

LÖNESTATISTIKEN 2009. Tack vare den låga inflationen blev 2009 ett år av rejäla reallöneökningar för landets läkare, trots ett lönepåslag som var mindre än vad man fick 2008. En trend som håller i sig är att lönerna för distriktsläkare stiger snabbare än för andra läkare. Räknat i procent minskar skillnaderna mellan manliga och kvinnliga läkare, men utvecklingen går långsamt.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP

Läkarna fick rejäla reallöneökningar



År 2009 var inget toppår för läkarnas löneutveckling – åtminstone inte procentuellt sett. Inom den landstingskommunala sektorn steg läkarlönerna med i genomsnitt 2,7 procent, att jämföra med 4,4 procent 2008. Samtidigt ledde finanskrisens återverkningar, och framför allt den låga riksbanksräntan, till att konsumentprisindex (KPI) sjönk med 0,3 procent under 2009, medan KPI steg med 3,5 procent året innan. Precis som för den övriga arbetsmarknaden var alltså 2009 ett reallönemässigt gott år för läkarna.

Siffran 2,7 procent är något under det garanterade utfallet om 3 procent som avtalet med SKL innebar.

– Det beror dels på att AT-läkarna inte ingår i det garanterade

utfallet men också på att flera lokalföreningar tecknade tvåårsavtal där löneökningarna blev utlagda under det första avtalsåret, 2008, säger Läkarförbundets chefsförhandlare Karin Rhenman.

I likhet med 2008 hittar man den bästa löneutvecklingen bland chefer och distriktsläkare. Denna gång är det dock bara toppcheferna som fått ett markant lönelöft. Gruppen chefer direkt underställda styrelse eller nämnd har fått en löneökning på 5,1 procent, medan lägre chefer fått nöja sig med hälften.

Distriktsläkare utan speciellt ansvar har fått en höjning på 4,0 procent. Att allmänläkarnas löner går upp ligger i tiden, anser Karin Rhenman.

– Det har varit fokus ganska länge på behovet av en fungerande första linjens vård, ett fokus som ökat ännu mer med vårdvalet. Detta i kombination med att det är brist på allmänmedicinare har lett till satsningar från arbetsgivarna på distriktsläkarnas löner.



Karin Rhenman Lena Ekelius

»En sak som framgår i det nya systemet med ansvarskoder är att mer ansvar kan ge mer pengar.»

Andra grupper vars löneökningar ligger över genomsnittet är specialistläkarna och AT-läkarna, som båda fått ökning på 3,2 procent. Att AT-läkarnas löner går upp

TABELL I. Högst och lägst betalda specialiteterna, landstingsanställda läkare, november 2009.

Specialitet	Medellön
Rättspsykiatri	68 167
Klinisk patologi	66 027
Neuroradiologi	64 425
Klinisk kemi	63 773
Kärlkirurgi	63 449
Nuklearmedicin	63 081
Allmänmedicin	62 914
Smärtlindring	62 818
Psykiatri	62 657
Neurokirurgi	62 584
Neonatalogi	57 993
Klinisk neurofysiologi	57 862
Barn- och ungdomsneurologi	57 781
Barn- och ungdomsmedicin	57 612
Barnonkologi	57 566
Hud- och könssjukdomar	57 441
Barn- och ungdomskirurgi	57 306
Neurologi	56 719
Klinisk genetik	55 389
Socialmedicin	54 600

TABELL II. Löner och löneutveckling inom landstingskommunal sektor.

2009 var andra året som det nya befattningsklassificeringssystemet AID tillämpades. Det innebär att det för första gången går att redovisa löneutveckling enligt de nya befattningskategorierna. Bytet av system för att redovisa befattning begränsar möjligheten att beräkna löneutveckling över längre tid. Uppgifter i nedanstående tabell som bygger på data från olika system är kursiverade och ska tolkas med viss försiktighet.

Befattning	Månadslön kr, november 2009				Löneutveckling %		
	Medellön	Män	Kvinnor	Differens	1999–	2004–	2008–
					2009	2009	2009
Läkare/chef direkt underställd nämnd/styrelse	90 123	88 985	92 903	-3 918	-	-	5,1
Läkare/chef på mellannivå	76 215	76 901	74 934	1 967	60,5	26,6	2,6
Läkare/chef 1:a linjen	67 038	67 798	65 819	1 979	41,2	11,3	2,6
Överläkare med specifik ansvarskod (L + F)*	61 959	62 507	60 808	1 699	-	-	3,3
Överläkare	60 706	61 506	59 697	1 809	-	-	2,7
Överläkare (samtliga)	-	-	-	-	43,3	17,7	3,2
Distriktsläkare med specifik ansvarskod (L + F)*	64 226	65 545	62 546	2 999	-	-	2,8
Distriktsläkare	62 077	62 987	61 157	1 830	-	-	4,0
Distriktsläkare (samtliga)	-	-	-	-	54,2	19,5	4,1
Specialistläkare med specifik ansvarskod (L + F)*	53 188	54 074	52 038	2 036	-	-	1,9
Specialistläkare	50 947	51 323	50 644	679	-	-	3,2
Specialistläkare (samtliga)	-	-	-	-	42,8	16,8	3,2
ST-läkare	38 852	39 134	38 670	464	-	-	3,0
Leg läkare, vikarie m m	36 849	37 270	36 521	749	-	-	2,0
Underläkare ST, leg	-	-	-	-	42,3	15,3	2,8
AT-läkare	27 784	27 839	27 754	85	-	-	3,2
Ej leg läkare, vikarie m m	26 642	26 286	26 832	-546	-	-	0,3
Underläkare AT, ej leg	-	-	-	-	52,2	15,9	2,7
Samtliga	52 942	55 859	49 885	5 974	43,3	15,6	2,7

* Arbetstagare med begränsat lednings- och samordningsansvar (L) eller med övergripande funktions-, specialist- eller ämnesansvar (F).

mer än andra läkares gläder Lena Ekelius, ordförande i Sveriges yngre läkares förening.

– Arbetsgivarna har tidigare sett AT mest som en utbildningstjänst. Vi har i både centrala och lokala förhandlingar varit på arbetsgivarna för att man ska lyfta upp AT-läkarna som en viktig grupp i vården som måste premieras.

En grupp som haft en dålig löneutveckling är vikarier. Legitimerade läkarvikarier har fått en löneökning på 2,0 procent, medan icke-legitimerade vikarier, alltså främst läkare med examen som väntar på sin AT, höjt lönen med bara 0,3 procent.

– Det är anmärkningsvärt att löneutvecklingen varit så dålig. Vi tror att det är lägsta lönen som varit normerande

nedåt. Jag tror att mycket kommer att förbättras för den här gruppen när vi nu först får en höjning av lägsta lönen med 1 500 kronor och sedan tar bort den. Det nya löneavtalet innebär dessutom att det lokala facket får mycket större inflytande över lönesättningen, både av vikarier och AT-läkare, säger Lena Ekelius.

2009 är det andra året som det nya befattningsklassificeringssystemet AID används inom den kommunala sektorn. I systemet finns bland annat en särskild kodning för icke-chefer som har funktionsansvar, alternativt visst ledningsansvar.

– En sak som framgår i det nya systemet med ansvarskoder är att mer ansvar kan ge mer pengar. Man ser att

TABELL III. Medellön november 2009 i de tio antalsmässigt största specialiteterna.

	Antal	Medellön
Allmänmedicin	3 124	62 914
Anestesi och intensivvård	1 178	59 248
Psykiatri	983	62 657
Kirurgi	904	59 226
Obstetrik och gynekologi	822	58 909
Barn- och ungdomsmedicin	806	57 612
Bild- och funktionsmedicin	762	62 163
Ortopedi	745	60 629
Internmedicin	604	58 720
Kardiologi	503	60 173

specialistläkare som har bakjour eller har ansvar för ett medicinskt område har drygt 2 000 kronor mer än andra specialister. Det är bra att lönesystemet premierar medarbetare som tar på sig större ansvar, säger Karin Rhenman.

2009 var löneökningen inom den privata sektorn lägre än i den kommunala. Läkare anställda i företag anslutna till Vårdförbundet fick en löneförhöjning på 2,3 procent, medan privat anställda företagsläkares löner steg med 2,2 procent. ■



Kvinnliga läkare har på individnivå haft en bättre löneutveckling än sina manliga kolleger.

Foto: Colourbox

Könsskillnaderna minskar i procent men ökar i kronor

På individnivå har kvinnliga läkare en bättre löneutveckling än manliga. Men i absoluta tal fortsätter lönegapet mellan könen att öka. Skillnaden mellan manliga och kvinnliga landstingsanställda läkares snittlöner steg med 200 kronor från 2008 till 2009 och är nu 6000 kronor.

Kvinnliga läkares löner höjdes med i snitt 2,8 procent 2009, medan de manliga läkarnas höjdes med 2,7 procent. 2008 var motsvarande siffror 4,7 respektive 4,4 procent. De kvinnliga läkarna tjänade under 2009 i medeltal 89 procent av vad de manliga tjänade.

– Skillnaderna minskar, men det går långsamt. Man försöker rätta till lönerna till kvinnornas fördel, både i den årliga lönerevisionen och inte minst när man ska förhandla vid ny befattning. Men det uppstår hela tiden nya skillnader, ofta direkt vid första anställningen, vilket gör att man måste jobba med frågan ständigt och jämt, säger Karin

Rhenman, chefsförhandlare på Läkarförbundet.

En del av könsskillnaderna kan förklaras av ålders- och befattningsstrukturen bland läkare. Andelen män är högre bland överläkare och chefer än bland underläkare. Skillnaderna kvarstår dock på befattningsnivå, även om de är mindre.

– Det är en sammansatt bild. Befattningsstrukturen slår igenom en del. Lönesystemet, där man ska förhandla själv om sin lön, kanske också missgynnar kvinnorna. Det är också tänkbart att kvinnor av familjeskäl fortfarande väljer specialiteter med mindre jour och beredskap, där lönen ofta är lägre, säger Karin Rhenman.

Störst skillnad på befattningsnivå hittar man i kategorin »distriktsläkare med särskilt ansvar«, där männen tjänar 3 000 kr mer än kvinnorna. De enda befattningar där kvinnor i genomsnitt tjänar mer än män är chefer direkt underställda styrelse/

TABELL IV. Individuell löneökning. Löneutveckling 2008–2009, landstingskommunalt anställda läkare. Identiska individer på samma befattning.

Befattning	Löneökning i procent		
	Samtliga	Män	Kvinnor
Läkare/chef direkt underställd nämnd/styrelse	3,3	3,6	2,6
Läkare/chef på mellannivå	2,6	2,4	2,9
Läkare/chef 1:a linjen	3,5	3,1	4,3
Överläkare med särskilt ansvar	3,3	3,2	3,5
Överläkare	3,3	3,2	3,3
Distriktsläkare med särskilt ansvar	2,8	2,8	2,8
Distriktsläkare	4,2	4,1	4,3
Specialistläkare med särskilt ansvar	3,2	3,2	3,3
Specialistläkare	4,2	4,0	4,3
ST-läkare	4,3	4,4	4,2
Leg läkare, vikarie m m	3,8	3,4	4,2
AT-läkare	8,1	8,4	7,9
Ej leg läkare, vikarie m m	4,0	2,8	5,0
Samtliga	3,7	3,5	3,9

nämnd samt icke legitimerade vikarier. De kvinnliga toppcheferna tjänar drygt 3 900 kronor mer i månaden än sina manliga kolleger. Gruppen är dock mycket liten – totalt ingår 18 kvinnor och 44 män – varför skillnaderna inte är statistiskt jämförbara.

Utjämnningen mellan män och kvinnor inom hela läkarkollektivet går långsamt. På individnivå finns dock sedan flera år en tendens att kvin-

nornas löner ökar snabbare än männens. Kvinnor som behållit sin befattningsnivå höjde sin lön med i snitt 3,9 procent 2009, medan män i motsvarande läge höjde sin lön med 3,5 procent. Mönstret gäller i stort sett oberoende av befattningstyp. Även i samband med befattningsbyte, som för läkarkollektivet betyder en höjning på 1–1,5 procent, är lönehöjningen för kvinnliga läkare större än för manliga.

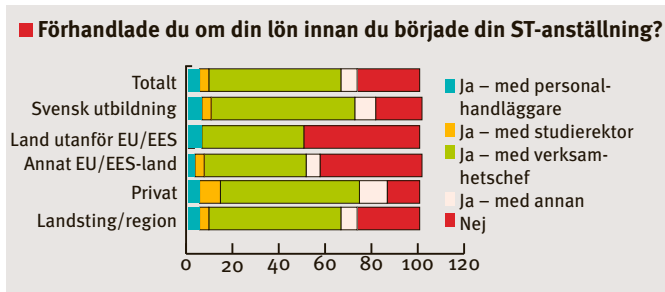
Michael Lövrup

ST-läkares ingångslön sätts ofta utan förhandling

Tre av tio ST-läkare har inte löneförhandlat inför sin ST-anställning. Bland läkare med utländsk examen har närapå varannan inte löneförhandlat. Det framgår av årets ST-enkät från Sylf, Sveriges yngre läkares förening.

Den första delrapporten av totalt tre i årets ST-enkät behandlar lönefrågor samt villkoren för föräldraskap. Enkäten har besvarats av 1 259 ST-läkare (svarsfrekvens 55 procent) och visar bland annat att 27 procent av alla ST-läkare inte löneförhandlat innan de påbörjade sin anställning. Bland läkare med examen från annat EU-land var det 44 som inte löneförhandlat, och bland dem med examen från icke-EU-land var det 50 procent.

Att lönesättningen sker in-



Källa: Sylf:s ST-enkät

dividuellt är en viktig princip för Sylf, säger ordförande Lena Ekelius.

– Vi märker att arbetsgivarna ibland har talat ihop sig om en lönesättningsmodell, och då blir det ingen individuell förhandling. Det är förvånande att man inte tar till vara möjligheten till en bra dialog inför en tillsvidareanställning. Lönesamtal är inte bara bra för individen utan ger också arbets-

givaren möjlighet att berätta vad man förväntar sig och vad verksamheten kräver.

Enligt enkäten har 45 procent av ST-läkarna lönesamtal mer sällan än en gång per år. Och bara var tredje vet vilka kriterier deras lön baseras på.

77 procent av ST-läkarna svarar ja på frågan om möjligheten att ta ut föräldraledighet är goda. Bara fyra

procent svarar nej. Sju av tio kvinnliga ST-läkare som varit gravida under specialisttjänstgöringen uppger att det inte varit svårt att bli befriad från jour under graviditeten.

Samtidigt som villkoren för att kombinera ST med föräldraskap generellt verkar vara goda, anser 18 procent att ST-läkare som är föräldralediga inte har samma löneutveckling som kollegor i tjänst.

– Så får det inte gå till, det står väldigt tydligt i föräldraledighetslagen att du ska ha samma villkor som när du är i tjänst. Det gäller såväl löneutveckling, tjänstetillsättning som fortbildning. Det är en viktig uppgift i de lokala löneöversynerna att man ser till att så är fallet, säger Lena Ekelius.

Michael Lövtrup

Små förändringar i slutliga demensriktlinjer

Fler demensutredningar, ökad läkemedelsbehandling, personcentrerad vård och ökad samverkan i multiprofessionella team.

Det är några förändringar som Socialstyrelsen väntar sig att de nationella riktlinjerna för vård och omsorg vid demenssjukdom ska leda till, enligt slutversionen som publicerades den 18 maj.

Den preliminära versionen av riktlinjerna presenterades 2009. Den ledde till några kritiska debattartiklar i Läkartidningen. Men slutversionen är i stort sett lik den preliminära.

– Vi har haft 15 regionala seminarier och fått i huvudsak väldigt positiva omdömen. Huvudinriktningen är densamma, det är endast smärre skillnader, säger Ulla Höjgård, Socialstyrelsens projektledare för riktlinjerna.

En av ändringarna är att rekommendationer för läkemedel som lindrar symtom

vid Alzheimers sjukdom, populärt kallade bromsmediciner, har lagts till. I dag beräknas 145 500 svenskar ha en demenssjukdom, omkring 60 procent av dem har Alzheimers sjukdom. Om rekommendationen följs kommer ytterligare 55 000 personer att behandlas med kolinesterashämmare och memantin, en ökning med 50 procent, enligt Socialstyrelsens beräkningar. Det skulle medföra ökade läkemedelskostnader med högst 170 miljoner kronor, men de totala samhällskostnaderna skulle förbli oförändrade eller mindre, bedömer Socialstyrelsen.

Flera andra rekommendationer kan leda till ökade kostnader på kort sikt, men på lång sikt väntar sig Socialstyrelsen minskade kostnader. Det gäller bland annat bättre uppföljning och en ökad samverkan genom multiprofessionellt teambaserat arbete.

En debattartikel i Läkartidningen (LT nr 47/2009, sidan 3182) efterlyste stöd för hur en bättre samverkan mellan kommun och landsting ska gå till i praktiken. Två av författarna till artikeln, Anders Nordlund och Emanuel Åhlfeldt vid Nestor FoU-center i Nynäshamn, är i stort positiva till de slutliga riktlinjerna, men deras kritik kvarstår: För att uppnå riktlinjernas ambition om en personcentrerad omvårdnad måste Socialstyrelsen – med riktlinjer eller på annat sätt – stödja utvecklingsarbetet kring organisatoriska frågor, anser de.

– Den delen har vi inga rekommendationer om. Det finns ingen evidens för att en organisation är bättre än någon annan. En organisation kan fungera i ett landsting men inte i ett annat. Vi har inte funnit den gemensamma nämnaren, säger Ulla Höjgård.

En annan debattartikel (se LT nr 43/2009, sidorna 2740-1) ifrågasatte bland annat kravet på utredningar, att konsekvensen kan bli »att man på dessa boenden måste 'jaga diagnoser' för att hyfsa statistiken i stället för att hantera och ge hjälp«.

– Det är viktigt dels att urskilja personer med alzheimers, dels att ställa diagnos så tidigt som möjligt så att man kan anpassa vården till personens behov. Men om patienten kommit långt i sin demenssjukdom så måste man fundera på om man ska utsätta patienten för utredning. Det skriver vi också i riktlinjerna, säger Ulla Höjgård.

Elisabet Ohlin

LÄS MER Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010 på Socialstyrelsens webbplats.