

# Kvinnliga AT-läkare tjänar mindre än sina manliga kollegor

**Manliga läkares medellön var förra året över 5 000 kronor högre än kvinnliga läkares. Ålders- och befattningsstrukturer kan förklara en del av skillnaderna i hela kollektivet men knappast att manliga AT-läkare får flera hundralappar mer i månaden än sina kvinnliga kolleger.**

– Vi är inte förskonade från det mönster som allmänt gäller på arbetsmarknaden och som gynnar männens löner.

Det säger Charlotta Sävbom, ordförande i Sveriges yngre läkares förening, Sylf. Hon tycker att det är mycket olyckligt att de finns så tydliga könsskillnader redan från början av karriären.

– Man vet att sådana skillnader består, säger hon.

Av de 21 landstingen/regionerna finns i Sacos lönesök uppgifter om 18 stycken (se Tabell 2). Gotland, Kronoberg och Blekinge har för litet underlag för beräkningar uppdelat på kön.

I 10 av 18 landsting tjänar de manliga AT-läkarna mer än de kvinnliga AT-läkarna.

I 5 av 18 landsting är skillnaden mellan könen mindre än eller lika med 50 kronor.

I 3 av 18 landsting tjänar de kvinnliga AT-läkarna mer än de manliga AT-läkarna.

Beräknat på samtliga landsting har de manliga AT-läkarna en medellön på 458 kronor mer än de kvinnliga.

**Halland är ett av de landsting som i praktiken inte har några löneskillnader mellan männens och kvinnornas medellöner på AT-läkarnivå.** Anders Åkvist, ordförande i Sylf Halland, tycker att det är bra men menar att det egentligen nog främst är ett utslag av en rigid lönepolitik.

– För att hålla AT-lönerna nere använder arbetsgivaren här ett tariffliknande system där man i stort sett inte tar hänsyn till något förutom längd på tidigare vikariat.

Men Anders Åkvist noterar



Illustration: Staffan Schultz

**Manliga AT-läkare tjänar i snitt 458 kronor mer i månaden än kvinnliga AT-läkare.**

alltså att en positiv bieffekt av den halländska lönesättningspolitiken är att det finns litet utrymme för osakliga löneskillnader.

– Det finns egentligen inga sakliga löneskillnader heller mellan AT-läkare i Halland, konstaterar han.

Den första januari 2004 infördes individuell lönesättning även för AT-läkarna som förut lönesattes enligt tariffen.

– Vi har fått en bra löneökning för våra AT-läkare i och med det, säger Charlotta Sävbom.

**Men är ojämlika löner priset som framförallt de kvinnliga AT-läkarna måste betala för den ökningen?** Tydligt har

det varit så säger Charlotta Sävbom, men hon vill inte acceptera att det fortsätter så.

– Man skulle önska att även arbetsgivarna medverkade och drev frågan om jämställda löner, säger hon och fortsätter:

– Vi vill bli bedömda som individer, men vi måste också få veta vad som gäller. Vilka meriter är det som lönar sig och vad förväntas man prestera.

**Sylf ska också arbeta hårdare med att ge stöd till, framförallt kvinnliga, underläkare som ska förhandla.**

– Men egentligen är det konstigt att inte vårt samhälle klarar av att bemästra frågan, så mycket fokus som det är på jämställdhet, säger Charlotta Sävbom.



**Charlotta Sävbom, ordförande i Sylf.**

**Sara Gunnarsdotter**  
sara.gunnarsdotter@lakartidningen.se

**TABELL II. AT-läkares medellöner 2005**

| Landsting      | Män    | Kvinnor | Männens lön i relation till kvinnornas |
|----------------|--------|---------|--|
| Västmanland    | 27 752 | 25 812  | +1 940                                 |
| Stockholm      | 26 912 | 25 141  | +1 771                                 |
| Värmland       | 27 056 | 25 605  | +1 451                                 |
| Södermanland   | 25 415 | 24 712  | +703                                   |
| Dalarna        | 27 560 | 26 924  | +636                                   |
| Jämtland       | 26 240 | 25 750  | +490                                   |
| Västernorrland | 26 250 | 25 867  | +383                                   |
| Jönköping      | 27 639 | 27 303  | +336                                   |
| Örebro         | 25 762 | 25 500  | +262                                   |
| Skåne          | 23 208 | 22 958  | +250                                   |
| Halland        | 24 000 | 23 996  | +4                                     |
| Uppsala        | 23 374 | 23 384  | -10                                    |
| Kalmar         | 25 721 | 25 755  | -34                                    |
| Norrbotten     | 26 774 | 26 816  | -42                                    |
| VG-region      | 23 683 | 23 733  | -50                                    |
| Gävleborg      | 25 919 | 26 148  | -229                                   |
| Västerbotten   | 25 836 | 26 097  | -261                                   |
| Östergötland   | 25 077 | 25 949  | -872                                   |
| Samtliga       | 25 522 | 25 064  | +458                                   |

Fotnot: Gotland, Blekinge och Kronoberg har för litet underlag för beräkningar uppdelat på kön.  
Källa: Sacos lönesök.

## Socialstyrelsen kritisk till dimensionering av ST-utbildningen

**Antalet ST-tjänster inom varje specialitet ska motsvara det framtida behovet, men många landsting lever inte upp till det kravet, enligt Socialstyrelsen.**

Det är landstingsledningarnas sak att se till att antalet ST-tjänster motsvarar landstingets framtida behov inom varje specialitet. Det regleras i Hälso- och sjukvårdslagen 15 § andra stycket.

– Men jag upplever inte att dimensioneringen utgår från landstingens bedömning av hur behovet ser ut. Landstingsledningarna måste ta ett helhetsgrepp och det saknas, säger Klas Öberg, utredare på Socialstyrelsen.

I fyra år har han arbetat med frågor som rör den framtida läkarförsörjningen. Dimensioneringen är extremt decentraliserad, till klinikinivå, och styrs oftast mer av önskan än av framtida behov, även om det finns undantag, säger han.

**Inte heller har** Klas Öberg kunnat få fullständiga uppgifter från landstingen om hur många ST-läkare som kommer att bli färdiga specialister. Därför har Socialstyrelsen

nu gett upp tanken på att kunna göra prognoser om behov och tillgång utifrån sådana uppgifter.

– Vi har ingen direkt användning av de data vi får.

Materialet har därför överlämnats till Sveriges Kommuner och Landsting och hädanefter kommer Socialstyrelsens prognoser istället att baseras på antaganden.

Någon kommentar från Sveriges Kommuner och Landsting har inte gått att få inför detta nummer av Läkartidningen.

**Enligt en enkät som** Socialstyrelsen gjorde bland landstingens i oktober förra året var det inom en grupp landsting lättare än genomsnittligt att rekrytera ST-läkare inom kirurgi och internmedicin. Däremot var det inom nästan alla landsting svårare att rekrytera såväl specialister som ST-läkare inom kliniska laboratoriespecialiteter än inom andra specialiteter.

20 procent av de specialistbevis som utfärdades i rättsmedicin under åren 1995–2003 var utländska, i klinisk patologi var siffran 18 procent och i neurokirurgi 9 procent.

Socialstyrelsen efterlyser i sin Årsrapport Nationellt planeringsstöd 2006 också fler platser på grundutbildningen. Effekten av den utökning med 30 platser som skett de senaste åren blir »försumbar«. I år tas 1 100 studenter in och varje år examineras omkring 950. Detta kan jämföras med den nettoimmigration av läkare som år 2003 omfattade 415 personer.

**Att förlita sig på** immigration för att säkra den framtida läkarförsörjningen är en osäker strategi som också får konsekvenser för den globala läkartillgången och riskerar att ge Sverige dåligt anseende internationellt, enligt Socialstyrelsen. Problemet att låginkomstländer töms på läkare har också tidigare tagits upp i Läkartidningen, se LT nr 47/2005 sidan 3530.

– Vad händer när läkarlönerna höjs i Polen och de polska läkarna vill flytta tillbaka igen? säger Johan Frisack, projektledare på Socialstyrelsen.

**Elisabet Ohlin**  
elisabet.ohlin@lakartidningen.se

### Bråckregister öppnas för allmänheten

Det nationella kvalitetsregistret Svenskt bråckregister har öppnat en webbplats, [www.svensktbrackregister.se](http://www.svensktbrackregister.se), där resultat för alla deltagande kliniker redovisas för allmänheten. Klinikerna kan jämföras ur följande aspekter: väntetider, andel akutoperationer, andel omoperationer på grund av återfallsbråck, operationsmetoder, andel dagkirurgi samt kumulativ omoperationsincidens.

Webbplatsen förklarar dock inte vad skillnader kan bero på. Det poängteras därför att slutsatser bör dras med försiktighet.

### Läkares sjukintyg ifrågasätts

Sjukintyg saknar ofta tillräcklig information om varför en person ska vara sjukskriven. Det skriver Socialstyrelsen i en rapport till regeringen.

Många läkare har inte heller tillräckliga förutsättningar för att göra en objektiv bedömning av arbetsförmågan. Bedömningen baseras oftast på patientens berättelse. Istället behöver läkare samverka mer med andra aktörer inom och utom vården.

Sjukskrivningen bör vara en aktiv del av behandlingen, säger Socialstyrelsen också, men konstaterar att många av de långtidssjukskrivna av vården betraktas som »medicinskt färdigbehandlade« Socialstyrelsen efterlyser lokala riktlinjer för sjukskrivningsprocessen och ett systematiskt kvalitetsarbete inom hälso- och sjukvården för att rätta till bristerna.

Slutsatserna baseras på besök på 194 vårdcentraler, 81 företagshälsovårdsenheter och 87 privatpraktiker samt på granskning av 2 000 patientjournaler med fokus på längre sjukfall.

Arbetet med sjukskrivningsfrågor ska fortsätta till 2007 och syftar bland annat till att ta fram beslutsstöd för läkare.

### Christopher Gillbergs medarbetare dömda

Tre medarbetare till Christopher Gillberg, professor vid Göteborgs universitet, dömdes förra veckan av Göteborgs tingsrätt för att i maj 2004 ha förstört professorns omdebatterade forskningsmaterial rörande adhd/damp, i syfte att förhindra att detta utlämnades enligt domstols dom. De tre dömdes för grovt undertryckande av urkund till villkorlig dom och 50 dagsböter.

## Maxgräns för sjukskrivning föreslås

Sverige behöver en maximal tidsgräns för hur länge det ska gå att få sjukersättning, föreslår Socialförsäkringsutredningen och utredaren Anna Hedborg i utredningens senaste skrift Sjuk eller ledsen.

Ytterligare en rad förändringar diskuteras, bl a om läkarna bör befrias från ansvaret att bedöma arbetsförmåga. Företagshälsovården eller Försäkringskassan kan ta över mer av detta ansvar.

Uttryckliga metoder för bedömning av arbetsförmåga

behövs också, kanske liknande den som används i Storbritannien, Personal Capability Assessment, där personens förmåga att utföra ett antal aktiviteter poängsätts enligt en skala.

Beslutsstöd för att bedöma rimlig sjukskrivningstid behövs också. Utredningen ser ingen anledning till att exempelvis den amerikanske psykiatern Presley Reeds verktyg The Medical Disability Advisor inte skulle kunna användas också i Sverige.

Skriften Sjuk eller ledsen som fokuserar på problem relaterade till symtombaserade sjukskrivningsdiagnoser kan i likhet med tidigare skrifter från utredningen läsas på [www.sou.gov.se/socialforsakring](http://www.sou.gov.se/socialforsakring).

Socialförsäkringsutredningen ska lämna sitt slutbetänkande senast den 1 november 2006. Det ska sedan ligga till grund för en parlamentarisk utredning som i sin tur ska ta fram förslag till en ändrad socialförsäkring. •