

# Sylf Stockholm: Våra medlemmar kräver utförligare lönestatistik!

Individuella löneförhandlingar är en hörnsten i Läkarförbundets förhandlingspolicy. Ska det fungera för ST-läkarna krävs att de får tillgång till en bättre lönestatistik, uppdelad på specialiteterna.

Den 19 februari anordnade Sylf Stockholm tillsammans med MSF Stockholm en lönekväll för sina medlemmar. Evenemanget blev snabbt fullbokat och mycket uppskattat. Under kvällen framkom att många medlemmar efterfrågar tillförlitlig lönestatistik.

Några dagar senare presenterade Läkarförbundet sin årliga lönestatistik. I den kunde man läsa att en ST-läkare i Stockholm hade en medellön på 35 402 kronor i november 2006. Däremot fanns ingen information om hur lönerna för ST-läkare skiljer sig inom respektive specialitet.

Nu vill Sylf Stockholm att Läkarförbundet redovisar hur lönerna skiljer sig inom varje specialitet för ST-läkarna, precis som det redan görs för specialiteterna.

**En av de frågor som** Läkarförbundet har drivit hårdast de senaste åren är individuell löneförhandling. Medlemmarna har uppmanats att söka hjälp i den kompetens som förbundet besitter, för att varje medlem ska ha bästa möjliga förutsättning att förhandla sin egen lön.

Ett av de främsta verktygen en anställd kan ha i sin löneförhandling är tillgången till pålitlig lönestatistik. För argument väger tyngre i en löneförhandling än konstaterandet att den erbjudna lönen ligger under medellönen, eller att den utifrån den anställdes kompetens är omotiverat låg.



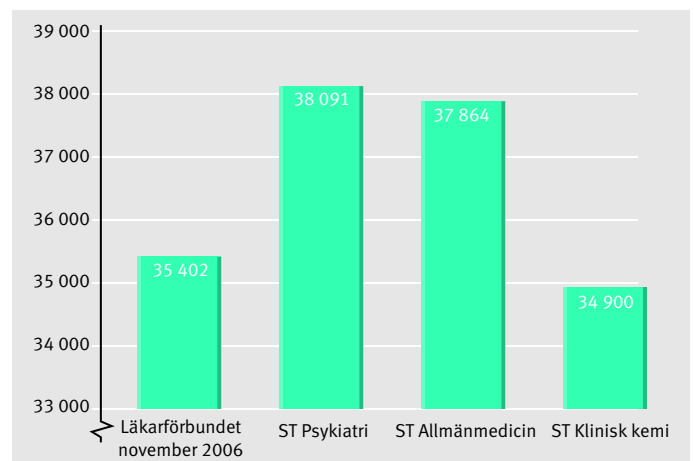
**SIMON KYAGA**  
ordförande i Sylf Stockholm  
simon.kyaga@sylfstockholm.se

Trots det får många ST-läkare uppgift endast om snittlönen för hela ST-läkarkollektivet, utifrån geografisk tillhörighet, som referens i sin löneförhandling. Ingen information finns om skillnader mellan olika specialiteter. De närmare 1 800 underläkare som Sylf Stockholm representerar har rätt till bättre hjälp.

**För att närmare studera** hur lönerna skiljer sig mellan olika specialiteter gjorde Sylf Stockholm ett stickprov under februari 2007. Vi valde att titta närmare på ST-läkarna inom allmänmedicin (n=171), psykiatri (n=124) och klinisk kemi (n=8). Vi jämförde arbetsgivarnas lönelistor, som samlats in från Läkarförbundets lokalföreningar från februari 2007, med Läkarförbundets statistik (n=1 219) från november 2006. Resultatet redovisas i Figur 1.

Man kan fråga sig vilken hjälp en ST-läkare i allmänmedicin har av att veta att medellönen för en ST-läkare i Stockholm är 35 402 kr, när snittlönen för en ST-läkare i allmänmedicin i Stockholm i själva verket är 37 864 kr? En ST-läkare inom klinisk kemi eller någon annan specialitet kan i stället mötas av argumentet att Läkarförbundets redovisade snittlöner är omotiverat höga, på grund av att specialiteter som psykiatri och allmänmedicin drar upp genomsnittet. Detta är något som i fallet med klinisk kemi knappast kan sägas vara sant, vid en närmare granskning.

**Det framkommer dessutom** vid en noggrannare analys av materialet att lönerna för ST-läkare sannolikt ligger ännu högre än vad en rutinmässig



Figur 1. ST-läkares månadslön i Stockholm.

genomgång av ST-läkarnas lönelistor sker av SLSO-sektionen inom Stockholms läkarförening studerade i detalj de lönelistor som rekviderats i april 2006 för specialiteterna psykiatri och allmänmedicin.

Man fann att medellönen då för en ST-läkare i psykiatri respektive allmänmedicin i aktiv tjänst i själva verket var 38 769 kr (n=69) respektive 38 070 kr (n=122). Sedan dess har lönerna av allt att döma stigit ytterligare.

Som ett svar på medlemmarnas önskan inleder nu Sylf Stockholm ett arbete för att förbättra möjligheten att erhålla en differentierad lönestatistik för sina medlemmar. Vi tror att Läkarförbundet med sina resurser och sin kompetens skulle kunna spela en avgörande roll för många av de ST-läkare som inom kort kommer att förhandla sin lön.

Om förbundet presenterar den årliga lönestatistiken uppdelad på respektive specialitet är det något som även de tusentals andra ST-läkarna i resten av riket med all sannolikhet kommer att ha stor nytta av.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Se även** replik från Läkarförbundets chefsförhandlare på nästa sida!

Replik:

## Viss förbättring kan vara på gång

Läkarförbundets lönestatistik bygger på det kommunala statistikavtalet och den partsgemensamma insamling och bearbetning som görs i november månad varje år. Förbundet kompletterar detta material med respektive läkares specialitet hämtat från Socialstyrelsens register.

Denna partsgemensamma statistik har stor validitet och är inte ifrågasatt av någongdera parten. Detta gäller även efter de kompletteringar förbundet gör med specialistkoderna. I Socialstyrelsens register finns endast de läkare med som har en specialistkompetens och inte de ST-läkare som är på väg mot en sådan.

Förbundet har heller ingen egen registrering av vilka specialiteter de olika ST-läkarna siktar på. Det enda sättet för närvarande att hantera en specialitetsindelad statistik för ST-läkarna är att genom egna enkäter eller liknande manuellt föra på blivande specialitet. Detta kan nog av praktiska skäl hanteras endast i det lokala arbetet, och då får man göra som Sylf Stockholm gjort.

**För närvarande arbetar parternas** statistiker med att ändra befattningsklassificeringen, vilket i sig innehåller ett antal problem. Dock finns för den frågeställning Simon Kyaga väcker en ny komponent som delvis kan tillmötesgå kraven. Med viss sannolikhet kommer den partsgemensamma statistiken fr o m 2008 att vara uppdelad i de åtta nya bas-specialiteter som skall gälla i framtiden.

Förbundets behov av en sådan grov specialitetsindelning är litet, men en poäng med den är att den då bör gälla även ST-läkarna. Förutsättningarna är att parterna blir överens om denna nya klassificering och att alla ST-läkare verkligen klassificeras på rätt specialitet. Detta måste då bevakas i det lokala arbetet.

**En sådan ordning löser inte** helt de önskemål som finns men kan ändå leda till en något bättre uppdelad statistik för ST-läkarna. För de specialistkompetenta läkarna kommer förbundet att fortsätta med den betydligt mer finfördelade specialitetsstatistik som vi har nu genom samarbetet med Socialstyrelsen.

**Conny Gustafsson**  
chefsförhandlare,  
Läkarförbundets avdelning  
för arbetsliv och juridik

# Apolipoproteinbestämning introducerades *med* allmänläkarnas medverkan!

Lindström, Järhult och Lindahl har fel när de påstår att apolipoproteinbestämning introducerades i Jönköpings läns landsting utan distriktsläkarnas medverkan. I den expertgrupp som tagit fram riktlinjer för handläggning av kärlsjuka patienter fanns allmänläkarna representerade, framhåller kardiologerna Jan-Erik Karlsson och Olof Svensson.

Skattning av kardiovaskulär risk har varit och är ett stort kliniskt och praktiskt problem, och någon perfekt modell finns inte ännu. Nationella och internationella riktlinjer poängterar idag vikten av att uppnå målvärden för såväl blodtryck som lipider för en optimal preventionssatsning [1]. Vår bedömning är därför att vi bör fokusera på att mäta vad vi gör och att bedriva ett aktivt kliniskt förbättringsarbete inom såväl undersökningsmetodologi som behandling för att inte utvecklingen ska avstanna.

**Distriktsläkarna** Bengt Järhult, Sven-Olov Lindahl och Kjell Lindström hävdar i en debattartikel i Läkartidningen 11/2007 (sidorna 883-4) att apolipoproteinbestämning introducerats i Jönköpings län utan distriktsläkares medverkan.

Under ett par år har man i Linköping bestämt apolipoproteiner parallellt med traditionellt lipidstatus. Resultaten är i överensstämmelse med post hoc-analyser av stora placebokontrollerade lipidstudier. Dessa visar att sänkning av

apo B/apo A1-kvot är associerad med minskad kardiovaskulär risk. Vidare har INTERHEART-studien, en global fall-kontrollstudie, visat att apo B/apo A1-kvoten är den bästa prediktorn för hjärtinfarkt [2]. Kvoten apo B/apo A1 har fördelen av att patienten inte behöver vara fastande och att metodfelet är betydligt mindre än för »beräknat« LDL-kolesterol enligt klassisk Friedewalds formel. Kostnaden är dessutom jämförbar med traditionellt lipidstatus och vid större volymer till och med lägre. Om man tar enbart total kolesterol så är givetvis kostnaden betydligt lägre, men total kolesterol har ju ett betydligt lägre prediktivt värde.

**Medveten om argumenten** för och emot apolipoproteinbestämning – dvs att det idag inte finns några prospektiva randomiserade statinstudier som använt sig av apolipoproteiner som baslinje för val av behandling – beslutade Regionala medicinska programgruppen för hjärtsjukvård i mars 2006 att hjärtsjukvården i Sydöstra sjukvårdsregionen successivt ska övergå till bestämning av apolipoproteiner. Därefter följde en lång process med diskussion och utbildning tillsammans med laboratorieläkare, internmedicinare och primärvårdsläkare i Jönköpings län. I expertgruppen hjärta-kärl finns såväl kardiologer, internmedicinare som allmänläkare representerade, och dessa har gemensamt tagit fram riktlinjer för handläggning av kärlsjuka patienter.

Fortfarande finns dessutom möjligheten att välja traditionellt lipidstatus, dvs enbart total kolesterol, men sedan maj



**JAN-ERIK KARLSSON**  
överläkare, med dr; ordförande i Regionala medicinska programgruppen för hjärtsjukvård i Sydöstra sjukvårdsregionen; ordförande i Jönköpings läns grupp för kardiologi och i expertgruppen hjärta-kärl



**OLOF SVENSSON**  
överläkare; ordförande i Jönköpings läns landstings läkemedelskommittés lipidgrupp

2006 också apolipoproteinbestämning. I en enkätundersökning med god svarsfrekvens framkommer också att de flesta ställer sig positiva till möjligheten av att använda apolipoproteiner, men det har också framförts invändningar av den typ som diskuterats under processens gång.

**Samarbete** med läkemedelsindustrin har vid ett flertal tillfällen diskuterats med verksamhetschef och landstingsledning och syftar i första hand till att få stöd i form av utbildningsmaterial, föreläsare och professionell expertis. Skriftliga avtal enligt regler mellan Läkemedelsindustriföreningen och Sveriges Kommuner och Landsting finns alltid vid utbildningar som genomförs tillsammans med läkemedelsindustrin. Givetvis måste man alltid vara medveten om vad industrin har för syfte och hur vi inom professionen påverkas. De vårdcentraler som önskat oberoende utbildning har fått detta via medicinkliniken eller kliniskt-kemiska laboratoriets försorg.

Användning av apo B/apo A1-kvoten medför i sig inte med automatik att någon viss läkemedelsbehandling ska genomföras. Läkemedelskommittén i Jönköpings läns landsting och dess expertgrupp hjärta-kärl har tvärtom en långvarig tradition av att i första hand rekommendera väldokumenterade och relativt billiga generika. Simvastatin är därför den enda statin som finns med på rekommendationslistan, och andelen simvastatin (80 procent) ligger därför klart över riksgenomsnittet (75 procent). Den kliniska erfarenheten är hittills att apo B/apo A1-kvoten bättre än LDL-kolesterol kan urskilja patienter som inte behöver läkemedelsbehandling.

**Genom forskning** med bland annat förfinad hjärtinfarkt diagnostik har flertalet forskningsgrupper kunnat visa att prognosen förbättras genom adekvat läkemedelsbehandling och revaskularisering [3], vilket i sin tur innebär att fler individer har fått tillgång till dessa åtgärder och därmed bättre hälsa. Hjärt-sjukvården har under den senaste tioårsperioden således utvecklats avsevärt och med ett flertal register också kunnat visa att resultat från stora randomiserade studier ger likartade goda resultat i verkligheten [4]. Lars Wallentin och Ulf Stenestrand kan med RIKS-HIA visa att intensiv hjärtinfarkt vård med revaskularisering och statinbehandling även re-

ducerar mortaliteten hos de äldre [5, 6], som annars oftast är exkluderade i randomiserade studier.

**Exemplen med misslyckade** läkemedelsstudier och problematiska koronarstentor visar att inte alla nyheter håller måttet och att initialt lovande resultat måste följas upp under längre tid. Återigen kan våra nationella register, såsom SCAAR (Svenska Coronar Angiografi- och Angioplastik Registret), vara till god hjälp. Men utan försök och studier kom-

mer utvecklingen att stanna och nya metoder och behandlingsprinciper inte se dagens ljus, och en sådan utveckling kan väl knappast någons av oss önska.

**Sammanfattningsvis** finner

vi att införandet av alternativet att mäta apo B/ apo A1-kvot inom vårt landstingsområde har föregåtts av debatt såväl inom regionen som lokalt. Representanter för primärvården har deltagit i en arbetsgrupp för hjärta-kärl, på ett motsvarande sätt som arbetet bedrivits inom den lokala läkemedelskommittén. Den kliniska medicinen måste ständigt ifrågasätta äldre metoder för att se om nya kan vara av större värde; ett belysande exempel är ambulatorisk blodtrycksmätning i relation till konventionellt mottagningsblodtryck. Undersökningsmetoden kan dock inte bestämma behandlingen – det är den behandlande läkarens medicinska ansvar på basen av evidens och de rekommendationer som finns inom olika kliniska områden.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Artikel författarna har fått föreläsaravoden från AstraZeneca, MSD, Sanofi-Aventis, Schering-Plough och GlaxoSmithKline.*

REFERENSER

1. Socialstyrelsens riktlinjer för hjärtsjukvård 2004. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
2. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, Dans T, Avezum A, Lanas F, et al; INTERHEART study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004;364:937-52.
3. Wallentin L, Lagerqvist B, Husted S, Kontny F, Ståhle E, Swahn E for the FRISCH II Investigators. Outcome at 1 year after an invasive compared with a non-invasive strategy in unstable coronary-artery disease: the FRISCH II invasive randomised trial. *Lancet*. 2000;356:9-16.
4. RIKS-HIA. Årsrapport 2005.
5. Stenestrand U, Wallentin L. Early revascularisation for myocardial infarction. *Lancet*. 2002;360:1603.
6. Stenestrand U, Wallentin L. Early statin treatment following acute myocardial infarction and 1-year survival. *JAMA*. 2001;285:430-6.

Vit rock och cigarr



Foto: Jan Lind

Bör placeras på mindre framträdande plats, anser skribenten.

■ Svenska Läkaresällskapetets hus har uppmärksammats i ett inlägg i Läkartidningen 6/2007 (sidorna 436-9) av PO Haraldsson med replik av Mats Bauer – det gällde frågan om att modernisera eller att stanna i vördnad inför det 100-åriga huset och dess interiör och inredning.

**Jag har stor respekt** för att bevara och illustrera det som varit – till framtiden. Vi får inte bli historielösa. Men – varje gång jag går upp för trappan till föreläsningssalen får jag ett ordentligt adrenalinpåslag. Där hänger Bo Beskows porträtt från 1934 av Adolf Lichtenstein (1884–1950), professor i pediatrik vid Karolinska institutet 1932–1949 och Läkaresällskapetets ordförande 1949–1950. En vacker målning i sig och AL var säkert en utmärkt representant för skräret – men vår forna kollega har låtit sig avmålas i vit rock och med (statussymbolen?) en tjock cigarr. Den vita rocken antyder väl att han är mitt uppe i klinisk verksamhet, där han då säkert bjuder på unken cigarrdoft till stora och små.

**Förvisso har många** av oss väl rökt – pediater och andra – och ska skämmas för detta. Men att en av landets stora pediater fått en så framträdande plats för hängning – med cigarr!? Är det inte tid att överväga en mindre iögonfallande plats – där vår kollega kan få fortsätta att bolma sin cigarr mera i avskildhet.

**Yngve Hofvander**

professor, tidigare chef, internationell barnhälsovård, Uppsala Universitet yngve.hofvander@kbh.uu.se