

Sentralstyret har levert sin foreløpige innstilling. Foreningens behov for endringer er ikke akutte, men tydelige nok. Nå er det medlemmenes tur til omhyggelig å veie argumentene for og imot hvordan vår organisasjonsstruktur skal være fra høsten 2006

Legeforeningens organisasjon

Sentralstyret har nå gjort den første del av den jobb landsstyret i Molde i 2003 påla oss å gjøre. Vi har utarbeidet et samlet forslag til endringer av vår organisasjonsstruktur og sendt det på høring i foreningen. Videre er det lagt ut til allmenn beskuelse og refleksjon på foreningens nettsider (1). Man kan laste det ned på egen PC og fordype seg i det i ledige stunder. Når dette leses er forslaget ventelig kjent av de fleste, og diskusjonen i full gang.

Med årets landsstyremøte i Loen i friskt minne – og oppfordringen der om å vise mot – har sentralstyret foreslått tre omfattende grep:

- Sammenslåing av noen fylkesavdelinger slik at foreningen får 13 avdelinger
- Statusendring for to yrkesforeninger, slik at antallet reduseres til fem
- Etablering av fagmedisinske spesialforeninger der alle leger blir obligatorisk tilknyttet en faglig akse. Spesialister blir direkte plassert i en fagmedisinsk spesialforening, mens leger under spesialisering og andre ikke-spesialister velger selv om og i hvilken spesialforening fagmedlemskap skal plasseres.

Å fusjonere fylkesavdelinger har først og fremst til hensikt å skape samsvar mellom lokalavdelingens geografiske ansvar og de eierstrukturer som finnes i spesialisthelsetjenesten. Men nærhet og sammenheng i infrastruktur og ønsket om å «trimme» foreningen i økonomisk forstand, har også vært viktig.

Effektivisering er også hovedmotivet når de to små yrkesforeningene Norsk arbeidsmedisinsk forening (Namf) og Leger i samfunnsmedisinsk arbeid (LSA, tidligere OLL), foreslås omgjort til fagmedisinske spesialforeninger. Disse foreningene må sies å være uten vesentlig innflytelse over de rammebetingelser som fremkommer gjennom forhandlinger for medlemmenes yrkesutøvelse. I og med at pliktig medlemskap i disse foreninger i prinsippet videreføres, får ikke endringen de store konsekvenser for foreningenes eksistens, men betyr mye for rasjonalisering av de nåværende avdelingsstyrer og regionsutvalg – sistnevnte organer forslår vi for øvrig skal vedtektsfestes.

Når det gjelder obligatorisk plassering av Legeforeningens medlemmer, er den største og mest betydningsfulle endringen en likestilling mellom fagtilhørighet, geografi og yrkesutøvelse. De spesialforeninger som representerer og dekker godkjente medisinske spesialiteter, vil gjennom en tettere integrering i hovedforeningen få økt medlemstallet. Dette innebærer en bedre økonomi og ikke minst: fellesskapets støtte til at faglig virksomhet og fremstøt får større gjennomslagskraft.

Det foreslås i prinsippet én forening per godkjent spesialitet. Det innebærer faglig dobbeltmedlemskap for grenspesialister og en henstilling til de to allmennmedisinske fagmiljøene om å slå seg sammen til én fagmedisinsk spesialforening (2).

I dag har spesialforeningene høyst ulike kontingenter. Det foreslås nå én fagkontingent for spesialister og en lavere kontingent for leger under spesialisering. Fagkontingenten dekker medlemskap

i foreningen for hovedspesialiteten og ytterligere én forening for de som også har grenspesialitet. For øvrig vil det være fritt frem for assosierte medlemskap i andre spesialforeninger på frivillig basis.

Sentralstyret har vurdert nøye hvilke konsekvenser de foreslåtte endringer burde få for landsstyrets sammensetning. Vi har ikke funnet det riktig å «straffe» de avdelinger som er foreslått fusjonert, med færre delegater enn de har i dag. Spesialforeningenes kvote er utvidet til 14 delegater, valgt ved en prosedyre som sikrer faglig bredde. Våre eldre medlemmer skal fortsatt høres i landsstyret. Eldre lægers forening beholder sine representanter.

Som bakgrunn for forslagene – ikke minst med tanke på yngre medlemmer – har sentralstyret gitt en fyldig omtale av hvorledes Legeforeningen er innrettet i dag. Likeledes har vi gjennomgått organisasjonsutvalgets forslag, reaksjonene på det og den videre prosess frem til i dag. De ulike organer, funksjoner og områder der behov for organisasjonsendringer har vært foreslått eller antydning tidligere, er grundig drøftet. Sekretariatet har laget tallmessige illustrasjoner for å belyse de økonomiske konsekvensene av forslagene.

Sentralstyret mener selv å ha vist det mot, men også den ydmykhet overfor oppgaven, som foreningen har rett til å vente. Vi vet dessuten at organisasjonsendringer krever 2/3 flertall i landsstyret. Vi er klar over at man ikke må ha noe helhetlig, realistisk alternativ for å kunne samle et kvalifisert mindretall mot at endringer skal skje. Men foreningen har et behov for å endre seg. Behovet er ikke akutt, men det er likevel tydelig nok. Derfor er det foreslått at iverksetting skjer 1. september 2006. Det burde gi tid nok til forsvarlig gjennomføring.

Nå er det medlemmenes tur – gjennom fylkesavdelingene, yrkesforeningene og spesialforeningene. På nyåret vil sentralstyret nøye studere de innkomne høringssvar, før vi lager vår endelige innstilling til landsstyremøtet i Bergen i mai 2005.

Jeg har det håp at man ikke uten videre faller ned på de standpunkter som følger av ryggmargsrefleksen, og blir stående stille der. Jeg ber om omhyggelig overveining av argumentene for og imot, ikke bare for en selv og eget organ, men for det store og mangfoldige fellesskap som er Den norske lægeforening. Dette fellesskap skal være i best mulig stand til å arbeide for oss alle og dessuten ha en verdifull rolle i det samfunn vi er en del av.

Litteratur

1. Sentralstyrets utredning av Legeforeningens organisasjon. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=52193> (27.10.2004).
2. Andersen E.J. Enighet om organisering av allmennlegene. <http://www.legeforeningen.no/index.gan?id=51689> (19.10.2004).



Hans Kristian Bakke

Hans Kristian Bakke
hans.kristian.bakke@legeforeningen.no
president