å opprette nye takster på grunn av den store egenandelsøkningen, men det ble innført en ny takst som honorerer enkel pasientkontakt, forespørsel eller rådgivning ved elektronisk kommunikasjon. Det ble også økt en rekke takster. Det ble avsatt 2 millioner kroner til dekning av utgifter til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell med kommunal tjenestepensjonsordning.

I tillegg til ovennevnte økonomiske rammer ble det avtalt videre oppfølging av avtalespesialistenes finansierungsordning i form av en protokolltilførsel, herunder å vurdere innretningen på eksisterende K-takster og ISF-satser på enkelte kostnadskrevende prosedyrer.

2.3.5 Avtaler med Finans Norge og Statens pensjonskasse

Avtale om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse for forsikringsselskap mellom Legeforeningen og Finans Norge ble reforhandlet i 2016, og løper fra 1.7. 2016 til 30.6. 2017. Det ble ikke gjort tekstlige endringer, mens honorarsatsene ble økt med 2,5 prosent fra 1.7. 2016.

Avtalen med Statens pensjonskasse (SPK) om veiledende honorar og retningslinjer for legeundersøkelse og utlevering av journal gjelder normalt for to år av gangen, og gjeldende avtale gjaldt til 30.6. 2016. Avtalen ble ikke sagt opp, men ble prolongert til 30.6. 2017. I henhold til avtalen, ble honorarene regulert i tråd med inntektskomponenten i normaltariffoppgjøret fra 1.7. 2016, dvs. 2,25 prosent.

2.4 Utredninger, veiledere og juridiske betenkninger

2.4.1 Innspill til Helsedatautvalget

Helse- og omsorgsdepartementet oppnevnte i juni 2016 et ekspertutvalg som skal utrede et bedre og mer effektivt system for behandling av helsedata.

Utvalget skal vurdere både juridiske, organisatoriske og tekniske tiltak for å forbedre dagens system, som samtidig ivaretar de registrertes personvern. Ekspertutvalget åpnet for skriftlige innspill til sitt arbeid og Legeforeningen kom med innspill til utvalget i desember 2016.

I korte trekk ble det gitt innspill om at det er positivt og svært viktig at det gjøres en gjennomgang av helseregistre og mulighetene for å koble data fra ulike registre, men utvalget bør beskrive og drøfte den konkrete nytteverdien av å sammenstille mer helseopplysninger til sekundære formål, herunder risikoer ved dette, samt identifisere de ulike problemstillinger som krever nærmere utredning. Det er svært viktig at det gjøres grundige juridiske vurderinger av de mange problemstillingene på området for å lykkes med den nødvendige og ønskede bruken av data. Det må unngås at målet om en bedre utnyttelse av helsedata fører til at man overser viktige hensyn som angår enkeltindividene dataene er hentet fra.

2.4.2 Polycynotat om internasjonale handels- og investeringsavtaler

Det forhandles for tiden flere internasjonale handels- og investeringsavtaler som vil kunne ha betydning for rammebetingelser for helsesektoren. Legeforeningen utarbeidet derfor et polycynotat og følger utviklingen både gjennom CPME, samt deltagelse i referansegruppen til TISA (i regi av Utenriksdepartementet) og referansegruppen for TTIP (i regi av Nærings- og fiskeridepartementet). TTIP (Transatlantic Trade and Investment partnership) er en handels- og investeringsavtale om varer og tjenester som forhandles mellom EU og USA, mens TISA (Trade in Services Agreement) er en handelsavtale om handel med tjenester som forhandles mellom flere WTO-medlemmer. Norge er part i TISA forhandlingene. Legeforeningen er opptatt av at avtalene ikke må påvirke Norges frihet til selv å organisere, finansiere og regulere helsetjenesten, herunder aktørene som skal tilby helsetjenester i landet.

Legeforeningen er også opptatt av at manglende åpenhet rundt forhandlingene gir grunnlag for bekymring for at viktige nasjonale hensyn ikke tillegges tilstrekkelig vekt.

2.5 Medlemsbistand og rettshjelpsutvalg

2.5.1 Bistand fra sekretariatet

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

Sekretariatet håndterer daglig forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt noe økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester var fremdeles økende i 2016. Sekretariatet forsøker å bidra til effektiv rådgivning gjennom telefonvaktordninger, og søker på den måten at antallet skriftlige saker ikke øker unødvendig. Det kan nevnes særskilt at et stadig mer presset arbeidsmiljø i sykehus har medført svært mange henvendelser og mye arbeid for sekretariatet i 2016. Det er også satt i arbeid for å forbedre effektiviteten i saksbehandlingen.

Mange saker løses ved hjelp fra sekretariatet, slik at det ikke blir aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpsordningen. Legeforeningen har ofte, som avtalepart i sentrale avtaler,

kunnskap om lokale forhold. Dette vil i noen tilfeller bety større muligheter for løsning av tvister i stedet for eskalering av konflikten.

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Legeforeningen opprettet og registrerte 4149 nye saker i 2016, hvorav en mindre del av disse også innbefatter yrkesforeningenes registrerte saker. Utover dette antallet besvares svært mange henvendelser på telefon i vaksentralen, anslagsvis mellom 10-12 000. Denne formen for bistand/rådgivning er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli enda mer ressurskrevende.

Det var opprettet et rettshjelpsprosjekt, som startet sitt arbeid i slutten av 2015. Dette prosjektets anbefalinger ble fremmet for landsstyret i 2016, noe som bl.a innebar en målrettet styrking av den juridiske kapasiteten i sekretariatet i form av tre nye jurist/advokatstillinger. Videre ble det gitt signaler om økt ressursbruk til ekstern juridisk bistand i form av bevilgninger fra Rettshjelpsutvalget. Sentralstyret besluttet på slutten av 2016 at enkelte tema skulle utredes videre for å styrke og utvide tilbudet til medlemmene. Det tas sikte på at prosjektet skal slutføres i 2017.

2.5.2 Tilsynssaker

Sekretariatet hatt særlig fokus på tilsynssystemet, overordnet og i enkeltsaker, også i forbindelse med satsingsområdet trygge leger – god pasientbehandling. (se punkt 1.1 nr. 1)

Vi har bistått rundt 60 medlemmer i enkeltsaker, i tillegg til omfattende uformell rådgivning. Sakene er ofte kompliserte, komplekse og utfordrende. Tilsynet har lang saksbehandlingstid, og et stort forbedringspotensial i å gi veiledning og å fatte tydelige, konstruktive vedtak. Vi opplever de også som i økende grad uforutsigbare i sine vurderinger. Vi har særlig sett saker om rollesammenblanding, og saker hvor atferd/tillit er vurderingstema. Vi har i møte med tilsynet påpekt utfordringene med det skjønnsmessige og uforutsigbare i disse sakene, og møtt forståelse for dette og behov for tydeligere praksis og retningslinjer – særlig for hvordan man skal kunne gjenopprette tillit og få "tilbake" autorisasjonen. I tillegg har vi sett en bekymringsverdig økning i saker hvor "ressursbruk" og misbruk av trygdens midler har vært vurderingstema. For sistnevnte har vi vært opptatt av å få frem at tilsynet må foreta egne vurderinger og ikke kan basere seg på de vurderinger Helfo har gjort. Dette har vi blitt hørt med i helsepersonellnemnda, og vil følge tett videre.

Sekretariatet har fulgt opp ønsker fra medlemmer om styrket bistand, bl.a. ved etablering av samarbeid med de fagmedisinske foreningene om medisinskfaglige vurderinger i tilsynssaker hvor det har betydning, se også punkt 1.1 (Trygge leger- god pasientbehandling)

2.5.3 Ansatte leger

Sekretariatet har over lang tid hatt et økende antall henvendelser fra sykehusleger i 2016. Dette har blant annet omhandlet spørsmål knyttet til tolkning av tariffavtalene og rettigheter etter disse. Legeforeningen har imidlertid ikke hatt noen saker som er fremmet for Arbeidsretten som omhandler tvist om tolkning av tariffavtalene i Spekter.

Også i 2016 har særlig vanskelige og ressurskrevende saker knyttet til arbeidsmiljø og stillingsvern utpekt seg. Sekretariatet har mange henvendelser som gjelder bekymring for pasientsikkerhet og forsvarlighet som følge av innstramminger og høy arbeidsintensitet- og belastning. Tillitsvalgtes rolle og ansattes yringsfrihet har vært høyaktuelle temaer, og flere leger har opplevd å bli straffet på ulike måter av arbeidsgiver for sine faglige utspill. Legers

ytringsfrihet har også tidligere vært et viktig rettsområde, men som har blitt et ytterligere fokusert område i 2016, se punkt 1.1.

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

Som tidligere år har Legeforeningen også i 2016 arbeidet med diskrimineringssaker, og spesielt kjønnsdiskriminering. I praksis dreier dette seg om diskriminering grunnet svangerskap og foreldrepermisjoner, og da i hovedsak kvinner. Et overraskende høyt antall arbeidsgivere har fremdeles ikke fullt ut forstått hvilke regler som gjelder på dette området. Det må forventes at det er nødvendig å følge slike saker tett også i de nærmeste årene. Legeforeningens medlemsmasse består i økende grad av kvinner, slik at stadig flere medlemmer forventes å trenge juridisk bistand for å ivareta sine interesser i denne typen saker.

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

Særlig om team for håndtering av saker på OUS og UNN

Legeforeningen har de to siste årene hatt et særlig fokus på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Medlemmer og tillitsvalgte har over tid meldt om forhold som gjør at Legeforeningen opplever situasjonen ved UNN som alvorlig. Inntrykket er at det råder en kultur med manglende åpenhet, og der kritiske uttalelser sanksjoneres. Sentralstyret vurderte situasjonen ved UNN i oktober 2015. Det ble nedsatt et eget "UNN-team" i sekretariatet som består av fire jurister/advokater med kompetanse på individuell og kollektiv arbeidsrett.

Også Oslo universitetssykehus (OUS) har vært et sykehus med spesielt mange krevende arbeidsrettslige saker og tilhørende behov for bistand til tillitsvalgte og medlemmer. På bakgrunn av erfaringer med UNN-teamet ble det også besluttet å etablere et tilsvarende OUS-team.

Legeforeningen har de to siste år hatt et særlig fokus på Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN). Medlemmer og tillitsvalgte har over tid meldt om forhold som gjør at Legeforeningen opplever situasjonen ved UNN som alvorlig. Inntrykket er at det råder en fryktkultur, hvor kritiske uttalelser sanksjoneres. Sentralstyret vurderte situasjonen ved UNN i oktober 2015. Det ble besluttet å nedsette et eget "UNN-team" i sekretariatet som består av fire jurister/advokater med kompetanse på individuell og kollektiv arbeidsrett. Teamet fungerer som primærkontakt for ansatte og tillitsvalgte ved UNN. De håndterer de fleste enkelt saker ved UNN, holder oversikt og løfter saker som egner seg for media, rettsliggjøring og/eller politisk oppfølging.

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

Særlig om styrking av tilbudet til foretakstillitsvalgte på universitetssykehus

Landsstyret har etterspurt muligheter for at Legeforeningen kunne etablere et tilbud om merkantile tjenester til tillitsvalgte med arbeidskrevende verv for å støtte dem i deres hverdag. Sentralstyret besluttet å etablere et prøveprosjekt som igangsettes i 2017. Målet er å tilby merkantile tjenester i form av mulighet for arkiv, bistand innhenting av ulik informasjon i

form av lokale medlemsundersøkelser mm. Målet er at tjenestene skal være operative tidlig i 2017 og det vil gi tilbud til foretakstillitsvalgte ved universitetssykehusene.

2.5.4 Næringsdrivende leger

I 2016 har fortsatt det vært en jevn økning i etterspørselen etter juridisk bistand fra næringsdrivende leger. Bistanden omfatter alle problemstillinger knyttet til legens yrke, især arbeids- og helserettslige problemstillinger. Tilsynssaker utgjør en særlig stor andel av sakene hvor sekretariatet gir råd.

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

Sekretariatet har videre bistått leger med spørsmål knyttet til refusjon, kravet til veiledet tjeneste for allmennleger og andre søknader om godkjenninger til Helsedirektoratet. Det har vært mange saker knyttet til lang saksbehandlingstid i direktoratet, og de konsekvenser dette har fått for legene. Det har vært flere takstsaker mot HELFO.

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

Sekretariatet har den siste tiden sett mer av saker vedrørende personvern, herunder problemstillinger knyttet til bruk av ny teknologi i forbindelse med både pasientbehandling og pasientkommunikasjon.

I 2018 skal det innføres en ny forordning om personvern i EU og EØS, som innebærer nye prinsipper og regler som vil påvirke både offentlige og private virksomheter. Sekretariatet har derfor brukt ressurser på å sette seg inn i de viktigste endringene, og vil også fremover sette av tid til arbeid med forordningen, herunder vurderinger av hvilke konsekvenser endringene i regelverket vil ha for Legeforeningens medlemmer, slik at vi kan bidra til etterlevelse av personvernforordningen som trer i kraft i mai 2018.

Medlemmer tar ofte kontakt ved konflikter legene imellom. Sekretariatet kan i begrenset grad bistå legene i slike tilfeller, da det normalt er interessekonflikter mellom medlemmer på begge sider. Det er imidlertid behov også for generell veiledning i disse sakene, og dette skjer i begrenset grad. Sekretariatet har god erfaring med tvisteløsning mellom leger, og opptre som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

2.5.5 Rettshjelpsordningen

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

Utvalget tok stilling til totalt 46 søknader om rettshjelp i 2016. For 2015 var tallet 48. Det ble fattet vedtak om å innvilge støtte i 34 saker, og vedtak om avslag i 12 saker. Fire av sakene ble behandlet etter hastefullmakten av leder og sekretariat. Fire av sakene har vært henvist til sentralstyrebehandling pga. beløpenes størrelse. Størstedelen av sakene hvor det ble innvilget støtte dreide seg enten om arbeidsrettslige problemstillinger eller tilsynssaker. Disse to sakstypene har vært dominerende i hvert fall de siste 15 årene.

Retts hjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. I lys av Retts hjelpsprosjektet er det å forvente at kostnadene vil øke. I noen saker som er særskilt arbeidskrevende, eksempelvis rettssaker, har det vært innvilget beløp inntil de fullmakter Retts hjelpsutvalget har.

2.5.6 Rettslige prosesser

Sekretariatets advokater og advokatfullmektiger er involvert i en rekke prosesser hvert år. Mange blir forlikt. Noen få av dem kommer til doms. Arbeidsrett er en meget stor del av porteføljen, mest hvor legen er arbeidstaker, men også noen hvor legen er arbeidsgiver. Sekretariatet fører også andre type saker for domstolene. Nedenfor er tre slike eksempler fra 2016.

Erstatnings sak for manglende resultat etter hårtransplantasjon

En pasient fikk utført to hårtransplantasjoner ved en klinikk i Oslo. Pasienten var ikke fornøyd med resultatet av hårtransplantasjonene grunnet for dårlig dekningsgrad, samt arrene han ble påført. Han mente legen hadde gjort flere uaktsomme feil ved de to hårtransplantasjonene, og at resultatet i seg selv var så dårlig at det forelå erstatningsansvar. Han søkte først om erstatning hos Norsk pasientskadeerstatning, som konkluderte med at pasienten ikke hadde krav på erstatning etter pasientskadeloven. Etter å ha saksøkt norsk pasientskadeerstatning reiste pasienten sak mot legen som utførte operasjonene med krav om både erstatning og oppreisning. Kravet ble begrunnet i de samme hårtransplantasjonene, og saksøker påstod at legen hadde opptrådt grovt uaktsomt. Saken hadde et iboende prinsipielt viktig prinsipielt spørsmål, nemlig om legen som utførte tjenesten ikke bare hadde ansvar for at inngrepet ble utført forsvarlig, men også om legen hadde et ansvar for selve resultatet.

Tingretten kom til at det ikke var grunnlag for erstatningskravet, verken etter alminnelig erstatningsrett eller obligasjonsrett. Pasienten anket saken inn til lagmannsretten.

Lagmannsretten nektet imidlertid anken fremmet da retten fant det klart at anken ikke ville føre frem. Legen ble altså frifunnet for alle krav, og ble tilkjent saksomkostninger. Dommen er rettskraftig avgjort.

Arbeidsrettssak mot kommune for ugyldig suspensjon og avskjed av ansatt fastlege

I oktober 2015 ble en fastlege suspendert på dagen fra sin stilling som ansatt fastlege. Bakgrunnen var at det var avdekket feil i hans journalføring. Suspensjonen ble bestridt og det ble gjennomført flere møter med kommunen, men i desember 2015 avskjediget kommunen legen. Grunnlaget var at arbeidsgiver så "svært alvorlig på brudd på pasientsikkerheten ved at det er funnet 18 feilføringer i sju journaler ved helsehuset". På vegne av legen tok Legeforeningens advokat ut stevning mot kommunen for å ha ugyldig suspendert og avskjediget legen. Spørsmålet for retten var om aktuelle feil i journalføringen var å regne som et grovt pliktbrudd eller vesentlig mislighold etter arbeidsmiljøloven § 15- 14, slik at suspensjon og avskjed av arbeidstaker var rettmessig.

Retten konkluderte med at det forelå et brudd på helsepersonelloven §§ 39 og 40 om journalføring, men at "det er på det rene at det innenfor de fleste sektorer av et moderne og generelt velfungerende samfunn forekommer feil, herunder også menneskelig svikt, og helsesektoren er ikke noe unntak i så måte. Å legge til grunn en nullvisjon som norm eller målestokk for å vurdere alvorlet ved journalføringsfeil i sin alminnelighet opp mot vilkårene for avskjed, gir på denne bakgrunn ikke mening". Retten vektla at fylkesmannen, som skal vurdere faren for pasientsikkerheten, avsluttet saken uten reaksjoner. Legen ble tilkjent erstatning for økonomisk tap, for ikke-økonomisk skade og saksomkostninger. Dommen er rettskraftig avgjort.

Utlevering av pasientjournal i forbindelse med etterforskning av lege

En fastlege ble pålagt å utlevere komplett pasientjournal for en tidsperiode 30 år tilbake i tid for en av hans listepasienter. Foranledningen var at kvinnen hadde vært til konsultasjon hos fastlegen og dagen etter ble funnet død med nyresvikt. Hun var diabetespasient og politiet mistenkte legemiddelforgiftning. Fastlegen sa seg villig til å levere ut relevant informasjon, men ikke komplett pasientjournal. Det var eldre opplysninger i journalen legen hadde kunnskap om at den avdøde ikke ønsket skulle komme til pårørendes kjennskap.

Legeforeningen støttet fastlegens vurdering og bistod ham rettslig. Et utleveringspålegg fra tingretten ble påanket til lagmannsretten og deretter til Høyesterett. Lagmannsretten la til grunn at politiet hadde krav på komplett pasientjournal i medhold av helsepersonelloven § 47 i sak som gjelder etterforskning av legens egen yrkesutøvelse. Høyesterett avviste saken. Legeforeningen er uenig i avgjørelsen som nå er rettskraftig og vil følge opp dette videre rettspolitisk.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Det ble i 2014 iverksatt et utredningsarbeid om den medisinske grunnutdanningen. Etter bred høringsrunde i organisasjonen våren 2016 og landsstyrebehandling i mai ble *Rapport om Grunnutdanning av leger – utvikling og harmonisering*, med innarbeidet resolusjon, vedtatt av landsstyret i 2016. Sentralstyret vedtok i august 2016 at rapporten skulle danne grunnlag for Legeforeningens politikk i spørsmål om medisinsk grunnutdanning. Det ble samtidig vedtatt at det skulle utarbeides en milepælsplan for å følge opp de aktiviteter og forslag til tiltak som rapporten skisserer.

3.1.2 Turnustjenesten

Legeforeningen har over flere påpekt at kapasiteten i ordningen ikke er tilstrekkelig. Differansen mellom behovet for leger og antall turnuslegestillinger er minst 150 per år og Legeforeningen har tatt dette opp med HOD. Saken ble fulgt videre opp i forbindelse med kommentarer til statsbudsjettet 2017.

Foreningen har i 2016 også engasjert seg i kvaliteten i tjenesten. Ved enkelte sykehus og i noen kommuner gjennomføres ikke tjenesten i tråd med målbeskrivelsen. Legeforeningen ønsker at kvaliteten i tjenesten må gjennomgås. Dette er også aktualisert i forbindelse med ny spesialitetsstruktur, Nasjonal helse- og sykehusplan og Legeforeningens syn på gode utdanningssykehus.

Legeforeningen har deltatt i arbeidsgrupper vedrørende utvikling av læringsmål for Del 1 i ny spesialistutdanning.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Helsedirektoratet sendte i mars 2016 forslag til læringsmål for ny spesialitet i akutt- og mottaksmedisin på høring. Legeforeningen ga omfattende innspill etter bred høring i organisasjonen. Helseministeren besluttet i januar 2017 at den nye spesialiteten skal opprettes når ny ordning for spesialistutdanningens del 2 og 3 trer i kraft 1.3. 2019.

Helsemyndighetene vedtok 19.12. 2016 endringer i merknaden til spesialistreglene i rus- og avhengighetsmedisin. Legeforeningen har bistått Helsedirektoratet i arbeidet med å formulere ny merknadstekst. Overgangsordningen for spesialistgodkjenninger i denne spesialiteten utløp 1.12. 2016. Merknaden i regelverket ble samtidig supplert med en bestemmelse om at tjeneste som er utført ved enhet som ikke er godkjent for spesialiteten i perioden 1.12. 2016 til 1.12. 2017 kan vurderes på linje med tjeneste tatt ved godkjent utdanningsinstitusjon, forutsatt at tjenesten samsvarer med intensjonen for spesialistreglene i rus- og avhengighetsmedisin.

3.1.4 Etterutdanning

Forslag til rapport om "obligatorisk etterutdanning av leger med spesialistgodkjenning" ble presentert i sentralstyret januar 2016. Deretter ble rapporten sendt på bred høring som ledd i forberedelse av sak for landsstyret 2016. Landsstyret fattet følgende vedtak basert på arbeidsutvalgets rapport om obligatorisk etterutdanning av leger med spesialistgodkjenning:

- Landsstyret gir sin tilslutning til foreslått overordnet regelverk for obligatorisk etterutdanning slik det er beskrevet i rapporten.
- Sentralstyret gis i oppdrag å avklare avtalemessige og økonomiske forutsetninger for innføring av obligatorisk etterutdanning.
- Sentralstyret gis i oppdrag å avklare med myndighetene forutsetninger for innføring av obligatorisk etterutdanning.
- Arbeidet for etterutdanning av leger med spesialistgodkjenning videreutvikles ved at de medisinske fagmiljøene for hver spesialitet utformer forslag til innhold.
- Legeforeningen utdeler årlig pris til den avdelingen i landet og den avtalespesialisten i landet som best tilrettelegger for etterutdanning.

3.1.5 Kursutdanning

Til Akademisk Studieforbund har Legeforeningen i 2016 innrapportert 449 kurs på til sammen 10 100 timer. Ca. 700 kurs ble i 2016 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning. Det har totalt vært 27 000 – 30 000 deltakere på disse kursene.

E-læring

Legeforeningen har 29 inntektsgivende rene nettkurs kursportal og tre blandede kurs. I tillegg er det tilgjengelig gratis kurs i helseforskningsloven beregnet på forskere, og fire internasjonale kurs beregnet på kursdeltakere fra hele verden.

2 029 betalende brukere fullførte kurs i 2016. Ca. 75 prosent gjelder obligatoriske kurs. Av disse er sakkyndig arbeid det mest brukte, med 945 deltakere.

Publiseringer i 2016

Flere moduler som fra høsten 2017/vinter 2018 skal inngå i obligatorisk grunnkurs A og B i allmennlegers videreutdanning er publisert som valgfrie moduler i etterutdanningen. Dette er modulene *Regelverket og fastlegekontoret, Helfo, Allmennlegen og barnevern og Barn som pårørende*.

Det er også publisert to valgfrie nettkurs: *Doping blant ungdom* og *Luftveisinfeksjoner, antibiotika og resistens*.

På oppdrag fra Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) er det publisert to moduler som inngår i SKILs emnekurs *Legemiddelgjennomgang*.

Ti av Legeforeningens eldre kurs er i 2016 blitt revidert og nypublisert.

3.1.6 Kompetanseområde i smertemedisin

Landsstyret fattet i mai 2016 vedtak om opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin. Det ble delegert til sentralstyret å fastsette endelige bestemmelser for utdanningen, etter at arbeidsgruppen hadde vurdert kommentarer som var kommet inn under høringen. Sentralstyret ble også delegert å etablere kompetanseområdet, herunder å oppnevne sakkyndig komite. Høsten 2016 ble det utarbeidet et justert forslag til regeltekst.

3.1.7 Veiledning i institusjonshelsetjenesten

Bestemmelser for spesialistutdanningen, § 8: Godkjenning av utdanningsinstitusjoner, pålegger utdanningsutvalget ved den enkelte institusjon å sørge for at legene i spesialisering

får oppnevnt en personlig veileder. Veilederne skal være bindeleddet mellom legene i spesialisering og avdelingens ledelse.

Det har i løpet av 2016 vært avholdt 11 veilederkurs i forskjellige spesialiteter med til sammen 200 deltakere. Siste kurs ble avholdt juni 2016.

3.1.8 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

Per 31.12. 2016 var det i gang 83 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 12 i samfunnsmedisin og seks i arbeidsmedisin. Ca. 316 personer var på venteliste i allmennmedisin, 11 i arbeidsmedisin og 33 i samfunnsmedisin. Trinn III i veilederutdanning i allmennmedisin ble gjennomført i september 2016 på Kongsvoll med 29 deltakere.

I 2016 ble det godkjent tre veiledere i allmennmedisin og én i samfunnsmedisin. Ingen i arbeidsmedisin

Det ble i juni 2016 gjennomført en tre dagers etterutdanningsamling for veiledere i allmenn-, samfunns-, og arbeidsmedisin på Sola Strand Hotell med 34 deltakere.

I 2016 har veilederkoordinatorene oppsummert og beskrevet hvordan utdanningen av veiledere i allmennmedisin blir gjennomført i heftet *Legeforeningens utdanning av veiledere i allmennmedisin*. Heftet foreligger i nettversjon på legeforeningen.no

3.1.9 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og alders- og sykehjemsmedisin

Per 31.12. 2016 er det registrert 1 145 smågrupper/etterutdanningsgrupper i allmennmedisin (98 nye grupper og 113 grupper avsluttet i 2016). Det har vært en stor opprydding i registreringene. Per 31.12. 2016 er det registrert 39 aktive grupper i kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

3.1.10 Videre- og etterutdanning i primærmedisin

Alle fire veilederkoordinatorene i allmennmedisin deltok på kurskomiteseminaret i januar på Soria Moria med et innlegg om kursforberedelser og pedagogisk gjennomføring. Det åttende innføringskurset i kognitiv atferdsterapi for allmennleger ble avsluttet med 35 deltakere. Dette er et samarbeid mellom Norsk forening for allmennmedisin og Norsk forening for kognitiv terapi. Veilederkoordinatorer fra sekretariatets seksjon for utdanning har vært kursholdere.

Det ble i april 2016 avholdt et tredagerskurs i ACT (Acceptance and commitment theory), kurset er i regi av NFAs referansegruppe for kognitiv terapi og en av veilederkoordinatorene var kursleder.

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

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

Det ble i 2016 godkjent sju veiledere i psykodynamisk psykoterapi, fem i kognitiv terapi, én i gruppepsykoterapi og én i barne- og ungdomspsykiatri (BUP) - totalt 14 godkjenninger.

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

3.2 *Forskning*

3.2.1 *Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning*

Sentralstyret godkjente i desember 2015 Legeforeningens rapport om forskningsfinansiering. Rapporten ble publisert i januar 2016. Hovedsaken i 2016 har vært å revidere Legeforeningens forskningspolitiske strategi 2017 – 2020. Den ble godkjent av sentralstyret januar 2017. Andre viktige saker har vært forskningens plass i grunnutdanningen, forskningsutvalgets samarbeid med Leger i vitenskapelige stillinger (LVS) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer.

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

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

3.3 *Fagmedisinsk arbeid*

3.3.1 *Konferanse for de fagmedisinske foreninger*

Det ble gjennomført en konferanse for Legeforeningens fagmedisinske foreninger 23.11. 2016 med temaet "Organisering av en fagmedisinsk akse i Legeforeningen". Arbeidet med ny spesialitetsstruktur har gitt Legeforeningen, med de fagmedisinske foreninger, en fortsatt sentral og aktiv rolle knyttet til etablering, utvikling og drift av spesialitetskomiteene.

I arbeidet med endring i spesialitetsstruktur hadde HOD og Helsedirektoratet også formidlet ønske om å kunne forholde seg mer direkte til den faglige delen av Legeforeningen i utdanningsspørsmål og innen faglig rådgivning. Dette aktualiserte Legeforeningens behov for å gjennomgå oppgaver for og overordnet organisering av den faglige aksen.

3.3.2 *Samarbeid med de fagmedisinske foreningene*

Sekretariatet har jevnlig kontakt med de fagmedisinske foreningene og bidrar med støtte i viktige saker. I tillegg tilbyr sekretariatet tjenester til Norsk psykiatrisk forening, Norsk forening for allmennmedisin og Norsk kirurgisk forening.

3.3.3 *Over-/underbehandling og variasjon i helsetjenesten*

Landsstyremøtet diskuterte et utkast til rapporten "For lite, for mye eller akkurat passe. Variasjon, over- og underforbruk i helsetjenesten". En bredt sammensatt gruppe med Kari Sollien som leder stod bak rapporten. I november ble endelig versjon av rapporten publisert og sentralstyret vedtok i desember forslag til tiltak mot uønsket variasjon i helsetjenesten. Ett av forslagene er å iverksette en norsk utgave av den internasjonale kampanjen "Choosing Wisely"/"Kloke valg", etter først å ha testet det i en pilot.

3.4 *Kvalitetsarbeid*

3.4.1 *Senter for kvalitet i legekontor (SKIL)*

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

Selskapets formål er å støtte og veilede lokalt kvalitetsforbedringsarbeid, samt drive forskningsmessig evaluering av virksomheten. Styret skal arbeide for offentlig medvirkning i SKIL. Nicolas Øyane, fastlege i Bergen og spesialist i allmenntidisin, er leder. SKIL har per 31.12. 2016 fem medarbeidere i til sammen vel 3,5 stillinger. I tillegg er det engasjert 30 veiledere, hvorav ti har vært i aksjon i 2015 med veiledning av kollegagrupper innen tema Legemiddelgjennomgang.

Det er etablert et samarbeid med de allmenntidisiske akademiske miljøene i Bergen. Første satsingsområde for SKIL er forbedring av fastlegenes legemiddelgjennomgang for pasienter med polyfarmasi. Det er utviklet e-læringskurs og uttreksverktøy fra elektronisk pasientjournal som gjør det mulig å følge praksis. Virksomheten organiseres som smågruppekurs med veiledning, godkjent for videre- og etterutdanningen i allmenntidisin.

SKIL har i samarbeid med Antibiotikasenter for primærmedisin utviklet kurs om antibiotikaforskriving etter samme modell. Dette er knyttet til myndighetenes strategi for å redusere antibiotikaresistens. Det er laget e-læringskurs om kvalitetsutvikling i praksis og om forbedringer av den elektroniske pasientjournalen, på oppdrag av "EPJ-løftet".

3.4.2 Konferansen "Enkelt og håndterlig 2 - forbedringsarbeid i praksis"

Konferansen samlet ca. 50 deltakere på Gardermoen 14.-15. november. Legeforeningen og Det nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet samarbeidet om konferanseprogrammet. Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet hadde bevilget penger til konferansen.

Formålet med konferansen var tredelt: bidra til at leger med interesser for pasientsikkerhet, forbedringsarbeid og ledelse kan få økt kompetanse innen forbedringsarbeid/pasientsikkerhet, være et forum for gjensidig erfaringsutveksling og inspirasjon, samt være møteplass for et nettverk for leger med interesse for forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og ledelse. Innlederne var fra Danmark og Norge.

3.5 IKT i helsetjenesten

3.5.1 EPJ-løftet

EPJ-løftet (elektronisk pasientjournal) er et program for forbedring av fastlegenes elektroniske pasientjournal med utgangspunkt i arbeidet i referansegruppen for EPJ i Norsk forening for allmenntidisin. Fra 2014 er det avsatt midler i Normaltarifforhandlingene for samarbeid mellom Helsedirektoratet, Legeforeningen og EPJ-leverandørene.

En styringsgruppe med tre representanter fra Helsedirektoratet og tre fra Legeforeningen beslutter hvilke delprosjekter som skal utredes og utvikles. I delprosjektene har brukerrepresentantene opplevd godt samarbeidsklima i utformingen av konsept- og løsningsbeskrivelser. Det har vært stor aktivitet i prosjekter i disse fasene med hele 14 av 27 prosjekter. Sju prosjekter er ennå ikke startet opp, mens fem er under utvikling og utprøving og nærmer seg ferdigstilling. Kun én av 27 prosjekter regnes som ferdigstilt januar 2017.

Oversikt over delprosjekter: <https://ehelse.no/nasjonale-prosjekter/epj-loftet-program-for-epj-utvikling>.

Styringsgruppen har også i 2016 fortsatt bevilget midler til ferdigstilling av det nasjonale prosjektet "Digital Dialog Fastlege, DDFL" selv om det fra EPJ-løftet da har blitt bevilget det dobbelte (ca. 10 millioner) av de forespeilte 4,9 millioner. DDFL er også under press fra konkurrerende kommersielle aktører

3.5.2 Styrket satsing på e-helse

Legeforeningen arbeidet gjennom 2016 med å styrke og koordinere sin innsats på e-helseområdet. E-helse er på nasjonalt nivå nå preget av at de store politiske retningsvalgene er tatt, og man er over i en fase hvor verktøyene skal bygges, basert på visjonen om «En innbygger – en journal» (EIEJ). I denne fasen har Legeforeningen vurdert som viktig å være tilstede på både de strategiske og operative arenaene i de nasjonale prosessene som nå går. Det har også vært utfordrende for Legeforeningen at Direktoratet for e-helse har vært sene med å involvere leger og annet helsepersonell i de sentrale beslutningsarenaene. Direktoratet har eksempelvis bedt KS om å oppnevne fastleger til Nasjonale e-helsestyre "fordi fastleger er en del av kommunehelsetjenesten", og overser derfor at Legeforeningen og ikke KS er fastlegenes representant i interesse- og fagspørsmål.

Legeforeningen har hatt god dialog med KS om saken, og etter tydelige dialoger med Direktoratet for e-helse fikk man i 2016 et delvis gjennomslag, ved at Legeforeningen i samråd med KS oppnevner fastlegerepresentanter til den nasjonale styringsmodellen NEHS (Nasjonalt e-helsestyre), NUIT (Nasjonalt utvalg for IT-prioritering i helse- og omsorgssektoren) og NUFA (Fagutvalget).

3.5.3 Én innbygger - én journal

Rapporten om EIEJ ble levert Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) januar 2016. HOD etablerte en ekstern ekspertgruppe for å evaluere rapporten, der sentralstyremedlem Kjartan Olafsson ble invitert til å delta. Legeforeningen har arbeidet for å prøve ut visjonen om en vertikalt integrert løsning i programmet Helseplattformen i Helse Midt-Norge som en nasjonal pilot, noe som ble en realitet. Høsten 2016 ble det etablert en operativ styringsgruppe for EIEJ der Kjartan Olafssen ble oppnevnt som fastlege i samråd med KS. Petter Hurlen stiller som Legeforeningens representant. Sekretariatet bistod i saksforberedelser. Det ble også skrevet en kronikk i Tidsskriftet av presidenten om saken.

3.5.4 Helseplattformen i Helse Midt-Norge RHF

Helseplattformen skal anskaffe og innføre en ny vertikal integrert journalløsning for spesialist- og kommunehelsetjenesten med mulighet for fastleger og private spesialister å ta i bruk løsningen. Sekretariatet har ved flere anledninger hatt møter med programledelsen for å avklare næringsdrivende legers behov, legers involvering og å finne grunnlag for om helseplattformen behøver støtte fra Legeforeningen. Det har også vært møter med Trondheim kommune. Dialogen med programmet er god. I tiden fremover blir det forsøkt etablert en intensjonsavtale mellom Legeforeningen og programmet.

3.5.5 Konferansene eHelse 2016 og eHelse 2017

Legeforeningen hadde inngått samarbeid med Norsk sykepleierforbund og Dataforeningen om å bidra som arrangører av todagerskonferansen eHelse 2016 i Oslo. Denne ble gjennomført våren 2016 med mange leger, rekruttert av Legeforeningen, som foredragsholdere. På grunn av streik i hotellsektoren valgte Sykepleierforbundet og Legeforeningen å trekke sin deltakelse dagen før konferansen og en del av foredragsholderne gjorde også det. Konferansen ble allikevel gjennomført med noen tilpasninger i programmet og ga et lite økonomisk overskudd til Legeforeningen.

Høsten 2016 startet planleggingen av eHelse 2017. Legeforeningen har rekruttert flere foredragsholdere. Konferansen fremstår som en viktig arena der politiske beslutningstakere, IKT-utviklere og helsepersonell møtes.

3.5.6 Konferansen eHiN 2016

Konferansen arrangeres av IKT-Norge, sammen med HOD. I 2016 deltok Legeforeningen i programkomitéen og ga innspill til retning og foredragsholdere. Foreningen stilte også som moderator for flere sesjoner. Kjartan Olafsson i sentralstyret holdt avslutningsinnlegget.

3.5.7 EPJ i sykehjem

Legeforeningen jobbet for å få i gang et EPJ-løft for EPJ i sykehjem og hadde kontakt med Direktoratet for e-helse og KS om dette. Høsten 2016 fikk Legeforeningen i et møte informasjon om at Direktoratet for e-helse sammen med KS skal etablere et slikt prosjekt, dog med meget små ressurser.

3.5.8 Nasjonal e-helsestrategi og handlingsplan 2017-20

Direktoratets gjeldende handlingsplan for e-helse avsluttes i 2016. Direktoratet startet tidlig i året med å utvikle en ny strategi- og handlingsplan. Arbeidet har gått sakte, og Legeforeningen er kun invitert til ett bilateralt møte høsten 2016 i tillegg til et fellesmøte med alle fag- og interesseorganisasjoner. I tillegg har sekretariatet blitt invitert til NUFA for å diskutere saken. Legeforeningen har også kommentert på en uferdig versjon 0.4 av dokumentet, noe som har medført en del ønskede endringer. Strategien skal på en kort høring vinteren 2017.

3.5.9 Elektronisk helsekort for gravide

Legeforeningen har i mange år vært pådriver for å etablere elektronisk helsekort for gravide, og løsningsalternativer har blitt utredet i 2016. Legeforeningen ble invitert til et bilateralt møte sent i utredningen, og gav en rekke forslag til endringer i foreslått løsning i møte og i skriftlig form.

3.5.10 Felles Legemiddelliste

Legeforeningen har hatt møter med prosjektet ved flere anledninger og har hatt representasjon i prosjektets faglige referansegrupper ved to av medlemmene i IT-utvalget, Linn Brandt og Egil Johannesen. Legeforeningen har skrevet brev med støtte og endringsforslag til de overordnede løsningsvalg.

3.5.11 IT-utvalget

IT-utvalget tok initiativ til å formulere læringsmål for klinisk informatikk til felles kompetansemøduler i spesialistutdanningen. Disse var ment som innspill som man ønsket kunne bli del av ny spesialistutdanning. Læringsmålene ble brukt av Legeforeningen i møter med Helsedirektoratet, men dessverre ble de ikke tatt med som egne punkter, selv etter høringsinnspill.

3.5.12 Endringsråd for e-resept

Endringsrådet for e-resept har hatt kvartalsvise møter og sekretariatet har bistått med saksforberedelser til vår representant Egil Johannesen. I tillegg har e-resept utarbeidet en rapport om "Kvalitet i reseptformidleren" som beskriver manglende tilbakekalling av resepter. Sekretariatet har også deltatt i arbeidsmøter om dette, og Legeforeningen har i tillegg hatt representasjon i arbeidsgruppen ved vår representant i endringsrådet.

3.5.13 Styringsgruppe for norm for informasjonssikkerhet

Legeforeningens representasjon ble endret fra Kjartan Olafsson til Petter Hurlen våren 2016. FAG har sammen med JA jobbet med saksforberedelser og gått i dialogmøter om revisjon av veilederne for delte journaler.

3.5.14 Produktråd helsenorge.no

Kjartan Olafsson ble oppnevnt av Legeforeningen til å sitte i produktråd helsenorge.no som gir råd om strategi for pasientportalen. Sekretariatet hjelper til med saksforberedelser.

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

Prioriteringsutvalget har kvartalsvise møter og Legeforeningen har i samråd med KS oppnevnt Morten Laudal som representant. Sekretariatet bistår med saksforberedelser.

3.5.16 NUFA

Fag- og arkitekturutvalget (NUFA) har kvartalsvise møter. Legeforeningen har i samråd med KS oppnevnt Torgeir Fjermestad som representant. Sekretariatet bistår med saksforberedelser. I tillegg ble sekretariatet sammen med Sykepleieforbundet invitert til å delta på behandlingen av Nasjonal e-helsestrategi- og handlingsplan 2017-20.

3.5.17 NEHS

Legeforeningen har foreløpig ikke en representant i nasjonalt e-helsestyre (NEHS), men KS har oppnevnt fastlege Ivar Halvorsen (Stavanger) med Legeforeningens støtte.

3.5.18 Studiebesøk - Cambridge og Oxford University Hospitals. Integrert journalsystem i drift

Tre representanter fra sekretariatet dro på todagens studiebesøk til universitetssykehusene i Cambridge og Oxford. Lærepunktene var å se et to av verdens mest avanserte EPJ-systemer i drift og høre erfaringene med å sette dette i drift i samme tidsrom som innføringen av DIPS i OUS.

3.5.19 Studiebesøk på CCIO Summer School

Engelske kolleger som jobber med e-helse har et eget nettverk for interesserte leger likt det som finnes i NFAs referansegruppe for EPJ. Denne gruppen har et todagens sommermøte der Legeforeningen var invitert. Det var mye interessant informasjon om hvilken strategi man legger nasjonalt og lokalt i England for å få fart på utviklingen, inkludert presentasjon av professor Robert Wachters rapport som beskriver tiltak for å engasjere og lytte til klinikerens behov i digitaliseringen.

3.5.20 Dialogmøte med Sykehuspartner

Det ble gjennomført et møte med ledende virksomhetsarkitekter i Sykehuspartner i 2016 der man utvekslet synspunkter på strategier og ønsker for digitaliseringen.

3.5.21 Leverandørmøter i Direktoratet for e-helse

Sekretariatet har deltatt på leverandørmøter, møter der Direktoratet for e-helse har dialog med leverandørene. Legeforeningens politikk har blitt kommunisert.

4 Helsepolitikk

4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid

Legeforeningens arbeid med helsepolitikk og folkehelse er en kjernevirksomhet definert i Legeforeningens lover pkt. 1-2. Her fremgår det at Legeforeningen skal fremme tiltak for folkehelsen og arbeide med helsepolitiske spørsmål.

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

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

4.2 Legeforeningens helsepolitiske utspill, høringer og publikasjoner

4.2.1 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2016 behandlet Legeforeningen 103 høringer, inkludert både eksterne og interne. 58 eksterne høringer ble avvist. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser finnes i vedlegg til årsmeldingen. Høringsarbeidet utgjør en sentral del av politikktutviklingen i foreningen, og det nedlegges et betydelig arbeid med høringer i organisasjonsleddene og i hovedforeningen.

Praksisen med utstrakt bruk av interne høringer fører til involvering av organisasjonsleddene i politikktutforming, bedre beslutningsgrunnlag og godt forankrede helsepolitiske synspunkter. Legeforeningens høringsuttalelser er tilgjengelig på Legeforeningens nettsider under "Legeforeningens politikk".

4.2.2 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

Mellom politikk og administrasjon - organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge. Rapport for Legeforeningen av Jon Magnussen, Jan Frich, Karsten Vrangbæk og Pål Martinussen, mai 2016.

Organiseringen i helseforetak og regionale helseforetak har satt sitt preg på spesialisthelsetjenesten i snart 15 år. Det er ingen andre reformer i helsetjenesten som har blitt gjennomført i samme omfang og tempo som sykehusreformen i 2001-2002. 100 000 ansatte fikk nye arbeidsgivere, og milliardverdier ble flyttet mellom fylkeskommuner og stat. Reformen var både en eierskapsreform (statlig eierskap i stedet for fylkeskommunalt eierskap) og en foretaksreform (tilknytning mellom sykehus og stat basert på en foretaksmodell istedenfor forvaltning). Omorganiseringen skjedde i stort tempo.

Måten reformen ble innført på har hatt stor betydning for resultatet. Reformen ble ikke pilotert, men skulle etterfølges av en rekke tiltak som skulle understøtte den. Hverken den lovede finansieringsreform eller en større innholdsreform kom imidlertid på plass. Legeforeningen har derfor over tid sett behov for endringer i dagens styringsmodell. Det har også vært bevegelse på Stortinget de siste årene om behovet for endringer. 6 av 7 partier har uttalt at de regionale helseforetakene bør avvikles.

I regjeringsplattformen uttrykte også Solberg-regjeringen at den skulle avvikle de regionale helseforetakene når ny helse- og sykehusplan er vedtatt i Stortinget. Sykehusplanen ble vedtatt av Stortinget i mars 2016, men tidsperspektivet for en eventuell ny foretaksreform er uviss.

I oktober 2015 oppnevnte regjeringen et offentlig utvalg til å utrede alternative modeller for hvordan det statlige eierskapet til spesialisthelsetjenesten kan organiseres. Utvalget ble ledet av Stener Kvinnsland. Utvalget la fram sin tilråding (NOU) til Helse og omsorgsdepartementet 1.12. 2016. Professor Jon Magnussen presenterte rapporten på oppdrag av det offentlige utvalget underveis i deres arbeid og er omtalt i NOU-en.

Etter 15 år med foretaksorganisering er det naturlig å evaluere og korrigere kursen. Med bakgrunn i 2001-reformens negative sider og partienes standpunkter på Stortinget initierte derfor Legeforeningen et eksternt utredningsarbeid om alternativer til dagens helseforetaksmodell. Arbeidet har vært ledet av helseøkonom Jon Magnussen (NTNU) og inkluderer professorene Pål Martinussen (NTNU), Jan Frich (UiO), og Karsten Vrangbæk (Københavns universitet). Arbeidsgruppen ble gitt et åpent mandat. Resultatet er rapporten *Mellom politikk og administrasjon – organisering av spesialisthelsetjenesten i Norge*. Rapporten peker på viktige utfordringer ved dagens investerings- og ledelsesmodell. Den peker også på hvordan norske sykehusleger opplever foretaksorganisering, blant annet at økonomi settes foran fagutvikling. Deres analyser kan leses i sin helhet i denne publikasjonen. Rapportens hensikt var å bidra til å opplyse og utvide den viktige politiske debatten om spesialisthelsetjenestens fremtidige organisering.

4.2.3 Policynotater

Policynotater er kortfattede helsepolitiske notater om aktuelle problemstillinger. Notatene er utformet for å være lett tilgjengelige for politiske beslutningstagere og media. 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.

Antibiotikaresistens har i flere år vært en viktig utfordring. Legeforeningens policynotat om antibiotikaresistens peker på sentrale tiltak.

Kommunalisering av distriktpsikiatriske sentre er en uheldig utvikling, noe Legeforeningen også har påpekt i et eget policynotat. Dette policynotatet ble utarbeidet i nært samarbeid med Psykologforeningen og Mental helse Ungdom.

I 2016 ble det vedtatt fem policynotater:

- *Antibiotikaresistens krever nasjonal satsing og globale tiltak (1/2016)*
- *Styrket satsing på rehabilitering (2/2016)*
- *Handels- og investeringsavtaler – betydning for helsetjenesten (3/2016)*
- *Kommunalisering av de distriktpsikiatriske sentrene er feil kur (4/2016)*
- *Global mental helse (5/2016)*

4.3 Myndighet og organisasjonskontakt

4.3.1 Stortinget

Legeforeningen deltok i seks høringer i Stortinget i 2016. Det ble i tillegg avgitt fire skriftlige høringsinnspill på følgende saksområder: Nasjonal strategi for god ernæring i sykehjem og

omsorgstjeneste, underdiagnostisering av alkoholskader, stortingsmelding om kvalitet og pasientsikkerhet og fastlegers arbeid med alkoholforebygging.

I tillegg til det politiske påvirkningsarbeidet via høringsinstituttet på Stortinget har det vært gjennomført flere møter med helsepolitikere på Stortinget. Legeforeningen har også deltatt på seminarer om Nasjonal sykehusplan og folkehelse. Debattmøtet "Syk sykehusøkonomi" ble arrangert i samarbeid med Norsk Sykepleierforbund 30.9. 2016. Nedenfor følger sentrale utdrag fra viktige stortingshøringer:

Meld. St. 11 Nasjonal Helse- og sykehusplan (2016-19)

Legeforeningen har arbeidet for en nasjonal sykehusplan, og ønsker å være en konstruktiv medspiller for en god utvikling av sykehusene. Vi mener det er avgjørende med en plan som sikrer god utvikling av sykehusstilbudet i Norge, gitt de utfordringene vi står overfor i årene som kommer. Legeforeningen har forventninger til at Stortingets behandling av planen fører til et styrket og forbedret forlik om *Nasjonal helse- og sykehusplan for 2016-19*.

Legeforeningen mener:

- Det må være tydelig for befolkningen hvilket tilbud de får på ulike typer sykehus
- Sykehus med akutfunksjoner må bestå av beredskap innen indremedisin, kirurgi, anesthesiologi med tilgang til støttetjenester i radiologi og laboratoriefag
- Gode lokalsykehus forutsetter at de større sykehusene overfører oppgaver til mindre sykehus
- Stedlig ledelse må være et prinsipp i nasjonal helse- og sykehusplan
- Spesialistutdanning er avgjørende for god rekruttering til de små sykehusene

Meld. St. 34 (2015–2016) Prioriteringsmeldingen

Legeforeningen er svært positiv til at det er fremlagt en stortingsmelding om prioriteringer. Det er absolutt et behov for at prioriteringskriteriene blir mer gjennomgående og at de er gjeldende i hele styringskjeden: Fra helseministeren og helt ned til klinikerne som står i de daglige pasientmøtene. Stortingsmeldingen erkjenner at beslutninger på samfunnsnivå er annerledes enn beslutninger som gjøres av klinikere i møte med den enkelte pasient. Legeforeningen ser dette som en intensjonsmelding som underbygger godt klinisk skjønn. Det er mer usikkert om meldingen bidrar til reell og nødvendig endring på samfunnsnivå. For Legeforeningen er det derfor det viktig at prioriteringsbeslutningene på de ulike nivå er konsistente og underbygger hverandre, samtidig som de understøttes av andre virkemidler.

Legeforeningen mener:

- For leger handler prioritering om å hjelpe dem som trenger det mest først. Det er derfor positivt at alvorlighet er tilbake som kriterium sammen med nytte og ressurs
- Prioritering innebærer også å si nei. Klinikere er helt avhengig av tverrpolitisk ryggdekning for å ta gode prioriteringsbeslutninger. På samfunnsnivå er det viktig og nødvendig å løfte frem pasientgrupper som ofte står bakerst i køen; eldre, kronikere, multisyke, ruspasienter og mennesker med psykiske lidelser
- For å få bedre grunnlag for vanskelige prioriteringsbeslutninger bør det igangsettes et arbeid for å få en bedre oversikt over de faktiske kostnadene i helsevesenet, i tråd med anbefalingene fra Norheim og Magnussen
- Klinikere er avhengige av virkemidler som understøtter god prioritering. Flere av virkemidlene som presenteres i meldingen har i dag ingen praktisk nytteverdi
- Fastlegene må inngå i utvalget som skal utrede prioriteringskriteriene i kommunehelsetjenesten

Prop. 1 S (2016-2017): Statsbudsjettet

Norge er i en omstillingsfase som gir gode muligheter til å investere i fremtidens helsetjeneste og motvirke en gryende todeling av helsevesenet. Helsebudsjettet for sykehusene i 2017 viser i praksis det motsatte: Sykehusene får anslagsvis 1,9 milliarder kroner i friske midler, men med en estimert kostnad for demografiske utvikling på om lag 2,1 milliarder kroner, er det et sykehusbudsjett som legger opp til ytterligere effektivisering av en allerede presset sektor. Budsjettet for primærhelsetjenesten er også i år historisk lavt. Kombinasjonen av press på aktivitetsøkning og ytterligere effektivisering bidrar til at kvaliteten på pasientbehandlingen, pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet er under kontinuerlig press. Skal sykehusene leve opp til politikernes krav om å levere helsetjenester i verdensklasse, må ressursene til sykehusene prioriteres tilsvarende for å sikre pasientenes tillit og god behandlingskvalitet i fremtiden. Fortsetter utviklingen i tråd med 2017-budsjettet, er det en rød løper til et todelt helsevesen hvor sosial ulikhet i helse sementeres ytterligere.

Legeforeningen mener:

- Bevilgningene til helse går ned, samtidig som at befolkningsveksten øker og vi blir stadig flere eldre. Det må bli bedre samsvar mellom sykehusenes pålagte oppgaver og tilgjengelige ressurser
- Sykehusene må dekke nye kostbare medikamenter uten ekstra finansiering. Dette medfører økt effektivisering av driften og ytterligere press på pasientbehandlingen.
- Flere og sykere pasienter i kommunene, befolkningens ønske om god tilgjengelighet til fastlegen og den påviste betydningen av kontinuitet i lege-pasient-forholdet gjør at legedekningen må styrkes
- Kuttene i rekrutteringstilskuddene til legetjenester i kommunene må reverseres for å dekke behovene for medisinsk faglig kompetanse og økt kapasitet i primærhelsetjenesten
- EPJ i pleie- og omsorgssektoren må tas i bruk med funksjoner som ivaretar pasientenes behov på samme måte som EPJ i sykehus og på fastlegekontorer

4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner mv.

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

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

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

Legeforeningen deltar i faste kontaktmøter om flere folkehelsepolitiske temaer i Helsedirektoratet, hovedsakelig faglig rådgivning til myndighetenes holdningskampanjer på folkehelsefeltet. I 2016 ga blant annet Legeforeningen innspill til Helsedirektoratets kampanje rettet mot ungdoms snusbruk, og har hatt forløpende dialog om innretning på Helsedirektoratets kampanjer.

Legeforeningen har også skrevet flere høringsuttalelser om en rekke temaer innenfor folkehelse. De viktigste i 2016 var *Innspill til handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*, forslag til endringer i tobakksforskriftene og ny forskrift om elektroniske sigaretter, NOU 2016:17 *På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming*, nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom og nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning hos fastlegen. (Se også oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser for 2016 i vedlegget til årsmeldingen). Legeforeningen ga også skriftlige innspill til Regjeringens nye strategi for psykisk helse.

Legeforeningens politikk på folkehelse har også blitt løftet inn i Stortinget. Legeforeningen arrangerte høsten 2016 seminar på Stortinget om én time fysisk aktivitet i skolen sammen med alliansen og politiske partier (Sp, SV, KrF og Ap). Alle politiske partier støtter målet om mer fysisk aktivitet i skolen, men forpliktelsene uteblir. Regjeringen har i inneværende periode igangsatt et forsøksprosjekt på noen utvalgte ungdomsskoler, men som Legeforeningen mener ikke er ambisiøst nok.

"Legeforeningen har i 2016 jobbet målrettet med antibiotikaresistens. Foreningen ga innspill til og var med og lanserte regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens. Legeforeningen har deltatt på kontaktmøter med Helse- og omsorgsministeren som en oppfølging av handlingsplanen.

Under Arendalsuka arrangerte Legeforeningen debattmøte om antibiotikaresistens sammen med Tannlegeforeningen og Veterinærforeningen. Målet var å løfte frem "one health"-perspektivet og at denne utfordringen må ha internasjonal oppmerksomhet. Det som skjer utenfor landets grenser har stor betydning for hvilke resistente bakterier vi vil måtte håndtere her i Norge. På møtet deltok statssekretær fra Landbruksdepartementet, direktør for Mattilsynet, Folkehelseinstituttet, helsepolitikere og representanter fra fagmiljøene. Lokalene var fulle, og det ble en rekke nyhetsoppslag i tilknytning til arrangementet

Lege og professor Dag Berild mottok i 2016, etter forslag fra Legeforeningen, Akademikerprisen for sin innsats for å sette resistenstrusselen på dagsordenen.

5 Kommunikasjonsarbeid

5.1 Overordnet status om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid

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

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

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

5.2 Mediearbeid – ekstern kommunikasjon

2016 var preget av en rekke store saker med stor betydning, blant annet den langvarige debatten om fryktkultur i norske sykehus som ble initiert av Legeforeningen, den fastlåste konflikten med arbeidsgiver med påfølgende streik i sykehusene samt arbeidet med planer og reformer, både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Alle disse sakene har lagt klare føringer for Legeforeningens utadrettede kommunikasjon, og har gitt en rekke muligheter til å ta regi og fronte foreningens kjernebudskap.

Det samlede medietrykket har vært betydelig gjennom hele året. Samtidig har vi forsøkt å prioritere hardt og velge ut noen kjernesaker der vi har vært proaktive over tid. Det har vært avgjørende for å få gjennomslag.

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

Foreningen arbeider også aktivt med innsalg til redaksjoner i aviser, radio og TV og har fått på flere store saker, både i NRK, TV2, Aftenposten, VG og Dagens Næringsliv. I 2016 hadde vi et stort antall debattinnlegg og kronikker på trykk, både i riks- og regionsaviser.

Legeforeningen har i 2016 tatt en langt mer offensiv rolle i bruk av sosiale medier. Særlig har debatten om fryktkultur og sykehuskonflikten vært av stor betydning i dette arbeidet, og har generert mye oppmerksomhet gjennom hele året.

Medieåret har ellers vært preget av diverse saker om pasientsikkerhet og kvalitet, forebygging, antibiotikaresistens, rus og psykiatri, for å nevne noe. Legeforeningens tillitsvalgte er blitt intervjuet hyppig i tillegg til at presidenten er i media flere ganger i løpet av en uke. Mange av mediasakene kan relateres til Legeforeningens satsingsområder.

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

Det er mange som kommuniserer på vegne av Legeforeningen i løpet av et år. Foreningen jobber i ulike sammenhenger for å heve kompetansen hos de som uttaler seg i media, skriver innlegg eller publiserer på nett/sosiale medier. Legeforeningen vil fortsette å arrangere medietrening og bistå medlemmer, tillitsvalgte, organisasjonsledd og ansatte i sekretariatet som kommuniserer og skriver.

Kommunikasjonsseksjonen har i 2016 holdt en rekke foredrag om pressehåndtering, påvirkningsarbeid og strategisk kommunikasjon for ulike organisasjonsledd og tillitsvalgte. Tilbakemeldingene er at dette er nyttig og verdifullt, og etterspørselen etter slike tjenester er også økende. Dette arbeidet vil bli prioritert videre i 2017.

Video blir et stadig viktigere medium for å nå ut med tydelige budskap på en effektiv måte, særlig i sosiale medier. Etter å ha høstet gode erfaringer med bruk av video under sykehusstreiken – og for å øke synligheten til de store yrkesforeningene (Of, Ylf og AF) – besluttet Legeforeningen, sammen med de tre yrkesforeningene, å ansette en kommunikasjonsrådgiver med videokompetanse fra januar 2017. Legeforeningen har som mål å være offensive på dette feltet og å satse mer på bruk av video i årene som kommer.

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

5.3 Organisasjonskommunikasjon

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

5.3.1 Sosiale medier

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

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

5.3.2 Legeforeningen.no

Forsiden av legeforeningen.no preges av Legeforeningens politikk, av aktuelle nyhetssaker og temaer.

I 2016 ble det igangsatt et utviklingsprosjekt for Legeforeningens nettsider, dvs. hovedforeningens sider samt ca. 90 foreningsledd. Prosjektet innebærer bl. a en teknisk oppgradering av nettløsningen, nytt design og restrukturering av innhold. Det er et viktig mål for sidene at de skal bli mer brukervennlige for medlemmer og tillitsvalgte.

I desember ble det lansert et nytt innmeldingsskjema for studenter og leger. Ny funksjonalitet/nye sider vil bli lansert fortløpende i 2017, inntil hele den nye nettløsningen kommer på plass.

Legeforeningen.no omfatter også sidene til de rundt 90 foreningsleddene og fungerer som medlemsportal. De om lag 200 nettedaktørene får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. Via portalen brukes legeforeningen.no mye til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. Styrene i foreningsleddene sendte i 2016 1 142 meldinger til sine medlemmer via portalen.

Det var ca. 7,5 millioner sidevisninger fordelt på rundt 2,5 millioner besøk totalt for hovedsidene og foreningsleddenes nettsider i 2016.

5.3.3 Aktuelt i foreningen - medlemssidene i Tidsskriftet

Aktuelt i foreningen skal speile mangfoldet av aktiviteter i foreningen. Stoffet som presenteres skal ha aktualitet, være et pusterom, skape nærhet og bidra til og skape stolthet for faget. I 2016 er flere av artiklene delt på Legeforeningens Facebook-sider.

5.3.4 Derfor er jeg lege

Prosjektet "Derfor er jeg lege" profilerer legestanden og viser det meningsfylte i legearbeidet. Videoer og korte artikler presenteres på www.legeforeningen.no/derfor, i sosiale medier og Aktuelt i foreningen og i "karusellen" på www.legeforeningen.no. I 2016 var det totalt 3 396 avspillinger på YouTube, og totalt 4 628 avspilte minutter.

5.3.5 Intranettet - «Torget»

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

6 Internasjonalt arbeid

Legeforeningens internasjonale engasjement skjer gjennom et engasjement rettet mot CPME (Den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). Legeforeningen er også engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina og Tyrkia. I 2015 ble det opprettet et samarbeid med Society of Medical Doctors i Malawi om å bistå den med å bygge opp et fungerende sekretariat. Dette prosjektet ble videreført i 2016.

Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interesse-/fagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i deres egne årsmeldinger.

6.1 Møter mellom de nordiske legeforeningene

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

6.2 World Medical Association (WMA)

Verdens legeforening (www.wma.net) har to møter i året. Rådsmøtet (Council meeting) holdes i april og generalforsamlingen i oktober. I 2016 var rådsmøtet i Buenos Aires, mens generalforsamlingen ble holdt i Taipei. I Buenos Aires ble det vedtatt en resolusjon om flyktningkrisen i Europa. Den oppfordret politikerne til både å få slutt på krigene som forårsaker flyktningstrømmene og å gi flyktningene som kommer den helsetjenesten de har rett på.

Saken om eutanasi og legeassistert selvmord har igjen blitt aktualisert blant annet av Canada. Det ble vedtatt at det skal holdes workshoper om temaet i alle verdensdeler hvor temaene blir belyst av fagpersoner med ulik faglig bakgrunn.

På generalforsamlingen i Taipei ble Ketan Desai fra India innsatt som president for 2016/17. Han ble valgt i 2009, men har vært anklaget for korrupsjon i hjemlandet og har måttet vente til WMA fikk garantier for at han enten var frikjent eller anklagene trukket tilbake. Sakene mot ham er henlagt, og Den indiske legeforening garanterte nå at det ikke var flere kjente anklager mot ham. Sir Michael Marmot fra BMA gikk av som president og ny president elect ble Yoshitake Yokokura fra Japan.

Legeforeningen engasjerte seg spesielt i en sak som skulle sikre rettighetene til personer som søker behandling utenlands. For Legeforeningen var dette et problematisk dokument. Foreningen mente forslaget kunne legitimere og stimulere til private helsereiser og alle de problemene det kan medføre med resistente bakterier og etterbehandling i hjemlandet. Da dokumentet kom til avstemning i generalforsamlingen argumenterte vi mot dokumentet slik det forelå og bad om at det ble sendt tilbake til council for vurdering. Vårt forslag ble enstemmig vedtatt.

Legeforeningen har avgitt kommentarer til alle sakene som har vært behandlet i 2016. Legeforeningen har vært representert ved, generalsekretær Geir Riise, leder av Rådet for legeetikken Svein Aarseth og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hoftvedt.

6.3 *Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)*

Comité Permanent des Médecins Européen (CPME) ivaretar de europeiske legeforeningenes interesser innenfor EU/EØS-området. CPME har i 2016 hatt to møter, ett i april i Brussel og ett i november i Tel Aviv.

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

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har behandlet, har blant annet vært kjønn og helse, ehelse og mhelse, oppgavegliding fra lege til farmasøyt, internasjonale handelsavtaler (TTIP og TISA) og i denne forbindelse gjensidig godkjenning av profesjonsutdanninger mellom EU og USA, beskyttelse av pasientopplysninger mot cyberangrep og oppdatering av deklarasjonen om samarbeid mellom legeprofesjonen og legemiddelindustrien. Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

6.4 *Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)*

UEMS er den europeiske forening for legespesialister. Legeforeningen har i 2016 vært representert i 38 ulike Specialist Sections, Boards og Divisions.

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

Nina Evjen har vært Legeforeningens representant i UEMS akkrediteringsorgan EACCME (European Accreditation Council for Continuing Medical Education). UEMS har følgende arbeidsgrupper: Spesialistutdanning, etterutdanning (CME/CPD), kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis og e-helse.

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

SNAPS er et felles arbeidsutvalg for de nordiske lands legeforeninger. Utvalget arbeider med prognoser for legemarkedet, samt med spørsmål i tilknytning til spesialistutdanningen. I 2016 har gruppen hatt ett møte i København 6.- 7. juni. Gruppens årlige møtevirkosomhet med utveksling av informasjon om legearbeidsmarkedet og spørsmål i tilknytning til spesialistutdanning fortsetter som tidligere.

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

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

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Sjefredaktør i Tidsskriftet i 2016 var Are Brean.

Fra mai 2016 har redaksjonskomiteen bestått av Ola Dale (leder), Erik Magnus Berntsen, Mette Brekke, Anne Høye, Ole-Erik Iversen, Ane Brantzæg Næss og Torben Wisborg.

208 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere, denne gang på Scandic Nidelven i Trondheim. Hovedtema var grunnforskning i Norge og blant foredragsholderne var Edvard Moser og Joel Glover. I tillegg holdt Håvard Grjotheim foredrag om Kunnskapsformidling i et krevende medielandskap og i workshopene ble det blant annet diskutert debatt i Tidsskriftet. Møtet ble også denne gang arrangert som en heldagssamling med mulighet for overnatting.

I 2016 behandlet redaksjonen ca. 1 100 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og en stor andel, inkludert alle de vitenskapelige artiklene, sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 299 eksterne fagvurderere i denne prosessen.

7.2 Tidsskriftet generelt

Tidsskriftet publiserer artikler fortløpende på tidsskriftet.no, og utkommer hver 14. dag på papir. Til sammen ble det i 2016 utgitt 21 papiirutgaver (hvorav tre dobbeltnumre) med til sammen 2 060 (paginerte) sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets papiropplag er på 32 000 eksemplarer.

I 2016 var det 5,66 millioner sidevisninger på tidsskriftet.no (4,79 millioner i 2014 og 5,53 millioner i 2015), og totalt 2,39 millioner brukere (nye og returnerende brukere som har gjennomført minst én økt). Det er en økning på 5,3 prosent fra 2015. Antallet økter var 4 millioner. Det er en økning på 5,6 prosent fra 2015. En stor del av denne trafikken kommer direkte fra organiske søk via Google. Fra sosiale medier er Facebook en dominerende trafikkanal.

I september 2016 lanserte Tidsskriftet nye nettsider på www.tidsskriftet.no. Sidene har fått nytt design og er tilpasset mobil og nettbrett. I forbindelse med nytt design er sidene også flyttet over til et nytt publiseringssystem, og gammelt innhold er konvertert slik at arkivet er lett tilgjengelig og søkbart. Et annet viktig mål med de nye nettsidene er å øke de digitale inntektene. Vi har derfor fått på plass nye og litt større annonseflater og vi har stor frihet til å endre og legge til nye.

7.3 Formidling av innhold

Sosiale medier og nettsidene er viktige i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum. Det har blitt utarbeidet løpende, kortfattede pressemeldinger basert på aktuelle artikler i Tidsskriftet – ofte der det presenteres ny, original forskning vi ønsker at andre mediehus skal viderefremme. Nyhetsbrev på e-post sendes ut hver uke. Fra midten av desember ble nyhetsbrevet sendt til alle Legeforeningens medlemmer i tillegg til andre påmeldte etter at innhold og design fikk en bearbeidelse. Vi har også samarbeidet med blant annet Aftenposten, Morgenbladet og Hvilepuls for å nå flere lesere. Mediebransjen er i svært rask endring. Kontinuerlig evaluering og omstilling er nødvendig for fortsatt å være synlig i mediebildet.

7.4 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 2016 ble 117 artikler oversatt og publisert. Til sammenlikning ble 131 artikler oversatt i 2014 og 130 i 2015. Artiklene som oversettes indeksreses som tospråklige i PubMed.

7.5 Legejobber.no

Stillingsportalen Legejobber.no er oppgradert, og ble relansert januar 2017. Den er bygget på grunnlag av intervjuer med leger og annonsører, for å møte deres behov. Portalen inneholder nå oppdatert informasjonsarkitektur og interaksjonsdesign, universell utforming, responsivt design og oppgradert grafisk design, i tillegg til oppdaterte publiseringsverktøy, oppgradert søkefunksjon og oppdatert malverk.

Konkurransen blir stadig hardere i dette markedet og Legejobber mister markedsandel både på papir og nett. Likevel har vi fortsatt høy trafikk på nettsiden. Det er gjennomført totalt 592 000 økter i 2016, tilsvarende et ukegjennomsnitt på 11 384 økter. Det er en økning på 5,34 prosent fra 2015. Det har likevel vært en reduksjon i antall registrerte annonser fra 2 741 i 2015 til 2 599 i 2016. Det er en nedgang på 5,18 prosent. Det jobbes videre med en strategi for hvordan vi kan bremse nedgangen.

7.6 Annonsealg

Salg av produktannonser formidles gjennom HS Media. Totale annonseinntekter for Tidsskriftet beløper seg i 2016 til kr 27 993 499.

7.7 Økonomi

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

Sideproduksjon og nettutgave kr 2 106 622

Trykk og papir kr 4 088 753 (gjennomsnittlig kr 194 702 per utgave).

Ferdiggjøring kr 1 612 404 (gjennomsnittlig kr 76 781 per utgave).

Distribusjonskostnader kr 3 575 456 (gjennomsnittlig kr 170 260 per utgave)

8 LEFO – Legeforskningsinstituttet

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

Overordnede forskningstemaer ved LEFO er:

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

8.1 Sentrale prosjekter

I 2016 startet LEFO et større flerårig prosjekt IDOQ – Interactions between Doctors, Organization and Quality of care ("Bra for legen – bra for pasienten?"). I denne studien undersøker vi samspillet mellom strukturelle og kontekstuelle faktorer – legers jobbtilfredshet og betingelser for godt profesjonelt arbeid – og disses betydning for kvalitet i pasientbehandlingen. Studien gjøres i tett samarbeid med leger i klinisk arbeid. Ved at lokal klinisk praksis og erfaring integreres med forskning, skapes relevans og nytte – for leger, øvrige ansatte og pasienter.

Vi har pågående studier innen flere andre tematiske områder, så som: karrierevalg, legers holdninger til profesjonsetiske dilemmaer, bruk av retningslinjer som styringsverktøy, samt studier av trusler, vold, mobbing og seksuell trakassering, legers alkoholvaner, jobb- og livstilfredshet, stress og fordeling av arbeidstid på ulike oppgaver.

Et annet påbegynt prosjekt er å studere utvikling av sykmelding og -årsaker, og dødelighet, blant leger som er tilsluttet SOP. Disse dataene kan sammenlignes med data fra tilsvarende data fra andre legegrupper. Vi har også fortsatt planlegging av den treårige oppfølgingsevalueringen av deltakere som har benyttet seg av de SOP-finansierte forebyggende tilbudene ved Ressurscenteret Villa Sana og støttekollegaordningen.

LEFO har innledet et tverrfaglig samarbeid med forskere i USA for å studere betingelser for god profesjonsutøvelse, ved deltakelse i en såkalt "task force". I den anledning har en av våre seniorforskere fra høsten 2016 et ettårig forskningsopphold ved The Center on Medicine as a Profession (CMAP), Columbia College of Physicians & Surgeons i New York.

Blant våre samarbeidspartnere er fortsatt Avdeling for medisinsk atferdsvitenskap og Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, Uni Research Rokkansenteret, Universitetet og Høgskolen i Bergen, Kunnskapssenteret for helsetjenesten i Folkehelseinstituttet, Senter for profesjonsstudier (HiOA), og Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin i Bergen.

I januar arrangerte LEFO den tredje årlige forskersamlingen "Nordic Research Seminar on Doctors, Systems and Quality". En styringsgruppe med representanter fra både Sverige og Danmark ble etablert. LEFO, ved instituttetsjef, har også deltatt i planlegging og gjennomføring

av European Association of Physician Health (EAPH) sin sjette internasjonale konferanse (se: www.eaph.eu).

Etter avtale har vi utført spesifikke oppdrag for Legeforeningen, som å yte konsulenthjelp ved medlemsundersøkelser der vi har bistått med kvalitetssikring, utsendelse og tolkning av resultater for flere elektroniske undersøkelser utgått fra Legenes hus. I samarbeid med Medisinsk fagavdeling gjennomførte vi høsten 2016 en større datainnsamling som danner grunnlaget for å evaluere spesialistutdanningen for leger. I mars ble det gitt ut et informasjonshefte om Legeforeningens kollegiale helse- og omsorgstilbud, se: www.legeforeningen.no/kollegastotte.

Våre forskere har veiledet doktor-/postdoktorgradstipendiater og masterstudenter, og vært fagfellevurderere i vitenskapelige tidsskrifter i inn- og utland.

8.2 Datagrunnlag

Våre unike longitudinelle data kommer hovedsakelig fra et representativt panel av yrkesaktive leger med hovedstilling i Norge. Panelet består av ca. 2 200 leger, enkelte av dem har vært med helt siden vi startet å poste spørreskjemaundersøkelsene annethvert år i 1994. Legepanelet kompletteres jevnlig med unge leger pga. frafall/pensjonering, senest med 650 nye medlemmer foran den 13. spørreunden i november 2016.

Denne hittil siste datainnsamlingen hadde spørsmål knyttet til å kartlegge legenes (erfaringer med/holdninger til): arbeidsforhold, arbeidstid, helse, rekruttering til allmenntidmedisin og livsfasetilpasning, kliniske retningslinjer, prioritering og betydningen av sosial ulikhet i pasientbehandlingen, etikk, politikk, religion og faglig oppdatering.

Innen utgangen av desember 2016 var det publisert 51 vitenskapelige artikler basert på spørreskjemaundersøkelser til Legepanelet.

Vi har også brukt andre utvalg av leger for å hente inn både kvantitative og kvalitative data knyttet til ulike problemstillinger, og som bl.a. resulterte i fire av fjorårets publiserte originalartikler.

8.3 Forskningsformidling

LEFOs forskning bidrar til at kunnskapsgrunnlaget på forskningsområdene inkluderer legenes egne opplevelser og synspunkter – hvilket ikke bare er viktig for legenes arbeid, men også for utformingen av helsetjenesten og for helsepolitikken. LEFO er et faglig uavhengig institutt, og kan uhindret av rapportering til SOP- og sentralstyret publisere resultater av forskningen. Vår forskningsmessige integritet hviler på at vi publiserer vitenskapelig etterrettelig kunnskap, uavhengig av fagpolitiske interesser.

Resultater fra våre studier publiseres i fagfellevurderte tidsskrift og i tekster eller foredrag rettet mot ulike legrupper og et større publikum. Den vitenskapelige produksjonen er høy sammenliknet med universitet, høyskoler og forskningsinstitutter: I 2016 publiserte vi sju originalartikler, én oversiktsartikkel, ett bokkapittel og én kronikk. I tillegg publiserte vi 11 kommentarartikler til seksjonen "Legelivet" i *Tidsskrift for Den norske legeforening*, der vi presenterer refleksjoner over egen eller andres forskning innen våre forsknings- og kompetanseområder.

Muntlig formidling av forskningsresultater er en viktig del av virksomheten. I 2016 inkluderer det et trettitalls innlegg på nasjonale og internasjonale konferanser og foredrag for ulike legegrupper. Formidling av aktuell forskning er viktig også i et forebyggende helseperspektiv. Likeens bidrar foredrag/deltakelse/verv i tilknytning til internasjonale og nasjonale konferanser/fagseminarer til at staben kan knytte og holde kontakt med relevante samarbeidspartnere og forskningsmiljøer.

En artikkel basert på et innlegg på et tverrfaglig internasjonalt forskersymposium i LEFOs regi, ble i fjor kåret til beste artikkel om medisinsk profesjonalitet av American Board of Internal Medicine. Artikkelen ble publisert i et temanummer: Bringedal B (red). Special Issue: Professional satisfaction and the quality of medical care. *Professions & Professionalism* 2015; (5) nr.1.

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

8.4 Bemanning, økonomi og ny, femårig avtale (2016-2021)

Staben ved LEFO har i 2016 bestått av åtte personer, hvorav fem er i forskerstillinger: instituttsjef/forsker (i 80-prosentstilling til 1.9, deretter 100-prosent), tre seniorforskere (to i 100-prosent, én i 40-prosent til 1.9, deretter 20-prosent), én rådgiver (100-prosent, én forskningssekretær og én nettrektør/spesialrådgiver (begge i 50-prosentstilling). Fra 1.9 har vi også hatt en gjesteforsker (100-prosent) som leder IDOQ-prosjektet, finansiert med midler fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

Instituttet har siden starten i 1995 hovedsakelig vært finansiert av SOP, med en andel fra Legeforeningen. Denne ordningen er videreført i en ny, femårig avtale mellom SOP og Legeforeningen.

9 Legeforeningens økonomi

Legeforeningens offisielle regnskap består av følgende fond og enheter:

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

Legeforeningen hadde i 2016 et samlet regnskapsmessig positivt aktivitetsresultat på kr 23 343 494. Samlet formålskapital per 31.12. 2016 er på kr 1 380 567 545. Aktiviteten i underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Formålskapitalen knyttet til fondene utgjør 91,6 prosent av total formålskapital. Foreningens konfliktfond utgjør videre 2,0 prosent av samlet formålskapital. Konfliktfondet ble vesentlig redusert gjennom konflikten i Spekter-området høsten 2016, men sentralstyret vedtok i desember 2016 å styrke dette slik at konfliktberedskapen er tilfredsstillende også i 2017. Styrkingen ble gjennomført dels gjennom innkreving av ekstraordinær tilleggskontingent i februar 2017, dels over drift gjennom disponering av overskuddet for 2016. Andre selvpålagte avsetninger, i hovedsak knyttet til planlagte IT-investeringer og andre fremtidige utviklingstiltak, bufferavsetning for å møte usikre inntekter fremover samt avsetning for fremtidig pensjon, utgjør til sammen kr 33 400 000. Andre selvpålagte avsetninger inkludert rettshjelpsfond utgjør 3,2 prosent av samlet formålskapital. Resterende del av formålskapitalen, ca. kr 44,8 millioner - tilsvarende 3,2 prosent - er definert som fri.

Utdanningsfond II, Utdanningsfond III og Lånefondet kan vise til overskudd i 2016, mens Hovedforeningen, Utdanningsfond I og Kvalitetssikringsfondet endte året med underskudd. Alle fondene, med unntak av Kvalitetssikringsfondet, viser positive avvik sammenlignet med budsjett.

Finansinntektene for Legeforeningens forvaltningsportefølje budsjetteres og inntektsføres i Hovedforeningen gjennom året, og fordeles mellom Hovedforeningen og fondene per 31.12. hvert år. Finansinntektene er i 2016 fordelt proporsjonalt i henhold til størrelsen på formålskapitalen i det enkelte underregnskap, men slik at avkastning utover 3,0 prosent tilfaller Hovedforeningen. Legeforeningens investeringsportefølje fikk en samlet avkastningen på 4,8 prosent i 2016. Dette er 1,8 prosent -poeng bedre enn budsjettert avkastning (3,0 prosent). Avkastningen medførte at netto finansinntekter fra investeringsporteføljen ble ca. kr 13,7 millioner bedre enn budsjett. I tillegg til dette fikk foreningen et ikke budsjettert aksjeutbytte på kr 3,0 millioner fra Christiania Torv AS. I investeringsporteføljen fikk norske aksjer en avkastning på 19,1 prosent, mens globale aksjer fikk en avkastning på 9,5 prosent. Avkastningen til Legeforeningens norske obligasjonsportefølje steg i løpet av året med 3,1 prosent, mens den globale obligasjonsporteføljen fikk en avkastning på 2,2 prosent.

Samlede driftsinntekter i Hovedforeningen er på ca. kr 213,5 millioner, ca. kr 2,2 millioner bedre enn budsjett. Annonseinntektene i Tidsskriftet og på hjemmesidene til Legeforeningen

utgjorde i 2016 ca. kr 28,0 millioner, ca. kr. 0,5 millioner lavere enn i 2015, men ca. kr 3,6 millioner bedre enn budsjett. Produktannonser og stillingsannonser på nett har en inntektsøkning fra 2015, mens stillingsannonser i papirutgaven fortsetter en nedadgående trend. Legeforeningen har i 2016 kontingentinntekter på ca. kr 135,7 millioner, noe som er marginalt lavere enn budsjett.

Totale driftskostnader i Hovedforeningen er på ca. kr 231,8 millioner, noe som er ca. kr. 17,7 millioner over budsjett for 2016. Kostnadstallene inkluderer imidlertid ca. kr 25,3 millioner i ikke budsjetterte streikebidrag og andre kostnader i forbindelse med konflikten høsten 2016. Holdes kostnadene til konflikten utenfor, ville driftskostnadene i Hovedforeningen vært ca. kr 7,6 millioner bedre enn budsjett. De direkte produksjonskostnader i Tidsskriftet er ca. kr 0,6 millioner bedre enn budsjett og ca. kr 0,5 millioner lavere enn i 2015. Personalkostnadene i Hovedforeningen er per 31.12. 2016 ca. kr. 4,9 millioner bedre enn budsjettert. Dette skyldes i all hovedsak en reduksjon i pensjonskostnadene sammenlignet med budsjett på ca. kr 5,8 millioner. Reduksjonen relaterer seg dels til endringer i forutsetningene ved årets beregning av pensjonskostnader, dels engangseffekter ved overgang fra ytelsesbasert til innskuddsbasert pensjonsordning. Hovedmålet med denne endringen er å oppnå mer forutsigbare og, over tid, lavere pensjonskostnader.

Driftsresultatet i Hovedforeningen viser et underskudd på ca. kr 18,3 millioner. Uten konfliktkostnadene høsten 2016, ville Hovedforeningen hatt et driftsoverskudd på ca. kr 7,1 millioner og et overskudd etter netto finansinntekter på ca. kr 24,3 millioner. Hovedforeningens andel av finansinntektene utgjør ca. kr 17,2 millioner. Landsstyret vedtok i 2015 at finansinntekter utover budsjettert avkastning av investeringsporteføljen i 2016 på 3,0 prosent skulle gå til styrking av reservene i Hovedforeningen. Avkastning av investeringsporteføljen utgjorde 4,8 prosent i 2016.

Regnskapet for Utdanningsfond I omfatter fra 2015 kursvirksomheten ved samtlige koordinatorkontorer. Kursvirksomheten i fondet inkludert veiledning og nettkurs hadde i 2016 en kostnadsside på ca. kr 56,3 millioner og et underskudd på ca. kr 0,7 millioner. Budsjettert underskudd på kursvirksomheten var ca. kr 1,7 millioner. Driftsunderskuddet for Utdanningsfond I totalt er på ca. kr 6,2 millioner, som er ca. kr 3,6 millioner bedre enn budsjett. Fondets andel av Legeforeningens finansinntekter er på ca. kr 4,6 millioner og gir et negativt totalresultat på ca. kr 1,6 millioner.

I 2015 økte kostnadsførte refusjoner i Utdanningsfond II med ca. kr 8,9 millioner sammenlignet med forrige år. Fra 2015 til 2016 er tilsvarende økning redusert til ca. kr 1,5 millioner. Tilskuddet fra normaltarifforhandlingene har økt med ca. kr 1,0 millioner fra 2015. Totalt har Utdanningsfond II et driftsunderskudd i 2016 på ca. kr 2,5 millioner. Andelen av finansinntektene utgjør ca. kr 4,0 millioner, noe som gjør at fondet i 2016 ender med et overskudd på ca. kr 1,4 millioner.

I utdanningsfond III økte refusjonene fra ca. kr 36,4 millioner i 2012 til ca. kr 51,4 millioner i 2015, en gjennomsnittlig økning per år på ca. kr 5,0 millioner. Fra 2015 til 2016 økte refusjonene til sammenligning med ca. kr 1,1 millioner. Tilskuddet fra normaltarifforhandlingene har fra 2015 til 2016 økt med ca. kr 0,6 millioner. Tilskudd fra Spekter/Virke viser en reduksjon i inntekten på ca. kr 0,36 millioner fra 2015 til 2016. Dette kommer av at tallene for 2015 var ekstraordinært høye etter som tallene også inkluderte etterbetaling for årene 2013 og 2014 som en følge av Arbeidsrettens dom i november 2015,

som ga Legeforeningen medhold i at også profesjonsnøytrale stillinger skal være med i beregningsgrunnlaget. Tilskuddet per lege var i 2016 kr 2 000. Totale inntekter i fondet i 2016 er ca. kr. 54,2 millioner. Utdanningsfond III får med dette et driftsunderskudd på ca. kr 2,7 millioner mot et budsjettert underskudd på ca. kr 7,7 millioner. Med en andel av finansinntektene på ca. kr 3,3 millioner, får fondet i 2016 et positivt totalresultat på ca. kr 0,6 millioner.

Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (Kvalitetssikringsfondet) fikk i 2016 et driftsunderskudd på ca. kr 4,1 millioner og et totalunderskudd etter finansinntekter på ca. kr 3,5 millioner. Det er i 2016 kostnadsført ca. kr 11,6 millioner i prosjektstøtte, inklusiv ca. kr 5,3 millioner til SKIL AS (Senter for kvalitet i legekontor). Fra 2011 har inntektene fra normaltariiforhandlingene steget jevnt fra ca. kr 9,4 millioner til ca. kr 10,7 millioner i 2016. Etter forslaget til disponering av årsresultatet vil Kvalitetssikringsfondet per 31.12. 2016 ha en formålskapital på ca. kr 20,5 millioner.

Lånefondet fikk et totalresultat på ca. kr 27,4 millioner i 2016. Renteinntektene fra utlån utgjorde ca. kr 19,8 millioner og den fordelte andelen av finansinntektene var ca. kr 8,0 millioner. Fra en situasjon med et større fall i utlånsvolumet i 2015, har denne trenden bremsset noe opp i 2016. Ved utgangen av året utgjorde hovedstol av samlede utlån ca. kr 523,1 millioner, og er med dette redusert med ca. kr 48,0 millioner sammenlignet med fjoråret. Nye utlån har imidlertid økt fra ca. kr 67,5 millioner i 2015 til ca. kr 78,5 millioner i 2016.

Det var per 31.12. 2016 om lag kr 300 millioner i tilgjengelig kapital for nye utlån. Det utgjør ca. 36 prosent av formålskapitalen på rundt kr 830 millioner. Sentralstyret vedtok i mars 2016 å nedjustere rentedifferansen mot Normrenten med 0,25 prosent -poeng for styrke utlånsveksten. Rentesatsen i Lånefondet er etter denne endringen 1,75 prosent -poeng over Normrentesatsen.

9.1 Nøkkeltall

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2016 Formålskap./ Egenkapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	418 312	452 663	57 695	0	23 343	1 380 568	1 490 106
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	213 510	231 762	17 227	0	-1 025		
2 Utdanningsfond I	92 634	98 831	4 626	0	-1 570		
3 Utdanningsfond II	47 202	49 729	3 965	0	1 439		
4 Utdanningsfond III	54 239	56 945	3 329	0	623		
5 Lånefondet	0	469	27 838	0	27 369		
6 Kvalitets sikringsfondet	10 726	14 860	658	0	-3 476		
8 Fond for forebyggende medisin	0	34	27	0	-7		
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	34	26	0	-8		
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	134	396	0	262	8 319	8 338
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	33	205	0	172	8 499	8 500
3 Delphin og hustrus legat	0	138	435	0	297	6 962	7 059
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	404	1 862	0	1 458	16 571	17 003
C. Stiftelsen Soria Moria ¹⁾	63 119	60 558	-3 303	0	-743	44 389	133 354
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) ³⁾	12 771	218 489	308 003	160 482	-58 198	50 971	5 012 808
E. Allmenmedisinsk forskningsfond	14 813	10 409	78	0	4 841	8 117	10 298
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	18 839	3 861	-4 195	0	10 783	45 495	158 577

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

²⁾ Resultatet for Christiania Torv AS vises resultat for skattekostnad. Regnskapet er revidert, men ikke endelig godkjent.

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

9.2 Fond

Representasjon i fondsstyrene finnes i vedlegget til årsmeldingen.

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

Utdanningsfond I ble etablert i 1967. Fondets formål er å fremme grunn-, videre- og etterutdanning av leger. Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger som avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariiffen og følger avtaleperiodene for denne.

Aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2016:

- koordinatorkontorene ved universitetene
- råd og utvalg knyttet til grunnutdanningen, spesialistutdanningen og etterutdanningen

- dekning av underskudd til kurs arrangert av fagmedisinske foreninger, yrkesforeninger, lokalavdelinger
- dekning av underskudd til kursvirksomheten i legers videre- og etterutdanning som er arrangert ved universitetene
- støtte til Legeforeningens e-læringsvirksomhet
- støtte til Nmfs medisinstudenterkonferanse
- individuelle lederstipend til leger som ønsker å ta utdanning som gir studiepoeng
- støtte til sommer-/forskningsstipend til medisinstudenter
- prosjekter innenfor grunnutdanning og etterutdanning

Se vedleggets punkt 1.1 for fondsutvalgets sammensetning i 2016.

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

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

Ytelsene fra Utdanningsfond II finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2016 – 30.6. 2017 er tilskuddet 47,9 millioner kroner, opp 1,4 millioner fra forrige periode.

I tilknytning til vedtektene er det utarbeidet retningslinjer for kursrefusjoner. Sekretariatet er delegert myndighet til å behandle søknader som faller innenfor fondets retningslinjer. I 2016 ble det innvilget totalt 6 085 søknader. Tilsvarende tall for 2015 var 5 645.

I regnskapene for 2016 er det regnskapsført 45,4 millioner kroner i refusjoner og stipendier, mot 43,9 millioner kroner i 2015. Driftsresultatet i 2016 var negativt med ca. 2,5 millioner kroner, mot et negativt driftsresultat på ca. 1,4 millioner i 2015. Etter godskrivning av finansresultatet med 4 millioner kroner utgjorde den samlede kapital ved utgangen av 2016 134,9 millioner kroner, mot 133,4 millioner ved utgangen av 2015.

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

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

Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og KS. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2016 - 30.6. 2017 er tilskuddet 27,6 millioner kroner, opp 0,8 millioner fra forrige periode.

I henhold til overenskomst mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og Virke, betalte arbeidsgiver (helseforetakene) et tilskudd til Utdanningsfond III svarende til 2 000 kroner per legeårsverk. Det ble i 2016 betalt inn 27,1 millioner kroner, mot kr 27,4 millioner i 2015.

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 2016 innvilget sekretariatet totalt 9 634 søknader om refusjon. Tilsvarende tall for 2015 var 9 748.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold ble

regnskapsført med kr 52,5 millioner kroner i 2016, mot 51,4 millioner i 2015. Driftsresultatet i 2016 var negativt med ca. 2,7 millioner kroner, mot et negativt driftsresultat i 2015 på ca. 1,2 millioner. Etter godskriving av finansresultatet på 3,3 millioner kroner, utgjorde fondets samlede kapital om lag kr 113 millioner ved utgangen av 2016, mot 112,3 millioner ved utgangen av 2015.

9.2.4 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP) er en stiftelse som bidrar til økonomisk sikring av medlemmene og deres familie både i forbindelse med arbeidsuførhet, alder og død – samt ved fravær fra egen legepraksis i forbindelse med sykdom, fødsel og adopsjon. Ordningen står under tilsyn av staten, ved Arbeids- og sosialdepartementet. Årsberetning og regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Driftsresultatet ble i 2016 negativt med ca. 58 millioner kroner, mot 42,7 millioner i 2015. Endringen skyldes i hovedsak økte avsetninger til fremtidige pensjoner.

Totalkapitalen utgjorde om lag 5 milliarder kroner i 2016, mot 4,9 milliarder i 2015. Avkastning ved forvaltningen av kapitalen utgjorde 322 millioner kroner i 2016, etter en verdijustert avkastning på 6,5 prosent.

Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 187,5 millioner kroner, mot 166,1 millioner i 2015. Av dette utgjorde pensjoner 135 millioner kroner, mot 110,5 millioner i 2015. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad samt omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 41,7 millioner kroner. Engangsstønad ved død utgjorde 10,8 millioner i 2016.

I tillegg yter SOP støtte til kollektive sykdomsforebyggende tiltak for medlemmer, og kollektive sosiale tiltak for medlemmer med ektefeller som er blitt pensjonister. LEFO - Legeforskningsinstituttet, støttekollegenes landsdekkende støtteapparat, ressurscenteret Villa Sana ved Modum Bad og pensjonsforberedende seminar på Soria Mora ble totalt støttet med 12,2 millioner kroner i 2016.

Legeforetakenes pensjonsordning omfatter skattegunstig tjenestepensjonsordning for privatpraktiserende leger. Ved årsskiftet hadde 2 664 foretak med 3 790 medlemmer etablert avtale i Legeforetakenes pensjonsordning gjennom vår samarbeidspartner Storebrand.

Sykeavbruddsforsikring i Tryg er en kollektiv forsikring for privatpraktiserende leger under 62 år. Ved årsskiftet var det 730 leger som hadde tegnet denne forsikringen gjennom Marsh, som administrer avtalen på vegne av SOP og Tryg.

SOPs styre holder seg kontinuerlig oppdatert på omkringliggende regelverk, og er fremover spesielt opptatt av å vurdere mulighetene for å bedre ytelsene for leger autorisert etter 1.1.1993.

9.2.5 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

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

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

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. 800 000 kroner ved første gangs lån. Ved senere låneopptak er grensen for samlet lån 400 000 kroner. Lånerenten for nye lån utgjør 1,75 prosent over normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold. Normrenten fastsettes av Finansdepartementet seks ganger årlig. I 2016 ble rentesatsen endret fra 2,50 prosent til 2,30 prosent fra 1. mars og til 2,20 prosent fra 1. juli og ut året.

Lånefondet innvilget i 2016 lån tilsvarende 88,9 millioner kroner til 146 leger, mot 77,7 millioner kroner til 139 leger i 2015. Per 31.12. 2016 var det i alt 1 628 låntakere, mot 1 754 låntakere per 31.12. 2015. Utlån til leger utgjorde 523,2 millioner kroner per 31.12. 2016, mot 571,3 millioner per 31.12. 2015. Lån til Soria Moria utgjorde 1 875 millioner kroner (gjeldsbrev 1 - pantelån 875 000). Formålskapitalen utgjorde 838,8 millioner kroner per 31.12. 2016, mot 811,5 millioner kroner per 31.12. 2015.

9.2.6 Premieruleringsfondet

Fondet ble etablert i 2009 for å kompensere for urimelige og utilsiktede konsekvenser av en endring i regelverket for offentlige tjenstepensjonsordninger fra 2004. Fondets formål er å dekke privatpraktiserende legers kostnader forbundet med regulering av pensjonsrettigheter for tidligere ansatte som hadde vært ansatt i offentlig virksomhet. Målgruppen er i hovedsak leger som i forbindelse med innføringen av fastlegeordningen overtok arbeidsgiveransvaret for hjelpepersonell som hadde vært kommunalt ansatt. Det ble i 2016 utbetalt ca. 2,0 millioner kroner for regulering av oppsatte pensjoner og pensjoner under utbetaling samt for engangspremier og avviklingstilskudd til Overføringsavtalens sikringsordning.

9.2.7 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og sosialdepartementet, KS og de regionale helseforetakene på den ene side, og Legeforeningen på den annen side, om økonomiske vilkår for allmennleger med kommunal fastlegeavtale og spesialister med avtalepraksis (statsavtalen). For 2016 ble det avsatt 10,617 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

Fondsutvalget hadde to møter i 2016. Det totale antall søknader til fondet i 2016 var 43, med en samlet søknadssum på kr 20,7 millioner kroner. Det ble bevilget 12,1 millioner kroner til 22 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan bestilles fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

9.2.8 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fondets midler er avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHF-ene på den ene siden og Legeforeningen på den andre. I 2016 mottok fondet 37 søknader med samlet søknadssum 23,15 millioner kroner. Det ble innvilget 24 prosjekter med en samlet utbetalingssum på 11,698 millioner kroner.

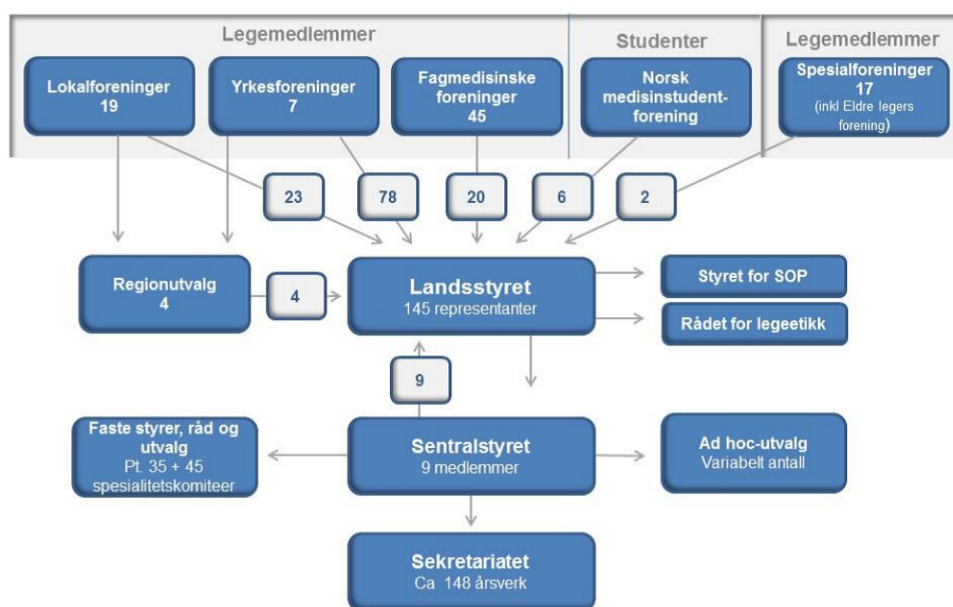
10 Legeforeningens organisasjon

Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst. Ved årsskiftet hadde foreningen 32 270 medlemmer, en vekst på ca. 1 266 medlemmer fra foregående år. Medlemmene er fordelt på en rekke foreningsledd langs flere akser. 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 2016 som fremstilt i figuren nedenfor.

Den norske legeforening - organisasjonsplan



23.1.2017 ATN

10.2 Landsstyret

Landsstyret vedtok i 2011 at medlemstall per 1.2. i det året nytt landsstyre velges skal legges til grunn uten at antallet representanter justeres ved senere endring av medlemstallet. Fra 1.9.2015 – 31.8.2017 har landsstyret 145 medlemmer.

10.3 Sentralstyret

Sentralstyret har i perioden 1.9. 2015-31.8. 2017 følgende sammensetning: President Marit Hermansen, visepresident Jon Helle, Christian Grimsgaard, Kari Sollien, Cecilie Alfsen, Christer Mjåset, Anja Fog Heen, Kjartan Olafsson og Ole Johan Bakke, og med Torstein Schröder-Aasen, Rasmus Bakken og Anne-Karin Rime som varamedlemmer.

Sentralstyret har i 2016 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 234 saker. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider. Lederseminar ble arrangert 20.-21.1. 2016 i Oslo.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger 19

Yrkesforeninger 7

Fagmedisinske foreninger 45

Norsk medisinstudentforening 1

Regionutvalg 4

Spesialforeninger 17

Styrer, råd og utvalg ca. 35 + 45 spesialitetskomiteer

Under landsstyremøte i Alta 2013 ble det vedtatt krav om at spesialforeningen må ha minst 20 legemedlemmer, må være spesialitetsovergrepene, og må årlig kunne dokumentere aktivitet i henhold til formålsparagrafen i foreningens vedtekter. Spesialforeninger som ikke tilfredsstillt kravene etter § 3-9-1 (1), mister statusen som spesialforening i Den norske legeförening.

Oversikt over spesialforeningene finnes på legeföreningen.no.

10.5 Endringer i Legeföreningens lover - Tidsskriftet

På landsstyremøtet i 2016 ble det lagt frem forslag om endringer av lovenes § 4-2 mfl., som omhandlet Tidsskrift for Den norske legeförening. Lovendringene var et resultat av landsstyrets vedtak i landsstyremøtet i 2015, hvor sentralstyret ble bedt om å iverksette en prosess for gjennomgang av alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeförening og Legeföreningen som eier. Sentralstyret ble bedt om å nedsette et bredt sammensatt utvalg, med representanter både fra Tidsskriftets redaksjon/redaksjonskomiteen for Tidsskriftet og sentrale personer fra Legeföreningens organisasjon. Utvalget skulle vurdere alle forhold mellom Tidsskrift for Den norske legeförening og Legeföreningen som eier, herunder hvordan Redaktøren for Tidsskriftet kan ivareta utövelse av sin myndighet og sitt ansvar etter redaktørplakaten og Vancouvererklæringen, redaksjonskomiteens rolle og ansvar, sentralstyrets og landsstyrets rolle og ansvar, kommunikasjonsveier og rapporteringsrutiner, hvordan eventuell uenighet med eier skal håndteres, og eventuelle lovendringer som følge av gjennomgangen. Sentralstyret fremla på bakgrunn av utvalgets rapport forslag til endringer som ble vedtatt og endringene er tatt inn i det som nå er kapittel 5 i lovene. I tillegg ble det vedtatt ny Instruks for Tidsskrift for Den norske legeförening i medhold av ny § 5-6.

10.5.1 Klargjöring og endring av rapporteringslinjer

Ansettelsesmyndighet og rapporteringsrutiner - Sjefredaktör

Landsstyret vedtok at myndigheten til å ansette og eventuelt si opp sjefredaktören flyttes fra landsstyret til sentralstyret, og at myndigheten til å fastsette sjefredaktörens lønns- og arbeidsvilkår flyttes fra desisorutvalget til sentralstyret. Videre ble det vedtatt regler for tydeliggjöring av gjeldende rapporteringslinjer, som innebærer at sjefredaktören rapporterer til generalsekretären om økonomiske og administrative forhold, inkludert arbeidsmiljö. Sjefredaktören skal ikke rapportere til eier om redaksjonelle forhold, fordi dette faller innunder sjefredaktörens redaksjonelle frihet. Landsstyret mente sjefredaktörens redaksjonelle posisjon ble styrket ved opprettelsen av Tidsskriftrådet.

Arbeidstakerperspektivet – ansatte i Tidsskriftet

Sentralstyret mente videre at det ut fra et arbeidstakerperspektiv var behov for å klargjøre forholdet mellom generalsekretärens formelle arbeidsgiveransvar og sjefredaktörens reelle arbeidsgiveransvar, inkludert behovet for å tydeliggjøre rapporteringslinjer i

arbeidsmiljøforhold. Det ble vedtatt regler som innebærer at de ansattes arbeidsmiljøforhold i Tidsskriftet først rapporteres til sjefredaktøren og deretter til generalsekretæren. Det ble også vedtatt at arbeidsmiljøundersøkelser som gjøres i Tidsskriftet bør være tilgjengelig for Tidsskriftrådet, og at verneombud og personalforeningen kan kontakte Tidsskriftrådet.

10.5.2 Redaksjonskomiteen

Landsstyret vedtok i samsvar med Vancouver-erklæringen å videreføre ordningen med redaksjonskomiteen som et redaksjonelt rådgivningsorgan, med den forutsetning at redaksjonskomiteen kun har rollen som sjefredaktørens rådgiver i redaksjonelle forhold. Ordningen har vært etablert i Legeforeningen siden 1938. Redaksjonskomiteen skal bistå Tidsskriftets sjefredaktør ved å gi råd om strategiske og driftsmessige valg. Dette innebærer også vurdering av Tidsskriftets retning og profil med hensyn til de overordnede målsetningene. Landsstyret vedtok at sjefredaktøren velger redaksjonskomiteens medlemmer. Dette innebar at myndigheten til å oppnevne medlemmene flyttes fra sentralstyret til sjefredaktøren, og at det ikke lenger følger av Legeforeningens lover at generalsekretæren og ett sentralstyremedlem har en plass i redaksjonskomiteen. Oppnevningsperioden for redaksjonskomiteen ble satt til fire år, men med mulighet for gjenoppnevning én gang, dog slik at ikke alle medlemmene av komiteen byttes ut samtidig. Redaksjonskomiteen har inntil åtte medlemmer.

10.5.3 Tidsskriftrådet

Inspirert av Vancouver-erklæringens anbefaling lignende ordninger i andre land - såkalt Journal Oversight Committee – om at både ansettelse og eventuell oppsigelse av sjefredaktøren bør være basert på vurderinger av et såkalt panel av uavhengige eksperter i stedet for et mindre antall eierrepresentanter vedtok landsstyret å opprette et nytt organ Tidsskriftrådet.

Tidsskriftrådet har tre oppgaver:

Avgi innstilling til sentralstyret ved ansettelse av sjefredaktør

Evaluere sjefredaktøren årlig basert på forhåndsavtalte kriterier - mellom sentralstyret og sjefredaktør etter innstilling fra tidsskriftrådet.

Mekle ved eventuell konflikt mellom Legeforeningen som eier og Tidsskriftets sjefredaktør, og avgis innstilling til sentralstyret i spørsmål om oppsigelse av sjefredaktøren

Tidsskriftrådet skal møtes årlig for å sikre at rådet har innsikt i Tidsskriftet. Et årlig møte ivaretar et langsiktig perspektiv.

Sammensetningen i tidsskriftrådet er gjort i en instruks fastsatt av landsstyret. Rådet er sammensatt av medlemmene med sentrale posisjoner i Legeforeningen, men som ikke står for tett opptil den daglige styringen av foreningen:

Leder av FaMe (også leder av Tidsskriftrådet) - representerer den faglige aksene i Legeforeningen

Leder av desisorutvalget - representerer en tilsynsrolle i Legeforeningen uten å være en del av styringslinjen i Tidsskriftet

Leder av redaksjonskomiteen - har særskilt innsikt i Tidsskriftet.

I tillegg mente landsstyret at det ville være en styrke at et tidsskriftråd også har eksterne representanter. Fagpressen og Redaktørforeningen er derfor invitert til å delta i Tidsskriftrådet. Ved ansettelse av sjefredaktør skal også en representant valgt av og blant de ansatte i Tidsskriftet gis observatørstatus.

10.5.4 Tidsskriftets plass på landsstyremøtene

Landsstyret ønsket at Tidsskriftet får en tydeligere plass på landsstyremøtene for å redegjøre for sin virksomhet. Hensikten er å redegjøre for sin virksomhet, satsingsområder etc. Tidsskriftet ved sjefredaktøren gis da en direkte adgang til Legeforeningens øverste politiske organ. Landsstyret gis da anledning til å gi signaler til Tidsskriftet ved sjefredaktøren uten adgang til å fatte vedtak om Tidsskriftet (benkeforslag) når det gjelder redaksjonelle spørsmål.

10.6 Forslag om endring av Legeforeningens lover – Regionutvalg

Det ble også fremmet lovendringsforslag som omhandlet Legeforeningens lover § 3-8 regionutvalg. Landsstyret vedtok at sentralstyret skulle nedsette en arbeidsgruppe med mandat til å evaluere og eventuelt forslå endringer i dagens ordning med regionutvalg. Saken legges frem for landsstyret i 2017.

10.7 Medlemsoppslutning

Per 31.12. 2015 hadde Legeforeningen 32 279 medlemmer, og per 31.12. 2016 hadde foreningen 33 412 medlemmer. Dette innebærer en økning med 1 133 medlemmer, tilsvarende 3,51 prosent, mot 1 275 medlemmer eller 4,11 prosent året før. Dette har trolig sammenheng med at det var litt færre nye leger totalt sett som fikk norsk autorisasjon i 2016 enn i 2015, 1 623 i 2016 mot 1 752 i 2015 (disse tallene er fra Legeforeningens legeregister og kan avvike noe fra tallene fra Statens Helsetilsyn). Selv om medlemsveksten er litt lavere enn året før, er dette fortsatt et av årene med aller størst absolutt medlemsvekst i Legeforeningens historie.

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

10.8 Miljøfyrtårn

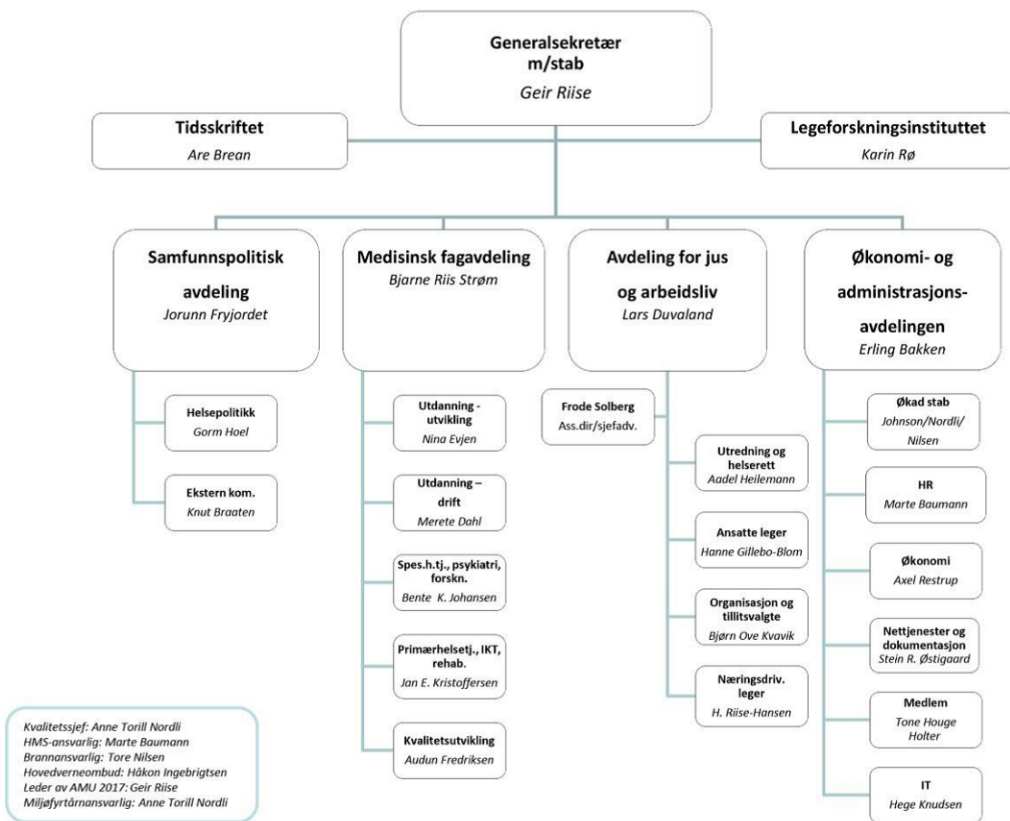
Legeforeningen (hovedforeningen) ble 9.2. 2014 sertifisert som miljøfyrtårnbedrift i henhold til bransjekrav for kontorvirksomheter. Sertifikatet er gyldig i tre år og skal fornyes innen 9. februar 2017. Årlig innleveres miljørapport som dokumenterer arbeid med miljøtiltak.

10.9 Sekretariatet

Per 31.12. 2016 var det 176 ansatte i Legeforeningen inkludert vikarer og prosjektmedarbeidere. Antall årsverk per 31.12. 2016 viser en økning på ca. ti årsverk sammenliknet med status per 31.12. 2015. (Sammenliknet med status per 3.12. 2014 er økningen åtte årsverk). Opptellingen av årsverk gir et situasjonsbilde per 31.12. hvert år, og er således ikke justert for tilfeldige svingninger gjennom året knyttet til antallet innleide vikarer ved permisjoner eller langtids sykefravær.

Den reelle økningen i årsverk utgjør 5,5 stillinger. Tre av disse er faste nyrekrutteringer innenfor juridiske tjenester med bakgrunn i landsstyrevedtak i 2016, mens 2,5 årsverk er eksternt finansierte og således uavhengige av kontingentinntekten. For øvrig er økningen knyttet til midlertidige stillinger ved foreldrepermisjoner og særskilt finansiert prosjektarbeid.

Den administrative ledelsen bestod i 2016 av generalsekretær og fire avdelingsdirektører. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt (LEFO) av instituttchefen. Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet i 2016 var 4,79 prosent. Legeforeningen er IA-bedrift.



VEDLEGG - ÅRSMELDINGEN 2016

1	REPRESENTASJON I FONDSSTYRER	3
1.1	Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	3
1.2	Utdanningsfond II - Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning.....	3
1.3	Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning.	3
1.4	Allmenntmedisinsk forskningsfond.....	3
1.5	Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.....	3
1.6	Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)	4
1.7	Premiereguleringsfondet.....	4
2	RÅD OG UTVALG	4
2.1	Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden	4
2.2	Spesialitetskomiteene.....	7
2.3	Spesialitetsrådet.....	7
2.4	Turnusrådet	7
2.5	Retts hjelp utvalget.....	8
2.6	Legeforeningens IT-utvalg.....	8
2.7	Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse	9
2.8	Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet).....	9
2.9	Legeforeningens utvalg for medisinsk og helsefaglig forskning (Forskningsutvalget Dnlf)	10
2.10	Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten	10
2.11	Psykioterapiutvalget 2014-17.....	10
2.12	Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse	11
2.13	Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens	12
2.14	Nettverk for leger med interesse for forbedringsarbeid, pasientsikkerhet og ledelse.....	12
2.15	Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger	12
2.16	Representasjon i Akademikernes organer.....	13

3	MEDLEMSDATA OG SPESIALISTGODKJENNINGER.....	15
3.1	Utvikling i medlemstall	15
3.1.1	Legemedlemmer og studentmedlemmer 2010 - 2016 per 31. desember:.....	15
3.1.2	Lokalforeninger.....	15
3.1.3	Yrkesforeninger	15
3.1.4	Fagmedisinske foreninger	16
3.1.5	Norsk medisinstudentforening - Nmf.....	16
3.2	Spesialistgodkjenninger i 2016	16
3.2.1	Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader	17
3.2.2	Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin	17
3.2.3	Kompetanseområde i allergologi	17
4	PROSJEKTER/ANNET	18
4.1	Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen	18
4.2	Frist meg inn i ledelse, kurs for kvinnelige leger i primærhelsetjenesten	22
4.3	Forbedringsprosjekt obstetrikk	22
4.4	Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger	22
4.5	Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer	22
4.6	Medlemstilbud	23
5	LEGEFORENINGENS MEDLEMSKAP I ANDRE ORGANISASJONER	23
5.1	Fagakademiet.....	23
5.2	Akademisk Studieforbund	24
5.3	Norsk legemiddelhåndbok (NLH)	24

1 Representasjon i fondsstyrer

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

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

Fondsutvalget har i 2016 bestått av: Ole Johan Bakke (leder), Helge Sigurd Haarstad, Bente Bjørnhaug Pedersen, Tone Dorthe Sletten, Tor-Arne Hagve og Kristin Kornelia Utne. Varamedlemmer: Arne Runde, Kirsten Toft, Kirsten Rokstad, Kirsti Ytrehus og Christopher Elnan Kvistad.

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

Sentralstyret er fondets styre. Et partssammensatt fondsutvalg forvalter anvendelsen av fondsmidlene. Fondsutvalget oppnevnes for en periode på fire år og består av fem medlemmer, hver med personlig varamedlem. Legeforeningen har leder og to representanter i utvalget, mens Helse- og omsorgsdepartementet og KS har en representant hver.

I 2016 har utvalget bestått av Ivar Halvorsen (leder), Marit Sæbø, Ernst Horgen, Svein Høegh-Henrichsen (HOD) og Anne Tøndevold (KS).

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

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

Fondsutvalget var i 2016 sammensatt slik: Siri Tau Ursin (leder), Heidi Johanne Espvik/Kristin Kornelia Utne, Helge Bjørnstad Pettersen, Eli Årnot (Spekter) og Gunnar Misvær (HOD).

1.4 Allmennmedisinsk forskningsfond

Fagrådet 2016: Ståle Onsgård Sagabråten, AF/NFA (leder), Linn Getz, AFE Trondheim (nestleder), Elise Klouman, AFE Tromsø, Stefan Hjörleifsson, UiB, Jørund Straand, UiO, Bente Prytz Mjølstad, NFA og Jens Søndergaard, Universitetet i Odense (internasjonal representant).

Styret 2016: Petter Brelin, NFA (leder), Kari Sollien, AF (nestleder), Erik Werner, NFA, Kirsti Malterud, AFE og Kjell Maartmann-Moe, HOD.

1.5 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondsutvalgets sammensetning 2016:

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

Oppnevnt av Helse- og omsorgsdepartementet: Hilde Skyvulstad, Helge Haarstad og Elisabeth Arntzen (varamedlem). Oppnevnt av KS: Sigrid Askum og Kari Rolstad (varamedlem).

1.6 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

SOPs styre har fem medlemmer. Styrets leder og tre medlemmer med personlige varamedlemmer velges av landsstyret. Arbeids- og inkluderingsdepartementet oppnevner ett styremedlem med varamedlem. I 2016 var styret sammensatt slik: Hans Kristian Bakke (leder), Truls Disen (nestleder), Arne Laudal Refsum og Anne Mathilde Hanstad. Anita Mølmesdal Sivertsen fra NAV var departementets representant i styret. Legeforeningens generalsekretær er ordningens forretningsfører.

1.7 Premieruleringsfondet

Styret i Premieruleringsfondet bestod i 2016 av Kari Sollien (leder), Nils Kristian Klev, Arne L. Refsum, Vibeke Birkeland og Vera Mahler (erstattet Terje Lycke fra 18.4. 2016).

2 Råd og utvalg

2.1 Rådet for legeetikk – virksomheten i perioden

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

Leder Svein Aarseth, allmennlege

Nestleder Karsten Hytten, praktiserende spesialist, dr. med.

Ellen Økland Blinkenberg, overlege

Gunnar Skipenes, bedriftsoverlege

Siri Brelin, overlege

Varamedlemmer

1. Ståle Clementsen – lege i spesialisering

2. Thore Andre Henrichsen – overlege

Spesialrådgiver/advokat Stine K. Tønsaker er Rådets sekretær. Rådet har i beretningsperioden avholdt seks møter og ferdigbehandlet 39 enkeltsaker.

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

Av de 39 sakene ble det for 22 ikke gjort vedtak etter Etiske regler for leger; fire ble vurdert å omhandle medisinskfaglige forhold som Rådet etter sitt mandat ikke behandler, sju saker ble vurdert å ligge utenfor Rådets mandat av andre årsaker. En sak var ikke klage på lege, og sju var rent juridiske og kunne ikke vurderes i lys av etiske regler. I tre av klagene var det åpenbart ikke brudd. Rådet har merket seg at det er et stort antall saker det ikke gjøres vedtak i, og må se på om det kan informeres tydeligere hva som er Rådets mandat og oppgave.

Etikken i estetikken

Legers bidrag i jakten på det gode, det skjønne og det sanne var tema for seminaret *Etikken i estetikken* 11. oktober.

Papirløses rettigheter

Sammen med Røde Kors og Helsesenter for papirløse migranter inviterte Rådet til kurs om papirløses rettigheter 10. oktober Målgruppen var ansatte og ledere i helsesektoren. I spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten: kurative og forebyggende tjenester, helsestasjonstjenester inklusiv svangerskapskontroll.

Publiserte artikler i perioden:

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

Svein Aarseth m/fl.; *Papirløse migranter og norske allmennleger*; Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:911-3

Svein Aarseth: *Barn i Norge som ikke har rett til behandling – finnes de?* Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:447

Karsten Hytten, *Legeetikk og ytringsfrihet*, Tidsskr Nor Legeforen 2016; 136:628-9

Omsorg nr 2 2016: Svein Aarseth og Siri Brelin Eutanasidebatten – sett fra Rådet for legeetikk

Ellen Annexstad, Lill-Sofie Ording Muller, Ingebjørg Fagerli og Svein Aarseth: *Et medisinsk skjelett i skapet*. Kronikk i VG, 4. januar 2016:

Rådets medlemmer har uttalt seg til pressen om bl.a. hårmineralanalyse (VG), fosterreduksjon (NRK og dansk TV2), om å hilse på pasienter i det offentlige rom (NRK Nordland.), offentlige ytringer med mer ytterliggående standpunkt og aldersbestemmelse av unge asylsøkere.

Øvrig aktivitet

Rådets leder har:

- sammen med Legeforeningens generalsekretær Geir Riise og spesialrådgiver Bjørn Oscar Hotvedt i sekretariatet representert foreningen i World Medical Association,,
- forelest om Etikk på tillitsvalgtkurs modul III og på Lederkurs,
- holdt innlegg på:
 - o verdighetskonferansen om aktiv dødshjelp og Legeforeningens syn.
 - o deltatt på seminar om legeetikk og presseetikk i regi av Redaktørforeningen, Norsk Journalistlag og Nordland legeforening.
 - o Senter for medisinsk etikk om papirløse migranter
 - o på Nyhetsmorgen om papirløses helserettigheter.

Rådet hadde informasjonsstand under Landsstyremøtet 2016.

Oppsummering av prinsipielt viktige saker

Aldersvurdering av asylsøkere

Problemstillingen ble først aktualisert igjen med kronikken «Et medisinsk skjelett i skapet», publisert i VG 3. januar 2016. I kronikken rettes søkelyset mot de metoder som benyttes for å bestemme unge asylsøkeres alder. Fra 2009 har undersøkelsen bestått av røntgen av tenner, røntgen av håndrot, enkelte helseopplysninger og påfølgende oppsummerende vurdering av barnelege. Fra november 2015 ble praksis endret slik at vurderingen kun skjer på grunnlag av røntgen håndrot. Metoden bygger på gamle data, og det er usikkerhet knuttet til resultatet, idet standard avvik for en 17-åring er angitt til hele 15 måneder.

Rådet for legeetikk, Den norske legeforenings utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse, Norsk barnelegeforening, Norsk radiologisk forening tilskrev Legeforeningen i denne forbindelse og bad dem om å minne om sentralstyrets vedtak fra 2010 om at leger ikke bør delta i aldersvurdering av mindreårige, enslige asylsøkere basert på røntgen av håndrot.

Legeforeningen sendte på denne bakgrunn brev til alle yrkesforeninger, og minnet medlemmene om vedtaket fra 2010. Rådet oppfordret yrkesforeningene til å gjøre brevet kjent for sine medlemmer.

Markedsføring

Private helsetjenester er et voksende marked, hvor konkurranse og inntjening preger og skaper et behov for å markedsføre tjenestene på en helt annen måte enn helsetjenester tradisjonelt har vært markedsført. Rådet får stadig flere klager på ulike former for markedsføring. Klagenes behandles etter Reglement for Rådet for legeetikk, og ender ofte med kritikk for brudd på reglene om markedsføring. Flere aktører har i sine uttalelser påpekt at det er "for tilfeldig" hvilke brudd Rådet får kjennskap til, slik at det rammer aktørene skjevt og at det er utfordrende å drive markedsføring på et privat marked i samsvar med Ethiske regler for leger.

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

Rådet har blitt stadig mer opptatt av at helsetjenester skal markedsføres på en nøktern måte og i overensstemmelse med Ethiske regler for leger og vil ha særlig fokus på dette også fremover. Rådet arrangerte i den forbindelse et seminar i 2015 om markedsføring av helsetjenester, og publiserte en artikkel om *medisin og marked* i Tidsskriftet^[1]. Vi fulgte opp med et seminar på Litteraturhuset høsten 2016, hvor temaet var i Etik i estetikken.

Markedsføring av estetisk plastikkirurgi er et tilbakevendende tema for Rådet for legeetikk. Vi har over tid behandlet en rekke enkeltsaker hvor vi har påpekt flere brudd, i tillegg til at vi har drøftet dette mer prinsipielt med flere aktører. Rådet opplever en utfordring med at det er mange eksempler på markedsføring i strid med Ethiske regler, og at vi dessverre ikke har kapasitet til å gjennomgå alle og konkretisere hva som på hver enkelt klinikk sine sider som bryter med kap. III. Rådet har derfor tatt initiativ ovenfor Legeforeningen sentralt, underforeninger og eksterne aktører for å se på muligheter for å følge opp dette mer overordnet.

Vi vil også se nærmere på muligheten for fravike regelen om anonymisering når det gjelder brudd på reglene for markedsføring.

Estetisk plastikkirurgi

Et felt som har utpekt seg i 2016, er estetisk plastikkirurgi. Både når det gjelder markedsføring av tjenestene, og utviklingen av tilbudet.

Særlig har vi i 2016 sett en økende grad av henvendelser og fokus på det etiske aspektet ved "intimkirurgi". Intimkirurgi ble tema på rådets seminar den 11.10. 2016 om "Etikken i estetikken", hvor bl.a. innleder jordmor Berit Fougner problematiserte intimkirurgi og flere estetiske plastikkirurger fremmet sitt syn. Det var også tema på Kirurgisk høstmøte den 28.10. 2016.

Rådet for legeetikk har fremmet dette som en etisk, medisinsk og juridisk problemstilling for Legeforeningen sentralt, og bedt om at det sees nærmere på problemstillingen.

^[1] <http://tidsskriftet.no/Innhold/Nyheter/2015/September/Medisin-og-marked>

2.2 Spesialitetskomiteene

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

Spesialitetskomiteene vurderte i 2016 rapporter fra 868 godkjente sykehusavdelinger (utdanningsinstitusjoner). I tillegg ble det vurdert et betydelig antall særskilte rapporter fra institusjoner som ikke i tilstrekkelig grad hadde dokumentert oppfyllelse av kravene i regelverket. Det ble gjennomført 66 besøk (audit) på godkjente utdanningsinstitusjoner. På grunn av spesialitetskomiteenes omfattende arbeid med læringsmål for del 2 og 3 i 2016, ble det gjennomført færre besøk enn i 2015. Det ble også behandlet 48 saker om godkjenning/endring av godkjenning som utdanningsinstitusjon og en rekke henvendelser fra utdanningsinstitusjonene.

2.3 Spesialitetsrådet

Spesialitetsrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Einar Klæboe Kristoffersen (leder) og Kathinka Meirik (nestleder), Hans Høvik, Bjørn Hilt (vara), Inger Sofie Samdal Vik, Ketil Arne Espnes (vara), Svein Rotevatn, Hanne Thürmer (vara), Tone Skeie-Jensen, Turid Thune (vara), Tom Glomsaker, Hebe Kvernmo (vara), Christer Mjåset og Kristin Kornelia Utne (vara), Terje Osnes, Trond Buanes (vara), Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, Eyvind Rødahl, Thomas Halvorsen (vara), Det medisinsk-odontologiske fakultet, Universitetet i Bergen, Erik Solligård, Petter Aadahl (vara), Det medisinske fakultet, NTNU, Øivind Irtun, Det helsevitenskapelige fakultet, Universitetet i Tromsø, Tove Hanche-Olsen, Norsk pasientforening, Sverre Harbo (observatør), Kristin Refsdal (vara), Helsedirektoratet, Heidi Merete Rudi (observatør), Hans Petter Næss (vara), Statens helsetilsyn. KS har ikke oppnevnt noen representant for perioden 2014 – 2017. Rådet hadde seks møter i 2016.

Ved siden av å ha sin oppmerksomhet på alle forhold av betydning for spesialistutdanningen, har rådets oppgave vært å avgj innstilling overfor sentralstyret i prinsipielle saker og i saker under forberedelse for landsstyret. Spesialitetsrådet har hatt møter med spesialitetskomiteene i anesthesiologi, indremedisin og klinisk nevrofysiologi i 2016. Temaene i disse møtene var blant annet problemområder og utfordringer for utdanningen i de respektive fagområder.

2.4 Turnusrådet

Turnusrådet har i perioden hatt slik sammensetning:

Anja Føg Heen (leder), Thomas Hagen Jensen (nestleder), Sarah Løvdahl (Nmf), Clara Bratholm (Ylf), Barbro Kvaal (LSA), Sidsel Andreassen (AF), Ulla Dorte Mathisen (Of), Øyvind Ellingsen (De medisinske fakulteter)

Varamedlemmer: Hanne Støre Valeur, Petter Risøe, Ole Johan Bakke, Mia Lie Petersen.

Fra turnusrådets mandat siteres bl.a. følgende:

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

Turnusrådet har i perioden hatt tre møter og behandlet 27 saker. Rådet har blant annet engasjert seg i spørsmålet om antall turnusstillinger, kvalitet i turnustjenesten, endringer i medisinstudiet i Polen, spørsmål om resttjeneste, arbeidet med læringsmål i Del 1 og Felles kompetansemoduler.

Det har i perioden vært saker knyttet til ansettelser i sykehus og i kommunehelsetjenesten, spørsmål om legevakt og antall vakter. Rådet har behandlet og kommentert ulike høringsforslag, blant annet læringsmål Del 1, Felles kompetansemoduler i ny spesialitetsstruktur og Prosjekt grunnutdanning av leger.

2.5 Rettshjelputvalget

Utvalget er oppnevnt av sentralstyret. Medlemmene består av oppnevnte leger fra de sju yrkesforeningene samt ett medlem fra Norsk medisinstudentforening. I 2016 besto utvalget av Fridtjov Riddervold (leder), Åge Henning Andersen, Helle Birgit Laier, Anne Helen Hansen, Anna Midelfart, Tonje Tvinnereim, Fredrik Svenskerud og Torunn Forbord. Sjefadvokat Frode Solberg var utvalgets sekretær, og advokat Synne Bjørvik Staalen var saksforbereder. Sekretariatet besto ellers av sekretær Ragni Skille Berger.

2.6 Legeforeningens IT-utvalg

Fra utvalgets mandat siteres:

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

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

Utvalget har i 2016 hatt to møter, i tillegg til omfattende kontakt per e-post på enkeltsaker. Utvalget har avgitt flere høringsuttalelser til Legeforeningen; Høring om kritisk informasjon, Høring om tjenestebasert adressering, Høring om strategi- og handlingsplan.

I tillegg har IT-utvalget drøftet pr. e-post E-helsekort for gravide, Felles legemiddelliste, Helseplattformen, *Én innbygger - én journal* og EPJ-løftet. Flere av medlemmene har deltatt på e-helsekonferanser som eHelse 2016 (Dataforeningen) og eHiN (IKT-Norge).

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

IT-utvalgets Petter Hurlen er også Legeforeningens representant i styret for Norm for informasjonssikkerhet i helse-, omsorgs- og sosialsektoren og har deltatt på styremøter for Normen. Egil Johannesen er representant i Endringsråd for e-resept og i Arbeidsgruppe for felles legemiddelliste, sistnevnte med Linn Brandt. Morten Laudal er Legeforeningens

representant i NUIT (Prioriteringsutvalget). Sekretariatet har hjulpet til med saksforberedelser til disse møtene.

Utvalgsmedlemmer i 2016: Linn Brandt (konstituer leder), Jon Hardie, Petter Hurlen, Morten Laudal, Jan Sigurd Røtnes, Jan Størmer og Egil Johannesen.

2.7 Legeforeningens utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse

Legeforeningens utvalg menneskerettigheter, klima og global helse som har bestått av Margit Steinholt (leder), Ruth Abraham, Ellen Johanne Annexstad, Ingebjørn Bleidvin (permisjon), Hilde Marie Engjom, Barbro Kvaal og Knut Erling Moksnes fikk forlenget sitt mandat til juni 2016.

Utvalget har i perioden hatt to møter.

Knut Erling Moksnes deltok på klimatoppmøtet i Paris som ble holdt i desember 2015. Erfaringene fra konferansen er publisert i Legeforeningens tidsskrift nr. 3 2016. Verdens legeforening arrangerte et symposium om War, migration and health i Istanbul 26. – 27.2. 2016. Flyktnings situasjonen i Europa var en sentral del av programmet. Barbro Kvaal representerte Legeforeningen på symposiet med innlegg og deltakelse i et panel om flyktnings situasjonen i Norge.

Andre saker utvalget har engasjert seg i er blant annet flyktnings situasjonen på Storskog. Utvalget sluttførte arbeidet med policynotat om global mental helse som nå er publisert på Legeforeningens nettsider.

Sentralstyret besluttet i møte i november 2016 å legge ned utvalget og omorganisere dette arbeidet. Legeforeningen opprettet i 1991 utvalg for menneskerettigheter. Senere ble utvalg for klimaendringer og utvalg for global helse opprettet. Selv om utvalgene hadde ulike mandat, var det også noen overlappende arbeidsområder som for eksempel retten til helse. Sentralstyret besluttet å slå sammen utvalgene til ett utvalg for menneskerettigheter, klima og global helse. Utvalgene har gitt viktige bidrag til å utforme Legeforeningens standpunkter på en rekke områder.

Menneskerettigheter, klima og global helse vil fortsatt være et prioritert område. Sentralstyret er opptatt av å utnytte Legeforeningens samlede engasjement på en best mulig måte. De fagmedisinske foreningene har de siste årene fått en større betydning i Legeforeningens virksomhet. Sammen med yrkesforeningene har de et bredt internasjonalt engasjement og bidrar aktivt i utformingen av Legeforeningens politikk på ulike områder. Disse foreningene vil kunne åpne opp for en bredere tilnærming enn et eget utvalg med bredt mandat.

Retten til helse slik den er nedfelt i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, danner grunnlaget for Legeforeningens engasjement for menneskerettigheter. Sentralstyret ser at det kan være nyttig å ha et fast utvalg for utforme Legeforeningens synspunkter på disse temaene. Et fast utvalg som arbeider over tid, vil utvikle viktig kompetanse, men mandatet for utvalget ble for bredt. En mulighet er å opprette et utvalg med et snevrere mandat for å ivareta Legeforeningens arbeid med menneskerettigheter.

2.8 Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen (PKO-rådet)

Praksiskonsulentordningen er forankret i rammeavtale mellom de regionale helseforetakene og Den norske legeforening. Legeforeningens råd for praksiskonsulentordningen ble i 2011 etablert som sentralstyrets rådgivende organ i saker som angår praksiskonsulentordningen.

PKO- rådet hadde i 2016 denne sammensetningen: Torgeir Hoff Skavøy (leder), Kirsten Rokstad, Hans Henrik Strøm, Ole Johan Bakke, Sverre Sand, Lars Kåre Selland Kleppe, Morten Engzelius, Harald Hauge. Rådet hadde over tid arbeidet med rådets rolle i videreutvikling av praksiskonsulentordningen, og i forbindelse med sentralstyrets gjennomgang av alle sine råd og utvalg anbefalte PKO-rådet seg selv nedlagt i 2015. Rådet hadde ingen aktivitet i 2016. Sentralstyret vedtok avvikling i sitt møte 14.juni 2016.

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

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

Utvalget har i perioden hatt følgende sammensetning: Kirsti Ytrehus (leder), Christopher Elnan Kvistad, Eyvind J. Paulssen, Asbjørn Årøen, Andreas Wahl Blomqvist, Elise Klouman, Helen Brandstorp, Eva Gerts og Berit Schei. Våren 2016 meldte NFAs representant Elise Klouman at hun ikke ønsket å fortsette sitt verv, sentralstyret oppnevnte i august Helen Brandstorp som ny representant fra NFA. Nmfs representant Andreas Wahl Blomqvist meldte at han avslutter sitt verv f.o.m januar 2017, da han ikke lengre er student. Nmf har foreslått Helene Kolstad Skovdahl som ny representant fra Nmf.

Utvalget avholdt tre ordinære møter. Forskningsutvalget har behandlet 20 saker i 2016. Sentralstyret godkjente i desember 2015 Legeforeningens rapport om forskningsfinansiering. Rapporten ble publisert i januar 2016. Hovedsaken i 2016 har vært å revidere Legeforeningens forskningspolitiske strategi. Andre viktige saker har vært forskningens plass i grunnutdanningen, forskningsutvalgets samarbeid med LVS (leger i vitenskapelige stillinger) og deres felles mål om å styrke forskning og undervisning. Utvalget har også gitt innspill til flere høringer.

2.10 Legeforeningens utvalg for kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten

Sentralstyret hadde høsten 2015 bedt sekretariatet om en gjennomgang av alle eksisterende råd og utvalg i Legeforeningen. Av hensyn til utredningsprosessen måtte råd og utvalg med virketid ut 2015 videreføres ut juni 2016, og samtlige medlemmer av dette utvalget sa seg villige til å fortsette i denne perioden.

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

Utvalget hadde to regulære møter i 2016. Utvalget har innstilt kandidater til Legeforeningens to kvalitetspriser som deles ut på landsstyremøtet, og har kommet med høringsinnspill til Legeforeningen. Utvalget har samarbeidet med Overlegeforeningen om å lage et nettverk for legeledere som er engasjert i kvalitetsforbedring. Hans-Petter Næss og Tonje Elisabeth Hansen er medlem av Pasientsikkerhetsprogrammets fagråd.

2.11 Psykoterapiutvalget 2014-17

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

Som del av spesialistutdanningen i psykiatri kreves minst tre års godkjent veiledning i psykoterapi. Denne veiledningen av leger i spesialisering gis av psykiatere som er godkjente veiledere i psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi eller gruppepsykoterapi.

Psykoterapiutvalget er oppnevnt av sentralstyret og skal avgi uttalelse (innstille til godkjenning) søknader om godkjenning som veileder i psykoterapi (enten psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi eller gruppepsykoterapi). Utvalget gir midlertidig dispensasjon for veiledere som ikke er ferdig med sin veilederutdanning og behandler søknader om dispensasjon fra reglene om psykoterapiveilederutdanning (leger i veilederutdanning).

Utvalget overvåker alle forhold som vedrører psykoterapiveiledningen og skal 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. Utvalget har i 2016 avholdt sju ordinære møter og et todagers fag-/arbeidsseminar.

2.12 Kollegial støtte for leger – Utvalg for legehelse

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

For perioden 1.1. 2012 – 31.12. 2015 består utvalget av følgende medlemmer: Øystein Melbø Christiansen (leder), Finn Nilsson, Stein Nilsen, Christina Drewes og Nina Helene Ingebrigtsen.

Tone Houge Holter i Legeforeningens sekretariat er sekretær for utvalget. Legeforeningens helse- og omsorgstilbud består av fylkesvise kollegiale støtteordninger samt Ressurscenteret Villa Sana på Modum Bad.

Støttekollegaordningen er godt etablert i alle landets fylker. Hvert år tar i snitt 6-7 leger i hvert fylke kontakt med ordningen, og disse har i snitt to samtaler hver med en støttekollega. Problemer på jobb, i familie og psykiske problemer oppgis som hovedårsak til at de søker hjelp. I tillegg til at leger som har problemer selv tar kontakt med støttekollegaordningen, kan både pårørende, kolleger eller også støttekollegaen selv være den som tar første initiativ til et møte. Legeforeningens sekretariat kan også være bindeledd mellom en lege som har behov for noen å snakke med og støttekollegaordningen.

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

Utvalg for legehelse har hatt fire møter i løpet av 2015, i tillegg til Årssamlingen som hvert år arrangeres på Soria Moria. Konkretisering og forventningsavklaring av avdelingsleder - og støttekollegarollen har vært et viktig tema på utvalgets møter gjennom 2015, og har resultert i

et informasjonsdokument som oppsummerer bakgrunnen for opprettelsen av ordningen, og beskriver hvordan ordningen skal fungere. Dette dokumentet vil bli et viktig arbeidsverktøy for alle nye og «gamle» støttekolleger og avdelingsledere, og vil bli sendt ut våren 2016. Søknader til Legeforeningens legat for leger og deres etterlatte som har kommet i uforskyldt nød ble behandlet på årets siste møte i november etter utlysning av midlene i august. Det kom i 2015 kun en søknad om midler fra legatet, men utvalget fant ikke grunnlag for å innvilge denne.

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

2.13 Kompetansegruppe for forebygging av antibiotikaresistens

Gruppen ble vedtatt opprettet høsten 2014 som en prøveordning for 2015. Sentralstyret vedtok i juni 2016 at gruppen skal videreføres, og ga høsten 2016 gruppen et oppdatert mandat. Gruppen har følgende medlemmer: Iren Høyland Röhr (leder), Morten Lindbæk, Per Espen Akselsen, Ingun Heiene Tveterås og Eivind Witsø.

Gruppen skal ha oppmerksomhet på resistenssituasjonen generelt og på myndighetenes planer og tiltak spesielt, og gi råd om hvordan Legeforeningen bør forholde seg til disse. Representanter fra gruppen har deltatt i møter om den nasjonale handlingsplanen mot antibiotikaresistens.

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

Nettverket, som ble etablert ved Legeforeningens konferanse "Enkelt og håndterlig - forbedringsarbeid i praksis" i september 2015, har som formål å være et forum for gjensidig erfaringsutveksling og inspirasjon, samt å bidra til at leger med nevnte interesser får økt kompetanse innen forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.

Nettverket hadde i mesteparten av 2016 et interimsstyre som bestod av Jon Helle (leder), Ellen Deilkås, Martin Paulson og Sissel Hjelle. Interimsstyret planla konferansen "Enkelt og håndterlig 2", som ble gjennomført i november 2016 (jfr. pkt. 3.4.2 i Årsmeldingen).

Ved konferansen i 2016 ble det valgt et nytt styre som består av Lisbeth Sommervoll (leder), Ellen Deilkås, Sirin Johansen, Morten Pytte, Olav Røise og Eirik Søfteland. Nettverket hadde 48 medlemmer ved utgangen av 2016.

2.15 Forhandlingsutvalgene for fastlønte leger

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

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

Spekter

Forhandlingsutvalget for Spekter har i 2016 bestått av president Marit Hermansen, Jon Helle, Christian Grimsgaard, Christer Mjåset og Anja Fog Heen.

Varamedlemmer: Turid J. Thune, Kjetil Andreas Karlsen og Torstein Schrøder-Aasen, Christopher Elnan Kvistad. Observatør Af: Kari Sollien, Observatørvara Af: Kirsten Skinlo Rokstad, Observatør LVS: Espen S. Kristoffersen, Observatørvara LVS: Tiina Rekand. Observatør Nmf: Ida Tylleskär og Anne Sandvik.

Virke

Forhandlingsutvalget for Virke har i 2016 bestått av president Marit Hermansen, Jon Helle, OF, Albert Bolstad, OF, Christer Mjåset, YLF og Anja Fog Heen, YLF. Varamedlemmer Cristina Spada, Jesper Blomquist og Ragnhild Eide Skogseth.

KS/Oslo kommune

Forhandlingsutvalget for KS/Oslo kommune har i 2016 bestått av president Marit Hermansen, Kari Sollien, Christer Mjåset og Marit Kamøy. Varamedlemmer: Tom Ole Øren og Anja Fog Heen. Observatør Nmf: Vivian S. Amundsen, varaobservatør Knut Lien.

Stat

Forhandlingsutvalget i Stat har i 2016 bestått av:

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

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

Tariffutvalget

Tariffutvalg for privat praksis har i 2016 bestått av president Marit Hermansen (leder), Kari Sollien (nestleder), Tom Ole Øren (Af), Nils Kristian Klev (Af), Sverre Dølvik (PSL), Even Holt (PSL) og Ole Johan Bakke (LSA).

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

2.16 Representasjon i Akademikernes organer

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

Akademikerne helse

Forhandlingene av overenskomst og hovedavtale for sykehusene skjer i regi av Akademikerne helse. President Marit Hermansen er nestleder i Akademikerne helse.

Legeforeningen var representert med medlemmene Jon Helle og Christer Mjåset og fra sekretariatet møtte forhandlingssjef Hanne Gillebo-Blom, seksjonssjef Bjørn Ove Ekern

Kvavik, spesialrådgiver Kristin Krogvold og rådgiver Henrik Leinonen-Skomedal. Leinonen-Skomedal gikk ut av utvalget 1.7. 2016. Avdelingsdirektør

Akademikerne Stat

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør, hovedavtale og sentrale særavtaler for leger i staten (ikke helseforetak) skjer i regi av Akademikerne-Stat. Spesialrådgiver/advokat Bente A. Kvamme, i JA-avdelingen, var i 2016 Legeforeningens medlem i Akademikerne-Stat. Det var i 2016 ingen vara etter at Henrik Leinonen-Skomedal sluttet.

Akademikerne Kommune

Forhandlingene av hovedoppgjør, mellomoppgjør og hovedavtale for leger i kommunale virksomheter skjer i regi av Akademikerne Kommune. Legeforeningen har i 2016 vært representert ved Kari Sollien, AF og Pål Alm-Kruse, sekretariatet, som observatør. Fra og med 1. november 2016 har Legeforeningen vært representert ved Pål Alm-Kruse, sekretariatet og Espen Slettmyr, sekretariatet som observatør.

Akademikerne Næringsdrivende

Rammevilkår for næringsdrivende i Akademikerne drøftes i Akademikerne Næringsdrivende. I rådsperioden 2014-16 var Legeforeningen representert først ved Lars Duvaland, sekretariatet, som leder av utvalget, og møtende medlem Kari Sollien, Af. Dette ble endret i forbindelse med ny rådsperiode fra oktober 2016. Lars Duvaland stilte ikke til gjenvalg. Han gikk ut av utvalget og ble erstattet av Ida Øygard Haavardsholm fra sekretariatet. Kirsten Rokstad (af) overtok for Kari Sollien. Haavardsholm ble utvalgssekretær.

Akademikerne Privat

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

3 Medlemsdata og spesialistgodkjenninger

Per 31.12. 2016 var omlag 95,6 prosent av legene under 67 år i Norge medlemmer av Legeforeningen. Dette er en litt lavere andel medlemmer enn ellers i løpet av året, fordi sekretariatet hvert år gjennomfører et stort antall utmeldinger pga. manglende kontingentbetaling gjennom året, med virkningsdato før årsskiftet.

Det ser ut til at andelen av alle leger i Norge som er medlemmer av Legeforeningen er svært stabil, mens andelen medlemmer blant medisinstudentene i Polen er synkende. Ellers holder andelen medlemmer seg nokså stabilt også blant medisinstudentene, men på et langt lavere nivå enn for legene, og vesentlig lavere i utlandet enn i Norge. I løpet av 2016 har imidlertid medlemsopplutningen økt noe blant medisinstudentene samlet sett.

Per 31.12. 2016 var det totale antallet medlemmer i Legeforeningen 33 412, (16 176 kvinner og 17 236 menn). Tallet inkluderer 4 419 studentmedlemmer (2 923 kvinner og 1 496 menn). I løpet av 2016 er 121 medlemmer avgått ved døden. En historisk oversikt over avdøde medlemmer år for år fordelt på yrkesforening finnes på Legeforeningens nettsider:

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre/emner/Legestatistikk/Medlemsstatistikk/Yrkesforeninger/>

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 49,9 prosent godkjente spesialister. En økende andel av de utenlandske statsborgerne er godkjente spesialister (58,5 prosent), mens denne andelen er synkende blant norske statsborgere (48,2 prosent).

3.1 Utvikling i medlemstall

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

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

3.1.2 Lokalforeninger

Per 31.12. 2016 hadde de 19 lokalforeningene til sammen 28 640 medlemmer, mens antallet var 27 665 per 31.12. 2015. Oslo legeforening var den største lokalforeningen med 6 271 medlemmer.

3.1.3 Yrkesforeninger

Per 31.12. 2016 hadde de sju yrkesforeningene til sammen 28 988 ordinære medlemskap og 312 assosierte medlemskap, mens antallet var 28 013 ordinære medlemskap og 312 assosierte

medlemskap per 31.12. 2015. Norsk overlegeforening hadde fortsatt flest medlemmer totalt med 9 564 ordinære medlemmer, mot 9 503 ordinære medlemmer i Yngre legers forening, men Yngre legers forening har allerede i flere år hatt langt flere yrkesaktive ordinære medlemmer under 70 år enn Norsk overlegeforening.

3.1.4 Fagmedisinske foreninger

Per 31.12. 2016 hadde de 45 fagmedisinske foreningene til sammen 28 458 ordinære medlemskap, fordelt på 25 082 unike medlemmer. Antallet medlemskap inkluderer ordinære dobbeltmedlemskap i fagmedisinsk forening for medlemmer innen kirurgiske og indremedisinske grenspesialiteter som har ett ordinært medlemskap for hovedspesialiteten og ett ordinært medlemskap for grenspesialiteten. I tillegg kommer 1 595 assosierte medlemskap i fagmedisinske foreninger, som er medlemskap som kommer i tillegg til de ordinære medlemskapene. 3 912 legemedlemmer mangler ordinært medlemskap i fagmedisinsk forening, herav 2 923 medlemmer i Yngre legers forening. Dette skyldes hovedsakelig manglende registrering av aktivt arbeidsforhold og/eller manglende opplysninger om spesialitet som disse medlemmene kan knyttes til.

Tilsvarende medlemstall per 31.12. 2015 var 27 324 ordinære medlemskap, fordelt på 24 378 unike medlemmer og 1 543 assosierte medlemskap.

Oppdatert og detaljert medlemsstatistikk både for Legeforeningen og for hver enkelt underforening av alle typer (også spesialforeninger) finnes på

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

3.1.5 Norsk medisinstudentforening - Nmf

Per 31.12. 2016 hadde Nmf 4 421 medlemmer, hvorav 1 496 studerte medisin ved utenlandske universiteter. Per 31.12. 2015 hadde Nmf 4 193 medlemmer, hvorav 1 416 studerte medisin ved utenlandske universiteter.

Det ble i 2016 innmeldt 578 nye medlemmer i Norge og totalt 386 nye medlemmer i utlandet; 135 nye i Polen og 98 i Ungarn. Tallene for nye innmeldinger i 2016 inkluderer bare medlemmer per 31.12. 2016 og derfor blant annet ikke 15 Nmf-medlemmer som er blitt innmeldt i 2016, men utmeldt ved årsskiftet pga. manglende kontingentbetaling i løpet av året. Det ble i 2015 innmeldt 554 nye medlemmer i Norge og totalt 438 nye medlemmer i utlandet; 138 nye i Polen og 128 i Ungarn. Det ble i 2014 innmeldt 566 nye medlemmer i Norge og totalt 330 nye medlemmer i utlandet; 122 nye i Polen og 110 i Ungarn.

Totalt er 134 Nmf-medlemmer blitt utmeldt ved årsskiftet pga. manglende kontingentbetaling i løpet av 2016, herav 75 i Norge og 59 i utlandet, 19 i Ungarn og 17 i Polen. Tilsvarende tall for 2015 var 209, hvorav 54 kom tilbake som Nmf-medlemmer i løpet av 2016.

Oppdatert medlemsstatistikk for medisinstudenter finnes Legeforeningens nettsider:

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

3.2 Spesialistgodkjenninger i 2016

Se statistikk over godkjente spesialister på Legeforeningens nettsider, her:

<https://legeforeningen.no/Emner/Andre-emner/Legestatistikk/Spesialister/> Historisk oversikt over antallet nye spesialistgodkjenninger år for år 1951- 2016 finnes her:

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

3.2.1 Sakkyndigvurdering av spesialistgodkjenningssøknader

I 2016 mottok Legeforeningen 347 antall anmodninger om sakkyndigvurderinger fordelt på 39 spesialiteter. Legeforeningen mottok flest anmodninger i rus- og avhengighetsmedisin (49), radiologi (44) og allmennmedisin (totalt 40). Grunnen til at omfanget ble så stort innen rus- og avhengighetsmedisin er fordi denne spesialiteten hadde overgangsregler knyttet til etableringen av spesialiteten frem til 30. november 2016. Innen radiologi ønsker Helsedirektoratet spesielt vurdering av sjekklister/attestasjonsskjema over gjennomførte praktiske ferdigheter. Legeforeningen har siden 2011 jevnt over mottatt mange anmodninger i allmennmedisin da disse gjelder både spesialistgodkjenninger (27) og resertifiseringer (13) av godkjenningen i spesialiteten.

Det er likevel noen spesialiteter som Helsedirektoratet ikke ser behov for faglig bistand i, disse blir ikke sendt til Legeforeningen for sakkyndigvurdering. Dette gjelder blant annet spesialiteten endokrinologi, revmatologi og medisinsk mikrobiologi.

Sekretariatet har invitert spesialistgodkjenningsteamet i Helsedirektoratet til møter med flere spesialitetskomiteer. Dette har ført til et tettere samarbeid og bedre dialog mellom partene. Resultatet er flere anmodninger om rådgivende uttalelse, særlig i gastroenterologisk kirurgi (18), anesthesiologi (14), psykiatri (22), barne- og ungdomspsykiatri (30), generell kirurgi (29). I 2016 har Legeforeningen gitt sakkyndig bistand i fagområdelisenser og vurdering av tjeneste. Dette gjelder spesielt innen radiologi hvor spesialist i faget har tjeneste og utdanning utenfor EØS. Fagområdelisens er begrenset til stilling, arbeidssted og fagområde og gis kun for en begrenset periode.

3.2.2 Kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin

Sakkyndig komité har i 2016 hatt to møter og godkjent 56 kurs. To leger ble godkjent i kompetanseområdet av sentralstyret i 2016. Per desember 2016 er 29 leger godkjent i kompetanseområdet.

Fondsutvalget vedtok 4.3. 2015 å opprette en ettårig prosjektstilling (15-20 prosent) som nasjonal kurskoordinator for å bygge opp et nasjonalt kurstilbud innen kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin. Bakgrunnen for dette var at kurstilbudet innen alders- og sykehjemsmedisin er svært tilfeldig og det var ikke gjort noe helhetlig arbeid med kurstilbudet innen dette fagområdet. Det er svært ujevn fordeling av tema som dekkes og også geografisk spredning. Sakkyndigkomite i alders- og sykehjemsmedisin ønsket derfor å opprette en stilling med ansvar for å bygge opp et kvalitetsmessig godt kurstilbud, og som kan jobbe inn mot de aktuelle fagmiljøene for å få et robust kurstilbud som dekker de viktigste og meste sentrale emnene, som skissert i kravene til kompetanseområdet.

Kurskoordinatoren Kjellaug Enoksen startet 1.4. 2016 og har sett på mulige samarbeidspartnere både som teknisk arrangør og framtidig kursledelse/ansvar for kurs.

3.2.3 Kompetanseområde i allergologi

Sakkyndig komité har i 2016 hatt fire møter og godkjent to kurs i kompetanseområdet i allergologi. Seks leger ble godkjent i kompetanseområdet av sentralstyret i 2016. Per desember 2016 er det godkjent 86 leger i kompetanseområdet.

4 Prosjekter/Annet

4.1 Oversikt over høringsuttalelser fra Legeforeningen

	HØRINGER - 2016
1	Høring – Kapasitetstilpasninger i Oslo og Akershus sykehusområder
2	Høring - forslag til ny forskrift om vannforsyning og drikkevann
3	Høring - Krav til tjenestebasert adressering og identifikatorer ved elektronisk samhandling
4	Høring - NOU 2016: 1 Arbeidstidsutvalget
5	Høring - Landsstyresak - Opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin
6	Høring – Forskrift om farmakogenetiske undersøkelser
7	Høring – Etterutdanning av overleger og spesialister - Rapport
8	Høring om endringer i forskrift om tvisteløsningsnemnda etter arbeidsmiljøloven
9	Policynotat om mental global helse
10	Høring – prosjekt grunnutdanning: Grunnutdanning av leger – utvikling og harmonisering.
11	Høring: Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon 0-5 år og felles innholdsdel for de tre tjenesteområdene helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom
12	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for røykeavvenning hos fastlegen
13	Invitasjon til å fremme kandidater til Akademikerprisen 2016
14	Forslag om endring av funksjonsperiode for organisasjonsledd i Legeforeningen - landsstyresak trekkes
15	Høring - Landsstyresak – utvalgsrapport – Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier - intern høring
16	Høring – NOU 2016: 3 Ved et vendepunkt – Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi
17	Innspill til stortingsmelding om kvalitet i høyere utdanning
18	Intern høring - Landsstyresak - Juridisk bistandsprosjekt III
19	Nasjonal faglig retningslinje for diabetes
20	Intern høring - Lovendringsforslag – Legeforeningens lover § 3-8 Regionutvalg
21	Høring - ambulanseflytjenesten 2019 til 2030
22	Høring – Opplæringstiltak for medisinsk koding i regi av Direktoratet for e-helse–Prioritering av tiltakene
23	Høring - Nasjonal standard for transport av syke nyfødte i luftambulansetjenesten
24	Høring - Helse Nords utviklingsplan for psykisk helsevern og TSB for perioden 2016-2025.
25	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for utredning og oppfølging av hørsel hos små barn (0–3 år).
26	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for screening av hørsel hos nyfødte

27	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for utredning og behandling av TMD (tyggemuskulatur- og kjeveleddsplager).
28	Høring - Mulig omlegging fra takst til ISF for poliklinisk psykisk helsevern (PHV) og TSB fra 2017
29	Høring - Nasjonal strategi for persontilpasset medisin i helsetjenesten
30	Høring - Ny legespesialitet knyttet til akuttmottakene i sykehus
31	Høring - Innspill til handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)
32	Høring- forslag til ny lov om statens ansatte
33	Høring av forskriftsendringer for innføring av opphenningsprogram for HPV-vaksinen
34	Invitasjon til høring - Ny Nasjonal veileder for håndhygiene
35	Høring IHE XDS profil for metadata
36	Høring - Nasjonal veileder for helsetjenestens organisering av skadested
37	Høring - Utvalg om innvandringens konsekvenser: invitasjon til skriftlige innspill
38	Høring - endringer i kjernejournal- og reseptformidlerforskriftene
39	Høring - endringer i EØS-forskriften om godkjenning av helsepersonell - gjennomføring av endringer i EUs yrkeskvalifikasjonsdirektiv
40	Invitasjon til høring - Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsdiabetes
41	Høring - oppfølging av forslag i Primærhelsetjenestemeldingen og Oppgavemeldingen mv
42	Høring – gjennomføring av EU-forordning nr. 536/2014 om klinisk utprøving av legemidler til mennesker
43	Høring – Forslag til endring i forskrift om salær til advokater mv
44	Høring - forskrift om legemiddelgjennomgang i sykehjem
45	Høring - Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten
46	Høring - Forslag til selvdeklareringsordning for mobile helseapplikasjoner
47	Høring - Veileder for kommunale frisklivssentraler
48	Høring - innføring av automatisk frikort for egenandelstak 2 og avvikling av sykdomslisten i fysioterapiordningen m.m
49	Høring – forslag til endringer i arbeidsmiljølovens regler om varsling
50	Høring - Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)
51	Høring - forskrift om betaling frå pasientar for poliklinisk helsehjelp i spesialisthelsetenesta
52	Høring - forslag til endringer i knockoutforskriften
53	Høring - forslag til endringer i arbeidsmiljøforskriftene
54	Skriftlige innspill til rapport vedrørende "Oppfølging av legemiddelmeldingen - utredning av spørsmål knyttet til vaksiner og vaksinasjon"

55	Høring - Læringsmål i ny spesialistutdanning for leger: Felles kompetansemøduler, del 1-3
56	Læringsmål i ny spesialistutdanning for leger: De kliniske fagene i del 1
57	Høring - Forslag til revidert strålevernforskrift
58	Høring om forslag til endringer i tobakksforskriftene og ny forskrift om elektroniske sigaretter
59	Høring - forslag om endringer i tobakksskadeloven
60	Høring om forslag til endringer i trygderegelverket i lys av asylsøkersituasjonen
61	Høring - Forslag til lov om informasjonstilgang, taushetsplikt m.v. for Statens helsetilsyn ved gjennomgang av et utvalg saker om akutt plassering og omsorgsovertakelse etter barnevernloven
62	Høring om forslag til endringer i arbeidsavklaringspenger
63	Høring - Nasjonalt datasett for ambulansetjenesten
64	Høring - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av skjoldbruskkjertelkreft
65	Høring - Nasjonale retningslinjer for åpen tilgang til forskningsresultater
66	Høring - Mandat faglige referansegrupper for nasjonale helsefaglige kodeverk
67	Høring - Utredning av fylkesmannens fremtidige struktur og størrelse
68	Høring - krav om at leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er spesialister i allmenntidisin eller under spesialisering
69	Høring - Endring i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter - Innføring av betalingsplikt for utskrivningsklare pasienter i psykisk helsevern og TSB
70	Høring - Nasjonal kunnskapsbasert fagprosedyre "Etablering og drift av et system for tidlig oppdagelse og systematisk oppfølging av pasienter med forverret tilstand på sengepost
71	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT
72	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten
73	Høring - Endring i personopplysningsforskriften
74	Høring - Nasjonale retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med Menières sykdom
75	Høring - Helseforetakenes rutine for å behandle prisinformasjon ved kjøp av legemidler underlagt regelverket for offentlige anskaffelser.
76	Høring - Ambulanseflytjenester 2019 - Innspill til kravspesifikasjon
77	Høring - Nasjonal ordning for oppbevaring av pasientjournaler ved overdragelse og opphør av virksomhet
78	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for spiseforstyrrelser

79	Høring – Retningslinjer til utelukkelse etter straffegjennomføringsloven § 37
80	Høring – Barn sin rett til medverknad og medråderett etter pasient- og brukarrettslova, helsepersonell si ivaretaking av barn som pårørende og etterlatne, diverse andre endringar i helsepersonellova m.m.
81	Høring - Endringer i opplysningsplikten til barnevernet og ny opplysningsplikt til barnevernet ved tilbakeholdelse av gravide rusmiddelavhengige.
82	Høring - Kunnskapsbasert retningslinje om epilepsi
83	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for håndtering av CBRNE-hendelser med personskade
84	Høring - "Effektivisering av håndhevingen på diskrimineringsområdet"
85	Høring - utkast til Nasjonal faglig retningslinje om demens
86	Høring – NOU 2016: 13 Samvittighetsfrihet i arbeidslivet
87	Høring NOU 2016: 16 Ny barnevernslov
88	Høring - Norsk indeks for medisinsk nødhjelp-utgave 4
89	Høring - Endringer i arbeidsmiljølovens regler om kveldsarbeid og i virkeområdet for medleverforskriften
90	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for diagnostikk, attack- og sykdomsmodulerende behandling av multippel sklerose
91	Høring - Vekt på forskningskvalitet En mulig utvidelse av publiseringsindikatoren med en siteringsindikator
92	Helsedatautvalget
93	Høring - Revidering av Nasjonal plan for fagskoleutdanning i administrasjon - Nasjonalt utvalg for fagskoleutdanning i helse- og oppvekstfag.
94	Invitasjon til å gi innspill - utkast til rundskriv om kompetansebasert modell i psykisk helsevern
95	Høring - NOU 2016:17 På lik linje. Åtte løft for å realisere grunnleggende rettigheter for personer med utviklingshemming
96	Høring - Oppheving av kravet om henvisning for å få rett til stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos fysioterapeut
97	Høring - NOU 2016:25 Organisering og styring av spesialisthelsetjenesten
98	Høring - Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av analcancer
99	Høring - Forslag til hjemler i husbankloven for behandling av personopplysninger
100	Høring - Nasjonal faglig retningslinje for forebygging av hjerte- og karsykdom
101	Høring – Forslag til forskrift om behandlingsreiser til utlandet
102	Høring - Forslag til endringer i spesialisthelsetjenesteloven § 4-1 (godkjenning av virksomhet og helsetjenester i spesialisthelsetjenesten)

4.2 *Frist meg inn i ledelse, kurs for kvinnelige leger i primærhelsetjenesten*

Kurset har vært gjennomført som et samarbeid mellom Legeforeningen og KS siden 2010. Kull 5 gjennomførte de siste to samlingene primo 2016. Søkningen til kurset hadde vært avtagende over flere år, og kull 5 ble avviklet med bare 17 av 30 plasser fylt opp etter omfattende markedsføring av tilbudet. I samråd med KS ble kurset derfor besluttet avviklet.

4.3 *Forbedringsprosjekt obstetrikk*

I samarbeid med Norsk gynekologisk forening, Norsk sykepleierforbund og Den norske jordmorforening, og med finansiering fra Legeforeningens fond for kvalitet og pasientsikkerhet, startet Legeforeningen vinteren 2014 forbedringsprosjekt obstetrikk etter gjennombruddsmetoden. En ressursgruppe utformet forslag til forbedringsområder. 26 forbedringsteam fra 25 fødeenheter gjennomførte tre samlinger i prosjektet fra september 2014 til juni 2015. Ubenyttede prosjektmidler ble benyttet til en fjerde fellessamling i september 2016, der ca. 70 personer deltok.

Prosjektets ressursgruppe besto av:

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

Gruppen anbefalte følgende fem forbedringsområder for prosjektet:

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

4.4 *Arbeidsgruppe – sykmelding ved arbeidsuførhet som følge av livsbelastninger*

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

4.5 *Prosjekt faglige veiledere og retningslinjer*

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

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

Gruppens rapport¹ fra 2015 ble behandlet av sentralstyret, som vedtok at Legeforeningen skulle utrede mulig samarbeid med andre aktører for å utarbeide faglige veiledere. Gruppen har ikke hatt møter i 2016.

Sekretariatet gjennomførte møter med Kunnskapscenteret og med Helsedirektoratet som begge var positive til tiltaket, men som av ressursmessige årsaker ikke så seg i stand til å kunne prioritere et samarbeid. I desember 2015 ble det avklart at Legeforeningen fortsatt vil ha oppgaver i utforming og gjennomføring av spesialistutdanningen for leger. På bakgrunn av dette vurderte sentralstyret i mars 2016 at det ville bli for ressurskrevende for Legeforeningen også å skulle påta seg oppgaver vedrørende utarbeidelsen av faglige veiledere, og prosjektet ble avsluttet.

De fagmedisinske foreningene vil som før kunne utarbeide faglige veiledere, og kan søke om økonomisk støtte til dette fra Legeforeningens Fond for kvalitet og pasientsikkerhet.

4.6 Medlemstilbud

Legeforeningens medlemmer er interessante kunder for en rekke bransjer. Legeforeningen ønsker å utnytte dette til medlemmenes fordel ved å benytte kraften i medlemskollektivet til å oppnå økonomiske fordeler for medlemmene som individer og næringsdrivende. Bestemte kriterier må være oppfylt for at Legeforeningen skal inngå avtaler med kommersielle aktører. Avtalene må være forenlige med hensynet til Legeforeningens omdømme og verdier. De må være gode nok til å ha potensiale for å bli verdsatt av det enkelte medlem. De skal gi besparelser som bidrar rekruttering av nye medlemmer og til å beholde medlemmer. De skal være selvfinansierende ved at en del av den kommersielle verdien benyttes til å dekke Legeforeningens kostnader.

Legeforeningen har nå medlemsavtaler innenfor følgende områder: Bank, forsikring, reise/transport og hotell, data, bil, el-sykel og drivstoff. Videre er det for næringsdrivende avtaler innenfor områdene pensjon, forsikring, kontorrekvisita og forbruksmateriell, samt et kvalitetssikringssystem for drift av legepraksis.

I 2016 ble det inngått avtaler som gir rabatt på bilmerkene Volvo, Subaru, Nissan og Citroën, el-sykler fra Nordic E-bike og Anton Sport, samt med Norgestaxi og Trinnvis – et kvalitetssystem for privat legepraksis. Avtalene er nærmere beskrevet på medlemssidene.

5 Legeforeningens medlemskap i andre organisasjoner

5.1 Fagakademiet

Fagakademiet, eiet av Fagforbundet og Den norske legeforening, ble etablert i januar 1997 under navnet Kommunal Kompetanse. Målsettingen var å skape en kompetansevirksomhet med tilbud til den offentlige sektor, herunder foretak i sykehussektoren og private institusjoner innenfor området helse og sosial. Fagakademiet utvikler, formidler og gjennomfører alle typer av kompetansetiltak etter lokale behov.

Merete Dahl og Nina Evjen er henholdsvis representant og vararepresentant i Fagakademiets styre. Merete Dahl ble i løpet av 2016 valgt til nestleder. I 2016 ble det gjennomført 456 kompetansetiltak. Omsetningen var 38,5 millioner kroner.

¹ Rapportens tilrådinger var bl.a. at GRADE-metoden bør brukes der det er hensiktsmessig og gjennomførbart, at differensierte finansieringsløsninger bør benyttes, samt at sekretariatets kompetanse må styrkes

5.2 Akademisk Studieforbund

Legeforeningen er medlem av Akademisk Studieforbund (AKS). AKS mottar årlig statlig tilskudd til studieaktivitet. Tilskuddet er basert på innrapporterte studietimer fra medlemsforeningene for foregående år, og fordeles til medlemsforeningene i forhold til gjennomført studieaktivitet. Legeforeningen har i 2016 mottatt kr 1 024 181 for kursvirksomheten i 2015.

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

5.3 Norsk legemiddelhåndbok (NLH)

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

Foreningens formål er å utgi en produsentnøytral legemiddelhåndbok for helsepersonell. Terapikapitlene skal være faglig frittstående i forhold til legemiddelprodusenter og myndigheter. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Norsk legemiddelhåndbok er tilgjengelig som papirutgave, på nett og via applikasjon for smarttelefon.

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

Sentralstyrets oppfølging av vedtak/oversendelsesvedtak i protokoll fra Den norske legeforenings landsstyremøte mai 2016
Oversikten kommenterer de vedtak som ble vedtatt oversendt sentralstyret eller som var av ”oversendelsesmessig karakter”, dvs som krever videre utredning eller særskilt oppfølging.

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 1 15/5896	Godkjenning av innkallingen	Innkallingen til landsstyremøtet 24.-26. mai 2016 godkjennes.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 2 15/5896	Valg av dirigenter	Anne Mathilde Hanstad og Bjørn Martin Aasen velges som dirigenter ved landsstyremøtet i 2016.	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 3 15/5896	Forslag til forretningsorden	Forslag til forretningsorden for landsstyremøtet 2016 godkjennes	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 4 15/5896	Valg av tellekomité	Som tellekomité ved landsstyremøtet 2016 velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 5 15/5896	Sakliste for landsstyremøtet	Saklisten godkjennes Dirigentenenes forslag til sakliste	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 6 15/5896	Valg av redaksjonskomité	Som medlemmer av redaksjonskomiteen velges...	Enstemmig vedtatt	Ingen	OK
Sak 7	Helsepolitisk debatt	Debatt			OK.
Sak 8	Sentralstyrets melding om Den norske legeforenings virksomhet for perioden 1.1. – 31.12. 2015	Sentralstyrets årsmelding for perioden 1.1. – 31.12. 2015 godkjennes. Resolusjon - Gravide leger må gis rett til vaktfritak i siste trimester Resolusjon - Gode pasientforløp krever stedlig ledelse	Enstemmig vedtatt	Følges opp gjennom forhandlinger osv.	OK
Sak 9.1	14 år med foretaksmodell – erfaringer og mulige alternativer		Enstemmig vedtatt		OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 9.2 16/157	Variasjon, over- og underforbruk i helse tjenesten	<p>Vedtak</p> <p>Forslag 1 Forslag fra Kirsten Skinlo Rokstad, Allmennlegeforeningen Til punkt 7.1 Legeforeningen er aktiv aktør Legeforeningen må arbeide aktivt inn mot Legemiddelindustrien og media for å hindre at sykdomspanoramæet blir kunstig dreid.</p> <p>Forslag 2 Forslag fra Tom Ole Øren, Vestfold legeforening Til punkt 7.1 Legeforeningen er en aktiv aktør Legeforeningen må arbeide inn mot tilsynsmyndigheten for å sikre våre kolleger bedre støtte og mer likeverdig fylkesvis behandling når vi blir klaget inn.</p> <p>Forslag 3 Forslag fra Nils Kristian Kleiv, Allmennlegeforeningen Til punkt 7.2 Inngå som en del av kvalitetsarbeid Legeforeningen bør være en driver for økt forskning innenfor variasjon i forbruket av helse tjenester der dette kombineres med resultatet av pasientbehandling. Legeforeningen må arbeide for at dette temaet blir en integrert del av både grunn og videreutdannelsen.</p> <p>Forslag 4 Forslag fra Hanne Frøyshov, Norsk overlegeforening Til rapportens kapittel 7 "anbefalinger" Legeforeningen skal arbeide for en bredere politisk og faglig tilnærming til dimensjonering av tilbud og ressursbehov for å kunne tilby gode helsetjenester til alle som trenger det.</p>	<p>Forslaget oversendt sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendt sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendt sentralstyret</p> <p>Forslaget oversendt sentralstyret</p>	<p>Rapport behandlet i sentralstyremøte 21. sept. 2016. Sekretariatet utarbeidet forslag til plan for implementering</p>	OK
Sak 9.3 15/1139	Akuttjenester i sykehus	<p>Styrket medisinsk faglig ledelse i kommunene Resolusjon: Sats på medisinsk faglig ledelse i kommunene.</p>	Enstemmig vedtatt		OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 10 15/4543	Juridisk bistand til leger	Landsstyret tar rapport for Juridisk bistandsprosjekt III til etterretning, og ber sentralstyret følge opp saken videre basert på landsstyrets diskusjoner.	Enstemmig vedtatt.	Sak behandlet sentralstyremøte februar og april 2017	OK
Sak 11 15/1754	Tidsskriftets forhold til Legeforeningen som eier – Forslag om endringer av lovenes § 4-2 mfl.	Sentralstyret innstiller overfor landsstyret på at forslagene til endringer i Legeforeningens lover § 4-2 m.fl. vedtas." Forslag 1 Forslag fra Torstein Schrøder-Aasen, Yngre legers forening Som en del av fremlegging av Legeforeningens regnskap til landsstyremøtet skal det fremgå en oversikt av Tidsskriftets samlede driftsøkonomi og tilskudd fra foreningen, inkludert sekretariats- og støttefunksjoner.	Enstemmig vedtatt Forslaget oversendes sentralstyret.	Etablering av Tidsskriftsrådet	OK
Sak 12 16/457	Legeforeningens lover § 3-8 regionutvalg	Forslag 1 Forslag fra Kirsten Toft, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid. Landsstyret ber sentralstyret sette ned en arbeidsgruppe med mandat til å evaluere og eventuelt foreslå endringer i dagens ordning med Regionutvalg. Det legges særlig vekt på utvalgenes oppgaveportefølje, sammensetning og økonomi. Gruppens anbefaling legges fram som sak for landsstyret i 2017.	128 for, 4 mot.	Sak til landsstyremøte 2017	OK
Sak 13 1/5023	Etterutdanning for leger med spesialistgodkjenning – Rapport	Sentralstyret anbefaler landsstyret å fatte slikt vedtak: Landsstyret gir sin tilslutning til foreslått overordnet regelverk for obligatorisk etterutdanning Forslag 1. Forslag fra Meera Grepp, Leger i samfunnsmedisinsk arbeid Endring av siste avsnitt i vedtaket Legeforeningen utdeler årlig prisen til den avdelingen, avtalespesialist eller kommune i landet som best tilrettelegger for etterutdanning.	Enstemmig vedtatt	Pris ifm åpningsmøte – landsstyremøte fra 2018.	

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 14 14/1014	Grunnutdanning av leger - utvikling og harmonisering. Rapport	<p>Forslag 1 Forslag fra Inger Stenseng, Norsk medisinstudentforening</p> <p>Resolusjon om grunnutdanningen fra Norsk medisinstudentforening</p> <p>Forslag 2 Forslag fra Torstein Schrøder Aasen, Yngre legers forening Forslag til vedtak:</p> <p>Som sentralstyrets vedtak, men med følgende endringer: - Avsnitt 2: "Sentralstyret" endres til "Legeforeningen" - Avsnitt 3: Legge til en setning: "Det må samtidig sikres samsvar mellom antall medisinstudenter og kapasiteten i turnus/spesialistutdanningen for å unngå flaskehals-problematikk." - Avsnitt 4: Stryke fire siste ord "uten å bruke kjønnskvotering"</p> <p>Rapport om grunnutdanning med de endringer landsstyret har gitt legges til grunn for Legeforeningens videre arbeid med grunnutdanningen. Sentralstyret gis i oppdrag å innarbeide innspill fra landsstyret og slutføre rapport om grunnutdanningen.</p> <p>Legeforeningen vil arbeide for økt bruk av allmennmedisinske praksiser i undervisningen av medisinstudenter. Sentralstyret Legeforeningen ser også positivt på økt bruk av sykehjem i undervisningen av medisinstudenter, gitt tilstrekkelig undervisningskompetanse. Bruk av poliklinikker, dagbehandlingenheter og utvidet bruk av flere sykehusavdelinger, som for eksempel onkologiske avdelinger, må økes for å øke kunnskap og utvide studentenes kontakt med pasienter og samtidig øke undervisningskapasiteten. Utvidelsene forutsetter at veiledning og supervisjon blir ivaretatt.</p> <p>Legeforeningen ber Kunnskapsdepartementet om å samarbeide med universitetene i å utvide antall studieplasser ved eksisterende studiesteder i medisin og</p>		Rapport er vedtatt. Innspill hensyntatt.	OK

Saker	Tittel	Vedtak	Resultat	Oppfølging	Status
		<p>Samtidig vurdere utvidelse til flere studiesteder. Det må samtidig sikres samsvar mellom antall medisinstudenter og kapasiteten i turnus/spesialistutdanningen for å unngå flaskehals-problematikk.</p> <p>Legeforeningen ber Kunnskapsdepartementet og universitetene å legge til rette for og stimulere til en jevnere kjønnsbalanse i den medisinske grunnutdanningen uten å bruke kjønnskvotering.</p> <p>Legeforeningen vil arbeide for at undervisningens status i medisinstudiet heves. Det må arbeides for at leger som har undervisningsstillinger meritteres og avlønnes på lik linje med kliniske stillinger og forskningsstillinger. Foreningen utdeler årlig pris for beste undervisning i medisinsk grunnutdanning.</p> <p>Forslag 3</p> <p>Forslag fra Jo-Endre Digranes, Troms legeforening</p> <p>Foreslår at siste setning i avsnitt nr tre i NMFs resolusjonsforslag tas ut:</p> <p>" En slik eksamen skal ikke kunne brukes i ansettelsesprosessen til turnusstillinger".</p>	<p>Sentralstyrets vedtaksforslag med forslag til endringer fra Ylf ble vedtatt med stort flertall.</p> <p>Forslaget oversendes sentralstyret</p>		Milepæler ok.
Sak 15 13/5069	Forslag om opprettelse av kompetanseområde i smertemedisin	Det opprettes kompetanseområde i smertemedisin. Landsstyret delegerer til sentralstyret.....	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 16	- Regnskap for Den norske legeforening 2015		Enstemmig vedtatt		OK
Sak 17	- Regnskaper for 2015 til landsstyrets orientering		Enstemmig vedtatt		OK
Sak 18	Godkjenning av styrets årsberetning og regnskap for Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger 2015		Enstemmig vedtatt		OK

Saker	Tittel	Vedtatt	Resultat	Oppfølging	Status
Sak 19 15/1023	- Budsjett for Den norske legeforening 2017	Sentralstyrets forslag til budsjettvedtak:	Enstemmig vedtatt		OK
Sak 20	Forslag om resolusjon	<p>Forslag 1 Kristin Hovland, Oslo legeforening Den norske legeforening ser det som...</p> <p>Forslag 2 Revidert forslag fra Kristin Hovland, Oslo legeforening</p> <p>Forslag 3 Redaksjonskomiteens forslag Legeforeningen ser med stor uro på unødig lidelse som skapes gjennom håndteringen av migrasjonsstrømmene etter de siste års humanitære katastrofer. Respekt og medmenneskelighet er svært viktig for å ivareta god psykisk og somatisk helse. Dette gjelder uansett etnisitet, kulturell bakgrunn, religion, kjønn eller legning.</p> <p>Legeforeningen støtter Den internasjonale sammenslutningen av legeforeninger sin resolusjon fra april 2016, som påpeker legers plikt til å sikre adekvat medisinsk behandling uavhengig av sivil eller politisk status hos pasienten.</p> <p>Legeforeningen forventer at menneskerettighetskonvensjonen og barnekonvensjonen etterleves i møte med flyktninger og andre mennesker i nød. <u>Vedtatt med akklamasjon.</u></p>	Enstemmig vedtatt		

27.03.2017/ATN

