

som socialminister 1962 men hade som sådan inte alls spelat samma framträdande roll i politiken som flera tidigare, namnkunniga innehavare av posten.

Statens roll reducerad

Vid Asplings tillträde hade bostads- och arbetsmarknadsfrågorna flyttats bort från departementet. Visserligen hade sjukvårdsfrågorna tillkommit från Inrikesdepartementet, men sedan landstingen tagit över provinsialläkärvesändet 1963, mentalsjukvården 1967 och omsorgen om psykiskt handikappade 1968 hade statens roll inom hälso- och sjukvårdsområdet reducerats avsevärt. Aspling hade som socialminister inte gett samma intryck av säkerhet och kunnsighet som han tidigare gjort som partisekreterare.

1966 gick det rykten om att Aspling skulle bli landshövding i Värmland och mot slutet av 1960-talet kritiserades han av radikala grupper inom det socialdemokratiska partiet för att inte driva socialpolitiken tillräckligt aktivt. Därtill kom att han hamnat i skuggan av den nya Socialstyrelsens chef Bror Rexed.

Denne var karismatisk och dynamisk och den som massmedierna företrädesvis vände sig till i sjukvårdsfrågor. Det är nog mot den bakgrunden man skall se det förhållandet att Rexed och Socialstyrelsen inte fick spela någon roll vid sjukvårnsreformens tillblivelse.

Mer makt över läkarna

Uppenbart är också att sjukvårdshuvudmännens önskan att få bättre grepp över läkarnas tjänstgörings- och inkomstförhållanden spelade stor roll. Vissa landsting hade under senare hälften av 1960-talet byggt moderna öppenvårdsmottagningar, vid vilka de önskade anställa specialistläkare med fast månadslön, något som Läkarförbundet bestämt motsatte sig. Öppen vård skall bedrivas mot prestationsättning, var förbundet orubbliga principinställning. De mest uppmärksammade fallen gällde ett läkarhus i Borlänge och omstrukturering av Vetlanda sjukstuga till specialistläkarmottagning.

En annan fråga som irriterade landstingsvärlden var Läkarförbundets ovilja att diskutera ändring av lönesystemet för laboratorieläkare. Landstingsförbundet hade på hösten 1968 krävt övergång till fast månadslön för läkare inom specialiteterna klinisk kemi, mikrobiologi, patologi, cytologi, blodcentral, klinisk fysiologi och neurofysiologi, men mött föga gensvar från förbundets sida.

Måhända skulle sjukvårnsreformen ha blivit mindre drastisk om Läkarförbundet intagit en mer flexibel hållning i dessa förhandlingsfrågor? •

Läkarförbundets svåraste förhandling

Sjukvårnsreformen var en mycket genomgripande förändring både för den svenska sjukvården som samhällssystem och för den svenska läkarkåren som professionell grupp. Själva reformen var egentligen en fråga om införande av enhetstaxa i den statliga sjukförsäkringen. Men den förde med sig både arbetstidsreglering och tidbaserad lön i stället för tidigare oreglerad arbetstid och prestationsersatt öppen vård för de offentligt anställda läkarna.

Sjukhusläkare av alla kategorier hade fram till 1964 en totalt oreglerad arbetstid såväl vad gäller det vanliga arbetet som jourtjänsten. Då kom det första avtalet om viss kompensation för jourtjänst. Det gav i huvudsak kompensation timme för timme vid aktiv arbetsinsats och bara på nätter och helger. Senare under 1960-talet kom viss ersättning även för bundenheten. Fortfarande var dock läkarnas arbetstid utanför jour och beredskap helt oreglerad till 1970.

Sjukhusläkarnas inkomster bestod dels av en fast månadslön, dels av en inkomst från öppen vård/mottagning. Den fasta delen var med smärre undantag lika för läkare av samma tjänstekategori oberoende av specialitet. Mottagningsinkomsterna bestod av betalning enligt fast taxa från varje enskild patient på mottagningen direkt till den enskilde behandlande läkaren.

Det innebar att inkomstens storlek dels berodde på den totala volymen mottagningsbesök som den enskilde läkaren fick ta hand om, dels på hur pass förmånlig taxan var för den enskilda specialiteten. Genomsnittligt för hela läkarkåren var mottagningsinkomsterna sammantaget något större än den fasta månadslönen, men variationerna mellan olika specialiteter, tjänstekategorier och sjukhus var stora.

Arbetsbelastning och inkomster

Allmänt var sjukhusläkarnas arbetsbörda mycket stor. I de flesta specialiteter hade läkarna av alla kategorier långa intensiva vanliga arbetsdagar och dessutom en tung jourbörda med en ringa kompensation i ledighet.

Några siffror kan konkretisera förhållandena: 1965 var det totala antalet

läkare i Sverige ca 8 500 – 1999 var det nära 28 000. År 1965 fanns det ca 5 000 specialister, 1998 drygt 19 000. När jag var underläkare på Falu lasarett 1965, var det totala antalet underläkare sex stycken inom allmän kirurgi, urologi och ortopedi för hela den slutna och öppna vården inklusive primärjournen.

Skillnaderna i arbetsbelastning var emellertid stor, framför allt mellan olika specialiteter. De flesta opererande specialiteter var hårt belastade, liksom invärtesmedicin. I jämförelse därmed hade läkarna inom en del andra specialiteter betydligt lindrigare arbetstid. Tydligast var detta beträffande klinisk kemi, men det gällde även inom opererande (t ex ögon) och invärtesmedicinska specialiteter (t ex barn).

Inom många specialiteter gav stora mottagningsinkomster en god kompensation för den tunga arbetsbelastningen. Oftast gällde detta både överläkare, biträdande överläkare och underläkare. Men variationerna var stora – inte bara mellan olika specialiteter, utan också inom samma specialitet mellan olika sjukhus. Det kunde bero på den lokala omfattningen av öppen vård, men också på den lokale chefens vilja att dela med sig av den inkomstgivande mottagningen.

Stötande brist på samband

Många inom sjukhusläkarkåren uppfattade bristen på samband mellan arbetsbelastning och inkomst som starkt stötande. Själva grundkonstruktionen av sjukhusläkarnas avlöning med största delen av inkomsten från mottagning hade medfört att mottagningsverksamhetens utveckling helt avgjorde lönevillkoren.

Det kan illustreras med följande ytterlighetsexempel: När den tekniska utvecklingen under början av 1960-talet möjliggjorde automatisering av blodkemiska analyser på sjukhuslaboratorier, ökade laboratorieöverläkarnas inkomster till mycket höga nivåer utan någon ökad belastning, och oftast utan att de hade några underläkare som de behövde dela inkomsterna med.

Författare

HENRIC HULTIN

fd ledamot i Läkarförbundets centralstyrelse och förhandlingsdelegation.

ANNONS

Henric Hultin, författare till denna artikel, var vid reformens genomförande CS-ledamot och ingick i Läkarförbundets förhandlingsdelegation.

Under samma tid utvecklades narkos- och intensivvårdsverksamheten med allt större tidsinsats för narkosläkarna nästan uteslutande inom slutenvård och med tung jourbörda. Deras redan höga arbetsbelastning ökade ytterligare, och möjligheterna till andra inkomster än den fasta lönen var små.

Mellan ytterlighetsexemplen fanns en bred variation. Hög arbetsinsats var ofta kopplad till hög årsinkomst, men såväl mellan specialiteter som mellan kliniker inom samma specialitet saknades sådant samband. Relativt lågt arbetsbelastade grupper kunde ha mångdubbelt högre årsinkomster än synnerligen högbelastade grupper på samma tjänstenivå. Detta uppfattades som stötande av många inom sjukhusläkarkåren.

Dessutom innebar avlöningskonstruktionen att de mest erfarna läkarna kunde höja sina inkomster huvudsakligen genom att »ta för sig» mer av den öppna vården, men förlorade stora pengar om de ägnade sig mer åt de mest krävande fallen i den slutna vården. Även inom specialiteter med relativt stor och väl ersatt öppen vård uppfattades detta av många som ett grundläggande fel i hela lönekonstruktionen.

Intensiva fackliga diskussioner

Under flera år före 1970 hade det pågått en intensiv intern debatt kring arbetstiderna och löneförhållandena. Naturligtvis präglade »egennyttan» olika gruppers inställning. De yngre läkarna hade inte samma ekonomiska kompensering för den tunga arbetsbördan som de äldre, och de värderade ökad fritid högre.

Sylfarna som grupp drev därför hårdare än Lasarettsläkarföreningen (numera Överläkarföreningen) kraven på

minskad allmän arbetsbelastning och jourbörda, även till priset av en formell arbetstidsreglering.

För många av de överordnade läkarna kändes blotta tanken på arbetstidsreglering som helt främmande, både principiellt och praktiskt. Och rätten till mottagning, som man själv styrde över och som ersattes per prestation direkt från patienten, uppfattades både inkomstmässigt och symboliskt som mycket viktig.

Denna beskrivning av gruppvisa uppfattningar inom sjukhusläkarkåren måste dock kompletteras, för att bli rättvisande. Inom Sylf fanns även starka grupper, som förfäktade en mer konservativ linje, och bland de överordnade läkarna fanns många tongivande gestalter som menade, att det befintliga systemet på några års sikt var ohållbart.

Jordmån i missnöje

När sjukvårdshuvudmännen hösten 1969 i samband med enhetstaxereformen kom med sitt förslag om en helt ny arbetstids- och avlöningsmodell (reglerad arbetstid och tidlön) för alla offentligt anställda läkare, så fanns det alltså en jordmån inom läkarkåren i form av ett ganska utbrett missnöje med det befintliga systemet.

Sylf förordade för sin del någon form av reglering av arbetstiden och öppenhet för en övergång till tidlön, om det under förhandlingarna befanns ge mest utbyte. Inom Lasarettsläkarföreningen och övriga överordnade läkares yrkesföreningar förordade man fortsatt prestationslön för mottagningsverksamheten och var skeptiska till reglerad arbetstid.

Läkarförbundets fullmäktige 12 oktober 1969 gav dock sin acceptans till att man träffade avtal både om tidlön

och bestämmelser om arbetstid »om så under förhandlingarnas gång bedömes lämpligt eller erforderligt». Fullmäktige uttalade sig också tydligt för att »avskaffande av nuvarande omotiverade inkomstskillnader mellan olika läkargrupper inom skilda kategorier och mellan specialiteter bör eftersträvas».

Arbetstidsundersökningen

I ett inledande skede av förhandlingarna hade parterna skapat ett gemensamt accepterat faktaunderlag för inkomstförhållandena för olika grupper av offentliganställda läkare. Motsvarande ömsesidigt accepterade faktagrund beträffande arbetstiderna gick dock inte att skapa. Arbetstiderna hade ju varit ett ständigt tungt argument i läkarnas löneförhandlingar enligt den tidigare lönekonstruktionen, och en helt central fråga om man skulle byta till en tidbaserad avlöningsmodell.

Läkarförbundet och huvudmännen kom därför tidigt överens om att gemensamt genomföra en arbetstidsundersökning över hela fältet. Man enades om hur man skulle gå till väga och om att genomföra den under vecka 42 1969.

På alla sjukhus bildade huvudman och lokal läkarförening arbetsgrupper som stod för det lokala genomförandet. Man samlade in ett jättematerial av självregistrerade arbetstider fördelade på olika huvudtyper av arbetsuppgifter. Materialet bearbetades mycket snabbt och sammanställdes på alla möjliga sätt.

Men sedan återstod en rad komplicerade frågor att nå enighet om mellan parterna: Hur skulle vecka 42-siffrorna rättvisande översättas till årsarbetstider? Kunde siffror insamlade med kort förberedelse från mer än 500 kliniker verkligen poolas?

Omvända förhandlingsitsar

Ganska snart stod det klart att om huvudmännen skulle driva igenom sin principmodell, skulle det vara förhandlingsmässigt förmånligt för dem, om det sammantaget var en låg lönesumma som skulle fördelas på ett högt antal arbetstimmar. Den omvända satsen gällde då för Läkarförbundet: Utgångsläget borde helst uppfattas vara höga läkarinkomster förvärvade under relativt få arbetstimmar. I den föreslagna nya lönekonstruktionen måste det ju då bli en hög timlön.

Detta innebar helt omvända förhandlingspositioner jämfört med dem som gällde när man förhandlade enligt den tidigare avtalskonstruktionen. Där tyckte ju aldrig huvudmännen att arbetsbelastningen var så hög som Läkarförbundet ville göra gällande, medan Läkarförbundet helst inte ville acceptera att läkarnas inkomster var så höga

som huvudmännen påstod. Och eftersom man nu i allt väsentligt var överens om lönestatistiken, kom dessa motstridiga intressen att helt fokuseras på arbetstidsundersökningens resultat och dess relevans för bedömning av hur normalsituationen var för hela kollektivet och för enskilda grupper.

Den konfliktladdade frågan om hur resultaten från arbetstidsundersökningen kunde användas blev en av de direkta orsakerna till att förhandlingarna strandade i början av december 1969.

Dramatiskt årsskifte

Redan några dagar efter strandningen tillsatte regeringen en förlikningskommission. På grund av sjukdomsfall blev det borgmästaren Lars-Gunnar Ohlsson, som ensam fick vara förlikningsman. Under de mellanliggande dagarna organiserades informations- och diskussionsmöten i alla lokalföreningar över hela Sverige, och förhandlingsdelegationens medlemmar reste kors och tvärs för att medverka.

Alla inom den offentligt anställda läkarkåren var synnerligen engagerade, och konfliktviljan var utbredd. Så välbesökta och intensiva lokalföreningsmöten har sannolikt inte förekommit inom Läkarförbundet varken förr eller senare!

Årsskiftet blev dramatiskt. Med den komplicerade förhandlingsmateria som förelåg blev det under december månads gång ganska klart för förhandlare och förlikningsman att ett nytt avtal inte realistiskt kunde bli färdigt till årsskiftet.

Interimslösning i sista stund

Men den av riksdagen godkända sjukförsäkringsreformen (enhetstaxan) gjorde det ju omöjligt att läkarna fortsatte arbeta i sjukvården efter julhelgen med öppenvårdstaxa enligt gällande avtal! De ordinarie förhandlingarna fick avbrytas för att förlikningsman och parter skulle kunna träffa någon slags interimistisk överenskommelse inför årsskiftet.

I vanliga fall brukar sådana frågor inte vara svåra att lösa, men i det aktuella läget tillmätte båda parter interimslösningen stor principiell betydelse. Inte minst var man ömsesidigt starkt oroad av den prejudicerande betydelse, som nivån på à conto-löner för januari kunde få för förlikningsmannens inställning och därmed långsiktigt utfall!

Först under natten till nyårsafton kunde man enas om interimsavtal, och därefter skulle man under helgen nå ut med information härom till en upphetad och ställvis förgrymrad läkarkår utan att ha tillgång till vare sig faxar eller e-post. Jag är övertygad om att det instundande millennieskiftet kommer

att kännas helt odramatiskt jämfört med decennieskiftet 1969/1970 för dem som då var med i de innersta förhandlingskretsarna på ömse sidor.

Segslitna frågor

En rad riktigt sega frågor radade upp sig under de fortsatta förlikningsförhandlingarna. Hur skulle arbetstidsifferorna bedömas med åtföljande konsekvens för framtida »timpenningsnivå» för olika läkarkategorier? Skulle de överordnade läkarnas »särskilda arbetstid» (den s k sarben – tid överstigande 42,5 timmar/vecka) verkligen vara schemalagd? Skulle den treåriga avtrappande ersättningen för mycket stora inkomstsänkningar tas ur befintlig lönepott eller ej.

Återigen uppstod en slags omvänd förhandlingssits. Huvudmännen ville naturligtvis gärna lägga en stor del av lönepotten på hög timpennning under »övertiden» (sarben), som ju på sikt kunde förutses minska. Och i den sorts massmediekrig, som alltid finns under samhällsintressanta gruppers avtalskonflikter, krävdes viss pedagogisk förmåga att förklara för allmänheten varför Läkarförbundet inte ville acceptera en hög ersättning för övertid, särskilt som läkarna tyngdes av så mycket sådan.

Efter ytterligare strandning i slutet av januari 1970 löstes dessa frågor upp genom ett förhållandevis tydligt tillmötesgående av Läkarförbundets krav, och ett nytt avtal kunde träffas 12 februari på basen av förlikningsmannens slutgiltiga medlingsbud.

Därefter följde ett införandeskede, som naturligtvis inte underlättades av de intensiva debatter som uppstod om giltigheten i de på just den egna kliniken registrerade arbetstiderna under vecka 42. För nu, när avlöningskonstruktionen var låst, var förhandlingssitsarna återigen förändrade. Nu medförde höga arbetstider för den egna kliniken eller gruppen återigen höga inkomster och bättre utgångsläge för kommande års förhandlingar.

Unik intern inkomstutjämning

Sjukvårdsreformen med dess åtföljande nya anställningsvillkor för de offentligt anställda läkarna innebar en inre solidarisk inkomstutjämning av helt unik omfattning. Den smordes visserligen med en ansevärd extra avlösningspott för de grupper som drabbades av särskilt kraftiga inkomstsänkningar.

Men det mesta av de kraftiga löneökningar som de sämst ställda grupperna och specialiteterna fick, var en formell frivillig intern överlåtelse av stora inkomstpottar. Frivilligheten var naturligtvis relativ, för dåvarande orättvisa fördelning hade inte varit möjlig att försvara i längden.



Sannolikt var det »förhandlingsmatematiska» sättet att sätta den framtida lönen för normalarbetstid förmånligt för de olika läkargruppernas inkomstnivåer på längre sikt. Det hade knappast varit möjligt att kontinuerligt förhandla upp en styrande öppenvårdstaxa, så att mottagningsinkomsterna kunnat förbli en så hög andel på så höga inkomstnivåer som det här var fråga om.

Fördelar och nackdelar

En stor fördel med reformen blev att läkarna utan hänsyn till privata inkomsteffekter kan använda sin arbetstid till de arbetsuppgifter som är viktigast, och som just den läkarens kompetens är viktig för. Att utnyttja denna fördel fullt ut ställer dock stora krav på ledarskapet på klinikerna.

En nackdel, sett ur samhällets perspektiv, är naturligtvis att man tappat prestationsersättningens stimulanseffekt. I dagens perspektiv är det väl ganska säkert att man inte länge skulle ha kunnat bevara en personlig prestationsersättning för läkarna, utan att det även skulle omfatta övriga i det team som tillsammans utför prestationerna. Och kollektiva prestationsersättningsmodeller (»prestationsbaserad ekonomistyrning») är ju varken ovanliga eller av alla älskade idag.

En nackdel, som följde med reformen, var att den sannolikt bidrog till att försvaga den ömsesidiga upplevelsen av personlig relation mellan läkaren och den enskilde öppenvårdspatienten. Där hade betalningen från patienten direkt till dennes läkare sannolikt en viktig symbolisk betydelse.

Varken patienten, läkaren eller assisterande personal uppfattade att patienten hade sökt X-mottagningen utan i stället dr A. Man kan undra över om vi funnit de andra åtgärder och mekanismer som på motsvarande sätt förstärker den personliga relations- och ansvarskänslan i vardagssjukvården.

Referenser

1. Läkarförbundets centralstyrelsens protokoll 1969 och 1970.
2. Förhandlingsavdelningens interna stencilar 1969 och 1970.
3. Förhandlingsavdelningens cirkulärskrivelser 1970.
4. Läkarförbundets verksamhetsberättelse 1969–1970. Läkartidningen 19/1970).