

Thomas Lindén om lokalföreningsutredningen:

## Verktyg för lokalföreningarna när de ska formera om sig

– Läkarförbundet behöver lokalt en slagkraftig organisation med rimlig ekonomi och som även gör det möjligt att rekrytera förtroendemän.

Det säger Thomas Lindén, ordförande i lokalföreningsutredningen. Den presenterar sex olika modeller för hur lokalföreningarna kan välja att organisera sig när landstingen bildar förbund eller slås ihop.

Läkarförbundets fullmäktige beslutade förra året att tillsätta en arbetsgrupp med uppgift att kartlägga effekten av strukturförändringar. Läkarförbundets utredning om lokalföreningsstrukturen, LUST, är nu klar och går nu på remiss till alla delföreningar. Målsättningen är att förslagen till stadgeändringar ska kunna behandlas på fullmäktigemötet i maj.

– Vi kommer med idéer, men inga lösningar, säger Thomas Lindén. Det går inte att ta ett papper och kalkera utan man måste lokalt fundera över sin organisation.

– En central grupp kan aldrig ge direktiv för hur man ska gå till väga lokalt. Det vore förmätet att tro att vi centralt skulle veta vad som är bästa lösningen för Malmö eller Bohuslän.

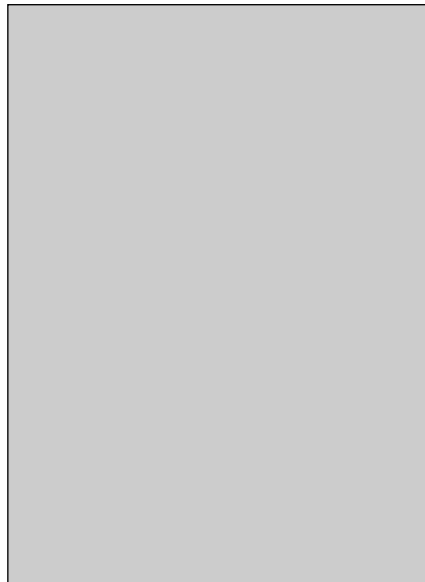
### Tillfällig modell

Bakgrunden till utredningen är de pågående förändringarna i landstingen på västkusten och i Skåne. Sahlgrenska och Östra sjukhuset har redan slagits ihop med Bohuslandstingets Mölndals sjukhus. Där har de två lokalföreningarna löst frågan med en tillfällig modell med en löst sammansatt förhandlingsdelegation genom ett avtal mellan läkarföreningarna i Göteborg och Bohuslän. Uddevalla och NÄL, Norra Älvsborgs länssjukhus, på var sin sida om en landstingsgräns är numera ett sjukhus, NU-sjukvården.

– Problemet är att förändringarna på västkusten inte gäller hela lokalföreningarna utan bara delar av dem, säger Thomas Lindén.

1999 bildas det Västsvenska storlänet av Göteborg, Bohuslän, Älvsborg och Skaraborg. Hur det då blir med landstingen är inte klart.

I Skåne är utvecklingen likartad. Vid kommande halvårsskifte bildar lands-



– Det vore förmätet att tro att vi centralt skulle veta vad som är bästa lösningen för Malmö eller Bohuslän, säger Thomas Lindén.

tingen i Skåne ett regionförbund som en förberedelse inför Skånelandstinget som ska vara bildat 1999. Men redan nu har landstingen formerat parsjukhus med samarbete över landstingsgränserna.

– Det är viktigt att inte göra övergångsformerna så starka att de blir beständiga, säger Thomas Lindén. Det är bättre att välja en modell i ett övergångsskede som vid ett nytt läge gör det enkelt att gå vidare till en permanent form.

### Geografisk indelning

Läkarförbundets lokalföreningar bygger idag på en geografisk indelning som i huvudsak följer landstingsgränserna. Så har det varit sedan den så kallade Ternerutredningen och fullmäktiges beslut 1972 och 1973.

LUST diskuterar en ändrad indelningsgrund. En princip kan vara den verksamhetsort där arbetsgivaren anses ha sin huvudsakliga verksamhet förlagd. Denna princip innebär att läkare inom landsting, stat och kommun inom samma geografiska område kan komma att tillhöra olika lokalföreningar.

En annan princip kan vara där arbetsgivaren får anses ha sitt säte. Ett bolag kan ha sitt säte på annan ort än den huvudsakliga verksamhetsorten.

Man kan också tänka sig en övergång till en blandning av organisatoriska och geografiska principer för tillhörigheten i lokalföreningar.

De sex organisatoriska modeller som utredningen föreslår för lokalföreningarnas struktur innebär en kombination av geografisk och organisatorisk indelningsgrund. Utredningen presenterar också förslag till ändring av förbundets stadgar som innebär att de sex olika modellerna kan tillämpas.

De sex modellerna är: 1) omgruppering av medlemmar i oförändrad lokalföreningsstruktur, 2) informell samverkan mellan lokalföreningar, 3) formell samverkan mellan lokalföreningar, 4) överbyggd organisation för flera lokalföreningar, 5) sammanslagning och sektionering av lokalföreningar samt 6) sammanslagning av lokalföreningar.

Den första modellen innebär att lokalföreningsgränserna inte med automatik ändras på grund av att arbetsgivarna ändrar sin struktur. Istället omgrupperas medlemmarna då arbetsgivarna ändrar sina gränser.

I Ternerutredningen tog man principiell ställning för att förbundets lokala organisation bör överensstämma med sjukvårdshuvudmännens. Den första modellen innebär inte något avsteg från denna princip, men man går ifrån den geografiska indelningen.

Fördelen med den första modellen är att den är tekniskt lätt att genomföra och att man får en stark och entydig organisation gentemot arbetsgivaren. En nackdel är att vissa medlemmar tvingas byta lokalförening. En annan är att nätverket för de fackliga förtroendemännen bryts upp.

Den andra modellen, informell samverkan, innebär att nuvarande lokalföreningsgränser behålls, men också att medlemmarna stannar kvar i respektive förening. Berörda föreningar väljer att uppträda gemensamt mot den gemensamma arbetsgivaren, man samordnar sitt agerande i aktuella frågor.

### Temporär lösning

Informell samverkan löser inte några grundläggande problem, som t ex att medlemmar på samma klinik kan komma att organiseras av olika lokalföreningar. Modellen är funktionell så länge föreningarna är eniga, men det är i första hand en temporär lösning.

Fördelen med modellen är att den är flexibel och att föreningarna snabbt kan anpassa sig till ny organisation på arbetsgivarsidan. Samtidigt är föreningarna stabila.

Nackdelen är bristen på sammanhål-

Ett år efter läkarexamen

## Lättast få AT-block för Linköpings-studenter

Av dem som studerade till läkare vid Linköpings universitet hade 94,8 procent fått AT-block ett år efter examen. Motsvarande siffra för dem som studerade i Umeå var 75,9 procent.

Det visar en undersökning som Läkarförbundet nu presenterar.

Läkarförbundet genomförde hösten 1996 tre enkätundersökningar för att kartlägga läkarnas arbetsmarknad.

Undersökningen gällde nyexaminerade läkare, nylegitimerade läkare samt anställningsförhållandena två år efter legitimationen för läkare som innehade vikariat ett år efter legitimationen.

Samtliga läkare som blev klara med grundutbildningen 1995, sammanlagt 781 läkare, ingick i enkätundersökningen. 95 procent svarade.

Av samtliga läkare innehade 80,6 procent AT-block. Det är en lika stor andel som för dem med examensår 1994, ett år då dock något färre utexaminerades. 7,7 procent gick på vikariat, 5,1 procent forskade, 4,6 procent arbetade inte på grund av föräldraledighet, sabbatsår

etc, och 1,7 procent var arbetslösa. Av männen hade 83 procent AT-block ett år efter examen, av kvinnorna hade 78 procent AT-block. 7,4 procent av kvinnorna arbetade inte som läkare på grund av föräldraledighet etc, motsvarande siffra för männen var 2,0 procent.

Det förelåg också relativt stora skillnader mellan studieorterna rörande hurvida läkarna lyckats få AT-block. Linköping låg bäst till, där hade 94,8 procent lyckats få AT-block. Därefter följde Lund/Malmö med 90,7 procent, Uppsala med 85,7 procent, Göteborg med 82,2 procent Stockholm med 78,8 procent och slutligen Umeå med 75,9 procent.

### 29 procent fick ST-tjänster

Av läkare som fick sin legitimation 1995 (835 läkare) svarade 96 procent på Läkarförbundets enkät om de aktuella arbetsförhållandena.

28,9 procent (31,3 procent bland män och 26,1 procent bland kvinnor) hade en ST-tjänst, bara 19,2 procent hade tillsvidareanställning och 9,7 procent tidsbegränsat förordnande. Bland kvinnliga läkare var andelen föräldralediga etc hela 10,6 procent.

Liksom ifråga om AT-block var det lättast att få ST-tjänster för studenter som läst vid Linköpings universitet. 43,4 procent hade en ST-tjänst ett år efter det att de fått legitimationen.

I Umeå var motsvarande siffra 38,5 procent, Göteborg 30,8 procent, Stockholm 29,4 procent, Lund/Malmö 26,5 procent och slutligen Uppsala där 25 procent hade en ST-tjänst ett år efter det att de fått sin legitimation.

57,3 procent hade istället vikariat som läkare medan 2,4 procent uppgav sig vara arbetslösa.

För att få en bild av hur länge läkare måste gå på vikariat innan de får en ST-tjänst gjordes en uppföljningsstudie av de 484 läkare som hösten 1995 gick på vikariat. 96 procent svarade på enkäten.

Två år efter legitimation hade 33,7 procent en ST-anställning (36 procent bland män och 31 procent bland kvinnor). Det innebär att totalt 50 procent av läkarna hade fått ST-anställning två år efter legitimationen.

Bland de 484 som hösten 1995 gick på vikariat hade 57,3 procent fortfarande vikariat och 9 procent sysslade med annan verksamhet (forskning, föräldraledighet etc). •

let förhandlingsmandat. Konstruktionen är svag om föreningarna blir oense.

I den tredje modellen, formell samverkan, träffar lokalföreningarna någon form av samverkansavtal. Modellen går snabbt att införa och ger föreningarnas samverkansorgan en tydlig partsställning gentemot arbetsgivaren.

Fördelen är att föreningarna med denna modell starkare än vid informell samverkan kan uppträda gemensamt. Samarbetet torde också bli starkare och effektivare än vid informell samverkan samtidigt som lokalföreningarna bibehålls.

Nackdelen är att demokratin i föreningarna blir mer indirekt. I praktiken måste styrelserna överlåta mandat till det formella samverkansorganet, som alltså inte blir ansvarigt inför något årsmöte.

I modellen med överbyggd organisation behålls lokalföreningarna, men en ny arbetsnivå för de fackliga förtroendemännen införs. Övergripande frågor hanteras av ett överbyggt samarbetsorgan medan frågor på direktions- eller klinisknivå hanteras av lokalföreningarna. Modellen innebär att en helt ny nivå införs i förbundet och därmed avviker den från Ternerutredningen.

Fördelen med modellen är att den ger möjlighet att uppträda som en part mot arbetsgivaren i de övergripande frågorna. Därmed blir partsställningen tydligt definierad. Lokalföreningarna kan vara kvar oförändrade, vilket gynnar närhet, demokrati och facklig rekrytering.

Nackdelen är att organisationen alltså tillförs en ny nivå. Det kan då bli svårare för medlemmar att få genomslag för sina idéer. Det kan även bli gränsdragningsproblem mellan nivåerna.

Modellen med sammanslagning och sektionering innebär sammanslagning av två eller flera lokalföreningar till en enda stor förening med ett antal sektioner och är egentligen vad som redan finns i Stockholm.

### Stabil och handlingskraftig

Fördelen är att det blir en stabil förening med stor handlingskraft på den övergripande nivån. Medlemmar kan flytta inom regionen utan att behöva byta lokalförening.

Nackdelen med modellen kan vara distansen mellan lokalföreningens styrrelse och medlemmarna.

Den sista modellen med sammanslagning av lokalföreningar syftar till en storlek som motsvarar ett arbetsgivarområde. Modellen kan tillämpas även då arbetsgivarområdet sträcker sig utanför gränsen för huvudmannområdet.

Fördelen är att lokalföreningen anpassas till arbetsgivarens organisation, den blir stark och direktdemokrati är möjlig. Nackdelen är att skilda kulturer ska smältas samman och att den starkaste av de ursprungliga föreningarna kan komma att dominera.

Läkarförbundets stadgar medger redan idag samarbetsdelegationer mellan lokalföreningar. Men när stadgarna skrevs var lokalföreningarna inte lokal part i t ex löneförhandlingar. Stadgarna förutsätter samarbete på lika villkor mellan deltagande föreningar oavsett styrkeförhållanden.

– Man kan anföra demokratiaspekter på detta. Frågan är om inflytandet ska vara proportionellt när det är frågan om förhandlingar, säger Thomas Lindén.

Arbetsgruppen har diskuterat detta men lämnar inget förslag till ändring av stadgarna på denna punkt.

Kristina Johnson