

Årsmelding 2010
Den norske legeforening

Den norske legeforening

Tydelig prioritering gir resultater

I 2010 videreførte Legeforeningen satsingen på seks strategiske områder:

- Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus
- Faste stillinger for leger i sykehus
- Bedre samhandling i helsetjenesten
- Utvikling av fastlegeordningen
- Fremme forskning og fagutvikling
- Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand

De seks satsingsområdene har alle sitt utspring i Legeforeningens formålsparagrafer og Prinsipp- og arbeidsprogram vedtatt av landsstyret i juni 2009. Sentralstyret mener satsingsområdene har ført til en tydeligere prioritering av Legeforeningens arbeid og ressursallokering, og slik har vært en vellykket måte å strukturere Legeforeningens arbeid med Prinsipp- og handlingsprogrammet. Satsingsområdene er derfor løftet ut i Årsmeldingen og gitt en egen omtale.

Legeforeningen har imidlertid en langt bredere portefølje av oppgaver enn satsingsområdene. Hele bredden i foreningens virksomhet gjort rede for i andre del av årsmeldingen. Her rapporteres det på faste oppgaver og ansvarsområder i Legeforeningen.

Faktaopplysninger om organisasjonen er samlet i et vedlegg, for å redusere det samlede omfanget av Årsmeldingen og gjøre den mer leservennlig.

Torunn Janbu
president

1	LEGEFORENINGENS SATSINGSOMRÅDER	7
1.1	Satsingsområde 1: Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus	7
1.1.1	Målsettinger	7
1.1.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	8
1.2	Satsingsområde 2: Faste stillinger for leger i spesialisering	9
1.2.1	Målsettinger	10
1.2.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	10
1.3	Satsingsområde 3: Samhandlingsreformen	11
1.3.1	Målsettinger	11
1.3.2	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	13
1.4	Satsingsområde 4: Fastlegeordningen	14
1.4.2	Målsettinger	15
1.4.3	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	16
1.5	Satsingsområde 5: Forskning og fagutvikling	17
1.5.1	Målsettinger, hovedaktiviteter og måloppnåelse	17
1.6	Satsingsområde 6: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand	18
1.6.2	Målsettinger	19
1.6.3	Hovedaktiviteter og måloppnåelse	19
2	ARBEIDSLIV OG ARBEIDSFORHOLD	20
2.1	Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold	20
2.2	Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring	21
2.2.1	Kursvirksomhet i 2010	21
2.3	Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområder	21
2.3.1	Forhandlingsarbeidet innenfor Spekter-området	21
2.3.2	Tvistesaker i Spekter-området	23
2.3.3	Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området	23
2.3.4	Forhandlingsarbeidet innenfor KS området	24
2.3.5	Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området	24
2.3.6	Forhandlingsarbeidet innenfor HSH området	24
2.3.7	Ny avtale med statens pensjonskasse om bruk av journalopplysninger	25
2.4	Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende	25
2.4.1	Rammeavtaleforhandlinger KS	25
2.4.2	Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister	26
2.4.3	Normaltariffoppjøret 2010	26
2.4.4	Innteks- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2009	26
2.4.5	Revisjon av L- takstsystemet	26
2.4.6	Arbeidsgruppe om pensjonsutgifter for ansatt hjelpepersonell	26
2.4.7	Normaltariffprosjektet	27
2.4.8	Vold og trusler mot leger – oppfølging av Legeforeningens initiativ	27
2.4.9	Norsk pasientskadeerstatning	27
2.5	Veiledere, juridiske betenkninger og utredninger	27
2.5.1	Veileder om tilsynssaker	27
2.5.2	Veileder om arbeidsmiljø m.v.	27

2.5.3 Juridiske betenkninger.....	28
2.6 Medlemsbistand og rettshjelpvalget.....	28
2.6.1 Bistand fra sekretariatet.....	28
2.6.2 Rettshjelpsordningen.....	28
2.6.3 Prosjekt Bistand.....	29
3 UTDANNING, FORSKNING OG FAGUTVIKLING	29
3.1 Utdanning	29
3.1.1 Grunnutdanningen.....	29
3.1.2 Turnustjenesten.....	29
3.1.3 Spesialistutdanningen.....	30
3.1.4 Etterutdanningen.....	31
3.1.5 Kursutdanning.....	31
3.1.6 E-læring.....	31
3.1.7 Endring av helsepersonelloven § 53.....	31
3.1.8 Kompetanseområde i Palliativ medisin.....	31
3.1.9 Kompetanseområde i Alders- og sykehjemsmedisin.....	32
3.1.10 Forsvaret – meritterende tjeneste i spesialistutdanningen.....	32
3.2 Forskning.....	32
3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling.....	32
3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreningene.....	32
3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok.....	32
3.3.3 Gjennombruddsprosjekt Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose.....	32
3.3.4 Fagpublikasjoner.....	33
3.3.5 Senter for allmenntilleggsmedisinsk kvalitet.....	33
3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin.....	34
3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus.....	34
3.3.8 Etterutdanningsgrupper i allmenntilleggsmedisin.....	34
3.3.9 Utdanning av nye veiledere i allmenn- samfunns- og arbeidsmedisin.....	34
3.3.10 Etterutdanning av veiledere.....	34
4 HELSEPOLITIKK.....	34
4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid.....	34
4.2 Legeforeningens arbeid med høringer.....	36
4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter.....	36
4.3.1 Statusrapport – Da lykkeliten kom til verden – Om belastninger i tidlige livsfaser.....	36
4.3.2 Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge.....	37
4.3.3 Policynotater.....	38
4.3 Myndighet- og organisasjonskontakt.....	38
4.3.1 Stortinget.....	38
4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv.....	41
5 INTERNASJONALT ARBEID	42
5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid i 2010.....	42
5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner.....	42
6 KOMMUNIKASJONSARBEID	43

6.1 Om Legeforeningens kommunikasjonsarbeid	43
6.2 Mediearbeid	44
6.3 Legeforeningens egne kommunikasjonskanaler	45
6.3.1 Legeforeningen.no	45
6.3.2 Intranettet	45
6.3.3 Min side	45
6.3.4 Sosiale medier	45
6.3.5 Aktuelt i foreningen – medlemssidene i Tidsskriftet	45
6.3.6 Andre kommunikasjonskanaler	45
6.4 Kompetanseheving	45
7 TIDSSKRIFT FOR DEN NORSKE LEGEFORENING.....	46
7.1 Organisering og bemanning	46
7.2 Tidsskriftets papirutgave.....	46
7.3 Tidsskriftets nettside	46
7.4 Presse- og publikumskontakt	47
7.5 Faglige møter	47
7.6 Legejobber.no	47
7.7 Tidsskriftets blogg	47
7.8 Mobilversjon.....	47
7.9 Leserundersøkelse	48
7.10 Økonomi i Tidsskriftet.....	48
8 LEGEFORENINGENS FORSKNING SINSTITUTT.....	48
8.1 Personale og finansiering.....	48
8.2 Aktiviteter	48
8.3 Paneldata	48
9 LEGEFORENINGENS ØKONOMI	48
9.1 Nøkkeltall for 2010.....	50
9.2 Fond.....	50
9.2.1 Utdanningsfond I – Legeforeningens fond til videre- og etterutdanning for leger	50
9.2.2 Utdanningsfond II – Legeforeningens fond til fremme av allmennpraktiserende legers videre- og etterutdanning og privatpraktiserende spesialisters etterutdanning	51
9.2.3 Utdanningsfond III – Legeforeningens fond til fremme av sykehuslegers videre- og etterutdanning.....	51
9.2.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS).....	52
9.2.5 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP).....	52
9.2.6 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis	53

9.2.7 Premieruleringsfondet.....	53
9.2.8 Allmennmedisinsk forskningsfond.....	53
9.2.9 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet	53
10 LEGEFORENINGENS ORGANISASJON.....	54
10.1 Organisasjonskart	54
10.2 Landsstyret	54
10.3 Sentralstyret	55
10.4 Andre organisasjonsledd	55
10.5 Medlemsopplutning	55
10.6 Sekretariatet	55

1 Legeforeningens satsingsområder

Satsingsområdene er sentralstyrets operasjonalisering av Prinsipp- og arbeidsprogrammet for 2009-2011. Bakgrunnen for etableringen av satsingsområdene er å tydeliggjøre hvilke prioriterte strategiske målsettinger foreningen skal rette oppmerksomheten mot, og legge til rette for at ressursene i foreningen fordeles og benyttes i tråd med disse.

Bakgrunnen for etablering av satsingsområder var at sentralstyret ønsket å bidra til at Legeforeningen arbeidet mer strategisk og tydeligere prioriterte noen innsatsområder. Gjennom arbeidet med en såkalt SWOT-analyse vurderte sentralstyret Legeforeningens styrker og svakheter, muligheter og trusler både internt og eksternt. Sentralstyret mener dette har ført til en tydeligere prioritering av Legeforeningens arbeid og ressursallokering, og slik har vært en vellykket måte å strukturere Legeforeningens arbeid med Prinsipp- og arbeidsprogrammet. Dette er blant annet noe av bakgrunnen for forslaget om at Prinsipp- og arbeidsprogram blir skilt i et Prinsippprogram og et arbeidsprogram, og at det legges opp til at det påtroppende sentralstyret i etterkant av landsstyremøtet vil utarbeide satsingsområder på bakgrunn av landsstyrets vedtatte Arbeidsprogram.

Til satsingsområdene har det vært en kommunikasjonstrategi tilpasset målgruppene for det enkelte område, beslutningstakere, opinionsdannere, fagmiljøer og egne tillitsvalgte. I media har spesielt kvalitet i sykehus, nasjonal sykehusplan, faste stillinger og samhandlingsreformen fått oppmerksomhet i form av kronikker, innlegg og redaksjonell omtale. På Legeforeningens egne nettsider, i *Aktuelt i foreningen* og presidentens ledere i Tidsskriftet er alle satsingsområdene omtalt.

Nedenfor følger en gjennomgang av de seks definerte satsingsområdene med hensyn på bakgrunn, målsettinger og resultater i 2010.

1.1 Satsingsområde 1: Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus

Legeforeningen var en aktiv støttespiller til sykehusreformen, men har i årene etter innføringen fått alarmerende mange meldinger fra medlemmer om at dagens styring av sykehus vektlegger for ensidig ”bunnlinja” i en slik grad at det setter faglige vurderinger til side, jf. vår statusrapport ”*Rom for faglighet – til pasientens beste*” fra 2005. For å snu utviklingen har Legeforeningen både tatt til orde for at de strukturelle reformene som har vært gjennomført må etterfølges av en satsing på det faglige innholdet i helsetjenesten. Kvalitet og pasientsikkerhet må i større grad inn i styringsdialogen. Hvordan sykehusene kan styres på en mer balansert måte er tema for Legeforeningens statusrapport i 2011, som ferdigstilles i forkant av landsstyremøtet. Statusrapporten er en del av arbeidet med satsingsområdet.

Behovet for i større grad å vektlegge kvalitet i styringen av sykehusene har fått større oppmerksomhet, også utenfor Legeforeningen. Oppdragsdokumentene for de regionale helseforetakene for 2011 har mer vekt på kvalitet og pasientsikkerhet, og regjeringen har varslet en Stortingsmelding om kvalitet i 2012. Pasientsikkerhetskampanjen og utvikling av nasjonale kvalitetsindikatorer er eksempler på arbeid som er iverksatt av helsemyndighetene.

1.1.1 Målsettinger

Overordnende mål for satsingsområdet er: ”å bidra til god kvalitet og godt arbeidsmiljø i sykehus ved at kvalitets- og arbeidsmiljøkriterier blir likestilt økonomiske kriterier som rapporteringsgrunnlag og styringsparametere for sykehus”. Satsingsområdet ble delt opp i fire delmål.

1. Utforme og anbefale systemer for måling av kvalitet i sykehus
2. Større oppmerksomhet på hvordan arbeidsmiljø dokumenteres og styres i sykehus
3. Gjøre det attraktivt for leger å være ledere i sykehus og øke antall leger med formell lederkompetanse
4. Bidra til å utvikle langsiktige og stabile finansieringsordninger.

1.1.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Delmål 1: Utforme og anbefale systemer for måling av kvalitet i sykehus

Legeforeningen har jobbet for å få kvalitet og pasientsikkerhet inn i styringsdialogen. Det har vært fremmet overfor helsemyndighetene at kvalitet skal være synlig i budsjettene og at kvalitet må inngå som et fast tema i styremøter. Kvalitetsstyring i sykehus var en vesentlig del av den helsepolitiske debatten på landsstyremøtet i 2010 med deltakelse fra helseministeren og sentrale stortingspolitikere. Det har videre blant annet vært avholdt et dialogmøte med direktør for kvalitet og prioritering i Helse Sør-Øst og deltakelse av Legeforeningen på dekanmøtet.

Å bidra til utviklingen av et kvalitetsindikatorsystem for måling av kvalitet på behandling i spesialisthelsetjenesten har vært et prioritert arbeidsområde. Legeforeningen har gitt innspill i prosessen med å utvikle et rammeverk for et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem, både gjennom møter med Kunnskapscenterets prosjektgruppe og brev til Helsedirektoratet. Det fremgår nå tydelig i det endelige rammeverket at kvalitetsforbedring er et hovedformål, og at helsepersonellet på lokale nivåer er en viktig målgruppe. Dette er i tråd med Legeforeningens innspill. Det har også vært gjort en omfattende kartlegging av myndighetsdokumenter og vitenskapelig litteratur om kvalitetsmåling og kvalitetsstyring.

Myndighetenes pasientsikkerhetskampanje "I trygge hender" har også vært løftet frem som et viktig område, hvor Legeforeningen har vært representert i styringsgruppen.

Legeforeningen har arbeidet for å stimulere fagmiljøene til å engasjere seg i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet. Det er viktig å involvere de fagmedisinske foreningene i arbeidet for å gi tiltak legitimitet i fagmiljøene. Dette har betydning for implementering. Kvalitet har vært satt på dagsorden i dialog med fagmedisinske foreninger, og kvalitet og arbeidsmiljø var hovedtemaet for konferansen for fagmedisinske foreninger i oktober 2010.

Legeforeningen har gitt innspill i forbindelse med høringer knyttet til helse- og kvalitetsregistre samt melde- og avvikssystemer. I tillegg til høring om nasjonal helse og omsorgsplan har det vært gitt innspill til "*Forslag til Strategi for modernisering og samordning av sentrale helseregistre og medisinske kvalitetsregistre 2010 – 2020*". Legeforeningen har også deltatt i diskusjonene i tilknytning til forslaget i Stortinget om å etablere "Havarikommisjon".

Delmål 2: Større oppmerksomhet på hvordan arbeidsmiljø dokumenteres og styres i sykehus

Legeforeningen har fra 2008 arbeidet med å identifisere utfordringer i samhandlingen mellom arbeidsgiversiden og ansatte i sykehus for å legge grunnlaget for god involvering av tillitsvalgte og samarbeid i omstillinger i sykehus.

Legeforeningens prosjekt *Omstilling og arbeidsmiljø* har vært videreført i 2010.

Arbeidsmiljødimensjonen har vært en del av dette arbeidet og blitt ytterligere intensivert og rendyrket i 2010. Det har blitt utarbeidet en arbeidsmiljøveileder som skal trykkes i 2011. Veilederen vil bli et praktisk rettet verktøy for tillitsvalgte, verneombud og ledere i arbeidet for et best mulig arbeidsmiljø. Kampanjen "God vakt" er blitt promotert via tillitsvalgtbrev, tillitsvalgtopplæring og nettsaker.

Det ble våren 2010 avholdt møter mellom Legeforeningen og HR-sjef i henholdsvis Helse Sør-Øst RHF og Helse Vest RHF. Det ble her informert om RHFenes arbeid med arbeidsmiljø og Legeforeningens synspunkter ble formidlet. Det er enighet om at det er stort potensial for forbedringer i helseforetakene. Legeforeningen har arbeidet for å synliggjøre viktigheten av dialog mellom ledelse og tillitsvalgte. Det ble planlagt arrangert en dialogkonferanse i november 2010, hvor tema skulle være viktigheten av god ledelse, samarbeid og involvering i utvikling av sykehus. Konferansen er utsatt til 2011. Som et ledd i å få arbeidsmiljø og kvalitet inn i styremøtene, har Legeforeningen via tillitsvalgtopplæring med arbeidsmiljø som tema oppfordret ansattevalgte og styrerepresentanter om å kreve at arbeidsmiljø og kvalitet kommer på dagsorden i alle styremøter.

Legeforeningen har arbeidet for å få rammevilkår som fremmer arbeidsmiljøet. Det ble i hovedoppgjørene i 2010 fremmet en rekke krav med et arbeidsmiljøfremmende formål, blant annet knyttet til kompetanseutvikling, medarbeidersamtaler, forskeres kår, mv. Legeforeningen har fått delvis gjennomslag for enkeltelementer, blant annet gjennom å få etablert en partssammensatt arbeidsgruppe. Legeforeningen har videre fokusert på behovet for systemer som gjør det mulig å dokumentere arbeidsmiljøene i helseforetakene. Via våre kanaler til Helse- og omsorgsdepartementet og helseforetakene, har Legeforeningen oppfordret til utvikling av gode indikatorer for arbeidsmiljø.

Delmål 3. Gjøre det attraktivt for leger å være ledere i sykehus og øke antall leger med formell lederkompetanse

I tillitsvalgtprosjektet (Satsingsområde 2) er det utarbeidet et opplæringskonsept med en modul 3 – ”*Fra tillitsvalgt til leder*”. Målet er en sammenhengende tillitsvalgtopplæring som også gir lederkompetanse. Legeforeningen mener det er viktig å stimulere til at kvinner går inn i lederposisjoner. Over 50 % av nyutdannende leger er kvinner, mens under halvparten går inn i ledelsesposisjoner. Legeforeningen har derfor arbeidet for en bedre kjønnsbalanse gjennom å videreføre ledelsesprogrammet ”*Frist meg inn i ledelse*” som har som formål å stimulere kvinnelige leger til å gå inn i lederposisjoner.

Delmål 4. Bidra til å utvikle langsiktige og stabile finansieringsordninger

Legeforeningen har arbeidet for at finansieringsordningene skal være treffsikre i å understøtte den faglige virksomheten. Våren 2010 engasjerte Legeforeningen sammen med Sykepleierforbundet konsultantselskapet McKinsey for å utrede status og forbedringsmulighetene knyttet til investeringer i spesialisthelsetjenesten. Rapporten som ble ferdigstilt desember 2010 viser blant annet at det ikke investeres systematisk i kompetanse i sykehussektoren og at Norge har et lavt investeringsnivå i IKT sammenliknet med andre land og andre sektorer. Rapporten, sammen med en felles uttalelse fra Legeforeningen og Sykepleierforbundet, er blitt distribuert til sentrale helsepolitikere, helsemyndighetene og helseforetakene. Alle ovennevnte tiltak har også blitt spilt inn til myndighetene i forbindelse med høring om ny Nasjonal helse- og omsorgsplan.

1.2 Satsingsområde 2: Faste stillinger for leger i spesialisering

Legeforeningens omfattende arbeid for at leger i spesialisering skal ha faste stillinger har gitt resultater. Legeforeningen fikk i september 2010 politisk gjennomslag og støtte fra helseministeren for at leger i spesialisering i sykehus i hovedsak skal ha faste stillinger. I foretaksmøtene med de regionale helseforetakene i januar 2011 ble dette fulgt opp i kravs form overfor de regionale helseforetakene.

Bakgrunnen for satsingen på faste stillinger ligger dels i at stillingsstrukturavtalen ikke ble videreført med helseforetaksreformen i 2002. Intensjonen med avtalen var å balansere behovet for mobilitet i utdanningen med forutsigbare arbeidsforhold. Helse- og omsorgsdepartementet hadde en uttalt intensjon om at fordelingen av faste og midlertidige stillinger skulle være som før 2002, men det har vært registrert en utvikling i retning av at stadig flere leger ansettes i mer kortvarige stillinger for leger i spesialisering.

2007 vedtok sentralstyret å nedsette et prosjekt med formål å kartlegge hvordan stillingsstruktur er regulert i direktiver, lovgivning og sentrale avtaler, med sikte på å utarbeide ordninger som ivaretar leger i spesialisering, og hensynet til spesialisering av leger. I 2008 vedtok sentralstyret anbefalingene fra *Prosjekt Stillingsstruktur*, herunder kravet om fast tilsetting for leger i spesialisering som hovedregel. Forut for vedtaket hadde en intern høring vist bred enighet om innføring av faste stillinger for leger i spesialisering.

Saken var oppe til diskusjon på landsstyremøtet 2009 hvor det ble vedtatt resolusjon om fast tilsetting for leger i spesialisering.

Sentralstyret vedtok september 2009 at det videre arbeidet med faste stillinger skulle være et av Legeforeningens satsingsområder.

1.2.1 Målsettinger

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

Med bakgrunn i disse utfordringene ble det definert følgende mål for 2010:

- Oppnå politisk flertall for at leger i spesialisering skal ha faste stillinger
- Bidra til hensiktsmessig implementering av faste stillinger
- Utarbeide gode modeller for å kunne forene utdanningsløp med faste stillinger

Eksternt ble det i 2010 arbeidet for endring av praksis og forståelse av de rettslige forhold. Internt ble det utarbeidet forslag til modeller for hvordan faste stillinger for leger i spesialisering kunne innføres. Modellene ble vedtatt av sentralstyret i januar 2010 som grunnlag for intern høring. Modellene ble sendt på høring til fagmiljøene våren 2010.

Saken ble diskutert i spesialitetsrådet i februar 2010, og ble satt opp som tema på Legeforeningens årlige seminar om spesialistutdanningen for leger (spesialitetsrådseminaret) 4.-5. mai 2010. Yngre legers forening arrangerte sitt årsmøteseminar i mai 2010 med tema faste stillinger for leger i spesialisering. Spørsmålet om faste stillinger ble tatt opp i Nasjonalt Råd. Saken ble også tatt opp på landsstyremøtet 2010.

Modellene bygger på mer målstyrt spesialistutdanning med tydelige læringsmål, opphør av gruppeføringen, økt grad av samarbeidsordninger og opphør av legefordingssystemet.

Legeforeningen har hatt regelmessig kontakt med politikere fra ulike partier på Stortinget, og med helseministeren. Legeforeningen har bidratt til at temaet har blitt gjenstand for spørretimespørsmål til helseministeren i desember 2009 og interpellasjon i mai 2010.

Legeforeningen har også arbeidet med å avklare det rettslige hjemmelsgrunnlaget for midlertidig ansettelse av leger i spesialisering.

1.2.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Politisk enighet på Stortinget om tiltak for å redusere omfanget av midlertidige stillinger for leger i spesialisering 28. mai 2010

Legeforeningen var i tett dialog med Stortingspolitikere i 2009 og 2010. Leder i Helse – og omsorgskomiteen Bent Høie tok opp spørsmålet om faste stillinger for leger i spesialisering i en interpellasjon på Stortinget 28. mai 2010. Det fremkom i diskusjonen bred politisk enighet om at det måtte iverksettes tiltak for å sikre økt grad av faste stillinger for leger i spesialisering. Stortingspolitikerne mente at de faktiske forhold som ble avdekket var alvorlige, og at det kunne ha konsekvenser for pasientsikkerheten.

Helseministerens beslutning 30. september 2010

Legeforeningen har vært i dialog med Arbeidsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og helseministeren om saken. Helseministeren besluttet 30. september at flest mulig leger i spesialisering skulle tilbys fast jobb. Samtidig ga hun i oppdrag til de regionale helseforetakene å sørge for at det ble satt i gang et arbeid for å sikre innføring av faste stillinger.

Avklaring av det rettslige grunnlaget

Legeforeningen har direkte og ved brev gjennom Akademikerne vært i dialog med Arbeidsdepartementet om de rettslige spørsmålene saken reiser. Legeforeningen har presentert de rettslige forholdene med sikte

på en rettslig avklaring av situasjonen. Henvendelsen til Arbeidsdepartementet medførte kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet som eier av sykehusene. Helseministeren valgte å ikke sette spørsmålet på spissen, til tross for at Spekter hadde en annen holdning til spørsmålet. Uenighetene om de rettslige forhold mellom departementet ble dermed ikke gjort gjenstand for vurdering av Lovavdelingen i Justisdepartementet, slik det opprinnelig var planlagt. Helseministeren gikk ut med det politiske budskap om at faste stillinger skulle være hovedordning i forkant av at Arbeidsdepartementet kunngjorde sitt syn på de rettslige spørsmålene.

Arbeidsdepartementet offentliggjorde sitt standpunkt 29. september 2010, som innebar en tilslutning til Legeforeningens standpunkt, nemlig at leger i spesialisering ikke på generelt grunnlag kan falle inn under begrepet praksisarbeid etter arbeidsmiljøloven. På denne måten er det avklart at det ikke foreligger rettslig grunnlag for den midlertidige ansettelse som skjer blant leger i spesialisering i helseforetakene.

Arbeidet med modeller og implementering

Legeforeningen har vurdert ordningen med Nasjonalt råd for spesialistutdanning av leger og legefordeling og kommet til at denne ikke er forenlig med en hensiktsmessig ordning med faste stillinger. Dette er kommunisert til sentrale helsepolitiske aktører og mot RHF-systemet.

Legeforeningen har etter helseministerens beslutning oversendt brev til de regionale helseforetakene og stilt seg til rådighet for et samarbeid om innføring av flere faste stillinger for leger i spesialisering.

Legeforeningen er forespeilet dialog med RHFene i slutfasen av arbeidet, men arbeidet er forsinket ut i 2011.

1.3 Satsingsområde 3: Samhandlingsreformen

Legeforeningens første statusrapport "Fra stykkevis og delt – til fullt og helt" kom i 2000 og hadde samhandling som tema. Politisk er det bred enighet om behovet for bedre samhandling, men i praktisk politikk har det vært krevende å finne de rette grepene. Legeforeningen har støttet målsettingene i samhandlingsreformen, men har stilt flere spørsmål om de forslag til virkemidler som har vært foreslått i i nye lover og i Nasjonal helse- og omsorgsplanen er egnet til å nå målene i samhandlingsreformen. Nasjonal helse- og omsorgsplan og lovproposisjoner om samhandlingsreformen skal etter planen foreligge i begynnelsen av mai 2011, og utgjør bakgrunnen for helsepolitisk debatt på landsstyremøtet i 2011.

Stortingsmelding nr. 47 (2008-2009) om samhandlingsreformen ble godkjent i statsråd i juni 2009. Her pekes det på at hovedutfordringene er manglende koordinering av tjenestetilbudet til den enkelte pasient, for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, demografisk utvikling som over tid vil true samfunnets økonomiske bæreevne. Disse utfordringene skal møtes med å tydeliggjøre pasientrollen, utvide kommunenes ansvar og oppgaver, etablering av økonomiske insentiver, spesialisering av sykehusene og tydeligere prioriteringer. Samhandlingsreformen har i stor grad preget helsepolitikken i Norge i 2010.

Samhandlingsreformen er et politisk initiativ og har i stor grad vært utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet og den øvrige helseforvaltningen. Virkelighetsforståelse og forslag til tiltak har sprunget ut av denne prosessen, med delvis eller begrenset deltakelse fra andre aktører. Legeforeningens rolle har dermed i stor grad vært å påvirke prosessene, gjennom å utarbeide alternative forslag som kan bidra til at intensjonene bak reformen bedre kan oppnås og vurdere tiltakene som er foreslått av helsemyndighetene.

Arbeidet i tilknytning satsingsområdet har derfor i hovedsak dreid seg om å utforme vår politikk og formidle denne overfor beslutningstakere og andre relevante aktører.

1.3.1 Målsettinger

Legeforeningen har støttet hovedmålsettingene i St. meld. nr. 47 om en styrket kommunehelsetjeneste

og økt forebyggende innsats. Samtidig har foreningen pekt på at reformens suksess avhenger av at man finner frem til de riktige virkemidlene for å nå målsettingene. Valget av virkemidler må være godt forankret gjennom solide utredninger, analyser og utprøving før de eventuelt iverksettes på nasjonalt nivå. Legeforeningen har videre pekt på at det er avgjørende at fagmiljøene og tillitsvalgte involveres på en god måte, for å forankre og skape en felles forståelse for endringer som eventuelt skal gjennomføres. Målene for satsingsområdet har vært å få gjennomslag for vår politikk. Hovedtrekkene i denne gjengis nedenfor.

Tydeligere ansvars- og oppgavedeling er hovedgrepet for bedre samhandling

Legeforeningen mener hovedgrepet for å bedre samhandlingen er en tydeligere ansvars- og oppgavedeling mellom og innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den demografiske utviklingen med flere kronisk syke eldre og utviklingen innenfor medisinsk teknologi og fagkunnskap, tilsier også at kapasitets- og kompetansefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gjennomgå. En slik gjennomgang må foreligge før det settes i verk strukturendringer, eksempelvis i form av ”halvannenlinjetjenester” eller intermediære nivåer. Disse vil skape flere samhandlingsbehov (flere nivåer) og kan vise seg uhensiktsmessige for en del oppgaver som bedre ivaretas gjennom god oppgavedeling mellom eksisterende nivåer.

Valg av rette virkemidler er avgjørende

Legeforeningen har pekt på utfordringer til både kommunal medfinansiering, oppbygging av tjenester i kommunen som kan erstatte spesialisthelsetjenester og ikke minst kommunestruktur. Kommunene må ha sikkerhet for at kommunal medfinansiering ikke gir for stor økonomisk risiko hvis det påløper uventede kostnader til sykehustjenester. Videre må det gjøres en grundig vurdering av hvilke tjenester som bør inngå i et større ansvar for kommunene, ikke minst hvilke spesialisthelsetjenester som på faglig grunnlag kan erstattes med et kommunalt tilbud. Hvordan kommunehelsetjenestens nye oppgaver skal organiseres er også avgjørende for reformen samlet. Det er dessuten fremdeles uavklart om det finnes tilstrekkelig robuste løsninger for interkommunalt samarbeid som setter kommunene i stand til å håndtere en ny og utvidet rolle. Kunnskapsgrunnlaget for å ta stilling til disse spørsmålene må være forskningsbasert, både med hensyn på behandlingseffekt og effekten av ulike organisatoriske og finansielle tiltak. De fleste kommuner er for små til å gi et kvalitetsmessig tilfredsstillende tilbud til sin befolkning, eksempelvis med hensyn på legevakt og utvikling av gode fagmiljø ved sykehjem. Det er derfor avgjørende for reformen at det utvikles tilstrekkelig robuste modeller for interkommunalt samarbeid/helsekommuner. Dette blir enda viktigere hvis kommunene skal påta seg nye og større oppgaver. Legeforeningen mener derfor det ikke vil være klokt å gå for fort frem i gjennomføringen av reformen.

Styrking av det forebyggende arbeidet

Legeforeningen har understreket at forebyggende arbeid må være kunnskapsbasert. Mye av det forebyggende arbeidet må gjøres utenfor helsesektoren, men samtidig bygge på medisinsk fagkunnskap om sammenhenger mellom miljø og helse. Igjen er god samhandling gjennom avklart oppgave- og ansvarsdeling mellom de ulike aktørene i kommunal sektor svært viktig. For å få nødvendig koordinering og kompetanse i det kommunale tilbudet må kommuneoverlegens posisjon styrkes gjennom at kommuneoverlegen får et klart medisinsk systemansvar i kommuneledelsen.

Videreutvikling av fastlegeordningen

Omtales under satsingsområde 4.

Legetjenester i kommunen

Legeforeningen ønsker en styrking av legetjenestene i kommunen, spesielt bedre legedekning på sykehjem. Sykehjemspasienter er blant de sykeste og svakeste i landet, og har i gjennomsnitt fire aktive diagnoser som krever oppfølging fra lege og annet helsepersonell. Dagens legedekning på sykehjem varierer imidlertid fortsatt sterkt mellom kommunene. Dette innebærer at pasienter med samme behov ikke får samme medisinsk oppfølging og hjelp uavhengig av hvor de bor.

Legeforeningen har lenge arbeidet for nasjonale bemanningsnormer på sykehjem. I dag er det ingen ledige legestillinger i sykehjem, men likevel mangel på sykehjemsleger. Lokale bemanningsnormer har

ikke hatt tilstrekkelig effekt. Økt rekruttering og kompetanseheving understøttes gjennom oppbygging av fagmiljøer, gjerne interkommunalt. Sykehjemmene har behov for leger som har valgt dette arbeidet ut fra interesse og entusiasme. Fagutvikling og økt kvalitet på helsetjenesten på sykehjem vil også understøttes gjennom videre utvikling av det faglige kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin, noe Legeforeningen er i gang med.

Nye institusjonstilbud må forankres i kommunene

Etter en god ansvars- og oppgavedeling, vil det være pasienter med behov for tjenester som vil kreve en institusjonsplass, men ikke i spesialisthelsetjenesten, for en avgrenset tid. Det kan gjelde eldre pasienter med forbigående sykdom eller ved livets slutfase, cellegiftbehandling av kreftpasienter etc. Behovet vil variere bl.a. med avstand til sykehus. Slike kommunale institusjonsplasser kan gjerne samlokaliseres med sykehjem eller annen allerede tilgjengelig kommunal institusjon. Etablering av slike tilbud i kommunene kan være et bedre faglig tilbud enn innleggelse på sykehus og gi trygghet og større mulighet for nærhet til pårørende. For de mindre kommunene vil et slikt tilbud kreve interkommunalt samarbeid eller etablering av helsekommuner.

Etablering av nasjonal sykehusplan

I St.meld. nr. 47 pekes det på at spesialisthelsetjenesten skal omstilles i tråd med samhandlingsreformen gjennom både sentralisering og desentralisering. I oppdragsdokumentene til regionale helseforetak blir det samtidig stilt krav om at sykehusene skal oppnå budsjettbalanse, øke aktiviteten, redusere ventetidene og forbedre kvaliteten. På bakgrunn av dette har regionale helseforetak satt i gang store omstillingsprosesser i sykehusene. Dette har vært gjort uten tydelige nasjonale rammer og tilstrekkelige konsekvensanalyser for sykehusene, både under og etter gjennomføring. Det foreligger ikke tydelige politiske føringer for hva et sykehus skal være, eller hvilke tjenester et lokalsykehus skal tilby. Resultatet er utstrakt funksjonsfordeling som skaper utrygghet om hvilke tjenester som kommer til å bli tilbudt ved det enkelte lokalsykehus. Dette har gitt et høyt konfliktnivå rundt lokalsykehusene.

Legeforeningen mener løsningen ligger i en nasjonal sykehusplan. Planen må inneholde nasjonale minstekrav til hvilke helsetjenester som skal tilbys på et lokalsykehus og hvor de skal ligge. Det må tas geografiske hensyn i områder med spredt bosetting og store avstander. Planen må gjøre det klart hvilket ansvar og oppgaver sykehusene skal ha. Det må stilles krav til kvaliteten på tjenestene, og kvaliteten må måles og rapporteres. Legeforeningen mener et lokalsykehus må ha akuttberedskap innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi, med tilgang til klinisk-kjemiske og radiologiske tjenester.

Som en del av planen må sykehusenes samlede oppgaver ses i forhold til budsjettet. De siste årene har sykehusene fått mange nye oppgaver. Regelendringer har økt kostnadene, eksempelvis innenfor pensjon. Sykehusøkonomien må gjøre det mulig å gjøre nødvendige investeringer i bygg, medisinsk-teknisk utstyr, IKT og kompetanseutvikling. Det bør innføres tre-årige budsjettperioder for å gi sykehusene mulighet til å planlegge på sikt. Andelen av finansieringen som er stykk-pris basert bør holdes stabil.

1.3.2 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Legeforeningens politikk om samhandlingsreformen har vært grunnlaget for vår kommunikasjon i møter, innlegg, ledere, artikler, nettsaker mv. i 2010. Noen sentrale aktiviteter har vært:

- Notat og innlegg til høring i Stortinget om St.meld. nr. 47 om samhandlingsreformen januar 2010
- Seminar med Stortingets Helse- og omsorgskomite om samhandlingsreformen februar 2010
- Innlegg Norsk Sykehus- og helsetjenesteforenings konferanser om samhandlingsreformen februar og april 2010
- Helsepolitisk debatt om samhandlingsreformen på landsstyremøtet mai 2010
- Resolusjon om fastlegeordningen vedtatt av landsstyret mai 2010
- Felles utspill med Norsk sykepleierforbund om kommunal medfinansiering og kommunal betalingsplikt for utskrivingsklare pasienter august 2010
- Løpende dialog med KS om samhandlingsreformen og fastlegeordningen, herunder kontakt

rundt utredninger om lokalt samarbeidsutvalg (LSU).

- Løpende møter og korrespondanse med Helse- og omsorgsdepartementet ved statsråden, statssekretær og ulike avdelinger i departementet.
- Korrespondanse med Helse- og omsorgsdepartementet om behov for tilrettelegging av finansieringssystemet (folketrygden) for å kunne møte de utfordringer som er løftet i samhandlingsreformen (oppøkende og forebyggende virksomhet, kontakt med arbeidsgiver mm).
- Samhandlingsreformen er reflektert i krav i rammeavtaleforhandlinger med KS og med Staten i normaltariiforhandlingene
- Kontakt med pasientforeningene, bl.a. med Funksjonshemmedes fellesorganisasjon i tilknytning forslag til ny helse- og omsorgslov.

Stortinget ved Helse- og omsorgskomiteen, Helse- og omsorgsdepartementet (politisk nivå og embetsverk), KS og Oslo kommune, og pasientforeningene vært definert som strategiske samarbeidspartnere i arbeidet med satsingsområdet.

Regjeringens oppfølging av samhandlingsreformen ligger i stor grad i varslet stortingsmelding om Nasjonal helse- og omsorgsplan våren 2011 samt ny folkehelselov og helse- og omsorgslov med tilhørende forskrifter. Gjennomslag for våre synspunkter vil måtte vurderes i forhold til disse kommende beslutningene.

I opinionen har våre forslag hatt gjennomslag. Det har vært fremmet representantforslag fra KrF i Stortinget som bl.a. omhandlet nødvendigheten av en nasjonal sykehusplan. I høringen om ny Nasjonal helse- og omsorgsplan pekte flere høringsinstanser på behovet for en nasjonal sykehusplan, blant andre Helsedirektoratet og flere fylkesavdelinger innenfor et bredt spekter av de politiske partiene.

1.4 Satsingsområde 4: Fastlegeordningen

Fastlegeordningen har vært en vellykket reform. Grundig analyse og utprøving i forkant og felles eierskap og forpliktende samarbeid er viktige årsaker til suksessen. Evalueringer har vist at både befolkningen og legene er fornøyd med ordningen, og den har vært et forbilde for mange andre land. Legeforeningen vil bidra til å videreutvikle ordningen for å tilpasse den til nye utfordringer. Det er positivt at høringene knyttet til samhandlingsreformen tydelig understreker at fastlegeordningen ligger fast. Det er likevel store uklarheter knyttet til forslagene, blant annet at områder flyttes fra avtaler til forskrift og at den politiske retorikken er endret fra styrking av fastlegeordningen til styring av fastlegene. Legeforeningen mener at videreutviklingen av fastlegeordningen må bygge på en videreutvikling av trepartssamarbeidet.

Fastlegeordningen har i liten grad blitt utviklet de siste årene. Det ble igangsatt et prosjekt for å utrede utfordringer knyttet til finansiering av næringsdrift med offentlige tilskudd i 2006, i første omgang med utgangspunkt i fordeling mellom avtalespesialister og fastleger (IPSU), men siden også for å utrede alternative finansieringsordninger (Normaltariffprosjektet).

Som grunnlag for å vurdere utvikling av fastlegeordningen i forbindelse med revisjon av rammeavtaler og Normaltariffen, ble det igangsatt et utredningsarbeid i 2008. Innspill fra dette arbeidet ble gitt til Helsedirektoratets i tilknytning deres arbeid med å vurdere legetjenester i kommunene. Arbeidet ble videreført med innspill til Samhandlingsrapporten i tidlig fase i 2008 og 2009, og til statusrapporten *Tillit – Trygghet og tilgjengelighet* (2010).

I samhandlingsreformen ble det foreslått en rekke tiltak rettet mot fastlegeordningen uten nærmere utredning og konsekvensanalyser. Dette har medført betydelig utredningsarbeid i Legeforeningen for å belyse konsekvenser av ulike forslag i forkant av politiske vedtak.

Hovedutfordringer har vært knyttet til kapasiteten innenfor fastlegeordninger, hvordan nye oppgaver og forventninger skal løses og finansiering. Legeforeningen har vurdert bruken av virkemidler og hvordan

de må virke i samme retning. I hovedsak lovgivning, avtaler og finansiering. Et hovedbudskap har vært at fastlegeordningen med trepartssamarbeid gir et godt grunnlag for utvikling. Endringer som forskyver ansvaret for ordningen skaper nye utfordringer som må belyses.

De viktigste utfordringene i dagens situasjon er:

- Endringer i styringsideologi: Avtalearenaene erstattes med styring og lovkrav.
- Forventninger om at fastlegene skal påta seg stadig flere oppgaver og være tilstede i ulike møtearenaer uten konsekvens vurderinger for kapasitet og tilgjengelighet og nødvendige tilpasninger i rammer.
- Mangel på nasjonale kvalitetssystemer og – standarder.
- Belastende legevaktordninger i deler av landet, hemmer rekruttering.
- Mangelfullt utbygget og standardisert nasjonalt IKT for fastleger, men især hos samarbeidspartnere.

1.4.2 Målsettinger

Målet har vært å videreutvikle ordningen basert på det som fungerer godt i fastlegeordningen. Det har også vært et mål å unngå politiske vedtak om endring som kan bidra til å ødelegge fundamentet i ordningen.

I samhandlingsordningen har helsemyndighetene lagt vekt på styring av fastleger, blant annet til pålegg om offentlige legeoppgaver i to dager. Legeforeningens mål har vært å bevare partsforholdet som grunnlag for utviklingstiltak, blant annet gjennom dialog og samarbeid lokalt og sentralt.

Det har vært reist spørsmål om prioriteringer med hensyn til forebygging og oppsøkende virksomhet overfor personer som ikke oppsøker fastleger. Legeforeningen har bidratt med forslag til virkemiddelbruk for å nå politiske mål, men samtidig lagt vekt på behovet for prioriteringer og målrettethet med hensyn til bruken av fastleger for å unngå at fastleger trekkes bort fra pasientbehandling i egen praksis.

Legeforeningen har bidratt med informasjon og utredninger som belyser sammenhenger mellom mål, virkemidler og praksis. Det har vært et mål å kunne belyse på en god måte nødvendige sammenhenger mellom det som var mål for fastlegeordningen i 2001 og det som ble praksis etter implementering. De som opprinnelig hadde ansvaret for ordningen i helsemyndighetens regi er ikke involvert i reformarbeidet, noe som skaper utfordringer mht kontinuitet.

Et hovedmål har vært å bevare det som fungerer godt i fastlegeordningen og å bidra til en utvikling som er målrettet og gjennomtenkt.

Fastlegeordningens viktigste fortrinn er at:

- Avtalestyringen gir mulighet for raske endringer i tråd med behov
- Ordningen styres gjennom et trepartssamarbeid. Dette gir eierskap, engasjement og forpliktelse.
- Fastlegeordningen er en nasjonal ordning med likt tilbud til befolkningen uavhengig av bosted.
- Fastlegeordningen har rekruttert nye leger til allmennlegepraksis.
- Lovfestet rett til å velge en fast allmennlege – og å bytte fastlege.
- Fastlegen koordinerer behandling og informasjon om pasienten, noe som medfører betydelig grad av kontinuitet i oppfølgingen av pasienten.

De viktigste virkemidlene for å legge til rette for en ønsket utvikling er:

- Utvikling av dialog og avtalearenaer.
- Oppdimensjonering av legetjenesten i kommunene for å kunne innfri nye oppgaver og bedre tilgjengelighet, særlig for pasientgrupper som krever mer av fastlegens tid.
- Utvikling av kvalitetsverktøy som både muliggjør lokalt kvalitetsarbeid i den enkelte praksis, gir data til forskning og som styringsdata.

- Opprettelse av et Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK).
- Tilrettelegging for fastlegesentra med samarbeidende helsepersonell, ex psykolog.
- Mulighet for fastlegen til å legge inn pasienter på institusjoner i kommunehelsetjenesten.
- Endringer i lovgrunnlaget for å åpne for oppsøkende virksomhet og mer bruk av sykebesøk til pasienter hvor dette er hensiktsmessig.
- Styrking og videreutvikling av Allmennt medisinske forskningsenheter.

1.4.3 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Legeforeningen har vært i tett dialog med helsemyndigheter og Storting for å bidra til felles forståelse av det som fungerer godt i fastlegeordningen og øket forståelse med hensyn til valg av virkemidler. Det har vært møter med politisk ledelse i departementet og embetsverket, i tillegg til møter med helsedirektoratet. Det er pågående dialog med KS og Oslo kommune angående samhandlingsreformen/fastlegeordningen.

Det ble gitt konkrete innspill til høringene om samhandlingsreformen i Stortinget. I tillegg er det gitt høringsuttalelser på forslag til to lovforslag og ny Helse- og omsorgsplan. Det har vært nedlagt et betydelig arbeid internt i organisasjonen og i sekretariatet for å kunne være en aktiv premissleverandør i dette arbeidet.

I januar og februar 2010 ble fastlegeordningen og fastlegenes rolle belyst i forbindelse med arbeidet med IA avtalen. De ble i mars 2010 sendt brev til departementet om behovet for lovendringer mht oppsøkende virksomhet, sykebesøk, forebygging, forholdet til arbeidsgivere, mv. Dette også for å synliggjøre forklaringer på fastlegenes aktivitet. Dette er også tatt opp i møter.

I 2010 tok Legeforeningen opp forslag til utviklingstiltak i forhandlinger i 2010, i lys av samhandlingsreformen. Det ble utarbeidet endringer i rammeavtalen og nye takster i Normaltariffen i lys av forslag i samhandlingsreformen.

KS og staten ville avvente endringsforslag i avtaleverket, men vil i denne vurderingen ta med de forslag til avtaleutvikling som er presentert. Legeforeningen har i dialog med politisk ledelse i departementet også etterlyst en sentral samarbeidsarena.

Landsstyret vedtok resolusjon om fastlegeordningen.

Helsemyndighetene har frafalt forslag som ville medført svekket tilgjengelighet for pasientene, som muligheten for pålegg om to dager i offentlig legearbeid. Vi har oppnådd en felles forståelse med helsemyndighetene om sentrale forhold for en velfungerende fastlegeordning. Bruken av ”styringsbegrepet” ble endret i 2010 i retning av at dette også omfatter avtaleutvikling.

Finansieringssystemet som et viktig grunnlag for måloppnåelse, fra enkle legepraksiser til moderne gruppepraksiser med laboratorieutstyr og IKT, er formidlet og oppfattet av sentrale helsepolitikere. Legeforeningen har også nådd frem med budskapet om at lav frekvens på sykebesøk har sammenheng med en ”villet utvikling” og lovskranker og at det ikke anses hensiktsmessig med lovpålegg for å ta leger ut av praksis.

Ønskene om endret prioritering med hensyn til kurativt arbeid versus forebygging er tatt opp i sammenheng med god utnyttelse av knappe helsetjenesteressurser og endringer i lovgivningen. Det vises til at det ved etablering av fastlegeordningen var et uttalt mål å gi tilgjengelige kurative legetjenester til hele befolkningen og at det ble gitt lite rom for forebyggende virksomhet, jf også lovgivningen.

Budskapet om at fastlegeordningen og rammene for fastlegens oppgaver må være i kontinuerlig utvikling, er forstått, herunder betydningen av å benytte etablerte møtearenaer. De etablerte møtearenaene sentralt for involverte i ordningen, fra før ordningens ikrafttredelse og til midten av 2000-

tallet, bidro også til utveksling av informasjon og drøfting av virkemidler. Etter at denne arenaen ikke lenger ble tatt i bruk fra departementets side, har dessverre få utviklingstiltak blitt iverksatt. Den ble benyttet i forbindelse med håndtering av pandemien i desember 2009.

Det er gjennom en kartlegging av hvordan LSU – de lokale samarbeidsutvalgene er benyttet i KS regi og i Legeforeningen. Det har vært gjennomført et seminar for å rette søkelyset på denne arenaen i Rogaland Legeforening.

Legeforeningen har gitt innspill på hvordan dette arbeidet kan styrkes. I denne sammenheng må det tas hensyn til at utvalgene anses uhensiktsmessige i enkelte små kommuner med små og oversiktlige forhold. I slike kommuner bør man vurdere om interkommunale løsninger kan være aktuelle, noe det allerede er åpnet for i avtaleverket.

Legeforeningen har nådd frem med budskapet om kvalitetssystemer for allmennlegepraksis, som et ensartet system for å påvirke fastlegens tjenesteutøvelse og oppgaveløsning. I Legeforeningen er det igangsatt et prosjektarbeid for å vurdere organisasjon og innhold i en egen ordning for kvalitetsarbeid – SAK.

1.5 Satsingsområde 5: Forskning og fagutvikling

Forskning og fagutvikling er en forutsetning for en god og likeverdig helsetjeneste. Resultatene fra arbeidet sees sjeldent umiddelbart. Det er viktig at forskning og fagutvikling blir sett på som et kontinuerlig og langsiktig arbeid og at helsepersonell blir gitt tid og ressurser som samsvarer med denne virkeligheten. Legeforeningen ønsker å tilrettelegge for at leger skal kunne utføre god forskning og fagutvikling i dagens helsetjeneste.

”Helsetjenesten har sitt grunnlag i medisinsk kunnskap, utviklet på vitenskapelig basis og praktisk erfaring, forankret i legetikken og de humanistiske tradisjoner”, het det i Legeforeningens rapport *”Fra medisinsk kunnskap til bedre helse”* fra 1994. Siden den gang er forskning og utdanning blitt lovpålagte oppgaver for helseforetakene, og politisk er det bred enighet om betydningen av forskning og fagutvikling. Det er likevel et langsiktig arbeid å få økt ressurstilgangen til forskning og utdanning, at forskning og utdanning fremgår i budsjettene, at kompetanseutvikling blir en viktig del av det daglige arbeidet, at kvalitetsarbeid og fagutvikling prioriteres og at forskerutdanning gir lønnsmessig uttelling for den enkelte.

1.5.1 Målsettinger, hovedaktiviteter og måloppnåelse

De siste årene har Legeforeningen satt forskning på agendaen gjennom to større rapporter: *”Vind i seilene for medisinsk forskning”* og *”Mot en ny vår for medisinsk forskning”*. Legeforeningens forskningsutvalg har stått bak begge disse rapportene. Mange av funnene her har i etterkant dannet grunnlaget for Legeforeningens politikk, handlingsplaner og arbeid knyttet til forskning. I dette arbeidet har Forskningsutvalget hatt en viktig rolle.

Visjonen er at forskning skal være en mulighet fra man starter på medisinstudiet til man slutter sitt yrkesaktive liv som lege. Legeforeningen har således hatt fokus på tiltak som kan stimulerer til mulige karriereløp for leger som ønsker å forske. I 2010 videreførte Legeforeningen og Norsk medisinstudentforening sommerstipender som skal stimulere studenter til å forske. Midler ble hentet fra Utdanningsfond 1. Videre har Legeforeningen planlagt et informasjonsseminar i samarbeid med Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst for leger som har en ”forsker i magen”. Seminaret vil bli avholdt våren 2011. Kartlegging av bruken av fordypningsstillinger, samt bidrag til handlingsplan for dobbeltløp i samarbeid med Nasjonalt samarbeidsorgan er også tiltak utført i 2010. For å sikre at legeforskere og forskningen de utfører blir av best mulig kvalitet, har Legeforeningen satset sterkt på å tilby kurs i forskningsveiledning og forskningsledelse i samarbeid med Universitetet i Oslo og Helse Sør-Øst. Disse kursene har fått gode tilbakemeldinger og blitt svært populære.

Fagutvikling er en forutsetning for å bringe faget fremover og Legeforeningen skal være en viktig

premissleverandør. I løpet av 2010 ble en rekke prosjekter innen fagutvikling gjennomført. Dette gjelder blant annet rapporten Biomedisin som er utarbeidet av en rekke fagfolk og som inneholder anbefalinger vedtatt av Legeforeningens sentralstyre. Rapporten har blitt ytterligere aktualisert i forbindelse med at Kunnskapsdepartementet kommer med en egen rapport med tilsvarende tematikk. I tillegg påbegynte Legeforeningen et evalueringsprosjekt om fastsetting av veiledning i timeplanen og planla et pilotprosjekt om gruppeveiledning i sykehus. Begge prosjektene vil fullføres i 2011. Videre ble kurs i veiledning lokalt og sentralt videreført og en informasjonsfoil om veiledning av leger i spesialisering i lommeformat ble utarbeidet.

I det daglige arbeidet med forskning og fagutvikling, er de fagmedisinske foreningene en viktig medspiller. For å skaffe innsikt og forståelse for de utfordringene forskjellige fagmiljøer står ovenfor, har deltakelse på arrangementer i regi av fagmedisinske foreninger vært viktig. I 2010 har det blant annet omfattet deltakelse på forsknings- og fagutviklingsrelaterte møter og aktiviteter.

I 2010 lanserte Legeforeningen en ressurside for medisinsk forskning. Nettsiden inneholder lenker til alle fagmedisinske foreninger med eget forskningsutvalg. Foruten å være en viktig ressurs for forskning, er det en målsetting at nettsiden skal være en mulighet for fagmedisinske foreninger å knytte kontakt og dra gjensidig nytte av de ulike foreningenes arbeid. Videre er fagmedisinske foreninger en ressurs i Legeforeningens kontakt mot medier som er interessert i forskning. Samarbeid og kontakt med fagmedisinske foreninger er av grunnleggende karakter for at Legeforeningens arbeid på forskning og fagutvikling skal videreutvikles.

Legeforeningen ser også ut over Norges grenser. I et globalt perspektiv er norsk medisinsk forskning ressursrik og forskerne har gode rammevilkår. Vissheten om dette, har gjort at Legeforeningen har engasjert seg i global helseforskning. I 2010 har dette engasjementet først og fremst vært knyttet til planlegging av en større konferanse: "Contributions to Global Health Research, Capacity Building and Governance". Den avholdes på Soria Moria 12. og 13. september 2011. Målet er å skape en arena for kontakt og kunnskapsutveksling for medlemmer av legeforeninger, forskere og beslutningstakere.

Forskning og fagutvikling er ikke bare et spørsmål om opplæring og utdanning. Politiske prioriteringer kan representere en vel så viktig barriere eller tilrettelegger for at god forskning og gjennomtenkt fagutvikling skal praktiseres. En viktig hendelse i fjoråret var høringen om ny nasjonal helseplan hvor Legeforeningen kom med en rekke innspill. I høringen argumenterte Legeforeningen for at rammevilkårene for forskning ikke er tilfredsstillende for mange leger og institusjoner, spesielt innen allmenntilleggsmedisinen. Følgelig svikter rekruttering til forskning og viktige problemstillinger blir ikke satt under lupen.

Samtidig som vi uttrykte bekymring for forskningens kår, understreket Legeforeningen i høringen også at erfaringsbasert kunnskapsoverføring i de senere år har blitt akterutseilt. Spesiell oppmerksomhet ble viet til veiledning og mester- svenn relasjonen som er avgjørende for å sikre at kunnskap blir videreført og rett implementert. Legeforeningen mener at det må legges til rette for at den erfarne legen skal ha tid til å overføre sine kunnskaper og ferdigheter i klinisk virke til en mer uerfaren kollega.

Legeforeningen ser viktigheten av at helsevesenets rolle stadig må tilpasse seg endringer i samfunnet og befolkningens behov. Dersom slike tilpasninger skal gjennomføres på en fruktbar måte, mener Legeforeningen at man må sette forskning og fagutvikling i spissen for utviklingen. Endringer må komme som konsekvens av forskning eller erfaringsbasert kunnskap. Nedprioritering av forskning og fagutvikling vil gå ut over tilbudet helsetjenesten kan gi pasienten.

1.6 Satsingsområde 6: Sikre rekruttering og involvering av tillitsvalgte gjennom forbedret opplæring og bistand

Legeforeningen har mange dyktige og dedikerte tillitsvalgte som gjør et betydelig arbeid for helsetjenesten, leger og foreningen. Krevende omstillingsprosesser gir imidlertid økt press på tillitsvalgtrollen, med behov for endringer i opplæring, bistand og oppfølging av de tillitsvalgte.

Sentralstyret vedtok 21.9.09 å nedsette en arbeidsgruppe for å vurdere situasjonen med rekruttering av tillitsvalgte for ansatte leger. Gruppen skulle blant annet foreslå tiltak for å styrke rekruttering. Prosjektgruppen har hatt en rekke møter i 2010.

Omorganiseringen ved Oslo universitetssykehus innebar ved oppstartingen av prosjektet særlige utfordringer i forhold til å etablere et tillitsvalgtapparat som kunne fungere både gjennom krevende omstillingsprosesser; herunder drift av nye enheter. Når det gjelder generelle utfordringer med rekruttering av tillitsvalgte, valgte prosjektgruppen i 2010 særlig å fokusere på hvordan vervet kan bli attraktivt i legers karriereutvikling; for eksempel gjennom å bygge opp kompetanse på ledelse.

Prosjektgruppen drøftet videre hvordan man kunne innrette og forankre sekretariatsbistanden til tillitsvalgte generelt, samt tiltak i spesielt utfordrende situasjoner; herunder også valg. Gruppen har videre hatt fokus på sentrale arkivsystemer for å sikre lagring av dokumenter til bruk i tillitsvalgtarbeidet, samt etablering et presedensarkiv om aktuelle tema tilgjengelig for tillitsvalgte.

1.6.2 Målsettinger

Med bakgrunn i skisserte utfordringer definerte prosjektgruppen følgende mål for 2010:

- Straktiltak relatert til situasjonen ved Oslo universitetssykehus OUS. Videreføre arbeidet som ble påbegynt i 2009 med praktiske tiltak for tillitsvalgte i OUS; herunder en raskest mulig skolerings av nye tillitsvalgte. Gjennom dette arbeidet var det også en målsetning å innhente erfaringer om bistandsbehov til tillitsvalgte generelt i krevende situasjoner.
- Merittering. Prosjektgruppen satte som mål å se på mulighetene for å gjøre tillitsvalgtvervet – kombinert med et kursopplegg – meritterende i forhold til ledelseskurs i spesialistutdanningen.
- Videreutvikle tillitsvalgtopplæringen. God struktur på tillitsvalgtopplæringen. ”Fra tillitsvalgt til leder” ble arbeidstittelen på en ny modell for modulbasert tillitsvalgtopplæring som prosjektgruppen hadde som mål å utvikle forut for valg av nye tillitsvalgte pr.1.09.2011. Gjennom tillitsvalgtskolering med vekt på ledelse og ledelseelementet i tillitsvalgtrollen har det vært arbeidet for å få definere dette både som meritterende for spesialistutdanningen og som realkompetanse til ulike typer lederstillinger.
- Arkivsystemer for tillitsvalgte. Ved siden av et sentralt dokumentarkiveringssystem som grunnlag for kontinuitet i tillitsvalgtarbeidet lokalt, er målet sikring av personvern.
- Presedensarkiv for tillitsvalgte. Prosjektgruppen satte også som mål for 2010 å påbegynne et arbeid med å utvikle et presedensarkiv for tillitsvalgte. Dette skal gjøre det mulig å søke på aktuelle tema fra lov og avtaleverk, finne henvisninger og eventuelt informasjon dersom Legeforeningen har en egen policy innenfor fagfeltet.

1.6.3 Hovedaktiviteter og måloppnåelse

Det var allerede før årsskiftet 2009/2010 iverksatt konkrete tiltak med praktisk bistand overfor Legeforeningens foretakstillitsvalgt ved OUS; både i form av øremerket sekretærbistand og ytterligere bistand fra kontaktpersoner i Legeforeningens sekretariat. Grunnet korte tidsfrister, var man avhengig av personer i sekretariatet som hadde den nødvendige kompetanse både når det gjaldt avtaleverk, registreringsarbeid og tillitsvalgtssystem. Sekretariatet bistod med praktisk gjennomføring av elektronisk spørreundersøkelse ved valg av nye tillitsvalgte på alle nivåer i en ny og uferdig organisasjonsstruktur.

Det ble i mars 2010 i regi av sekretariatet arrangert egne opplæringsmøter for de nyvalgte tillitsvalgte ved OUS. På disse opplæringsmøtene deltok ca. 100 nye tillitsvalgte. Her var tema grunnleggende utfordringer i tillitsvalgtarbeidet, og det ble lagt vekt på at tillitsvalgte fra de ulike enhetene i hver enkelt klinikk kunne møtes.

Prosjektgruppen har blant annet arbeidet med at tema i spesialistutdanningen ved de obligatoriske universitetskursene i administrasjon og ledelse skal kunne legges inn i den nye modulbaserte tillitsvalgtopplæringen.

Før utgangen av 2010 var gruppen kommet langt i arbeidet med å utarbeide en sak til spesialitetsrådet som går på muligheten til å erstatte inntil 1 år av spesialistutdanningen med ledererfaring/lederutdanning. Tillitsvalgtfunksjon minimum på nivå som hovedtillitsvalgt (eller tilsvarende) i kombinasjon med gjennomførte kursmoduler i ”Fra tillitsvalgt til leder” teller som ledererfaring.

Det har vært arbeidet mye med rammer og tema for den nye modulbaserte tillitsvalgtopplæringen; Før utløpet av 2010 var modellen på plass, men det gjenstår detaljutforming. Det er et gjennomgående fokus på ledelse i samtlige moduler; likevel mest i siste modul. Målgruppe er i utgangspunktet tillitsvalgte fra alle tariffområder.

Det ble høsten 2010 i samarbeid med arkivet som en prøveordning utarbeidet en arkivdel for hvert helseforetak tilgjengelige for foretakstillitsvalgte. Arbeidet med å definere tema og modell for presedensarkiv for tillitsvalgte ble påbegynt i desember.

Rask opplæring og oppfølging av tillitsvalgte med særlig krevende oppgaver, er et viktig tiltak som har overføringsverdi i andre situasjoner hvor tradisjonell planlagt opplæring og informasjon ikke på samme måte fanger aktuelle utfordringer.

Erfaring med elektorniske valg i OUS gav en valgdeltakelse i underkant av 50 %, noe som er langt mer enn det man ville fått gjennom særskilte valgmøter arrangert på sykehusene. Det gir tillitsvalgte større legitimitet i medlemsgruppen, og kan også benyttes andre steder ved valg av tillitsvalgte.

Ettersom rammene for det nye konseptet for modulbasert tillitsvalgtopplæring var lagt før utløpet av 2010, har man ett grunnlag for detaljering og iverksetting av opplegget umiddelbart etter valget av nye tillitsvalgte per 1.9.2011.

På bakgrunn av erfaringene med arkivsystem for tillitsvalgte, vil man vurdere hvordan systemet kan videreutvikles som en ordning også for tillitsvalgte i øvrige tariffområder.

Arbeidet som ble påbegynt med presedensarkiv høsten 2010, er etter prosjektgruppens vurdering et arbeid som bør utvikles også i øvrige tariffområder.

2 Arbeidsliv og arbeidsforhold

2.1 Om Legeforeningens arbeid med arbeidsliv og arbeidsforhold

I året 2010 ble trepartsforholdet revitalisert gjennom reforhandling av IA avtalen. Legeforeningen deltok aktivt som organisasjon i Akademikerne og som forening for leger som sykemeldere. Det har vært arbeidet overfor Arbeidsdepartementet og Helse – og omsorgsdepartementet for å utarbeide gode ordninger i sykemeldingsarbeidet i form av veiledere og system for oppfølging. Arbeidet har bidratt til en endring av opprinnelig forslag mht normer og sanksjoner som legger grunnlag for kvalitet og ikke straff.

I 2010 var det Rådsmøte i Akademikerne (møtet i høyeste organ i Akademikerne som avholdes hvert annet år). Legeforeningen hadde et forberedt innlegg i forhold til utviklingen av policy i Akademikersamarbeidet. Det ble pekt på at Akademikerne må få tydeligere frem sin profil som skiller seg fra øvrige hovedsammenslutninger. Med hovedspørsmål knyttet til hva som kjennetegner en akademiker og en hovedsammenslutning for akademikerne. Rådsmøtet besluttet at dette skulle være tema også ved Topplederkonferansen i Akademikerne og har medført oppfølging i form av utvikling av policy innenfor enkelte temaer.

I Akademikersamarbeidet ble det i 2010 foreslått å legge HSH inn under Akademikerne P. Dette ønsket ikke Legeforeningen og det ble heller ikke gjennomført. HSH organiseres fortsatt som et ”eget forhandlingsutvalg”.

I 2010 var det hovedoppgjør i alle forhandlingsarenaer med unntak for HSH. Alle hovedoppgjør ble gjennomført uten konflikt og med tilfredsstillende resultat. Legeforeningen har i forhandlingene og i det politiske arbeidet satt på dagsorden behov for å tilrettelegge for forskning, arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet, forutsigbare arbeidsforhold og arbeidsmiljø. Bakgrunnen var de enkeltsaker som hadde oppstått i 2009 og 2010 i sykehus, God vakt rapporter og rapport fra Riksrevisjonen. Oppmerksomheten om de ovennevnte temaer var også et bidrag for å unngå konflikt, blant annet ved sammenslåtte sykehus, som ved Vestre Viken HF og Oslo Universitetssykehus HF. Kompliserte forhandlinger ved disse sykehusene ble løst lokalt uten overslag mht ambulering.

Det er regelmessig sendt ut medlemsbrev til næringsdrivende leger og nyhetsbrev til tillitsvalgte innenfor alle forhandlingsarenaer. Forhandlingsnytt og Legeforeningen nettsider.

Medlemmer og tillitsvalgte er holdt løpende orientert i medlemsbrev, nyhetsbrev og på nettsidene til Legeforeningen. Nettsiden "Forhandlingsnytt" benyttes aktivt under forhandlingsperiodene for de ulike områder. Etter en overgangsperiode der tillitsvalgsnytt og medlemsnytt har vært publisert på Min Side og ettersendt pr e-post, har sekretariatet gått over til utelukkende å bruke e-post for å varsle om publisering på Min Side.

2.2 Tillitsvalgtorganisering, informasjon og opplæring

2.2.1 Kursvirksomhet i 2010

Sekretariatets kurstilbud til de tillitsvalgte var stort også i 2010. I tillegg til at det ble avholdt en rekke kurs av samme art som de senere år, er det gjennom tillitsvalgtprosjektet, som er ett av Legeforeningens satsingsområder, arbeidet med en omlegging av tillitsvalgtopplæringen. Tanken er å få til en struktur som blant annet fokuserer på den kompetanse tillitsvalgte gjennom arbeid og opplæring som tillitsvalgte har bygget opp i forhold til å søke lederstillinger. Det vises til eget punkt om tillitsvalgtprosjektet i årsmeldingen.

I 2010 ble følgende kurs avholdt:

- Februar: C-kurs om økonomi og C-kurs i forhandlingsteknikk
- Mars: C-kurs i forhandlingsteknikk
- Mars: flere kurs for tillitsvalgte på OUS
- August: C-kurs om konfliktløsning.
- September: C-kurs om forhandlingsteknikk
- November: kurs for statlige tillitsvalgte
- Desember: B-kurs for Spekter

Flere yrkesforeninger har arrangert tariffkonferanser og kurs. Lokalforeningene arrangerte 11 lokale trinn I kurs over hele landet. Legeforeningen deltok i dagskonferanser arrangert av Akademikerne over hele landet i KS-området.

2.3 Arbeid med arbeidsvilkår for leger innen ulike forhandlingsområder

2.3.1 Forhandlingsarbeidet innenfor Spekter-området

Det ble gjennomført forhandlinger om hovedoppgjør i Spekter område 10 Helseforetak og område 4 Lovisenberg i perioden april til september 2010.

Forhandlingsordningen i Spekterområdet består av fem trinn. Første trinn, de innledende sentrale forhandlingene, ble gjennomført den 15. april 2010. Likelønnspektivet var et av temaene, og partene kom til enighet både om at det skulle gjennomføres kartlegging av eventuelle likelønnsutfordringer lokalt og en felleserklæring om likestilling. For øvrig var partene enige om at det var hensiktsmessig å forskyve tidspunktet for videre forhandlinger til etter at resultat forelå fra forhandlinger i Staten og KS.

Forhandlingene omfattet både område 10 helseforetak og område 4 Lovisenberg.

Andre trinn, forhandlinger om A1 sosiale bestemmelser ble gjennomført 3. mai. Som tidligere år var det enighet på arbeidstakersiden om å samarbeide om eventuelle krav til endringer i de sosiale bestemmelsene. Det ble laget et felles kravdokument, hvor alle hovedorganisasjonene sto bak. Resultatet etter forhandlinger ble prolongering av gjeldende sosiale bestemmelser.

Tredje trinn, forhandlinger om A2, sentral forbundsvis avtaledel mellom Legeforeningen og Spekter ble startet 31. mai. Det ble tidlig klart at forhandlingene ville bli svært krevende. Fra Spekter signaliserte sterkt ønske om mulighet for beordring av leger til arbeid på mer enn ett tjenestested, og økt mulighet til å benytte legers arbeidskraft til annet enn vaktarbeid etter kl 17 uten at det skal være basert på frivillighet. De ønsket også sterkere styring over planer for sommeravvikling. Legeforeningen var tydelig på at arbeidsgiver i dag har betydelig fleksibilitet og at behovet for legene er større grad av forutsigbarhet, vektlegging av faglig utvikling, arbeidsmiljø og pasientsikkerhet. Legeforeningen mente at spørsmålene om fleksibilitet og forutsigbarhet i forhold til arbeidssted på Oslo Universitetssykehus HF måtte løses lokalt innenfor den rammen A2 setter. Partene sentralt hadde tilrettelagt for at prosessen ved sammenslåtte sykehus kunne starte før A2 er ferdig. Dette fordi situasjonen ved dette helseforetaket skiller seg fra andre helseforetak i det at flere B-deler skal gjøres til en.

Det ble gjentatte ganger presset på fra Legeforeningens side for å få konstruktive prosesser om forhandlinger om tjenestested på OUS, da dette ble fremsatt som en forutsetning fra Spekter for videre forhandlinger om A2-elementer. Partene så at tiden fram til sommeren ville bli for knapp, og det ble derfor enighet om å fortsette forhandlingene etter sommerferien.

En protokoll om tjenestested på OUS, konkret basert på arbeidsgivers definerte behov for at enkeltleger jobber mer enn ett sted, og begrenset slik at legenes behov for forutsigbarhet, arbeidsmiljø og medbestemmelse ble sikret, ble inngått med sentral bistand i august.

Det ble deretter forhandlet om øvrige elementer i A2, og partene kom 23. august til enighet om A2-delen.

Blant endringer i overenskomsten er:

- rett til fortsatt ansettelsesforhold for turnusleger som går ut i foreldrepermisjon
- økt vaktlønnsats til 0,026 % av basislønn
- økning av doktorgradstillegget til kr 35 000
- beløpet som skal avsettes til utdanningsfond III er økt til kr 2.000 fra 1.2011

Når det gjelder økonomi, ble lønnstilleggene for Ylf-gruppen fastsatt sentralt. Oppgjøret ble beregnet til å utgjøre ca 3,3 % av lønnsmassen for Ylf-gruppen.

Det ble avtalt nedsatt partssammensatte prosjekter vedr arbeidssted, arbeidstid, kombinerte stillinger og praktiseringen av rangeringsbestemmelsene i overenskomstens § 6.2. Av disse er prosjektene knyttet til arbeidssted og kombinerte stillinger igangsatt i 2010.

Forhandlingenes fjerde trinn, B-delsforhandlingene, ble gjennomført i første halvdel av september. Forhandlingene var mange steder krevende. Vestre Viken HF og Oslo Universitetssykehus HF hadde ekstra store utfordringer, da de skulle forene hhv 4 og 3 ulike B-deler til en etter sammenslåingen. Vestre Viken HF kom til enighet lokalt uten sentral bistand. I Oslo Universitetssykehus HF kom partene til enighet ved hjelp av aktiv bistand fra de sentrale parter. Etter bistandsrunden var det fire foretak hvor partene lokalt ikke var kommet til enighet.

For overlegene og øvrige medlemmer av Legeforeningen ble lønnsoppgjøret fastsatt lokalt. Resultatene ligger prosentmessig mellom 3,1 og 3,7. Ny sentral minimumslønnsats for overlegene er kr. 556.000. Den sentrale minimumslønnsatsen representerer den laveste lokale satsen.

I trinn 5, de avsluttende sentrale forhandlinger, hadde Legeforeningen brudd i lokale forhandlinger på Sunnaas HF, Nordlandssykehuset HF og Akershus Universitetssykehus HF. Forhandlingene ble gjennomført torsdag 30. september. De ulike uenighetene ble løst i disse forhandlingene.

Særlig om område 4 Lovisenberg

Forhandlingene for Lovisenberg ble ført mer eller mindre parallelt med område 10. Sosiale bestemmelser ble stående uendret. A2 ble gjennomført med et prosentvis resultat for stud.med og leger i spesialisering i tråd med område 10, og med tilsvarende tekstlige endringer. B-delen ble forhandlet på Lovisenberg tidsmessig i samme periode om B-delene i område 10. Også de avsluttende sentrale forhandlingene ble gjennomført samtidig i de to områdene.

På Lovisenberg ble de lokale forhandlingene avsluttet med uenighet, grunnet tvist om virkningstidspunktet for økt fordypningstid for leger i spesialisering. Dette ble løst i de avsluttende sentrale forhandlingene.

2.3.2 Tvistesaker i Spekter-området

Legeforeningen håndterer til enhver tid en rekke uenigheter om tolkningen av overenskomstens bestemmelser. I 2010 er det tatt ut stevning i tre saker. En sak ble forlikt. Den gjaldt spørsmål om lønn for leger i spesialisering i hjertemedisinsk bakvakt ved UNN. De to andre stevningene venter på berammelsestidspunkt. Begge er fra Helse Stavanger. En gjelder spørsmål om dekning av kostgodtgjørelse for leger i spesialisering, den andre spørsmål om dekning av egenandel fra utdanningsfond III.

Ved St. Olavs hospital ble det utarbeidet fire uenighetsprotokoller. To av sakene ble landet med enighet i forhandlinger mellom Legeforeningen og Spekter. De to gjenstående, om mulighet for innføring av hjelpeplan og spørsmål om tolkning av 20-timersregelen, vil bli vurdert fremmet for Arbeidsretten i 2011.

Det ble også innsendt en uenighetsprotokoll fra Helse Nordmøre og Romsdal vedr tolkningen av det tosporede tillitsvalgtsystemet. Det er utarbeidet en sentral uenighetsprotokoll, og saken vil bli vurdert fremmet for Arbeidsretten i 2011.

2.3.3 Forhandlingsarbeidet innenfor Stat-området

I 2010 var det hovedoppgjør i staten, dvs. at tekstlige elementer i hovedtariffavtalen var oppe til reforhandling. Oppgjøret endte i mekling, og det ble til sist lagt frem en skisse som partene aksepterte. Økonomisk hadde oppgjøret en ramme på 3,3 %.

Legeforeningen forhandlet gjennom Akademikerne Stat, og fikk gjennomslag for en bestemmelse om rett til lønnsamtale for alle statsansatte. Akademikerne hadde i forkant av oppgjøret lansert ideen om å prøve ut ren lokal lønnsdannelse i enkelte utvalgte statlige virksomheter, det ble det ikke gjennomslag for, men staten og Akademikerne er enige om å arbeide videre med spørsmålet i tariffperioden. For Legeforeningen, og Akademikerne, vil det være svært fordelaktig om lønnsutviklingen kan skje i den enkelte virksomhet, og ikke gjennom sentrale oppgjør som i dag.

Hva gjelder særavtaler har Legeforeningen i 2010 sluttført forhandlinger av særavtalen for tjenestegjøring i internasjonale operasjoner for 2010-2012, og justert praksiskompensasjonssatsene i særavtalen for leger i NAV. Øvrige forbundsvisse særavtaler var ikke åpnet for reforhandling.

Området preges for øvrig av at Legeforeningen gjennom Akademikerne opplever å samtale godt med staten ved Fornyings- og administrasjonsdepartementet utenom oppgjørene, men at man i oppgjørene opplever at arbeidsgivers frykt for storstreik fra LO og Unio medfører at tariffområdet stagnerer/stivner på en lite hensiktsmessig vis for legers og øvrige akademikers lønnsutvikling. Akademikerne har et løpende påvirkningsarbeid gående der enkeltvirksomheter i staten informeres om hvordan Akademikerens lønnspolitikk vil gi bedre spillerom for arbeidsgiver og tillitsvalgte lokalt, og jobber for

at disse arbeidsgiverne skal være med å påvirke staten i retning av noe større lokal handlefrihet, i første omgang som prøveprosjekter.

Vis a vis enkeltvirksomheter i staten har Legeforeningen vært involvert overfor Forsvaret i ulike arbeidsgrupper som har som siktemål at tjenesten i Forsvaret skal kunne bli mer relevant, og at Forsvaret skal utvikle seg til å bli en mer attraktiv arbeidsgiver for leger.

2.3.4 Forhandlingsarbeidet innenfor KS området

Hovedtariffoppgjøret i området endte med streik, også for Legeforeningen og Akademikerne, da KS i forhandlingene ikke leverte et komplett tilbud, hvilket medførte at Akademikerne måtte bryte sammen med øvrige hovedsammenslutninger. I meklingen spriket forventninger og tilbud fra de ulike aktørene så vidt mye, at meklingsmannen ikke så seg i stand til å lage en skisse, dermed ble Akademikerne – ufrivillig – kastet ut i en streik. Når oppgjøret endte i streik, var det viktig for Akademikerne av tarifftekniske grunner å være en del av streiken, for å forhindre at øvrige aktører avtalte vekk kapittel 3 og 5 som en avslutning på streiken. Resultatet etter streiken viste en økonomisk ramme på 3,4 %.

Lønnsutviklingen for leger i KS-sektoren forhandles lokalt i den enkelte kommune. Sekretariatet har bedt om tilbakemelding på resultat, men har kun mottatt dette fra tillitsvalgte i 25 % av kommunene. De lønnsdataene som er mottatt antyder et resultat *for legene* på mellom 5 % og 7 % pr dato. Virkningstidspunkt er ulikt avtalt i kommunene. På grunn av uenighet rundt dette (se over) er det forholdsvis mange som avtalte senere virkningstidspunkt enn 1. mai denne gangen. Et senere virketidspunkt innebærer lavere årslønnsvekst ved gitte tillegg, og beregninger viser at økning pr dato som nevnt over gir en årslønnsvekst mellom 2,5 % og 4,5 %.

I 2010 ble også særavtalen for kommunehelsetjenesten, SFS 2305, reforhandlet.

Praksiskompensasjonssatsene ble regulert, og det ble foretatt en endring i rett til fri dag etter legevakt for også å ivareta næringsdrivende leger på en bedre måte. Videre ble turnuslegelønnen justert, og Legeforeningen fikk gjennomslag for krav om en annenårsregulering av turnuslegelønnen.

2.3.5 Forhandlingsarbeidet innenfor Oslo kommune området

Hovedtariffoppgjøret i området endte med en prosentvis historisk høy avsetning til lokal lønnsdannelse i Oslo kommune. Økonomisk hadde oppgjøret en totalramme på 3,35 %. Legeforeningen fikk i de preliminare forhandlingene gjennomslag for regulering av turnuslegelønn, samt en protokolltilførsel der Oslo kommune forpliktet seg til å vurdere innføring av samfunnsmedisinsk beredskapsordning. Høsten 2010 bidro sekretariatet i en arbeidsgruppe som utredet dette for Helse- og velferdsetaten, ordningen var klar for iverksetting pr 1. januar 2011, men ble av administrative årsaker hos kommunen først iverksatt 1. mars 2011.

I Oslo kommune har Legeforeningen, via Akademikerne, et pågående påvirkningsarbeid for å se på muligheten for i større grad å få lokal lønnsdannelse. Som i staten er arbeidsgiver positiv, men det er en frykt for storstreik med LO og Unio som hindrer realiseringen.

2.3.6 Forhandlingsarbeidet innenfor HSH området

Forhandlinger om revisjon av hovedavtalen i HSH (Parallellavtalen) ble gjennomført tidlig i 2010. Som i de andre avtalene innen HSH skiller Parallellavtalen seg fra andre (hoved)avtaler ved at det er hver enkelt forening – og ikke sammenslutningene – som er part. Legeforeningen forhandler imidlertid sammen med de andre foreningene i Akademikerne gjennom samarbeid i *akademikerforeningene*. Legeforeningen leder samarbeidsutvalget, og koordinerte og ledet forhandlingene om Parallellavtalen. Legeforeningen hadde ingen spesielle krav til endringer, og partene enige om å prolongere eksisterende avtale i fire nye år (til og med 2013). Spesielt for denne forhandlingsrunden var at enkelte akademikerforeninger var blitt oppmerksomme på at Parallellavtalen gjaldt (gjelder) for alle virksomheter i HSH – også de såkalt helprivate (ikke i HUK-området). Det ble gjort forsøk på å få Akademikerens styre til å vedta at alle forhandlinger i HSH skal forankres og koordineres i utvalget *Akademikerne privat*. Dette var uholdbart for Legeforeningen med tanke på de viktige avtalene som

ligger i HUK-området, og et endelig vedtak ble avverget gjennom en rekke møter og korrespondanse med Akademikernes styre. Det er igangsatt et felles arbeid i regi av Akademikerne for å oppklare og drøfte eventuelle utfordringer ved avtaleforholdene innen HSH-området.

Hovedoppgjør om revisjon av de sentrale tariffavtalene (overenskomstene) i HSH-HUK (Helse, utdanning og kultur) ble gjennomført i juni. Partsforhold og forhandlingssystem er det samme som beskrevet for Parallellavtalen.

Legeforeningen fremmet krav om at sentrale revisjoner av avtalene i offentlig sektor måtte videreføres i overenskomstene i HUK-området. Mange av disse endringene (i KS og Stat) ble også inntatt i de reviderte HUK-avtalene.

Videre ble det lagt noen viktige føringer i protokoll. Blant annet ble det protokollført en felles forståelse av at det er en tariffplikt for virksomheter i HSH-HUK å tilby offentlig tjenstepensjon med AFP. Dette er i tråd med Legeforeningens tidligere tolkning av "frys-bestemmelsen" i HUK-avtalene, men det har ikke tidligere vært en uttalt omforent forståelse av dette. I 2006 endte oppgjøret i streik nettopp på grunn dette – krav fra HSH om at det skulle åpnes for å kunne avtale andre pensjonsordninger, så dette var utvilsomt en viktig avklaring. Et av akademikerforeningenes hovedkrav ble innfridd i protokoll – nemlig at arbeidstakere i foreldrepermisjoner eller andre lønnete permisjoner også har krav på å bli vurdert i de lokale forhandlingene. Vedlegget *Lokale forhandlinger* - som er vedlagt alle syv overenskomster - ble revidert og utvidet, blant annet slik at arbeidsgiver nå har en plikt til å gjennomføre drøftingsmøte.

Den økonomiske rammen for oppgjøret ble avtalt tilsvarende de korresponderende områder, det vil si mellom 3,3 og 3,4 % på årsbasis. De sentralt avtalte tilleggene ble også innrettet tilsvarende offentlig sektor. Legeforeningens medlemmer forhandler i all hovedsak sin lønn lokalt.

De økonomiske satsene i legenes lokale særavtaler innen HSH-HUK (*Særavtale om særskilte lønns- og arbeidsvilkår for leger innen HSH*) ble revidert i mellomoppgjør i 2010. Partene lokalt hadde frist for gjennomføring i mars, men mange steder ble forhandlingene gjennomført vesentlig senere. Legeforeningens sekretariat bistod de lokale tillitsvalgte i forbindelse med forhandlingene, og koordinerte og samordnet informasjon om de ulike resultatene. 22 virksomheter er omfattet av sentral og lokal særavtale.

Forberedelser til sentrale og lokale særavtaleforhandlinger i HSH-området – hovedoppgjør pr 1. januar 2011: Forhandlinger om sentral særavtale ble gjennomført og avsluttet med enighet 24./25. januar 2011. Forberedelser til oppgjøret i 2010 besto i å utforme krav i sekretariat og forhandlingsutvalg, dialog med HSH vedrørende både praktisk gjennomføring og utfordringer i avtaleverket for leger i HSH-virksomheter generelt, samt dialog med og oppfølging av lokale tillitsvalgte vedrørende de forestående sentrale og lokale forhandlingene.

Legeforeningens representant har som leder av *akademikerforeningene* deltatt i møter og øvrig koordineringsarbeid sammen med forhandlingslederne i HSH og de andre sammenslutningene vedrørende tidligere og forestående forhandlinger (herunder oppfølging av partssammensatte grupper nedsatt i tariffoppgjørene).

2.3.7 Ny avtale med statens pensjonskasse om bruk av journalopplysninger

Det ble fremforhandlet en ny avtale med Statens pensjonskasse høsten 2010 om bruk av journalopplysninger.

2.4 Arbeid med arbeidsvilkår og rammebetingelser for næringsdrivende

2.4.1 Rammeavtaleforhandlinger KS

Rammeavtalen mellom KS og Den norske legeforening om allmennlegepraksis i fastlegeordningen i kommunene ble sagt opp til reforhandling. Det ble gjennomført forhandlinger mellom KS og

Legeforeningen, der de berørte yrkesforeningen (Af og LSA) deltok. Et viktig mål med forhandlingene var å utvikle rammeavtalen i samsvar med de endringer som kommer ved samhandlingsreformen. Partene hadde i den sammenheng en konstruktiv dialog. Det kom imidlertid til brudd i forhandlingene da KS reiste spørsmål om gjenværende legers habilitet ved tildeling av hjemmel. Legeforeningen imøtegikk KS tolkning av forvaltningsloven, men KS fastholdt sin tolkning og gikk av den grunn til brudd i forhandlingene. Gjeldende avtale ble prolongert med ett år frem til og med 30. juni 2011.

2.4.2 Arbeid med endring av rammebetingelser for avtalespesialister

Myndighetene har tidligere besluttet å arbeide for en modell som innebærer en overføring av finansieringsansvaret fra folketrygden til de regionale helseforetak (RHF). RHFene skal tildeles midler for den aktivitet som avtalespesialistene utfører og skal forhandle med Legeforeningen om godtgjøringen til avtalespesialistene. Det er lenge varslet høringsnotat om endringer i rammebetingelsene for avtalespesialister. Heller ikke i 2010 ble det offentliggjort noe mht hva Helse- og omsorgsdepartementet tenker om dette, til tross for at det ble varslet at det ville komme tidlig i 2010.

Legeforeningen sa ikke opp Rammeavtalen. Det gjorde heller ikke RHFene. Avtalen løper derfor videre i 2011. Det arbeides imidlertid med utvikling av avtalen - og klargjøring av bestemmelsene - gjennom bruk av protokoller.

2.4.3 Normaltariffoppgjøret 2010

Forhandlingene om Normaltariffen ble sluttført med en ramme på 6,3 % fra 1. juli 2010. I dette lå en kostnadsdekning for økte kostnader på grunn av krav til bedriftshelsetjeneste. Takstbruksundersøkelsen som ligger til grunn for oppgjørene viste et registrert meruttak av refusjoner utover det nivået partene hadde avtalt i 2009. Det meste av meruttaket kunne forklares ved økning i antall fastleger/avtalespesialister, pandemi, økning i egenandeler og omleggingen til automatisk frikort, slik at det aller meste ble beholdt i økonomien. I protokolltilførsel forpliktet partene seg til å prioritere arbeidet med en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2009 høsten 2010. I vurderingen av funnene fra undersøkelsen skal utgifter til helsenett og andre elektroniske systemer i legepraksis legges til grunn som et vesentlig kostnadselement.

2.4.4 Inntekts- og kostnadsundersøkelse for inntektsåret 2009

Staten og Legeforeningen ble i takstforhandlingene 2007 enige om å gjennomføre en ny inntekts- og kostnadsundersøkelse hos privatpraktiserende leger for inntektsåret 2008. Den ble først sendt ut i 2009, men stoppet av partene på grunn av svakheter ved undersøkelsen. Gjennom høsten har det vært en grundig prosess mellom Legeforeningen, KS, regionale helseforetak og Helse- og omsorgsdepartementet som munnet ut i en anbudsprosess der Deloitte fikk oppdraget med å gjennomføre IKU for inntektsåret 2009. Undersøkelsen gjennomføres som en elektronisk spørreundersøkelse der en kombinasjon av spørsmål til den enkelte lege og kobling mot skattedirektoratets ligningsdata vil gi den informasjonen det er behov for. For å fange opp leger som ikke er registrert med e-postadresse sendes den til disse i papirformat. Undersøkelsen ble sendt ut 11. januar 2011.

2.4.5 Revisjon av L- takstsystemet

Legeforeningen lenge ønsket et samarbeid med NAV om utarbeidingen av L-takster. Som oppfølging av et møte høsten 2009, ble det avholdt to møter med NAV for å vurdere nåværende takstsystem både med hensyn til systemets hensiktsmessighet og med sikte på å regulere disse. Legeforeningen fikk gjennomslag for innføring av en egen forhøyet dialogmøtesats for spesialister. Utover dette ble takstene forhøyet tilsvarende økningen i Normaltariffen (6,3 %).

2.4.6 Arbeidsgruppe om pensjonsutgifter for ansatt hjelpepersonell

Legeforeningen har over lenger tid arbeidet med inndekning av kostnader til pensjonsutgifter for ansatt hjelpepersonell. Det er satt særskilt fokus og urimelige kostnader knyttet til reguleringspremie for ansatt hjelpepersonell som har pensjonsforsikring i KLP fellesordningen, dvs. en kommunal tjenestepensjonsordning. Et annet hovedfokus er utgifter til AFP ordning som følge av omleggingene i

pensjonssystemet. Arbeidsgruppen som arbeidet med dette i 2009 ble videreført i 2010. Utredning av konsekvensene av ny AFP ordning ble utredet og innarbeidet i rapportutkastet som forelå. Rapporten ble ikke helt ferdigstilt i 2010.

2.4.7 Normaltariffprosjektet

Normaltariffprosjektet er et utredningsprosjekt der normaltariffen vurderes som finansieringsverktøy, herunder alternative finansieringsformer. Utredningen ble fra høsten 2009 lagt inn som et delprosjekt under prosjektet for utvikling av fastlegeordningen som er en del av foreningens seks satsingsområder.

Rapporten innrettes både som en rapport og et arbeidsdokument til hovedsakelig intern bruk. Den skal kunne fungere som en statusrapport for normaltariffen og som en veileder med hensyn til de utviklingsarbeidene som foregår og vil foregå i forbindelse med samhandlingsreformen.

2.4.8 Vold og trusler mot leger – oppfølging av Legeforeningens initiativ

Legeforeningen har arbeidet for å få formalisert i regelverket på hvilke vilkår en pasient kan fjernes mot sin vilje fra fastlegens liste etter å ha utøvd vold og trusler. Arbeidet med å utvikle legevaktsentraler er ansett som viktig for sikkerheten på legevakt. Helse- og omsorgsdepartementet startet et utredningsarbeid høsten 2009. I 2010 fikk vi opplyst at forslag til regelverksendringer har blitt utsatt av kapasitetsmessige årsaker. Legeforeningen sendte i 2010 brev til departementet med anmodning om at arbeidet intensiveres. Tiltak mot vold er også viktig i legevakt.

2.4.9 Norsk pasientskadeerstatning

Ordningen med Norsk Pasientskadeerstatning (NPE) ble fra 1. januar 2009 utvidet til å gjelde også privat helsetjeneste, og det ble innført en melde- og tilskuddsplikt. Legeforeningen mente avtalespesialistene med driftsavtale fullt ut var en del av ”offentlig helsevirksomhet”, jf. pasientskadeloven og forskriften, og dermed utenfor tilskuddsplikten. NPE mente imidlertid at de som arbeider ut over den prosentvise andelen driftstilskudd må betale tilskudd for det overskytende. Legeforeningen tok kontakt med Helse- og omsorgsdepartementet i oktober 2009 og ba om snarlig avklaring. Henvendelsen ble besvart i august 2010, og departementet konkluderer med at de helt siden 2002 har definert privat helsetjeneste som en virksomhet som ikke er omfattet av driftstilskudd, men som likevel kan være finansiert ved at den utløser pasientens rett til trygderefusjon.

NPE har tatt opp med Legeforeningen til at en stor andel av de meldepliktige legene (både avtalespesialister og helprivate) ikke har meldt inn sin virksomhet (inkl ansatte) per dags dato. Ulike tiltak for å informere medlemmene har vært diskutert med NPE.

2.5 Veiledere, juridiske betenkninger og utredninger

2.5.1 Veileder om tilsynssaker

Det ble igangsatt arbeid for å lage en veileder for leger som får tilsynssaker rettet mot seg. Erfaringen er at leger tar slike saker svært alvorlig, og at informasjons- og veiledningsbehovet er stort i denne typen saker. Dette skal være et supplement til den rådgivning som gis direkte til medlemmet.

Dokumentet gir en generell oversikt over hensynene og regelverket som ligger til grunn for tilsynsmyndighetens virksomhet, saksgangen i tilsynssaker og mulige utfall av slike saker. Videre gis en oversikt over Legeforeningens bistand til leger i denne type saker, og det gis innspill til hvordan legen bør håndtere slike saker. Det er et siktemål at veilederen skal gi legen en rask, innledende oversikt over relevante forhold, for slik å settes bedre i stand til å ivareta sine interesser, herunder oppsøke nødvendig hjelp. Arbeidet ble i hovedsak gjennomført i 2010, og veilederen vil bli ferdigstilt i 2011.

2.5.2 Veileder om arbeidsmiljø m.v.

Det er laget en veileder om arbeidsmiljø. Den inneholder informasjon om situasjonen i sykehus og om betydningen av godt arbeidsmiljø i tillegg til informasjon om hvordan ledere og tillitsvalgte kan arbeide

aktivt med arbeidsmiljøet. Den ferdigstilles i mars 2011.

2.5.3 Juridiske betenknninger

Det er skrevet flere juridiske betenknninger om sentrale temaer for legers yrkesprofesjon og arbeidsliv i 2010, blant annet om yttingsfrihet, taushetsplikt, lojalitetsplikt, biomedisin, kjernejournal, arbeidstid, innstillingsrett, m.m.

2.6 Medlemsbistand og rettshjelpvalget

2.6.1 Bistand fra sekretariatet

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

Mange tvister løses av sekretariatet innen legen kontakter ekstern advokat, og før det er aktuelt å søke økonomisk bistand fra Rettshjelpordningen. I tillegg har Legeforeningen, som avtalepart i sentrale avtaler, muligheter for løsning av tvister som eksterne advokater ikke har.

Sekretariatet håndterer daglige forespørsler om tolkning av avtaler og andre forhold av betydning for yrkesutøvelsen, samt økonomisk rådgiving. Etterspørselen etter juridiske tjenester er økende. Sekretariatet har også i 2010 gitt juridisk bistand på en del områder som ikke omfattes av rettshjelpsordningen, slik som på EU og EØS-rettslige spørsmål, samarbeidsavtaler i privat praksis, en del selskapsrettslige problemstillinger og generell avtalerett.

Det saksbehandles årlig et stort antall saker av juridisk karakter. Noen av disse er enkle, og registreres ikke. Antallet formelt registrerte saker var 2300. Det tilsvarende tallet for 2009 var 1613. Dette indikerer en betydelig stigning i etterspørselen etter juridiske tjenester. Sakene er til dels kompliserte og ressurskrevende. Det gis videre juridisk råd per telefon i meget betydelig omfang. Denne formen for bistand/rådgivning er effektiv, og bidrar også til at leger unngår å havne i situasjoner som har potensial til å bli kompliserte og ressurskrevende. Sekretariatet prosederer enkelte utvalgte saker for domstolene etter en særskilt vurdering og beslutning. Det gjelder både saker for enkeltmedlemmer og Legeforeningen.

Av helserettslige problemstillinger har det også i 2010 særlig vært spørsmål om taushetsplikt, samt et økende antall tilsynssaker.

Arbeidsrettslige problemstillinger i tilknytning til ulike omstillingsprosesser har vært særlig viktige saksområder i 2010. Det har vært et betydelig antall henvendelser fra OUS HF og Vestre Viken HF.

Det har også i 2010 vært en økende etterspørsel etter tjenester til leger som arbeidsgivere, og særlig knyttet til arbeidsrettslige spørsmål mht nedbemanning og oppsigelser av hjelpepersonell samt lønsspørsmål. Videre ytes det rådgivning for å løse tvister mellom leger med henblikk på å unngå rettssaker mellom leger. Legeforeningen har god erfaring i tvisteløsning mellom leger, og bistår som mekler etter en konkret vurdering der begge parter ønsker det.

Det har også i 2010 vært arbeidet med konsekvensene av endringer i pasientskadeloven, særlig når det gjelder tilskuddsplikten for praktiserende leger, og tilpasninger av ansvarsforsikringen. Et annet saksområde som fortsatt var særlig aktuelt, er pensjon til ansatt hjelpepersonell i privat legepraksis, hvor legene opplever å få krav om betydelige tilleggsbetalinger til de ansattes pensjonsordninger. Det er stadig henvendelser som gjelder de ansattes pensjonsordninger, og endringsmuligheter knyttet til disse.

2.6.2 Rettshjelpsordningen

Rettshjelpvalget arbeider i henhold til vedtekter fastsatt av landsstyret og retningslinjer fastsatt av

sentralstyret. Rettshjelpsutvalget bevilger økonomisk støtte til juridisk bistand innenfor gitte saksområder. Sentralstyret skal imidlertid involveres i enkelte saker, og i disse sakene fatter sentralstyret selv vedtak om rettshjelp etter innstilling fra rettshjelpsutvalget. Rettshjelpsordningen er ikke en forsikringsordning. Søknader blir vurdert konkret og det utøves et skjønn mht hvilke saker som gis økonomisk støtte.

I 2010 hadde utvalget 57 saker på sakskartet. Utvalget fattet vedtak om å innvilge støtte i 31 saker, og fattet vedtak om avslag i 24 saker. To saker ble besluttet utsatt. Det var i 2010 ingen saker som ble oversendt sentralstyret for formell klagebehandling. I tråd med landsstyremøtets bestilling ble imidlertid utvalgets praksis hva gjelder varslingssaker gjennomgått. Utvalget hadde foretatt en gjennomgang av saker vedrørende varsling våren 2010, og vurderingene ble presentert for sentralstyret i mai 2010. Sentralstyret hadde ingen bemerkninger til utvalgets praksis.

Hovedtyngden av saker som gis støtte gjelder arbeidsrett og tilsynssaker, samt forvaltningsrettslige og kontraktsrettslige problemstillinger knyttet til grunnlag for drift av privat næringsvirksomhet. Rettshjelpsutvalget og sentralstyret må vurdere fra sak til sak om - og hvor mye - økonomisk støtte som skal gis. Sekretariatet følger aktivt opp om det er mulig å søke penger tilbake til ordningen, der forholdene tilsier det.

2.6.3 Prosjekt Bistand

Sentralstyret etablerte 22. mars 2007 et prosjekt som skulle gi tilrådning mht hvilke tjenester de privatpraktiserende legene kunne påregne å få fra Legeforeningen. Bakgrunnen var en stadig stigende etterspørsel etter juridiske tjenester. Prosjektgruppen hadde medlemmer fra Allmennlegeforeningen, Praktiserende spesialister landsforening og Overlegeforeningen. Rapporten ble avgitt i november 2008, og behandlet i Sentralstyret samme måned. Rapporten omhandlet og beskrev juridisk og annen bistand til privatpraktiserende leger samt drøftet om det burde etableres en arbeidsgiverorganisasjon. Det ble fattet beslutninger mht oppfølgingen av dette prosjektet, herunder utredning av bruk av egenandeler og kartlegging av ressursbruk til privatpraktiserende leger. Sentralstyret tok prosjektgruppens vurderinger og anbefalinger til etterretning.

Sentralstyret behandlet i mars 2009 forslag fra sekretariatet mht oppfølgingen av arbeidet. Sentralstyret besluttet at det skulle arbeides videre i sekretariatet, og et mandat for arbeidet ble gitt.

I 2010 ble det foretatt en kartlegging av ressursbruk til enkeltmedlemmer. Resultatet viste at praktiserende leger forbruker vesentlig mer ressurser enn en ansatte leger. Grovt regnet kan man si at en praktiserende lege forbruker omlag dobbelt så mye tjenester som en ansatt lege. Årsakene til dette er flere. Det ble også utredet ulike modeller for tilleggskontingent og egenandeler.

Prosjektet vil bli lagt frem for politisk behandling. Prosjektet planlegges avsluttet i 2011.

3 Utdanning, forskning og fagutvikling

3.1 Utdanning

3.1.1 Grunnutdanningen

Det har vært møter med Norsk medisinstudentforening om et samarbeid for å utvikle felles nasjonale læringsmål for medisinstudiet. Norsk medisinerstudentforening har også, i samarbeid med Legeforeningen, tatt initiativ til å styrke utdanningen i forhold til kvalitet, kunnskapshåndtering og ledelse.

3.1.2 Turnustjenesten

Helsedirektoratets utredning om turnustjenesten i mars 2010 "Nybyrjarstilling for legar – praktisk og pedagogisk oppfølging" er til behandling i Helse- og omsorgsdepartementet. Direktoratet har foreslått å

innføre nybegynnerstillinger istedenfor turnustjeneste med 1 år i sykehus og 1 år i kommunehelsetjenesten som en første obligatorisk del av spesialistutdanningen. Det er foreslått et søknadsbasert system. Legeforeningen har på bakgrunn av landsstyrebehandling i 2010 meddelt direktorat og departement sitt forslag, basert på 12 måneders tjeneste i sykehus og 6 måneder i allmennmedisin. Tjenesten må kvalitetssikres med obligatoriske sjekklister, tydelig målbeskrivelse, god veiledning og det må gis tilstrekkelig kompetanse innen akutt indremedisin og kirurgi.

3.1.3 Spesialistutdanningen

Det er i 2010 godkjent 1155 nye spesialister. Av disse er 606 spesialistgodkjenninger etter norske regler, mens 549 er overføringer fra andre nordiske land eller EU- /EØS-land. Helsemyndighetene har i tråd med forslag fra Legeforeningen gjort en rekke endringer i spesialistregler, i kurskrav, i attestasjonsskjemaer m.v.

Spesialistreglene i generell kirurgi med grenspesialitetene og indremedisin med grenspesialitetene er endret, slik at det er mulig å bli spesialist i hoved- og grenspesialitet på 6 ½ år. Spesialitetene er innholdsmessig mer rettet mot kompetanse i diagnostisering og akuttmedisin. I fysikalsk medisin og rehabilitering er kravet med 1 års tjeneste ved sengeavdeling gjeninnført. I barne- og ungdomspsykiatri er det innført krav om minst 2 timer individuell veiledning per uke gitt av spesialist i barne- og ungdomspsykiatri. Minimum 40 timer av den individuelle veiledningen skal være psykoterapiveiledning overfor barn og unge. I spesialistreglene i hud- og veneriske sykdommer er kravet om 12 måneders sengeposttjeneste erstattet av krav om 9 måneders tjeneste ved sengepost eller dagavdeling hvorav minimum 6 måneder ved sengepost.

Landstyret 2009 avslo et forslag fra Norsk urologisk forening om at urologi skulle bli en egen hovedspesialitet. Landstyret vedtok samtidig at det skulle nedsettes en arbeidsgruppe for utredning av situasjonen mht faglig utvikling i kirurgiske spesialiteter, behov for vaktssystemer i generell kirurgi og innbyrdes relasjon mellom kirurgiske spesialiteter mht vaktbehov.

Norsk kirurgisk forening, de fagmedisinske foreningene for de kirurgiske grenspesialitetene og spesialitetskomiteen i generell kirurgi ble invitert til deltagelse i arbeidsgruppen. De fagmedisinske foreninger har ikke foreslått representanter til arbeidsgruppen. Tilbakemeldingen fra Norsk urologisk forening er at en slik utredning ikke svarer opp foreningens forslag.

Sentralstyret konkluderte i sitt møte 13. april 2011 med at grunnlaget for å sette i gang utredning av kirurgisk arbeidsdeling med vekt på vaktssystemer ikke er til stede. Mandatet for den aktuelle utredning har ikke skapt engasjement i de aktuelle fagmedisinske foreninger, og synes ikke å møte fagmiljøenes ønsker og behov. Landsstyrets vedtak av 2009 kan derfor ikke følges opp videre.

Retningslinjene for godkjenning av kurs er endret slik at det er mulig å ha utstilling av medisinsk-teknisk utstyr ved flere enn ett stort årlig møte for allmennmedisin. Kursretningslinjene er også supplert slik at det ved alle tellende kurs er anledning til å ha utstilling av tidsskrifter, læremidler og nettsteder med redaksjon uavhengig av utstyrs- og legemiddelindustrien.

Spesialitetskomiteene har i løpet av året besøkt 109 utdanningsinstitusjoner fordelt på 37 spesialiteter. Det er avdekket mye bra utdanning, men også visse svakheter. Enkelte avdelinger følges opp særskilt ved flere besøk og noen med periodisk rapportering over en viss tid. Av årlig rapport fra 876 godkjente sykehusavdelinger fremgår en nedgang i total antall senger og en liten nedgang i antallet innlagte pasienter. Det er stor økning i antall rekvirerte laboratorieanalyser og en moderat økning i antallet polikliniske konsultasjoner. Det er en liten økning i antallet overlegestillinger, men en nedgang i antall besatte overlegestillinger. Det er også rapportert nedgang i antall LIS stillinger og antall besatte LIS stillinger. Kravet til internundervisning oppfylles i det vesentlige. 53 % av alle institusjoner og 73 % av

gruppe I-institusjoner tilbyr veiledningsmøte annenhver måned eller sjeldnere.

Det har i 2010 vært gjennomført 14 veilederkurs med 200 deltagere. I tillegg er det gjennomført et eget kurs i medisinsk veiledningspedagogikk med 6 deltagere.

3.1.4 Etterutdanningen

Per 31. desember 2010 var det 1021 registrerte brukere av det elektroniske systemet for registrering av etterutdanningsaktiviteter (LEIF). Majoriteten av kursene i Legeforeningens kursprogram er godkjent både for videre- og etterutdanning. Det vises for øvrig til punkt 2.1.4. for utdypende informasjon om etterutdanningsaktiviteten i allmenntidmedisin.

3.1.5 Kursutdanning

713 kurs ble i 2010 annonsert i Kurskatalogen for legers videre- og etterutdanning i regi av de medisinske fakulteter. Til akademisk studieforbund har Legeforeningen i 2010 innrapportert 509 kurs, på til sammen 10 575 kurstimer. Det har totalt vært 28 763 deltagere på disse kursene.

3.1.6 E-læring

Kursene Reisemedisin og Sakkyndigarbeid ble ferdigstilt i 2010. I tillegg ble Introduksjon til regnskapsføring for selvstendig næringsdrivende leger og Risiko for hjerte- og karsykdommer, prioritering og medikamentell behandling relansert etter revisjon.

Spesialitetskomiteen for anestesiolegi mottok teknisk støtte fra sekretariatet til sin e-læringssatsning.

For øvrig ble det produsert et stort antall mindre læringsobjekter som kunnskapsprøver til Tidsskriftet og videoer i 2010.

3.1.7 Endring av helsepersonelloven § 53

Legeforeningen har hatt nær kontakt med Helsedirektoratet i arbeidet med direktoratets overtakelse av godkjenning av spesialister 1.10. 2011.

I henhold til Stortingets vedtak 18.6.2009 skal det legges frem en egen sak for Stortinget om organisering og vilkår for den fremtidige ordning med spesialistgodkjenning og utdanning av spesialister i helsevesenet. Helse- og omsorgsdepartementet gjennomførte en foreløpig utredning av den fremtidige spesialistutdanningen gjennom fire møter med partene sommeren 2010. Resultatet ble et notat om organisering av fremtidig spesialistutdanning av helsepersonell levert av departementet desember 2010. Dette ble en overordnet gjennomgang av problemstillingene knyttet til spesialistutdanningsfeltet. Det ble bl.a. vurdert hvilke roller de forskjellige berørte aktører skal ha. Hovedkonklusjonen ble en videreutvikling av dagens modell. Det ble uttrykt bl.a. at: "Legeforeningen gir faglige anbefalinger til endringer i spesialitetsstruktur og regelverk og har over lang tid tatt et betydelig ansvar for organisering og gjennomføring av administrative oppgaver innenfor feltet. Det vil fortsatt være behov for et nasjonalt kvalitetssikringssystem". Det er uttrykt at Legeforeningens arbeid med disse sakene vil måtte få en tydeligere rådgivende form: "Legeforeningen vil fortsatt ha en pådriverrolle for å sikre leger i spesialistutdanning gode, effektive utdanningsløp".

Etter avlevering av denne foreløpige rapporten, har departementet gitt i oppdrag til Helsedirektoratet å gjennomføre mer omfattende utredning med komplett gjennomgang av spesialisering for alle helsepersonellgrupper.

3.1.8 Kompetanseområde i Palliativ medisin

Basert på landsstyrets vedtak 2009 om opprettelse av kompetanseområder, ble forslag om opprettelse av kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialiteter oversendt Helse- og omsorgsdepartementet/Helsedirektoratet sommeren 2009. Helsedirektoratet har utredet kompetanseområde i palliativ medisin og iverksatt et pilotprosjekt for 2011 – 2014.

3.1.9 Kompetanseområde i Alders- og sykehjemsmedisin

På bakgrunn av vedtak fattet av landsstyret i juni 2009 om opprettelse av kompetanseområder i tillegg til de formelle spesialitetene, fattet sentralstyret i møte 21.10.2009 vedtak om opprettelse av en arbeidsgruppe for utredning av kompetanseområde i alders- og sykehjemsmedisin. Forslag til innhold i kompetanseområdet alders og sykehjemsmedisin forberedes for behandling i landsstyret 2011.

3.1.10 Forsvaret – meritterende tjeneste i spesialistutdanningen

Forsvaret har utfordringer med å få rekruttert tilstrekkelig antall leger til å dekke daglig drift i Norge og spesielt i forhold til operasjonene i utlandet. Som et av flere tiltak for å bedre rekrutteringen av leger til Forsvaret ble det inngått en intensjonsavtale mellom Forsvaret og Den norske legeforening 30.4.2008. På bakgrunn av intensjonsavtalen ble det nedsatt en arbeidsgruppe for å belyse samarbeidet og fremme tiltak for å bedre rekrutteringen av leger til Forsvaret. Arbeidsgruppens rapport forelå i november 2010. Rapporten belyser sider ved tjeneste som lege i Forsvaret som det vil kunne være mulig å gjøre meritterende for leger som ønsker spesialisering. Rapportens anbefalinger og forslag til tiltak vil således være viktige elementer i det videre arbeidet med å øke rekrutteringen av leger til Forsvaret.

3.2 Forskning

Se pkt 1.2. Satsingsområde 5: Forskning og fagutvikling

3.3 Kvalitetsarbeid og fagutvikling

3.3.1 Konferanse for de fagmedisinske foreningene

12.10. 2010 ble det avholdt dagskonferanse for de fagmedisinske foreningene og FaMe (gruppen av landsstyredelegater fra de fagmedisinske foreningene). I samråd med ledere i FaMe var det utarbeidet et program med hovedtemaene *Kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi som styringsgrunnlag i sykehus og Livsstilssykdommer - forebyggende helsearbeid*. Blant de foredragsholderne var Legeforeningens visepresident Arne Refsum, administrerende direktør i Helse Bergen Stener Kvinnsland, ekspedisjonssjef i Helse- og omsorgsdepartementet Per Bleikelia, leder for seksjon for spesialisthelsetjenesten i Kunnskapssenteret Brynjar Fure, assisterende helsedirektør i Helsedirektoratet Bjørn Guldvog, samt leder av Norsk forening for Allmennmedisin og nestleder i FaMe Gisle Roksund. Les mer om konferansen på <http://www.legeforeningen.no/id/165804.0>

3.3.2 Norsk legemiddelhåndbok

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.

NLH er en produsentuavhengig oppslagsbok om legemidler. Et redaksjonsutvalg er ansvarlig for innholdet, som skrives av spesialister innenfor de forskjellige fagområdene. Norsk legemiddelhåndbok forelå i ny papirutgave i 2010.

3.3.3 Gjennombruddsprosjekt Tidlig oppdagelse og behandling av første gangs psykose

Etter initiativ fra og i samarbeid med Norsk psykiatrisk forening har Legeforeningen i samarbeid mellom Psykologforeningen, Sykepleierforbundet, Fagforbundet og foreningen Mental Helse Norge organisert gjennombruddsprosjektet. 23 behandlingssenheter har deltatt og gjennomført. Deltagerne skal følge opp med å måle egne prestasjoner gjennom ett år. Bakgrunnen for prosjektet er betydningen av tidlig oppdagelse og behandling av alvorlige psykiske lidelser.

For å oppnå tidlig intervensjon har deltagerne bl.a. tilstrebet lett tilgjengelighet til tjenestene, standardiserte utrednings- og diagnostikkforløp, samt informasjon om tidlige tegn, og om hjelp.

Prosjektet har fått delfinansiering fra Legeforeningens Fond for Kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Helsedirektoratet er den andre store bidragsyteren til prosjektet, som også har fått støtte fra Sykepleierforbundet, Psykologforeningen og Fagforbundet.

3.3.4 Fagpublikasjoner

Fullstendig oversikt over utgivelser i *Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling* som finnes på Legeforeningens nettsider.

3.3.5 Senter for allmennt medisinsk kvalitet

Sentralstyret har etablert et prosjekt for å utrede en mulig organisering av Senter for allmennt medisinsk kvalitet (SAK). Arbeidsgruppen i prosjektet har levert to rapporter til sentralstyret for å orientere om status i utredningen. Prosjektet var planlagt slutført i løpet av 2010, men samarbeidsflatene med myndigheter og andre instanser er ikke avklart og gjør at prosjektet videreføres i 2011.

SAK er tenkt å understøtte forbedringsarbeid i allmennt medisin, både på allmennt legekontor og ved legevakter. Legeforeningen har over mange år finansiert prosjekter og metodeutvikling på området, men en institusjon for støtte til å anvende metoder og kunnskap i praksis savnes. Kvalitetsarbeidet må tilrettelegges utenfra, ikke bare være opp til den enkelte leges interesse og samvittighet. All erfaring med kvalitetsarbeid viser at det både må komme fra grasrota, og samtidig være forankret i ledelsen lokalt, regionalt og nasjonalt.

Hovedfokus for SAK er at legekontor og legevakt skal

- fungere best mulig for den enkelte bruker og brukergruppe
- utnytte forbedringspotensial avdekket gjennom systematisk kvalitetsarbeid for stadig å bedre kvaliteten og bli en lærende organisasjon
- drive konkret tverrfaglig kvalitetsutviklingsarbeid integrert i den daglige driften av legekontoret/legevakten
- ha oppmerksomhet på nødvendig kvalitetsutvikling av samhandlingsprosesser i grenseflatene mot andre tjenester (foretakene, ambulansetjenesten, andre kommunale tjenester, apotek, NAV med flere)

Norsk forening for allmennt medisin prioriterer SAK høyt, og forbereder opprettelsen gjennom et prosjekt finansiert av Fond for kvalitet og pasientsikkerhet (SAK-innhold). Prosjektet fikk 2 mill NOK i 2010 og er bevilget 2.3 mill NOK for annet år 2011.

SAK-Innhold arbeider på fire områder:

- tilrettelegging av kvalitetsverktøy
- utvikling av EPJ systemer som legger til rette for kvalitetsutvikling
- utvikling av verktøy for PKO
- utvikling av veilederkorps som skal gi støtte for forbedringsarbeid lokalt og være med og etablere nettverk for forbedringsarbeid, i første rekke mellom legekontorer (fastleger og helsesekretærer/andre medarbeidere).

Nærmere om de fire arbeidsområdene i SAK-Innhold

SAK bygger på "Kvalitetsverktøyprosjektet" finansiert av Den norske legeforenings kvalitetssikringsfond, som beskriver aktuelle kvalitetsverktøy tilpasset allmennt medisin. Prosjektet ble avsluttet høsten 2009.

EPJ-løftet er et delprosjekt som drives av Norsk forening for allmennt medisin. EPJ løftet beskriver en rekke forbedringspunkter i de elektroniske allmennt legejournalene. På flere punkter er innholdet i EPJ-løftet sentrale for framdrift i nasjonale e-helseprosjekter. Legeforeningen og NFA samarbeider med nasjonale myndigheter om dette. Et delprosjekt var klart for oppstart ved årsskiftet 2010/2011, med finansiering fra SAK prosjektmidler og bevilgninger via Helsedirektoratet og Innovasjon Norge.

PKO-verktøy; innunder dette området arbeides det med å identifisere gode og virksomme samhandlingsverktøyene og -prosjektene. Det arbeides med å strukturere og samle erfaringer og kompetanse som er fordelt og spredt i dag.

Prosjektet har utviklet opplegg for organisering av læringsnettverk mellom allmennlegekontor, og har startet utprøving i et prosjekt med tema kvalitetsindikatorer. Det er utarbeidet et opplegg for utdanning av kvalitetsveiledere. Kvalitetsverktøy for praksis er videreutviklet på en rekke felt.

3.3.6 Fagutvikling i primærmedisin

Revisjon av utdanningshåndboka i samfunnsmedisin er startet i 2010 vil bli slutført i 2011. Det er en økende interesse for spesialisering i samfunnsmedisin. Sverre Lundevall har samarbeidet med Norsam, LSA og Spesialitetskomiteen i samfunnsmedisin om å se på regelverket for spesialiteten og påbegynt arbeidet med en praktisk utdanningshåndbok. Kravene til å være veileder i samfunnsmedisin skiller seg noe fra allmenn- og arbeidsmedisin. I samarbeid med spesialitetskomiteen planlegges det fra 2011 en mer tilpasset veilederutdanning i samfunnsmedisin, og det er igangsatt en aktiv rekruttering for å få flere samfunnsmedisinere til å påta seg veilederoppdrag. Det er søkt Utdanningsfond 1 og innvilget et prosjekt for å utarbeide og starte opp et mer tilpasset veilederutdanningsløp innen samfunnsmedisin.

Følgende kurs og prosjekter har vært arbeidet med:

- innføringskurs i kognitiv terapi
- KID-kurs (kurs i depresjonsmestring)
- Undervisningsvideo "MUPS – fra usikkerhet til mestring".
- Prosjektet "Faglig / klinisk veiledning i luftambulansetjenesten"

3.3.7 Veiledning i spesialitetene utenfor sykehus

I 2010 var det i gang 76 veiledningsgrupper i allmennmedisin, 7 grupper i arbeidsmedisin, 11 grupper i samfunnsmedisin. I alle tre fagene ble det opplevd økende tilstrømning av kandidater.

3.3.8 Etterutdanningsgrupper i allmennmedisin

Det er registrert 999 etterutdanningsgrupper i allmennmedisin.

3.3.9 Utdanning av nye veiledere i allmenn- samfunns- og arbeidsmedisin

Veilederutdanning med 25 deltakere ble avsluttet med kurs trinn III i Pasvik i september. De fleste er allmennmedisinere. Alle er i gang med egne veiledningsgrupper.

3.3.10 Etterutdanning av veiledere

Det ble gjennomført to dagers kurs på Sola i april 2010. Tema var Den motiverende samtale, med psykolog Peter Prescott som kursholder.

4 Helsepolitikk

4.1 Overordnet om Legeforeningens helsepolitiske arbeid

Legeforeningens utvikling av helsepolitikk i 2010 har vært knyttet til de strategiske satsingsområdene, men har også dreid seg om respons på helsepolitiske utspill fra de politiske miljøene og forvaltningen.

De to helsepolitiske områdene som Legeforeningens har brukt mest ressurser for å følge opp i 2010 er samhandlingsreformen og utfordringene som knytter seg til omstilling og styring av sykehussektoren.

Samhandlingsreformen

St.meld. nr. 47 om samhandlingsreformen ble lagt frem i juni 2009, og den påfølgende politiske debatten om virkemiddelbruk har vært aktuell gjennom hele 2010. Samhandlingsreformen har vært definert som et eget satsingsområde, men berører i stor grad også satsingsområdene *kvalitet, arbeidsmiljø og økonomi*

som styringsgrunnlag for sykehus og fastlegeordningen.

Legeforeningen har støttet hovedmålsetningene i St. meld. nr. 47 om en styrket kommunehelsetjeneste og økt forebyggende innsats. Samtidig avhenger reformens suksess av at man finner frem til de riktige virkemidlene for å nå målsettingene. Legeforeningen har påpekt at valget av virkemidler må være godt forankret gjennom solide utredninger, analyser og utprøving før de eventuelt iverksettes på nasjonalt nivå. Det er videre avgjørende at fagmiljøene og tillitsvalgte involveres på en god måte, for å forankre og skape en felles forståelse for endringer som eventuelt skal gjennomføres.

Legeforeningen har videre pekt på at hovedgrepet for å bedre samhandlingen er en tydeligere ansvars- og oppgavedeling mellom og innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Den demografiske utviklingen med flere kronisk syke eldre og utviklingen innenfor medisinsk teknologi og fagkunnskap, tilsier også at kapasitets- og kompetansefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten må gjennomgås. En slik gjennomgang må foreligge før det settes i verk strukturendringer, eksempelvis i form av ”halvannenlinjetjenester” eller intermediære nivåer.

Det knyttes utfordringer til både kommunal medfinansiering, oppbygging av tjenester i kommunen som kan erstatte spesialisthelsetjenester og ikke minst kommunestruktur. Legeforeningen har ment at kommunene må ha sikkerhet for at kommunal medfinansiering ikke gir for stor økonomisk risiko hvis det påløper uventede kostnader til sykehus tjenester. Videre må det gjøres en grundig vurdering av hvilke tjenester som bør inngå i et større ansvar for kommunene, ikke minst hvilke spesialisthelsetjenester som på faglig grunnlag kan erstattes med et kommunalt tilbud. Hvordan kommunehelsetjenestens nye oppgaver skal organiseres er også avgjørende for reformen samlet.

Legeforeningen har understreket viktigheten av at forebyggende arbeid er kunnskapsbasert. Mye av det forebyggende arbeidet må gjøres utenfor helsesektoren, men samtidig bygge på medisinsk fagkunnskap om sammenhenger mellom miljø og helse. For å få nødvendig koordinering og kompetanse i det kommunale tilbudet må kommuneoverlegens posisjon styrkes gjennom at kommuneoverlegen får et klart medisinsk systemansvar i kommuneledelsen.

Legeforeningen har spesielt påpekt behovet for bedre legedekning på sykehjem. Dagens legedekning på sykehjem varierer fortsatt sterkt mellom kommunene. Dette innebærer at pasienter med samme behov ikke får samme medisinsk oppfølging og hjelp uavhengig av hvor de bor. Legeforeningen har lenge arbeidet for nasjonale bemanningsnormer på sykehjem. Lokale bemanningsnormer har ikke hatt tilstrekkelig effekt. Økt rekruttering og kompetanseheving understøttes gjennom oppbygging av fagmiljøer, gjerne interkommunalt. Sykehjemmene har behov for leger som har valgt dette arbeidet ut fra interesse og entusiasme. Fagutvikling og økt kvalitet på helsetjenesten på sykehjem vil også understøttes gjennom videre utvikling av det faglige kompetanseområdet alders- og sykehjemsmedisin.

Etter en god ansvars- og oppgavedeling, vil det være pasienter med behov for tjenester som vil kreve en institusjonsplass, men ikke i spesialisthelsetjenesten, for en avgrenset tid. Det kan gjelde eldre pasienter med forbigående sykdom eller ved livets slutfase, cellegiftbehandling av kreftpasienter etc. Behovet vil variere bl.a. med avstand til sykehus. Slike kommunale institusjonsplasser kan gjerne samlokaliseres med sykehjem eller annen allerede tilgjengelig kommunal institusjon. Opprettingen av slike tilbud i kommunene kan være et bedre faglig tilbud enn innleggelse på sykehus og gi trygghet og større mulighet for nærhet til pårørende. For de mindre kommunene vil et slikt tilbud kreve interkommunalt samarbeid eller etablering av helsekommuner.

Manglende finansieringsløsninger, uklar tilknytning for lokalmedisinske sentra og hensiktsmessig videreutvikling av fastlegeordningen innenfor dagens avtalestruktur har vært viktige saker for Legeforeningen på det kommunale området.

Nasjonal sykehusplan

Legeforeningen har markert seg sterkt i spørsmålet om styringsmodellen for spesialisthelsetjenesten er hensiktsmessig. Dette knytter seg både til selve foretaksmodellen og statens organisering av eier- og

myndighetsrollen. Et av de mest sentrale grepene Legeforeningen har pekt på for å sikre god og balansert styring av spesialisthelsetjenesten er å etablere en nasjonal sykehusplan.

Nasjonal sykehusplan må beskrive hvor mange sykehus som trengs i Norge og hvor de skal ligge. Planen må klargjøre hvilke oppgaver som skal ligge til sykehusene. Videre må planen klargjøre hvilken kvalitet sykehusene skal levere, og hvordan måling av kvalitet kan brukes som styringsinformasjon. Det er en målsetting at spesialisthelsetjenesten styres ut i fra et balansert målbilde, hvor både kvalitet, aktivitet og økonomi utgjør inngår på en likeverdig måte.

Lokalsykehusfunksjonen må beskrives med minstekrav til innhold. Legeforeningen mener det er et minstekrav at lokalsykehuset har vaktkompetanse innen indremedisin, generell kirurgi og anestesi og tilgang til klinisk-kjemisk og radiologisk tjeneste. Lokalsykehusfunksjonen i psykisk helsevern må ivaretas av Distriktskykiatriske sentra, som må ha døgnmottak og nødvendig kvalifisert personell.

En Nasjonal sykehusplanen må videre gi økonomisk forutsigbarhet gjennom tre-fire årige budsjettperioder og en stabil stykk-pris komponent.

Nasjonal sykehusplan må være godt forankret. Det er avgjørende med en grundig og involverende prosess for å gi et godt beslutningsgrunnlag. Eierskap til løsningene og felles målbilde er en forutsetning for en god plan.

Nasjonal sykehusplan må vedtas i Stortinget. Gjennom et bredt politisk forlik vil planen bli mer robust overfor politiske skift og gi forutsigbarhet over tid. I tilknytning Nasjonal sykehusplan, må også foretaksmodellen og statens organisering av eier- og myndighetsrollen vurderes. Utviklingen med stadig større helseforetak og sterkere statlig styring vil kunne begrense rollen til regionale helseforetak i fremtiden. Samling av statens eier- og myndighetsrollen i samme departement kan føre til uheldig rolleblanding. Derfor bør også statens styringsposisjon vurderes i tilknytning planen.

4.2 Legeforeningens arbeid med høringer

I 2010 behandlet Legeforeningen 100 høringer. Av disse var 28 uttalelser knyttet til Nasjonal helse- og omsorgsplan. Samlet oversikt over Legeforeningens høringsuttalelser er vedlagt 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.

I 2010 ble det web-baserte høringssystemet videreutviklet. Portalen *Min side* ble åpnet for medlemmer som ikke er tilknyttet styrene i de ulike underforeningene, slik at alle har tilgang til å kunne lese høringer og høringssvar som organisasjonsleddene har lagt ut på Min side.

4.3 Helsepolitiske publikasjoner og rapporter

Legeforeningen ferdigstilte statusrapporten *Da lykkeliten kom til verden. Om belastninger i tidlige livsfaser* i mai 2010 og påbegynte statusrapporten for 2011 om bruk av kvalitetsarbeid og kvalitetsinformasjon som styringsgrunnlag for helsetjenesten. Videre engasjerte Legeforeningen og Sykepleieforbundet konsultantselskapet McKinsey for å utarbeide en rapport om investeringer i sykehus, som ble ferdigstilt desember 2010. Rapportene omtales nedenfor og i tilknytning satsingsområdene.

4.3.1 Statusrapport – Da lykkeliten kom til verden – Om belastninger i tidlige livsfaser

Myndighetene må øke innsatsen for å skape trygge og sunne oppvekstmiljøer i Norge. Det viktigste forebyggende tiltaket mot senere helseproblemer og sykdom er å sikre barn oppvekst i nærvær av tydelige og ansvarlige voksne. Dette er hovedbudskapet i statusrapporten *Da lykkeliten kom til verden* -

om belastninger i tidlige livsfaser. Rapporten ble presentert på Legeforeningens landsstyremøte i mai. De fleste barn i Norge har god helse og et godt oppvekstmiljø. Likevel er det en utfordring for den enkelte, men også for helsetjenesten at belastninger i tidlige livsfaser ofte fører til helseproblemer og sykdom senere i livet. Men belastninger kan forebygges og effekten av belastninger kan motvirkes. Selv om et barns forutsetninger er dårlige er mulighetene for mestring og vekst ofte til stede.

Foreldreveiledning

Legeforeningen mener at foreldrerollen må understøttes mer aktivt enn i dag. Alle kommuner må ha et lett tilgjengelig og dekkende tilbud om foreldreveiledning av fagpersoner med nødvendig kompetanse. Barns helse påvirkes av mors livsstil og livssituasjon og av selve fødselsforløpet. Tiltak som sikrer sunne svangerskap, trygge fødsler og en familievennlig barseltid må få høyere prioritet. Fastlegens rolle i svangerskaps- og barselsomsorgen må opprettholdes og styrkes. Dagens tallgrenser til fødeinstitusjoner bør erstattes av kvalitetskrav, som inkluderer stabilitet i gode fagmiljøer og forsvarlige vaktordninger.

Hjelpeapparat må tidlig inn

Mulighetene for å rette opp helse- og utviklingsproblemer er størst i de første leveårene. Legeforeningen mener det er behov for økt kunnskap om tidlig intervensjon i alle deler av hjelpeapparatet. Det bør igangsettes systematisk utprøving av et begrenset utvalg kartleggingsverktøy som ledd i målrettede undersøkelser av barn. Tiltak som forbedrer tilknytningen til og samspillet med foreldre/omsorgspersoner må presenteres tidlig av helsepersonell.

For mange foreldre til barn med helse- og utviklingsproblemer sliter i hverdagen. Koordineringen innad i det kommunale tjenestetilbudet og mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er mangelfull. Tjenester som skal ivareta barn må samhandle bedre.

Forskning må styrkes

Legeforeningen mener at ny kunnskap om sammenhengen mellom tidlige belastninger og senere helse må få konsekvenser for forskning, utdanning og praksis. Allmenntilleggsmedisinsk, barnpsykiatrisk og barnemedisinsk (pediatrisk) forskning må styrkes. Leger må være gode til å kommuniserer med barn. Tilgjengelig kunnskap om sammenhengen mellom tidlige belastninger og senere helse må samles, systematiseres og gjøres tilgjengelig for alt personell som arbeider med små barn og deres familier/omsorgspersoner.

4.3.2 Investeringer i spesialisthelsetjenesten i Norge

Legeforeningen ble i begynnelsen av juni 2010 kontaktet av Norsk sykepleierforening med forespørsel om å delta i et felles prosjekt som skulle avdekke status investeringer med hensyn til bygg og medisin-teknisk utstyr samt kompetanse i spesialisthelsetjenesten. Sentralstyret vedtok i august 2010 å gå inn i et samarbeid om rapporten. McKinsey & Company Inc ble engasjert til å utføre utredningen.

Rapporten behandler investeringer i bygg, medisin-teknisk utstyr, IKT og kompetanse. Legeforeningen og Sykepleierforbundet utarbeidet felles anbefalinger på bakgrunn av rapporten. Hovedanbefalingene var:

Kompetanse

Det er helt nødvendig med en systematisk og helhetlig satsning på kompetanse i spesialisthelsetjeneste. Myndighetene må definere hva som er nøkkelkompetanse i sykehusene. Det må utarbeides en helhetlig plan for kompetanseutvikling, både nasjonalt, i de regionale helseforetakene og i helseforetakene. Investering i kompetanse må fremkomme tydelig i budsjettene

IKT

Et velfungerende IKT – system er kritisk for å nå samhandlingsreformens målsetting om bedre pasientbehandling og mer helse for hver krone. Det er behov for standardisering og kommunikasjon over ett trygt nett. Nye tekniske løsninger som må etableres bl.a. for å tilrettelegge for samhandlingsreformen, må være kompatible med eksisterende. De regionale helseforetakene må settes i stand til raskt å investere i forbedret informasjonsutvekslingen mellom de ulike aktørene som yter helsetjenester.

Bygg

Det er betydelige verdiskapningsmuligheter tilknyttet hensiktsmessige investeringer i sykehusbygg. Nye og mer hensiktsmessige arealer vil legge grunnlag for bedre logistikk og mer effektiv drift. Gevinstene ved dette vil være både økt kvalitet og pasienttilfredshet, samt økonomiske gevinster i form av mer behandling for de samme pengene, eller samme omfang av behandling til lavere kostnad. Når det gjelder kostnader er det et potensial knyttet til å standardisere prosjekteringen og byggingen av nye sykehus.

Medisinsk teknisk utstyr

Den største delen av fremtidig investeringsbehov på MTU-området er knyttet til opprettholdelse og vedlikehold av dagens brede maskinpark. Innkjøp av utstyr på tvers av helseforetak må koordineres bedre, for å sikre god kapasitetsutnyttelse av instrumentene.

I forbindelse med rapporten ble det skrevet en kronikk som ble publisert i Dagbladet (03.02.11 "Dårligst i Norden") signert Torunn Janbu og Lisbeth Normann. Kronikken omhandlet status investeringer i IKT med hensyn til spesialisthelsetjenesten sammenlignet med andre land og sektorer og konsekvenser av at det er lite samordning om systemene. Konsekvenser av manglende investeringer og mangelfull vilje til å satse på dette nødvendige verktøyet ble løftet frem i kronikken. Rapporten fikk også dekning gjennom ANB (16.01.11 – "Ingen oversikt over helsespesialister") som ble distribuert til og brukt av en rekke media.

Legeforeningen og Sykepleierforbundet overleverte rapporten til Helse- og omsorgsdepartementet i januar 2011, som et innspill til statsbudsjettet 2012.

4.3.3 Policynotater

Policynotater er kortfattede helsepolitiske notater om aktuelle problemstillinger. Notatene er utformet for å være lett tilgjengelige og rettet mot eksterne aktører. Policynotatene har også en funksjon ved at foreningen raskt kan samles om et aktuelt helsepolitisk standpunkt. Notatene sendes vanligvis på høring i foreningen før de vedtas av sentralstyret.

I 2010 ble det vedtatt to policynotater. *Policynotat om Styrket samarbeid om leger i lav- og mellominntektsland* ble vedtatt i januar 2010. Policynotatet *Alkohol – vår største rusutfordring* ble vedtatt i februar 2010.

4.3 Myndighet- og organisasjonskontakt

Legeforeningen har utstrakt kontakt med Stortinget, de politiske partiene, helseforvaltningen og organisasjonene både innenfor helse og arbeidsliv.

4.3.1 Stortinget

Legeforeningen har i 2010 deltatt på elleve åpne høringer i Stortinget, alle i Helse- og omsorgskomiteen. Komiteen selv setter av store ressurser til gjennomføringen av høringene, og benytter høringene som en sentral arena for fagpolitiske innspill. Mange høringene på Stortinget avholdes i panel, hvor høringsinstansene får anledning til å både holde et kort innlegg og til å svare på spørsmål og kommentere uttalelser fra andre høringsinstanser. Legeforeningens synspunkter etterspørres hyppig av komitemedlemmene, og komitemedlemmene har gitt uttrykk for at Legeforeningen fremstår som en aktør med høy faglig troverdighet. Høringene følges ofte opp gjennom møter med representanter eller partigrupper.

Legeforeningen deltok i følgende høringer:

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Om samhandlingsreformen

Legeforeningen støtter hovedmålsetningene i samhandlingsreformen, samtidig er det avgjørende for reformens suksess at virkemidlene som velges understøtter formålet og at tiltak er grundig utredet og pilotert i forkant. Det er mye uklarerhet knyttet til finansiering generelt og kommunal medfinansiering

spesielt, samt manglende utvikling av robuste løsninger for interkommunalt samarbeid som setter kommunene i stand til å håndtere en ny og utvidet rolle. Hovedgrepet for å bedre samhandling må fremfor alt være en tydeligere ansvars- og oppgavedeling mellom og innad i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Når det gjelder forslaget om å styre det forebyggende arbeidet er Legeforeningen enig i at dette er nødvendig, men fremhever at tiltakene som innføres må være kunnskapsbasert. Videreutvikling av fastlegeordningen må underbygge at fastlegen er lett tilgjengelig for pasienten og kan koordinere den enkeltes helsehjelp. Fastlegen må kunne legge pasienter, som ikke har behov for spesialisthelsetjenester men som er for syke til å være hjemme, direkte i kommunale institusjoner. Legeforeningen ønsker videre en styrking av legetjenestene i kommunen, spesielt bedre legedekning på sykehjem gjennom nasjonale bemanningsnormer

Prop. 23 L (2009-2010) Endringer i helseregisterloven og helsepersonelloven (nasjonalt register over hjerte- og karlidelser, adgang til å gi dispensasjon fra taushetsplikt for kvalitetssikring, administrasjon, planlegging og styring av helsetjenesten)

Legeforeningen mente i høringen at det foreligger gode argumenter for opprettelsen av et hjerte – og karregister. Legeforeningen var imidlertid uenig i at registeret skulle gjøres personidentifiserbart og uten samtykke. Vi har tidligere spilt inn til Helse- og omsorgsdepartementet at registeret burde etableres som et pseudonymisert og personentydig register da personentydighet er avgjørende å kunne følge individet gjennom helsetjenesten., samtidig som man unngår at pasientens identitet røpes. Etter Legeforeningens vurdering avviser departementet pseudonymisering som en alternativ registerform på bakgrunn av en uriktig tolkning av helseregisterloven. Selv om forslaget slik det nå foreligger isolert sett kan ha gode formål og begrunnelser, advarte Legeforeningen i høringen mot en utvikling som innebærer store innhugg i personvernet på helseområdet. Det vedtas stadig nye unntak fra taushetsplikten, og det er et økende krav om opprettelse av helseregistre av ulike slag som bidrar til en spredning av sensitive personopplysninger.

Dokument 8:11 S (2009-2010), Innst. 150 S (2009-2010) Om Plan for livshjelp

Representantforslaget foreslo en om økt satsing på palliativ behandling og omsorg ved livets slutt. Legeforeningen støttet i høringen forslaget. Til tross for at det de siste 10-15 år vært arbeidet for å forbedre helsetilbudet til alvorlig syke og døende er behovet for helsehjelp i slutfasen av alvorlig og dødelig sykdom økende. Både kapasitet og kompetanse mangler. Pasienter må uansett diagnose få tilbud om livshjelp i livets slutfase. Bedring av livskvalitet er et viktig helsemål. Det er behov for økt kapasitet og styrking av kompetansen om palliasjon i helsetjenesten og for å øke antallet enheter for lindrende behandling i sykehus.

Dokument 8:163 S (2009-2010), Innst. 184 S (2010-2011) Om innføring av en ordning med psykiatriambulanser i alle landets fylker

Representantforslaget handler i stort om en grunnleggende utfordring i psykiatrien – bruk av tvang. Legeforeningen mener bruk av tvang i psykiatrien må reduseres. Psykiatritilbudet i Norge må dimensjoneres og utformes slik at behandling i størst mulig grad bygger på frivillighet. Legeforeningen uttalte i høringen av psykiatriske pasienter har det samme behov som somatiske pasienter for nødvendig akutt ambulansetransport. Bruk av psykiatrisk ambulanse kan være med å redusere bruk av tvang, både fra politi og helsevesen. Ordningen vil kunne bidra til å likestille somatiske og psykiske sykdommer. Psykiatrisk ambulanse kan imidlertid ikke erstatte bruk av politi i akutte farlige og ustabile situasjoner.

Dokument 8:146 S (2009-2010), Innst. 185 S (2010-2011) Om "havarikommisjon" for helsetjenesten

Representantforslaget handler om å opprette en Havarikommisjon for helsetjenesten og å styrke fagkompetansen i politi og påtalemyndighetene i forbindelse med etterforskning. Legeforeningen viste til behovet for nærmere utredning av ulike spørsmål knyttet til ansvarssystemet for helsetjenesten. Målet for Legeforeningen er at ansvarssystemet skal bidra til trygghet og åpenhet om feil og svikt i helsetjenesten. Det er også et mål om øket oppmerksomhet mot system og systemssvikt.

Legeforeningen har foreslått endringer i meldesystemet for avvik ved at meldinger kan gå direkte fra helsepersonell, noe som kan medføre økt volum og frekvens og motvirke "glavalaget" med at meldinger sorteres i linjeledelsen. Det foreslås å opprettholde systemansvarsmeldinger (§3-3) for å understøtte

behovet for systemtilnærming i helsetjenesten og i tilsynsmyndighetene.

Prop. 1 S (2010-2011), Innst. 11 S (2010-2011) Statsbudsjettet for 2011

I tilknytning forslag til statsbudsjett for 2011 ble det gjennomført seks tematisk baserte høringer.

Rus

Legeforeningen støtter regjeringens mål om en fortsatt styrking av rusfeltet. Skal ruspasientene reelt sett få riktig behandling i spesialisthelsetjenesten må opptrappingsplanen for rusfeltet føre til flere leger, sykepleiere, sosionomer og psykologer, mer kompetanse og økt faglighet i tjenesten. Det må opprettes en ny spesialitet i rus- og avhengighetsmedisin som kan sikre kvalitet og de medisinskfaglige perspektivet i pasientbehandlingen i spesialisthelsetjenesten. For å få til en reell styrking av helsetjenestene til ruspasienter, er det nødvendig å bygge ut sammenhengende behandlingsskjeder hvor kommune- og spesialisthelsetjeneste samarbeider.

Folkehelse

St.meld. nr. 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen har gitt positive signaler om at det forebyggende helsearbeidet skal prioriteres. Viktige tema Legeforeningen spilte inn i høringen var at forebyggende helsearbeid må være basert på tiltak med dokumentert effekt, at folkehelse bygges i alle samfunnssektorer, at kommuneoverlegen må få et tydeligere systemansvar og må tilbake inn i kommuneledelsen, at det viktigste forebyggende tiltaket mot senere helseproblemer og sykdom er å sikre barn og ungdom en trygg oppvekst i nærvær av ansvarlige voksne, at ordningen med gratis skolefrukt må omfatte alle landets skoler og at det må innføres en time gym daglig i skolen.

Psykisk helse

Legeforeningen påpekte i høringen at profilen i budsjettet i begrenset grad vektlegger psykisk helse. Opptrappingsplanen for psykisk helse har vært et nødvendig og positivt løft, men er nå avsluttet. Mye er fortsatt ugjort. Det er langt igjen til behovene for pasienter med psykiske lidelser og rus er dekket. Legeforeningen fremhevet at det er betydelig mangel på fagfolk innen psykiatrien, og fortsatt kan pasienter oppleve å bli henvist til en spesialisthelsetjeneste uten spesialister. En absolutt forutsetning for å kunne drive en spesialisthelsetjeneste på 2. linjenivå innen psykisk helsevern er et tilstrekkelig antall spesialister, dvs. nok psykiatere og spesialister i klinisk psykologi. De neste 5 årene bør det opprettes 400 spesialiststillinger i psykiatri. Dette for å møte fortsatt udekket og antatt økende behov. Alle helseforetak må pålegges å etablere tjenester for raskt mottak ved henvisninger med mistanke om alvorlig psykisk lidelse hos unge for å gjøre tidlig intervensjon mulig. Utvikling av kvalitets- og resultatindikatorer innen psykisk helse må gis prioritet.

Spesialisthelsetjeneste

Legeforeningen argumenterte i høringen for en nasjonal sykehusplan. Planen må angi nasjonale krav til hvilke funksjoner lokalsykehus skal inneholde. Det må være tydelig ansvar og oppgavefordeling mellom sykehus og kommunehelsetjenesten. Planen må også angi hvor mange sykehus vi trenger og hvor de skal ligge. Noen lokalsykehus må legges ned - andre må rustes opp. Videre fremhevet Legeforeningen at det er viktig å få en mer balansert styring av sykehusene, hvor økonomi, organisasjon og kvalitet er likeverdige styringsparametre. Kvalitetsarbeid må inngå som en integrert del av virksomheten og det må rettes økt oppmerksomhet mot pasientsikkerhet i alle ledd av tjenesten. Det er behov for å styrke den medisinskfaglige kompetansen i ledelsen av sykehus. Kvalitet må også vektlegges i eierstyringen. Sykehusene må dessuten få mer forutsigbare økonomiske rammer gjennom tre-årige budsjettperioder og en stabil stykk-pris komponent. Videre må kapital situasjonen til sykehusene gjennomgås for å kartlegge i hvilken grad de kan ta et helhetlig ansvar for drift og investeringer, slik det ble lagt opp til med sykehusreformen.

Omsorgstjenester

Regjeringen foreslår i statsbudsjettet å etablere 2 000 nye heldøgns omsorgsplasser i kommunene neste år. Samlet sett vurderer departementet at målet om 10 000 nye årsverk var realisert allerede ved utgangen av 2008. Legeforeningen mener satsingen på kapasitetsøkning innen omsorgssektoren er nødvendig, men det er et stort behov for ytterligere tiltak for å bedre kvaliteten og heve kompetansen i pleie- og

omsorgstjenesten. De som får sykehjemsplass i dag er sykere enn tidligere og har omfattende behov for medisinsk hjelp og pleie. Godt kvalifisert personell er en forutsetning for at satsingen på plasser skal bli vellykket, herunder tilstrekkelig legedekning. Økningen i antall legeårsverk går imidlertid fremdeles for langsomt og det er for stor variasjon mellom kommunene. Skal samhandlingsreformen lykkes – og i tillegg en økt del av behandling skje tidligere i sykdomsforløpene – forutsetter dette en styrking av allmennmedisinsk forskning og fagutvikling med økt bevilgning til allmennmedisinske forskningsenheter

Ansvars- og oppgavedeling er grunnleggende for å sikre god samhandling. Før det vurderes å evt. etablere lokalmedisinske sentra som intermediært nivå, må ansvar og oppgavefordeling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste gjennomgås og avklares.

Habilitering/rehabilitering

God rehabilitering gir stor gevinst for pasientenes livskvalitet, aktivitet og deltakelse i samfunns og arbeidsliv. Fra politisk hold er habilitering og rehabilitering en etterspurt og ønsket aktivitet. Det er utarbeidet flere gode opptrappingsplaner for habilitering og rehabilitering av de regionale helseforetakene. Legeforeningen mener det hjelper lite med en overordnet habiliterings- og rehabiliteringsplan, dersom ikke denne følges opp med gjennomføring av konkrete tiltak og reell kapasitetsøkning. Det er dessverre store mangler og betydelige geografiske ulikheter i tilbudet til sårbare pasientgrupper. For å oppnå en kapasitetsøkning er det ikke tilstrekkelig å videreføre tidligere års rammer - det må satses betydelig i form av økte ressurser som muliggjør en utvidelse og kvalitetsheving av tilbudet. Forpliktende opptrappingsplan for rehabilitering og habilitering må utarbeides og iverksettes på lik linje som innenfor psykisk helse og rus. Planen må ha fokus på de relevante sykdomsgruppene og aldersgrupperingene - barn, ungdom, voksne og eldre.

Videre har Legeforeningen vært i kontakt med ledere og medlemmer i ulike komiteer og partigrupper knyttet til ulike aktuelle saker til behandling i Stortinget. Legeforeningen avholdt også sitt årlige helsepolitiske seminar med Helse- og omsorgskomiteen hvor temaene var blant annet samhandlingsreformen og arbeidsmiljø på sykehus.

4.3.2 Kontakt med myndigheter, organisasjoner, mv

Legeforeningen har i 2010 hatt utstrakt kontakt mot myndighetene og organisasjonslivet. Kontakten skjer både via løpende aktuelle saker og faste møtearenaer, og omfatter både forvaltning, organisasjoner på helseområdet og organisasjoner på arbeidslivsområdet. Myndighets- og organisasjonskontakten knyttet til de sentrale arbeidsområdene er beskrevet under satsingsområdene. Nedenfor omtales noen av de øvrige samarbeidsarenaene som Legeforeningen har deltatt på i 2010.

Legeforeningen gjennomførte høsten 2010 møte med Kreftforeningen om samarbeid på folkehelseområdet. Dette har medført koordinerte uttalelser til Nasjonal helse- og omsorgsplan, samt gjennomslag i flere medier om skolen som forebyggingsarena (NRK, Aftenposten, en rekke lokalaviser).

Legeforeningen overleverte WMA sin deklarasjon om global helse og miljø i november 2009. Dette ble fulgt opp med møte med miljøvernministeren i 2010, hvor temaet var sammenhenger mellom global oppvarming og helse. Departementet inviterte Legeforeningen til å bidra i arbeidet med ny stortingsmelding om global helse og miljø. Presidenten og Legeforeningens utvalg for global oppvarming og helse var sammen med sekretariatet representert i møtet. Legeforeningen har i etterkant deltatt på kontaktmøter mv. i det videre arbeidet med stortingsmeldingen.

Som nevnt ovenfor, har Legeforeningen har i 2010 hatt et tett samarbeid med Norsk sykepleierforbund om å utarbeide rapport om investeringer i spesialisthelsetjenesten.

Det har videre vært møter med bl.a. en rekke pasientorganisasjoner, herunder FFO, Unge funksjonshemmede, Mental helse ungdom, m.fl.

5 Internasjonalt arbeid

5.1 Status/overordnet om Legeforeningens internasjonale arbeid i 2010

Legeforeningen internasjonale engasjement er spesielt rettet mot CPME (den europeiske legeforening) og WMA (Verdens legeforening). Gjennom utvalg for menneskerettigheter har Legeforeningen vært engasjert i menneskerettighetsarbeid i Kina, Tyrkia, Balkan og Midt-Østen. Utvalg for internasjonal helse har blant annet arbeidet med et policydokument om samarbeid om mødrehelse. Yrkes- og fagmedisinske foreninger er medlem av internasjonale organisasjoner innenfor sine interesse- /fagfelt. Aktiviteten for disse er omtalt i de respektive årsmeldinger.

5.1.1 Deltakelse i internasjonale organisasjoner

Verdens legeforening (WMA)

WMA holdt sitt councilmøte i Evian i mai og generalforsamling i Vancouver i oktober. President Torunn Janbu leder den medisinske etiske komiteen og er medlem av finanskomiteen. Sentrale saker i etikkomiteen har vært omsorg ved livets slutt, bruk av placebo i medisinsk forskning og en rapporteringsmekanisme i forhold til Tokyodeklarasjonen om tortur. Torunn Janbu har ledet arbeidskomiteen for omsorg ved livets slutt. Andre viktige saker har vært helsetjeneste for flyktninger og resolusjon om forskrivning av medikamenter. Mer info på www.wma.net

Comité Permanent des Médecins Européen (CPME)

Comité Permanent Des Médecins Européen (CPME), den europeiske legeforeningen, jobber for et høyest mulig nivå på legeutdanningen, legers utøvende arbeid og kvalitet på helsetjeneste innenfor EU området. Den norske legeforeningen har i 2010 vært representert ved president Torunn Janbu, representant fra sentralstyret Kirsten Toft, generalsekretær Geir Riise og fagdirektør Bjarne Riis Strøm. I tillegg har Yngre legers forening (Ylf) ved leder Hege Gjessing deltatt.

Viktige saker CPME har arbeidet med dette året og som Legeforeningen har involvert seg i, har bl.a. vært medisinsk utdanning, direktivet om pasientrettigheter og grensekryssende helsetjenester, og revisjon av EU arbeidstidsdirektivet. Legeforeningen har ledet en arbeidsgruppe som har bl.a. utarbeidet et dokument om ulikheter i helse (CPME 2010/04 Health Inequalities). Legeforeningen har sendt sine innspill og kommentarer til CPME og har deltatt i arbeidsgrupper.

En oversikt over policydokumenter er lagt ut på CPMEs hjemmeside www.cpme.be/policy.php.

Den Europeiske forening for legespesialister – Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)

Legeforeningen har i perioden vært representert i UEMS (Management Council) av Kristin Bjørnland, leder av spesialitetsrådet. Sekretariatet har deltatt som observatører. Det er flere viktige arbeidsgrupper innen UEMS: Spesialistutdanning, CME/CPD, relasjonene mellom Sections and Boards og Council, kvalitet i pasientomsorgen, spesialistpraksis, helsetjenester på tvers av landegrensene, e-helse. Legeforeningen har representanter i 31 av totalt 38 Sections and Boards.

European Accreditation Council for CME (EACCME), har en jevn økning av søknader om godkjenning av kurs. Einar Skoglund er Legeforeningens representant i EACCME.

For ytterligere informasjon vises til nettsidene www.uems.net

Nordisk samarbeid

Nordisk sentralstyremøte ble holdt på Särö med Sverige läkarförbund som vertskap. Hovedtemaer var internasjonalisering av legearbeidsmarkedet og systemer for akkreditering av sykehusavdelinger med eksempler fra Danmark. Mads Harlem, leder av folkerettsseksjonen i Norges Røde Kors innledet til diskusjon om hvordan de nordiske legeforeningene kunne samordne felles uttalelser i forbindelse med

kriger og kriser.

Samnordisk arbeidsgruppe for prognos- og spesialistutbildnings spørsmål (SNAPS)

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

Denne arbeidsgruppen har annethvert år fremlagt en rapport om tilgang og etterspørsel etter leger i Norden, samt en ajourført oversikt over spesialitetene og innholdet og prinsippene i spesialistutdanningen i de nordiske land og informasjon om spesialistutdanning i EØS-området.

I tillegg til disse to rapportene som utarbeides annethvert år, lager arbeidsgruppen også publikasjonen ”Att arbeta som läkare i Norden” og statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”. Også disse to er i 2010 utarbeidet i ny utgaver. Alle publikasjonene utarbeides på svensk, og statistikkfolderen utarbeides i tillegg på engelsk.

Nye rapporter og oversikter, samt statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”, ble utarbeidet i 2010. De seneste rapportene ble fremlagt for og godkjent av Nordisk legeråd som ble avholdt 25.-27.8. 2010 i Särö, Sverige.

Alle publikasjonene (unntatt statistikkfolderen for 2010) er lagt ut på Legeföreningens nettsider: <http://www.legeföreningen.no/id/57063>

Statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta 2010” er lagt ut her i svensk versjon: http://www.legeföreningen.no/asset/48525/1/48525_1.pdf

Rapporten over legearbeidsmarkedet inneholder en beregning av tilgang på og etterspørsel etter leger frem til år 2025, både for hvert land og for Norden som helhet.

Rapporten er en trendfremskrivning basert på nåværende data og utviklingen i øyeblikket. Etterspørselen er fremskrevet i to alternativer. For Norge er det i det ene alternativet forutsatt en årlig vekst på 500 nye stillinger og i det andre alternativet en årlig vekst på 400 nye stillinger. Det første alternativet gir netto balanse i legearbeidsmarkedet i Norge i 2010 og deretter et økende underskudd av leger. Det andre alternativet gir et lite overskudd av leger i Norge i 2010 som når en topp i 2015, og overskuddet er deretter avtakende. Begge alternativene peker mot et underskudd av leger før 2025, og underskuddet vil deretter øke. Rapporten sier ikke noe spesifikt om arbeidsmarkedet for godkjente spesialister, men det kan være rimelig basert på beregningene i ”Rapport om spesialistutdanning av leger” å anta at beregningene kan peke mot enten et økende underskudd av spesialister fra ca 2015 både i Norge og i Norden som helhet, eller at underskuddet ikke realiseres pga økende import av utenlandske spesialister. Rapporten for legearbeidsmarkedet finnes her: <http://www.legeföreningen.no/id/450>.

Nye rapporter og oversikter, samt ny utgave av statistikkfolderen ”Nordiska Läkarfakta”, vil bli utarbeidet i 2012.

6 Kommunikasjonsarbeid

6.1 Om Legeföreningens kommunikasjonsarbeid

Legeföreningen bruker kommunikasjon som et av flere virkemidler for å nå organisasjonens mål. De overordnede målene er derfor førende for hva vi ønsker å prioritere innenfor kommunikasjonsområdet. En del av kommunikasjonsarbeidet vil være direkte knyttet til prioriterte områder, andre deler vil bidra til omdømmebygging av leger og Legeföreningen generelt gjennom profilering av fag og samfunnsansvar.

Arbeidet med de seks satsingsområdene legger også føringer for kommunikasjonsarbeidet og gjort det mulig for Legeföreningen å bli gjenkjent over tid på flere viktige områder.

I en medlemsforening med over 27 000 medlemmer vil intern og ekstern kommunikasjon i stor grad overlape hverandre. Dette gjelder ikke minst i Legeforeningen der både foreningen og nesten alle medlemmene har offentlig interesse. Gjennom media og våre egne nettsider kommuniserer vi i utstrakt grad med medlemmer, myndigheter og befolkning samtidig.

Hele sekretariatet driver hver dag betydelig kommunikasjonsvirksomhet overfor medlemmer, organisasjonsledd, samarbeidspartnere og andre aktører. I årsmeldingen omtales kommunikasjonsarbeidet som er ment å nå større grupper på én gang.

I februar 2009 vedtok sentralstyret å sette i gang et arbeid for blant annet å vurdere tiltak som kan bedre funksjonaliteten av Legeforeningens nettsider. Et omfattende prosjekt for å utvikle ny nettløsning for Legeforeningen kom i gang våren 2010 og ble endelig vedtatt av sentralstyret i september. Målet er å samle *legeforeningen.no* og Min side til en enhetlig løsning. Den samlede løsningen vil da være via *legeforeningen.no* med mulighet for å logge seg inn for ytterligere informasjon og tjenester.

Planlegging av Legeforeningens 125-års jubileum pågikk for fullt i 2010.

6.2 Mediearbeid

2010 har vært preget av mange viktige saker for Legeforeningen, noe som også mediebildet har båret preg av fordi dette er saker som har vært med på å sette dagsorden. Gjennom året har vi fått betydelig oppmerksomhet omkring legens rolle i arbeidet med arbeidsmiljø i sykehus, faste stillinger for leger i spesialisering, Legeforeningens anbefaling om nasjonal sykehusplan og utvikling av ny turnusordning for leger. De av satsingsområdene som har klare kommunikasjonsmål har det vært jobbet kontinuerlig med. Det har også vært mye oppmerksomhet omkring sykehussammenslåing i Oslo og sykehusstruktur i hele landet. Dette har i stor grad har vært frontet av tillitsvalgte. Av entydig store negative saker for legestanden har det strengt tatt kun vært den såkalte kirurgisaken ved Nordlandssykehuset og de utenlandske «tabbelegene».

Legeforeningen er proaktiv overfor media. Dette gjør at vi får publisert egne saker. Samtidig er medieovervåkingen effektivisert i 2010 slik at vi enda raskere kan følge opp saker som allerede er i mediebildet. Høsten 2010 ble også foreningens egen nyhetsoppsummering *Dagens mediebilde* lagt åpent ut for alle medlemmer og ansatte i Min side.

Det er gjort mye direkte innsalg av våre mediasaker til redaksjonell omtale i aviser, radio og TV. Legeforeningen har også samlet øket antall debattinnlegg/kronikker, til sammen ca.15 innlegg. I tillegg kommer en rekke innlegg i media fra ulike deler av organisasjonen..

Legeforeningen er svært tilgjengelig for pressen. De sentrale talspersonene i foreningen er enkle å få tak i og sier i svært liten grad nei til å uttale seg. Det har vært mange store saker der det har vært naturlig at presidenten er den som uttaler seg på vegne av hele foreningen, og hun har vært en tydelig og etterspurt talsperson for Legeforeningen dette året. Lederne for de tre største yrkesforeningene har også vært mye brukt av media, og har vært tydelige og gode i kommunikasjonen.

I tillegg til dette har vi en tradisjon for å hjelpe pressen med å komme i kontakt med leger i underforeningene om ulike medisinske tema. Vi vurderer dette som viktig for å underbygge legers omdømme som kunnskapsrike fagpersoner og for å vise bredden i foreningen. Det har også i 2010 vært stor etterspørsel etter dette. Pressemeldinger og presseinnsalg av fagstoff fra Tidsskriftet stor oppmerksomhet i media.

Foreningen samarbeider med andre foreninger om ulike saker, f.eks. KS og Sykepleierforbundet. Disse sakene er mediemessig godt utnyttet i 2010. Vi har flere ganger samarbeidet om kronikker og debattinnlegg og også vist vår støtte til andre organisasjoners utspill og meninger i media.

6.3 Legeforeningens egne kommunikasjonskanaler

I tillegg til kommunikasjon gjennom media er våre egne kanaler viktige for å nå medlemmer og andre vi ønsker å profilere oss overfor. Vi har i 2010 jobbet med en samlet strategi for media og egne kanaler for å skape synergier og for å kunne plassere stoff etter prioritet, målgruppe og nyhetsbildet for øvrig.

6.3.1 Legeforeningen.no

Målet for nyhetssaker i 2010 var å sikre en bedre redaksjonell styring. Etablering av en redaksjonsgruppe i sekretariatet har ført til bedre koordinering og timing av presseutspill.. Antallet saker økte med vel 20 saker sammenlignet med året før. Det er Legeforeningens politikk på ulike områder som preger forsiden på *legeforeningen.no*.

Legeforeningen.no inneholder også sidene til i underkant av 90 underforeninger. Nettredaktørene får publiseringsstøtte, opplæring og brukerstøtte. Utviklingen viser at spesielt fagmedisinske foreninger ønsker å ta i bruk Legeforeningens nettilbud istedenfor å bruke egne løsninger.

Besøket på sidene økte fra i underkant av 3,3 millioner sidevisninger og 350 000 besøkende i 2009 til vel 3,4 millioner sidevisninger og nesten 358 000 besøkende i 2010. Besøkene viser at særlig faginformatjon er viktig. De mest besøkte sidene er alle sider knyttet til spesialiteter og fagutvikling.

6.3.2 Intranettet

Intranettet er hovedkanal for informasjon innad i sekretariatet. Et utviklingsarbeid for å gjøre dette til en enda bedre kanal ble satt i gang i slutten av 2010.

6.3.3 Min side

Min side er Legeforeningens lukkede medlemsportal, og brukes først og fremst til interaktiv dialog med medlemmer og tillitsvalgte. De tillitsvalgte sendte selv 640 e-postmeldinger via Min side til sine medlemmer. Det ble sendt 196 medlemsbrev som legges i arkivet i Min side. Min side hadde totalt 433 000 sidevisninger fordelt på 77 551 besøk. Erfaringen er at besøkene i stor grad kom som følge av e-postvarsel om nytt innhold.

6.3.4 Sosiale medier

Legeforeningen fikk i 2010 sin egen side på Facebook.

6.3.5 Aktuelt i foreningen – medlemssidene i Tidsskriftet

Sidene om Aktuelt i foreningen i Tidsskriftet er ment å speile aktiviteten i foreningen. Det gjelder både Legeforeningens politikk, møter av faglig og fagpolitisk karakter, helsepolitikk, samarbeid med ulike aktører som Akademikerne, Spekter, offentlige etater og internasjonalt samarbeid.

Sidene ble justert fra nummer 17/2010. Formålet var å gjøre disse mer oversiktlige og sakene kortere og med et mer spisset budskap. Dette gjør også at det blir plass til flere saker, mens kompliserte underlagsdokument kan via lenker.

Design og bruk av bilder ble modernisert for å støtte opp under dette. Omleggingen har ført til at sidene er lettere tilgjengelige. I studentnummeret ble alle sidene viet studentene. Mye av stoffet ble produsert av studentene selv.

6.3.6 Andre kommunikasjonskanaler

Organisasjonsledd får sekretariatshjelp til brosjyrer, presentasjoner, mv. de trenger bistand til.

6.4 Kompetanseheving

Det er ingen oversikt over hvor mange som kommuniserer på vegne av legene og Legeforeningen i løpet av et år, men antallet er svært høyt. Det er viktig at foreningen har et tilbud for å heve kompetansen hos

de som uttaler seg i media, skriver innlegg eller publiserer på nett..

I 2010 ble det arrangert medietreningskurs for sentralstyret. Det ble holdt mediekurs for ulike organisasjonsledd. Avgangskullene på medisin på UiO fikk forelesninger om legen og pressen. Alt dette er kurs foreningen har hatt tilbud om i mange år. Som tidligere, bistår sekretariatet flere ganger i måneden enkeltmedlemmer og tillitsvalgte som trenger hjelp til mediehandtering. Dette arbeidet anses som viktig. Det gir i tillegg foreningen nyttig innsikt i saker som er eller kan bli aktuelle i media og medlemmenes hverdag.

Nytt av året har vært å arrangere kurs i nettskriving og skriving av kronikker og debattinnlegg for skribenter i sekretariatet. Dette har vært med på å heve kvaliteten på det skriftlige materialet som leveres.

Alle nye nettrektører får individuell grunnopplæring, og alle nettrektører kan fritt be om veiledning og nye kurs. Det ble avholdt rundt 15 kurs i 2010.

7 Tidsskrift for Den norske legeforening

7.1 Organisering og bemanning

Redaktør i Tidsskriftet er Charlotte Haug. I 2010 har redaksjonskomiteen bestått av Guri Rørtveit (leder), Annetine Staff, Karl Otto Nakken, Kristoffer Lassen, Ola Dale, Ole-Erik Iversen, Cecilie Risøe (fra sentralstyret) og Geir Riise (ex officio).

259 faglige medarbeidere er tilknyttet Tidsskriftet. I mars arrangerte redaksjonen det årlige møtet for faglige medarbeidere med rundt 90 deltakere. Povl Riis, tidligere redaktør i Ugeskrift for Læger og internasjonalt kjent innen gastroenterologi, publiseringsetikk og forskningsformidling, holdt plenumsforelesning om publiseringsetikk.

I 2010 mottok redaksjonen 1266 manuskripter. Alle manus gjennomgår redaksjonell vurdering, og de aller fleste sendes til ekstern fagvurdering (peer review). Totalt bidro 639 eksterne fagvurderere i denne prosessen. Redaksjonen produserte i tillegg om lag 162 egne artikler.

7.2 Tidsskriftets papirutgave

Tidsskriftet utkommer hver 14. dag. Til sammen ble det utgitt 24 nummer med 2564 (paginerte) sider, hvorav ledige stillinger 627 sider og andre annonser 275 sider. I tillegg kommer annonsebilag. Tidsskriftets trykte opplag er på 26 600 eksemplarer (desember 2010).

I 2010 har det vært publisert tre temaserier: intensivmedisin, anestesi og muskel- og skjelettlidelser.

7.3 Tidsskriftets nettside

Bruken av Tidsskriftets nettutgave holdt seg stabilt høy også i 2010 med mellom 6 000 og 9 000 unike brukere i døgnet, ifølge Google Analytics. En brukerundersøkelse utført blant de som brukte siden i august 2010, viste at majoriteten av brukerne ikke er leger. Nettutgaven benyttes i stadig større grad til å formidle innholdselementer i artikler som ikke kan vises i papirutgaven, og er å anse som arkivversjonen av Tidsskriftet. Et godt eksempel på dette er den nye spalten *Medisinen i bilder* i den vitenskapelige seksjonen i Tidsskriftet, der illustrasjoner av kliniske eller parakliniske problemstillinger, ofte videoer, publiseres. Vi har også innført spalten *Retningslinjer*, der artikler som oppsummerer nye retningslinjer fra spesialforeningene eller faglige grupperinger, publiseres *kun* på nett. Fra januar 2010 er kunnskapsprøvene, knyttet til artikler i spaltene *Legemidler i praksis* og *Noe å lære av*, flyttet over på en ny teknisk plattform som har muliggjort et pedagogisk løft, slik at de er blitt mer utfordrende. Målet er at tester knyttet til artikler skal kunne gi tellende timer i legers etter- og videreutdanning.

7.4 Presse- og publikumskontakt

Sosiale medier og Tidsskriftets nettsider er blitt viktigere i Tidsskriftets kontakt med presse og publikum, men det sendes fortsatt ut pressemeldinger i forbindelse med hver utgave. I forbindelse med temaseriene om muskel- og skjelettlidelser arrangerte redaksjonen i samarbeid med informasjonsseksjonen presseseminar med godt fremmøte og mange presseoppslag som resultat. I forbindelse med samme temaserie ble det publisert tre læringsvideoer om henholdsvis anamnese, ryggundersøkelse hos primærlege og i spesialisthelsetjenesten på Tidsskriftets YouTube-kanal.

7.5 Faglige møter

Blant annet for å styrke Tidsskriftets posisjon i fagmiljøene og for å diskutere publiseringsetiske problemstillinger med samarbeidspartnere er det i 2010 blitt avholdt to faglige møter om ettermiddagen i kantinen i Legenes Hus, Oslo. Et av møtene hadde krav til samtykke fra pasienten i forskning som tema, mens det andre var knyttet til temaserien om muskel- og skjelettlidelser. Seminarene var gratis, og begge hadde om lag 35 deltakere.

7.6 Legejobber.no

I mai 2010 lanserte Tidsskriftet nettportalen Legejobber.no. Portalen retter seg mot to markeder: stillingsannonsører, slik som kommuner, sykehus og mediebyråer, og leger. Den er et strategisk trekk for å møte en stadig sterkere konkurranse fra andre aktører som retter seg mot de samme markedene, og for å bevare Tidsskriftets sterke posisjon som formidler av legestillinger i en svært turbulent tid i sykehussektoren. Stillingsannonser er den desidert største inntektskilden i Tidsskriftet.

I den moderne portalen kan annonsører selv bestille og produsere stillingsannonser for både papir og nett. Leger kan søke etter ledige stillinger etter spesialitet eller i fritekst i et enkelt brukergrensesnitt på forsiden. Søk kan siden filtreres på ulike relevante kategorier. Legejobber.no inneholder relevant informasjon om arbeidssteder, nyheter om folk som har byttet jobb, og om (lege)arbeidsmarkedet. Arbeidssøkere kan abonnere på ledige stillinger gjennom Legeforeningens medlemsportal Min side. Gjennom besøk ved flere av landets sykehus har representanter fra Tidsskriftets markedsavdeling høstet gode tilbakemeldinger på portalen og fått viktige beslutningstakere i tale. Både brukerstatistikken og antallet annonser i portalen bekrefter de positive tilbakemeldingene. Portalen har ukentlig 1 637 brukere, 378 749 sidevisninger og i snitt 250 annonser i basen.

7.7 Tidsskriftets blogg

I august ble Tidsskriftets blogg lansert – blant annet som en videreføring av satsingen på sosiale medier, som ble påbegynt i 2009 med Facebook, Twitter og Tidsskriftets YouTube-kanal. Bloggen har som ambisjon å:

- legge til rette for fri meningsutveksling og gode samtaler om fag og helsetjeneste
- dekke temaer relatert til legers deltakelse i nettsamfunnet og ny teknologi
- komme med kommentarer til aktuelle saker
- ta leserne med i diskusjoner relatert til Tidsskriftets utvikling
- skape en arena for refleksjon rundt legerollen
- være hverdagsrelevant
- tilrettelegge tidsskriftets artikler for samtale og diskusjon

Blant temaene som ble tatt opp i 2010, er: *Bør leger være venner med pasientene sine på Facebook? Kan vi si nei når en pasient «bestiller» reseptbelagte medikamenter? Tåler egentlig legene og samfunnet at pasientene er syke over lang tid? Hvilke applikasjoner for iPhone er nyttige i jobbsammenheng? Er det farlig å være faglig uenig?*¹² Ulike personer har bidratt med til sammen 22 poster i 2010. Postene, som stadig leses av flere, har nå mellom 200 og 2 000 sidevisninger.

7.8 Mobilversjon

Høsten 2010 kunne Tidsskriftet tilby leserne en versjon tilrettelagt for mobiltelefon. Brukerstatistikken

for nettsidene viser en stigende kurve for besøkende via mobile plattformer med mellom 1 500 og 2 000 ukentlige besøk rundt årsskiftet. Mobilversjonen er en såkalt webapplikasjon som gjør at den fra iPhone fungerer som en app.

7.9 Leserundersøkelse

I forbindelse med Legeforeningens landsstyremøte 2010 ble det gjennomført en kvalitativ leserundersøkelse. 40 leger ble i fokusgrupper intervjuet av det uavhengige analysebyrået Synovate om sitt forhold til Tidsskriftet.

7.10 Økonomi i Tidsskriftet

Kostnaden ved produksjon av Tidsskriftet er som følger:

- Sideproduksjon og nettutgave kr 2 096 851
- Gjennomsnittlig kr 91 168 per utgave
- Trykk og papir kr 4 888 507
- Gjennomsnittlig kr 212 543 per utgave
- Ferdiggjøring kr 1 943 323
- Gjennomsnittlig kr 84 492 per utgave
- Portokostnader kr 3 193 151
- Gjennomsnittlig kr 138 833 per utgave
- Totale inntekter beløper seg årlig til kr 27 353 941. Stillingsannonser utgjør kr 21 440 333, andre annonser kr 6 001 135 og abonnement kr 1 971 965.

8 Legeforeningens forskningsinstitutt

8.1 Personale og finansiering

Instituttet har hatt seks medarbeidere: tre forskere – instituttleder, seniorforsker og post.doc.-stipendiat, to sekretærer som deler en full stilling, samt en informasjonsmedarbeider i halv stilling. Instituttet mottar sin grunnfinansiering fra Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP), men har også inntekter gjennom eksterne oppdrag.

8.2 Aktiviteter

Hovedtema for forskningen er legers helse og arbeidsforhold. Vi studerer legers sykkelighet, dødelighet, livsstil og livskvalitet, og analyserer hvordan dette henger sammen med karrierevalg, profesjonalisering, læring og mestring, samt de organisasjons- og styringssystemer legene praktiserer innenfor.

Forskningsresultatene publiseres i fagfelleverderte nasjonale og internasjonale tidsskrifter. Det ble publisert 21 artikler i 2010, og to doktorgradsavhandlinger delvis basert på våre data.

Forskningsinstituttet har egen hjemmeside: <http://www.legeforeningen.no/lefo> der det blant annet finnes oversikt over alle publikasjoner, i hovedsak i fulltekstversjon. Databasen inkluderer også innlegg på våre konferanser, samt mer informasjon om våre prosjekter. Etter ønske fra SOP ble Forskningsinstituttet evaluert i 2010, og dette førte til et vedtak om fortsatt drift i minst fem år.

8.3 Paneldata

Forskningsinstituttets referansepanel er instituttets viktigste datakilde. Panelet består av et tilfeldig utvalg leger som har mottatt i alt 12 spørreskjemaer siden 1993. Den siste spørreskjemaundersøkelsen ble sendt ut i november 2010, til ca. 1550 yrkesaktive leger. Bearbeiding av data står for døren i 2011. Instituttets medarbeidere har deltatt med innlegg på en rekke seminarer og forskningskonferanser. Medarbeiderne har bidratt fortløpende som fagfellevurderere i tidsskrifter og i redaksjonelt arbeid med bokutgivelser.

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 2010 et regnskapsmessig positivt aktivitetsresultat på kr 25 394 572. Totale brutto finansinntekter på kr 60 059 676 bidrar til det positive aktivitetsresultatet.

Hovedforeningen, Utdanningsfond I, Utdanningsfond III, Lånefondet og fondet for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet har til sammen et regnskapsmessig overskudd på ca. kr 35,5 millioner, mens utdanningsfond II har et negativt resultat i 2010 på ca. kr 10,0 millioner.

Summen av ytelser og administrasjonskostnader i Utdanningsfond II overstiger i 2010 driftsinntektene med ca. kr 14,9 millioner. Det har vært en ønsket retning å bedre refusjonsordningene siden formålskapitalen i fondet har vært svært høy de senere år. Renteinntekter og tilførsel av fondets formålsmessige andel av overskuddet i foreningen bidrar til at belastningen på Utdanningsfond IIs formålskapital blir ca. 10,0 millioner i 2010. Formålskapitalen i fondet utgjør ca. 3 ganger årlige driftskostnader. Resultatet vurderes derfor ikke som kritisk for fondets videre drift.

Samlede refunderte utlegg i regnskapene for utdanningsfondene II og III, ble redusert med ca. kr 7,4 millioner sammenlignet med 2009. Refusjonene fra Fond II økte marginalt med drøyt kr 300 tusen mens refusjoner fra Fond III ble redusert med ca. kr 7,7 millioner fra 2009 til 2010. Etter flere år med reduksjon i fondets reservekapital, iverksatte fondsutvalget i Fond III høsten 2009 tiltak som skulle redusere fondets ytelser. Tiltakene innebar innføring av en egenandel per søknad på kr 500 samt at det årlige taket på samlet refusjon per søker ble redusert fra kr 13 000 til kr 10 000. Tiltakene har i kombinasjon med reduserte refusjonssøknader, bidratt til at kostnadene er bedre tilpasset tilgjengelig formålskapital. Dette gir fondet bedre forutsetninger for å kunne gi støtte til videre- og etterutdanning i fremtiden.

Netto finansinntekter er høye også i 2010. Mens finanskrisen i 2008 bidro til et rekordlavt finansresultat på i underkant av kr 5 millioner, har markedsutviklingen i 2009 og 2010 vært svært positiv. Brutto finansinntekter utgjorde ca. kr 60,1 millioner i 2010. Kun i 2009 har foreningen hatt et bedre finansresultat. Investeringsstrategien i Legeforeningen har et langsiktig perspektiv. Kriseåret 2008 viste at strategien er robust. Soliditeten i foreningen er god og kapitalen er bygget opp over tid, blant annet for å kunne møte ekstraordinære situasjoner i finansmarkedene.

Annonseinntekter fra Tidsskriftet og nettsiden til Legeforeningen utgjorde i 2010 ca. kr 25,4 millioner, et negativt avvik på ca. kr 940 tusen sammenlignet med budsjett. Totalt sett viste Tidsskriftets drift likevel et positivt resultat sammenlignet med budsjett ettersom produksjonskostnadene endte ca. kr 1,1 millioner under budsjett i 2010. Effekten av lavere annonseinntekter på foreningens samlede inntektsside oppveies av at kontingentinntektene oversteg budsjett med ca. kr 1,8 millioner i 2010.

Driftskostnadene i hovedforeningen viser positiv utvikling sammenlignet med årsbudsjett 2010. Personalkostnader viser et merforbruk mot budsjett på ca. kr 0,5 millioner, men i dette tallet er inkludert ca. kr 3,0 millioner i økte pensjonskostnader. Denne merkostnaden var forutsatt dekket av ekstraordinær avsetning per 31.12. 2009. Stram styring hvor blant annet vakante stillinger ikke har blitt erstattet, medførte at hele merkostnaden knyttet til pensjon likevel kunne tas over drift. Avsetningen i balansen fra 2009 som var øremerket pensjonskostnader, står således urørt. Andre driftskostnader og tilskudd og bidrag viser et samlet mindreforbruk sammenlignet med årsbudsjett på ca. kr 745 tusen.

Regnskapet viser en samlet formålskapital per 31.12. 2010 på kr 1 185 249 240. Aktiviteten i

underliggende fond er regulert av egne vedtekter eller retningslinjer. Dette innebærer at hele 97,5 % av egenkapitalen er definert som bundet. Den frie egenkapitalen er etter sentralstyrets forslag til disponering av årets resultat på kr 29 131 951, en økning på i underkant av kr 0,5 millioner.

9.1 Nøkkeltall for 2010

Økonomiske nøkkeltall 2010

Beløp i hele tusen kroner

Regnskap	Drifts- inntekter	Drifts- kostnader	Netto finans- inntekter	Andre inntekter/ kostn.	Års- resultat	Per 31.12. 2010	
						Egen- kapital	Total- kapital
A. Godkjennes av landsstyret:							
Den norske legeforening	259 642	294 307	60 060	0	25 395	1 185 249	1 260 357
Regnskapet for Den norske legeforening inneholder følgende delregnskaper:							
1 Den norske legeforening - Hovedforeningen	145 910	160 064	23 951	0	9 797	97 139	142 115
2 Utdanningsfond I	43 322	48 782	6 410	0	950	161 829	167 073
3 Utdanningsfond II	25 304	40 275	4 932	0	-10 039	120 475	126 324
4 Utdanningsfond III	36 027	35 462	3 277	0	3 842	81 069	87 422
5 Lånefondet	0	1 623	19 278	0	17 655	707 703	707 802
6 Kvalitetssikringsfond I	9 079	6 945	1 077	0	3 211	15 262	27 882
8 Fond for forebyggende medisin	0	38	34	0	-4	896	896
9 Fond for kvinnelige legers vitenskapelige innsats	0	49	33	0	-16	877	877
B. Regnskaper godkjent av sentralstyret:							
1 C. M. Aarsvolds fond	0	263	239	0	-24	7 820	7 955
2 Legat for leger og etterl. i uforsk. nød	0	76	184	0	108	7 852	7 852
3 Delphin og hustrus legat	0	200	172	0	-28	6 217	6 218
4 Johan Selmer Kvanes legat	0	428	482	0	54	15 249	15 600
C. Stiftelsen Soria Moria¹⁾	60 738	56 239	-2 192	0	2 307	66 326	143 107
D. Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)²⁾	10 416	168 180	334 021	176 213	352 469	367 419	4 389 150
E. Allmenmedisinsk forskningsfond⁴⁾	12 598	16 744	278	0	-3 868	2 575	10 283
F. Eiendomsselskaper							
1 Christiania Torv AS ²⁾	14 576	7 248	-6 022	0	1 305	34 048	168 537

¹⁾ Regnskapstall for Soria Moria representerer foreløpige tall per 7.3. 2011 og som ikke er endelig vedtatt av styret for stiftelsen
Årsresultat for Soria Moria viser resultat før skattekostnad

²⁾ Resultatet for Christiania Torv AS vises resultat før skattekostnad

³⁾ Andre kostnader i SOPs regnskap representerer avsetning til fremtidige pensjoner samt endring i andre avsetninger.
Regnskapet for SOP er i skrivende stund ikke ferdig revidert

⁴⁾ Regnskapet for Allmenmedisinsk forskningsfond er per 7.3. 2011 ikke ferdig revidert og ikke behandlet av styret for stiftelsen

9.2 Fond

Representasjon i fondsstyret er gjort rede for i vedlegg 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. Sentralstyret er fondets styre.

Aktiviteten i Utdanningsfond I finansieres med avsetninger fra Folketrygden etter årlige avtaler mellom Legeforeningen, staten og Kommunenes Sentralforbund. Avsetningene avtales i forbindelse med forhandlingene om revisjon av normaltariffen og følger avtaleperiodene for denne.

Av aktiviteter som er finansiert av Utdanningsfond I i 2010 kan nevnes:

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

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. 2010 – 30.6. 2011 er tilskuddet 26 millioner kroner, opp 1,4 millioner kroner 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.

Det ble i 2010 behandlet 5 572 søknader mot 5 473 i 2009. Grunnet endringer i retningslinjene for fondet i 2007, og det økte volumet på søknader til behandling de siste årene, har fondets utgifter økt. De samlede refunderte utgifter til kurs og stipendier var i 2010 på 37 millioner kroner, hvilket er ca. 0,5 millioner høyere enn i 2009 og 5,3 millioner kroner høyere enn i 2008. Driftsresultatet var negativt med 15 millioner kroner. I årsregnskapet for 2010 er det bokført en egenkapital på 120,5 millioner kroner, mot 130,5 millioner kroner i 2009.

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

Utdanningsfond III ble etablert i 1988, og yter økonomisk støtte i forbindelse med videre- og etterutdanning av sykehusleger. Ytelsene fra fondet finansieres av tilskudd fra NAV etter årlige avtaler mellom Legeforeningen og staten. I inneværende avtaleperiode 1.7. 2010-30.6. 2011 er tilskuddet 25 millioner kroner, 2,7 millioner kroner opp fra forrige periode.

Overenskomsten mellom Legeforeningen og henholdsvis Spekter og HSH om at arbeidsgiver (helseforetakene) skal innbetale et tilskudd til fondet per legeårsverk ble videreført i 2010. Tilskuddet fra HSH og Spekter ble økt fra hhv kr 1 200 og kr 1 500 til kr 2 000 per legeårsverk. De nye satsene får virkning fra 2011. Det ble i 2010 innbetalt 12,4 millioner mot 12 millioner kroner året før.

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 2010 behandlet sekretariatet 6 720 søknader, mot 7 811 i 2009.

Utbetalte refusjoner i tilknytning til deltakelse på kurs, konferanser og hospiteringsopphold utgjorde 32,1 millioner kroner i 2010, mot 39,8 millioner kroner i 2009. Inntektene til fondet utgjorde totalt 36 millioner kroner i 2010, mot 34,3 millioner kroner i 2009. Fondets egenkapital økte i 2010 med 3,8 millioner kroner, og utgjorde ved utgangen av 2010 81,1 millioner kroner, mot 77,2 millioner kroner i 2009, 81,3 millioner kroner i 2008 og 93 millioner kroner i 2007. Innstrammingene gjennomført i 2009, bl.a. ved innføring av egenandel, hadde som formål å styrke fondets egenkapital og bedre balansen mellom utgifter og inntekter. Endringene har følgelig fungert som forutsatt. Innstrammingen kan imidlertid ha sammenheng med at kursdeltakelsen har gått ned med hele 14 prosent.

9.2.4 Kvalitetsforbedringsfond III - Stiftelsen Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring av laboratorievirksomhet utenfor sykehus (NOKLUS)

NOKLUS arbeider for at laboratorieanalyser utenfor sykehus blir rekvirert, utført og tolket riktig i samsvar med pasientens behov for utredning, behandling og oppfølging.

NOKLUS er landsomfattende, og har 98 medarbeidere som er knyttet til 19 helseforetak og til Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. Informasjon om virksomheten er tilgjengelig på Legeforeningens hjemmeside og på NOKLUS hjemmeside www.noklus.no. Årlig besøkes ca. 50 % av deltakerne, og ca 4 500 - 6000 deltar på kurs i regi av NOKLUS. I 2010 var det 36 utsendelser av kontrollmateriale til ekstern kvalitetskontroll hos deltakerne.

Over 99 % av alle legekantor som har laboratorium og 92 % av sykehjemmene deltar i samarbeidsordningen. Det er med over 700 deltakere til selvkost. Dette er sykehjem, hjemmesykepleie, militære sykestuer, helsestasjoner, bedriftshelsetjenester og oljeplattformer. Det deltar også 86 norske sykehuslaboratorier, tre danske og ett islandsk legekantor på to eller flere av utsendelsene. I statsbudsjettet for 2007 vedtok Stortinget å bevilge midler for inntil to års gratis deltakelse som et introduksjonstilbud for sykehjem som ikke allerede deltar i NOKLUS. Det deltar ca 350 sykehjem finansiert over statsbudsjettet., og ca 280 sykehjem av de betalende er vervet via midler fra statsbudsjettet.

Ved utgangen av 2010 var det knyttet to professor II-stillinger, en professor emeritus-stilling, en førsteamanuensisstilling, fem doktorgradskandidater og fire mastergradsstudenter til NOKLUS. En kandidat disputerte for PhD graden. Bedret laboratorievirksomhet fører til at man sparer pasienter og leger for unødvendige konsultasjoner og henvisninger, og hindrer feil behandling. Dette gir igjen samfunnsøkonomiske besparelser.

9.2.5 Sykehjelps- og pensjonsordningen for leger (SOP)

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

Driftsresultatet ble i 2010 176,3 millioner kroner. Totalkapitalen utgjorde per 31.12. 2010 4 389 millioner kroner. Avkastningen av forvaltet kapital utgjorde 340,1 millioner kroner. Dette tilsvarer en avkastning på ca. 8,4 %. Det ble utbetalt ytelser til ordningens medlemmer med i alt 144,5 millioner kroner, mot 134,3 millioner kroner i 2009. Av dette utgjorde pensjoner 59,3 millioner kroner. Avbruddsyttelsene, herunder sykehjelp, fødselsstønad, omsorgsstønad ved adopsjon og pleiepenger, utgjorde 75,1 millioner kroner mot 65,1 millioner kroner i 2009. Engangsstønad ved død utgjorde 10,1 millioner kroner mot 9,5 millioner kroner i 2009. I tillegg støttet SOP diverse aktiviteter relatert til ordningens formålsparagraf. Støtten omfattet i hovedsak Legeforeningens Forskningsinstitutt, Ressurssenteret Villa Sana ved Modum Bad, lokalavdelingenes støttegruppearbeid og pensjonistforberedende kurs. I alt utgjorde støtten til disse formål 10 millioner kroner i 2010.

I 2010 ble SOPs styres forslag til endringer i vedtektene godkjent av sentralstyret og senere i Arbeidsdepartementet. Forslaget innebærer i tillegg til en tilpasning av pensjonsytelsene til pensjonsreformen, en reduksjon av øvrige ytelser fra ordningen og differensiering av rettighetene til ordningens ytelser mellom leger autorisert hhv. før/etter 1.1. 1993.

9.2.6 Lånefondet – Den norske legeforenings lånefond for privat legepraksis

Lånefondet ble etablert i 1979. Lånefondets formål er å yte lån til leger som skal etablere privat legepraksis og til leger som skal utvide, flytte eller foreta påkostninger i en etablert praksis.

Beløpsgrensen for lån i Lånefondet er p.t. kr 800 000. Lånerenten for lån til leger opptatt fram til medio desember 2010 følger normrenten for fordelaktige lån i arbeidsforhold som fastsettes av Finansdepartementet seks ganger per år. Gjennom året økte lånerenten fra 2 % i januar til 2,75 % i desember. For nye lån ble lånerenten endret til 3,25 prosent fra medio desember 2010.

I 2010 ble det lånt ut 172,4 millioner kroner til 313 leger mot 139,4 millioner kroner til 257 leger i 2009. Per 31.12. 2010 var det i alt 2 041 låntakere mot 1 965 låntakere per 31.12. 2009. Utlån til leger utgjorde 31.12. 2010 565 millioner kroner mot 500 millioner kroner 31.12. 2009. Lån til Soria Moria utgjorde 8,75 millioner kroner. Egenkapitalen utgjorde 707,7 millioner kroner mot 690 millioner kroner 31.12. 2009. Den kraftige økningen i utlånet gjør det nødvendig å treffe tiltak for å sikre mulighetene til å tilby lån også i fremtiden. Dette vil det arbeides videre med i 2011.

9.2.7 Premiereguleringsfondet

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

Det ble i 2010 utbetalt støtte med i alt kr 1,06 millioner kroner til leger som hadde pensjonskostnader fra offentlige tjenstepensjonsordninger for tidligere ansatte.

9.2.8 Allmennt medisinsk forskningsfond

Fondet er opprettet av Den norske legeforenings sentralstyre med grunnlag i avsetning foretatt i forhandlinger om Normaltariffen mellom Staten, KS og RHFene på den ene siden og Legeforeningen på den andre siden juni 2006. Bevilgning for hvert enkelt år fastsettes i de årlige Normaltariff-forhandlingene. Allmennt medisinsk forskningsfond har som formål å fremme allmennt medisinsk forskning på allmennt medisinsens premisser og bidra til etablering og nasjonal koordinering av aktivitetene ved de fire allmennt medisinske forskningsenhetene. Det lyses ut forskningsmidler to ganger per år, og disse behandles først av et fagråd, før styret tar de endelige avgjørelsene.

Sekretariatsbistanden går ut på å forberede utlysning av forskningsmidler og mottak av søknader. Videre deltakelse i fagrådsmøte og styremøte, og kommunikasjon mellom disse som grunnlag for styrets endelige vedtak om tildelinger. Fra høsten 2010 har innsending av søknader skjedd via elektronisk søknadssystem og videre behandling og fildeling i fagråd og styre har vært gjort i et arbeidsrom i Min side.

I 2010 mottok fondet 43 søknader, og samlet søknadssum var kr 24 655 000. 33 søknader ble innvilget og det ble utbetalt til sammen kr 16 328 000.

9.2.9 Legeforeningens fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet

Fondet skal bidra til systematisk arbeid for å sikre høy medisinsk kvalitet og pasientsikkerhet i helsetjenesten. Avsetningen til fondet skjer i henhold til Avtale mellom staten ved Arbeids- og

inkluderingsdepartementet, 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 2010 ble det avsatt 8,75 millioner kroner til fondet. Beretning og revidert regnskap legges frem for Legeforeningens landsstyre til godkjenning.

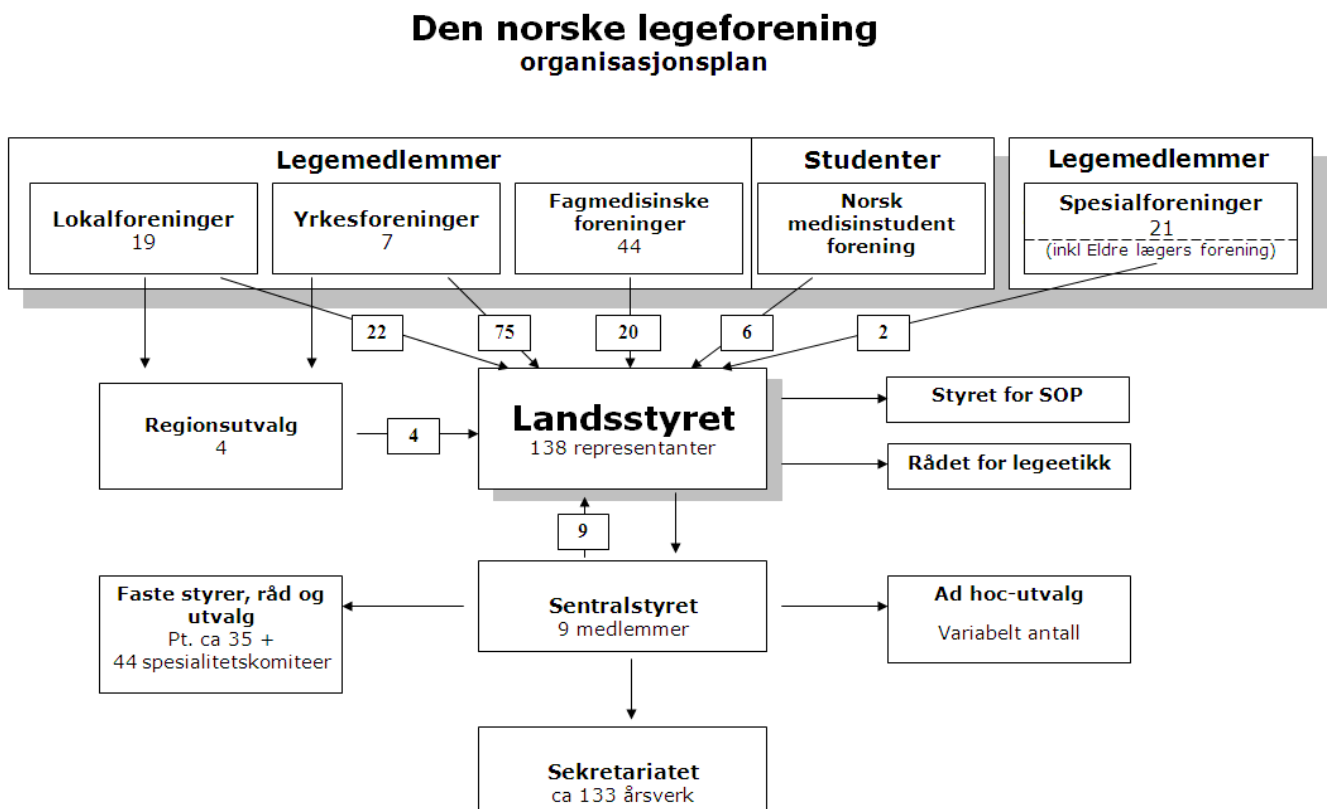
Fondsutvalget har hatt to møter i 2010. Det totale antall søknader til fondet i perioden var 32, med samlet søknadssum på kr 13 102 240. Det ble bevilget kr 5 223 000 til 15 av disse søknadene. Fondets årsmelding kan fås fra sekretariatet og hentes fra Legeforeningens nettside.

10 Legeforeningens organisasjon

Foreningen har snart 28 000 medlemmer fordelt på en rekke organisasjonsledd langs flere akser. Dette medfører at det er svært mange tillitsverv som skal besettes. Dette gir mulighet for mange medlemmer som ønsker å engasjere seg i organisasjonsarbeid, både som fagforeningstillitsvalgt, i helsepolitisk sammenheng og i faglige spørsmål. Medlemstallet i Legeforeningen er i vekst - noe som utfordrer organisasjonsapparatet på mange områder. Legeforeningen fortsatt mange medlemmer som ønsker å gjøre en frivillig og ubetalt innsats for fellesskapet.

10.1 Organisasjonskart

Legeforeningens organisasjon var ved utgangen av 2010 som fremstilt i figuren nedenfor.



10.2 Landsstyret

Etter vedtak av landsstyret i 2009 arbeidet sentralstyret med å fremlegge forslag om et redusert landsstyre. Da det ikke var enighet, valgte sentralstyret ikke å fremme noe forslag. Landsstyret har derfor i 2010 hatt samme sammensetning som tidligere. Siden medlemstallet er økende, forventes landsstyret i 2011 å ha 142 representanter. Landsstyret har i 2010 avholdt ett møte - på Soria Moria i tidsrommet 26.5.

- 28.5. 2010. Protokoll fra møtet er publisert på Legeforeningens nettsider.

10.3 Sentralstyret

Sentralstyret har i perioden 1.9. 2009 til 31.8. 2011 følgende sammensetning: President Torunn Janbu, visepresident Arne Refsum, Hege Gjessing, Trond Egil Hansen, Jon Helle, Cecilie Risøe, Kari Sollien, Lars Haukland og Kirsten Toft.

Sentralstyret har i 2010 avholdt 11 sentralstyremøter og behandlet 337 saker.

Det har vært avholdt lederseminar i november 2010 med bred oppslutning fra sentralstyret, lokalforeningene, yrkesforeningene, de fagmedisinske foreningene, Norsk medisinstudentforening, regionsutvalgene og Eldre lægers forening. Referat fra sentralstyrets møter har fortløpende blitt lagt ut på Legeforeningens nettsider.

10.4 Andre organisasjonsledd

Lokalforeninger	19
Yrkesforeninger	7
Fagmedisinske foreninger	44
Norsk medisinstudentforening	1
Regionsutvalg	4
Spesialforeninger	20
Styrer, råd og utvalg	ca 35 + 44 spesialitetskomiteer

10.5 Medlemsoppslutning

En utdypende oversikt over medlemsmassen er vedlagt Årsmeldingen.

10.6 Sekretariatet

Per 31.12. 2010 var det 159 ansatte i Legeforeningen inkludert fagredaktører, veiledningskoordinatorer og ansatte på koordinatorkontorene. Dette svarer til ca. 141 årsverk. Av de 159 ansatte er 11 personer (8,6 årsverk) ansatt i tidsbegrensede stillinger. Den administrative ledelsen består av generalsekretær, fire avdelingsdirektører og kommunikasjonsdirektør. Tidsskriftet ledes av redaktøren og Legeforeningens forskningsinstitutt av instituttsjefen.

Personellsituasjonen i sekretariatet anses som stabil. Sykefraværet var i 2010 totalt 6,95 %, hvorav langtidfraværet utgjør 5,12 %. Legeforeningen er en IA-bedrift.

Organisasjonskart for Legeforeningens sekretariat per 31.11.2010:

