

Mera om avtalet 2001–2005

Omfattar löneavtal, vissa arvodesavtal samt specialbestämmelser för läkare

Det nya avtalet för läkare anställda i landsting och kommuner som Läkarförbundets styrelse antog förra söndagen omfattar löneavtal, specialbestämmelser för läkare samt vissa arvodesavtal.

Avtalet är interimistiskt i avvakten på att förhandlingar slutförs om allmänna bestämmelser (AB), pensionsavtalet och vissa andra frågor som Läkarförbundet fortsätter att driva.

II Avtalsperioden är fyraårig och löper under perioden 1 april 2001 till den 31 mars 2005. Här följer en mera detaljerad redogörelse för avtalets utformning och innebörd än den vi hann med i förra numret.

Löneavtalet

Under avtalsperioden görs en relativt stor principiell förändring i löneavtalet. Med början från 1 april år 2002 lämnas systemet med att den lokala löneöversynen ska ske utifrån ett angivet lägstrymme. Därefter finns alltså inget centralt angivet utrymme.

De lokala parterna kan därmed på lämpligt sätt komma fram till hur mycket pengar som ska finnas i löneöversynen samt i förhandling hantera individfördelningen av utrymmet.

Vid den första löneöversynen 1 april 2001 gäller dock att ett lägsta utrymme på 2 procent står till de lokala parternas förfogande.

Eftersom förbundet har gjort bedömningen att ett centralt reglerat lägstrymme tenderar att normera det lokala utrymmet nedåt har man hårt drivit principen att utrymmet ska vara en fråga som helt avgörs lokalt. Detta är nu uppnått från och med nästa år.

Lokala förhandlingar

Principen i det nya löneavtalet är densamma som tidigare, dvs att de lokala parterna ska förhandla i alla berörda frågor inklusive individfördelningen. Förbundets ambitioner att centralt skapa ett alternativt system som mer byggde på att lönen sattes vid ett lönesamtal har inte kunnat genomföras.

Däremot har en ny punkt införts med innebörden att de lokala parterna kan träffa överenskommelse om att hantera lönesättningsfrågorna på det sätt de önskar.

Det betyder att det råder lokal frihet att skapa vilka lönebildningsmodeller man vill så länge parterna kan bli överens om dem.

Flexibelt utrymme

En viktig fråga som förbundet drivit har varit att få till stånd ett mer flexibelt utrymme för individens behov under olika skeden under karriären.

Förbundet har arbetat för att det i avtalet skulle öppnas möjligheter för den anställde att komma överens med arbetsgivaren om att lön ska kunna bytas mot ledighet och mot avsättning till pension.

Då dessa frågor berör flera avtal (framförallt AB) och därmed även andra parter, har denna fråga ännu inte slutgiltigt reglerats.

Redan nu skrivs dock in i läkarnas specialbestämmelse att lokala parter kan träffa överenskommelse som gör det möjligt för läkaren att ta ut jourkompensation i form av pensionsavsättning, utöver dagens regler med ledighet eller pengar.

Principer för lönesättningen

Löneavtalets inledning har genomgått en grundlig textrevision. Både Läkarförbundet och motparterna ville koncentrera texten i dessa »grundläggande principer för lönesättningen«, men arbetsgivarna har inte gått att rubba från uppfattningen att löneavtalen med olika motparter ska ha samma textmässiga inledning.

Kompromissen har blivit att de grundläggande principerna har kompletterats med en bilaga:

»De centrala parternas syn på förutsättningar för en väl fungerande individuell lönesättning«. Denna handling är en del av kollektivavtalet och berör främst lönepolitiken, löneanalys, lönesamtal och löneutvecklingen för de äldre arbetstagarna.

Kommunalt avtal

På den primärkommunala sektorn har löneavtalet en helt ny konstruktion. De lokala parterna kan välja mellan en traditionell löneöversyn enligt beskrivningen ovan eller att läkarföreningen efter en inledande överläggning överläter individfördelningen till arbetsgivaren.

Denna modell berör i princip endast Gotlands kommun och särskild informa-

tion kommer att delges denna förening.

Arbetstids- och arbetsmiljöfrågor

Förbundet lyfte i sina yrkanden fram tillämpningen av arbetstidsbestämmelserna. Resultatet blev ett samsynsdokument benämnt »Parternas gemensamma syn på arbetstidsfrågor«. Syftet är att tydliggöra de centrala parternas syn på hur gällande regleringar av arbetstid ska tillämpas. I dokumentet framhålls dessutom vikten av individens påverkan på den egna arbetssituationen.

AT- och ST-tarifferna

Den kvarvarande lönetariffen för legitimerade läkare tas bort ur avtalet. Detta innebär att alla legitimerade läkare från och med 1 april omfattas av samma lönesystem och förhandlar sin ingångslön individuellt.

AT-tariffen tas bort 1 januari 2004 och ersätts med en lägstlön om 21 500 kr för examinerade läkare. Fram till dess kvarstår tariffen i sin nuvarande form. Beloppen i tariffen räknas upp och uppflyttning på grund av ytterligare ett tjänstgöringsår som läkare görs 1 januari 2001, 2002, 2003 och 2004. Beloppen höjs den 1 april 2001, 2002 och 2003.

Från och med 2004 gäller en lägsta månadslön om 21 500 kr för icke-legitimerade underläkare. AT-läkarna förhandlar sin lön för hela sin anställning och omfattas inte av den lokala revisionsförhandlingen. I normalfallet gäller alltså lönen för hela 18 månadersperioden.

Efter 18 månaders anställning som läkare efter läkarexamen eller vid erhållande av legitimation kan läkaren ta upp förhandlingar om ny lön. Vid beräkning av de 18 månaderna beaktas all anställningstid som läkare oberoende av arbetsgivare.

Särskild arbetstid bort

Den centrala regleringen om särskild arbetstid (Sarab) utmönstras ur avtalet. En central och lokal protokollsanteckning reglerar hanteringen av förekommande särskild arbetstid.

Ersättningen för Saraben omvandlas till ett fast kontant lönetillägg, och arbetskyldigheten för individen kvarstår så länge enskild överenskommelse föreligger.

Detta innebär att det för en ändring av

överenskommelsen krävs att arbetsgivaren och läkaren är överens.

Lokal överenskommelse kan träffas om annan ordning för avveckling av särskild arbetstid.

Med stud-avtalet

Förändringar har skett vad gäller avtalets tillämpningsområde samt texten kring detta.

Avtalet kommer fortsättningsvis endast att tillämpas för två grupper av läkare – medicine studerande med vikariatsanställning och läkare som enligt särskilt beslut av Socialstyrelsen fullgör provtjänstgöring.

För alla andra läkare tillämpas specialbestämmelsens regler.

Konstruktionen på arvodet ändras så att det belopp som anges är ett lägstarvode, dvs möjlighet finns att förhandla om högre arvoden. Beloppen räknas upp vid två tillfällen under avtalsperioden:

- Fr o m 1 april 2001 lägst 16 200 kr,

- Fr o m 1 april 2003 lägst 16 500 kr.

LAL och LÄA

Det landstingskommunala arvodesavtalet upphör att gälla. Vid anställning enstaka timmar hos landstinget tillämpas AB:s regler om timanställning.

Motsvarande arvodesavtal på kommunala sektorn kommer att upphöra att gälla som centralt avtal 31 december 2001. Fram till dess kan de lokala parterna komma överens om att avtalet ska ha fortsatt lokal tillämpning. Om ingen lokal överenskommelse träffas tillämpas AB:s regler. Framför allt berörs de medlemmar som är skolläkare.

Allmänna bestämmelser (AB)

Förhandlingar om Allmänna bestämmelser fortsätter.

De förs tillsammans med övriga parter på landstingskommunala sektorn och beräknas bli klara senare i vår. Förbundet har ett antal yrkanden om föränd-

ringar i AB som är aktuella i förhandlingarna.

Pensionsfrågor

Förhandlingarna om bl a pensionsavtalet PFA fortsätter, och där samarbetar förbundet med övriga tjänstemannaorganisationer. Läkarförbundet hade dock yrkanden om att de pensionsproblem som uppkommer för vissa individer med sk kombinationsanställning (professor eller klinisk lärare kombinerad med klinisk befattning) måste lösas. Dessa frågor berör såväl landstingen som staten på arbetsgivarsidan.

Förbundet är överens med Landstingsförbundet om att parterna gemensamt ska kartlägga problembilden och ta kontakt med berörda departement. Avsikten är att parterna tillsammans ska diskutera och försöka hitta en varaktig lösning.

Uno Käarik

Skulle ta organ för transplantation – patienten levde

Två läkare varnas av Ansvarsnämnden

Den 58-årige mannen dödförklades och förbereddes för organtagning för transplantation. Då upptäcktes att han andades.

För den missade diagnostiken varnas nu två läkare av Ansvarsnämnden, HSN.

II Mannen, som tidigare haft två cerebrala trombosor, kom in till sjukhuset med symtom som dysfagi, svaghet i vänster kroppshalva, yrsel, kräkningar och sjunkande medvetandegrad.

Därefter blev han snabbt sämre och efter ett dygn misstänkte man total hjärninfarkt.

Patienten spontanandades

Den förste doktorn, en överläkare, gjorde en klinisk neurologisk undersökning och upptäckte då att patienten spontanandades men hade bortfall av övriga hjärnstamsreflexer. Datortomografi visade en stor färsk hjärnstamsinfarkt.

Tio timmar senare gjordes en ny bedömning, nu av den andra doktorn, en anestesilog, som fann att patienten saknade spontanandning och övriga hjärnstamsreflexer.

Apnétestet avbröts efter 5–6 minuter på grund av hjärtarytmier. Testet betraktades ändå efter kontakt mellan anestesilog och överläkaren, som var bak-

jour, som godkänt. De beslöt att kontakta transplantationskoordinatören.

Men när organtagningen förbereddes såg man rörelser i patientens ben, vilket tolkades som spinala reflexer. En ny neurologisk undersökning visade att patienten hade spontanandning.

Den tilltänkta organtagningen inställdes och patienten lades i respirator igen. Ett dygn senare dog han på grund av hjärtstillestånd.

Ska utföras två gånger

Socialstyrelsen anmälde överläkaren och anestesilog till Ansvarsnämnden. Socialstyrelsen, som också inhämtade ett yttrande av sitt vetenskapliga råd professor Lars Wiklund, hänvisar till sina kriterier för bestämmande av en människas död.

Hjärndiagnostik ska i sådana här fall utföras två gånger med två timmars mellanrum med negativt resultat vid båda tillfällena innan organtagning för donation får göras. Det skedde inte här.

Anestesilog har därmed utsatt patienten för risken att bli föremål för ett »otillbörligt ingrepp«.

Anestesilog förankrade fortlöpande sina ställningstagande hos bakjouren, överläkaren, som därmed också bidrog till att patienten riskerade att utsättas för ett otillbörligt ingrepp.

Vetenskapliga rådet Lars Wiklund framhåller att läkarna inte följt reglerna för hjärndödsdiagnostik och att de tillsammans måste bära ansvaret för det inträffade »gemensamma tillkortakommandet«.

Han understryker också att just denna process är av utomordentligt stor vikt för allmänhetens förtroendet för sjukvården.

Allmänheten kan förlora förtroendet

Allmänheten har anledning att förvänta sig att just dessa undersökningar och den följande beslutsprocessen handhas av ansvariga läkare med all den noggrannhet och omdöme de är mäktiga, menar han och tillägger:

»Konsekvenserna av ett allmänhetens förlorade förtroende för sjukvården i denna sak är oöverskådliga«.

Att konsekvenserna för patienten inte blev »av praktisk natur« spelar inte någon roll för felet är allvarligt och inte bagatellartat, anser Lars Wiklund.

Ansvarsnämnden går på samma linje och påpekar att genom den felaktiga diagnosen har säkerheten i vården allvarligt satts åt sidan.

Båda läkarna bedöms vara ansvariga och får varsin varning.

Tom Ahlgren