Sjukronorsreformens följder:

Läkaren – från fri professionell till arbetstidsreglerad tjänsteman

Det är tillfredsställande att Läkartidningen gör en beskrivning av Sjukronorsreformen och inbjuder till debatt efter de inlägg som publicerats (50/99). Den beskrivning som ges i samtliga artiklar tycks mig vara präglade dels av att det är tjänstemän som författat dem (även om dessa var läkare när det begav sig), dels att det är dåvarande Sylf-representanter som skrivit.

Sveriges yngre läkares förening, Sylf, var ju den del av läkarkåren som var mest positiv, och åtminstone till en del drev på. Man säger att den svenska läkarkåren redan var vinklad åt att känna sig som tjänstemän och att skillnaden inte var så stor.

Läkare var fria företagare

Min bild är annorlunda. De som arbetade i sjukvården var i högsta grad fria företagare, som själva skötte mycket av sina mottagningar, vare sig de ägde rum i korridorer eller tjänsterum på sjukhus. Patienten sökte sin läkare och inte en sjukhusmottagning i de flesta fall. Visserligen var det många som förfäktade att det var den direkta betalningen som var viktig, men för de flesta var detta bara en del av den personliga kontakten läkare–patient.

Den största nackdelen av reformen både för patienter och läkare var därför övergången från en relativt fri professionell aktivitet med eget ansvar för en stor del av insatsen till en arbetstidsreglerad tjänsteman, som lika gärna kunde sitta i sammanträde som att ta emot patienter. Mycket av de problem som sjukvården i dag brottas med sammanhänger med denna ändring i filosofin för läkaryrket.

Det sägs att denna förändring hade kommit förr eller senare. Vad som inte berättas i artiklarna är den fientlighet som förelåg mellan tjänstemän och läkare. Jag har hört högt uppsatta politiker som i diskussioner mellan skål och vägg under senare år säga: »Även om Sjukronan orsakade stora svårigheter i sjukvården och ställde till det för många patienter, var det nödvändigt att klämma åt läkarna ordentligt. Jag ångrar den inte.»

Som framgår av Bo Hjerns artikel om bakgrunden till Sjukronorsreformen var jag ordförande i Universitetssjukhusens överläkarförening (USÖ) vid tillfället i fråga. Jag var dessutom ordförande i Göteborgs läkarförening och deltog i förhandlingsdelegationen. Jag har därför några ytterligare kommentarer till den reform, som utan tvekan medförde den största förändringen av läkarnas arbetsförhållanden någonsin.

Dessförinnan var jag emellertid ordförande i Läkarförbundet under tiden 1961 till 1965, en post jag åtog mig eftersom flera delar av förbundet hade upplevt att Dag Knutsons attityd i längden var destruktiv och omöjliggjorde att läkarna fick inflytande över sina förhållanden under den fientlighet som förelåg mellan förbundets ordförande och vad han med förakt kallade »samhället».

Under mitt ordförandeskap förbättrades förhållandena till överheten, och vi presenterade bland annat den storstilade Läkarhusplanen för Rune Johansson, då civilminister och ännu ansvarig för sjukvården. Tiden var dock inte mogen för en sådan utbyggnad av den öppna vården, och planen ledde endast till några enstaka läkarhus i storstäderna. Nu, i efterhand kan man konstatera att idén har förverkligats, men nu med stora vårdcentraler i offentlig regi.

Riksskatteverkets razzia

Bo Hjern anger att Läkarförbundet skaffat sig en uppfattning om läkarnas inkomster och dess fördelning. Viktigare var dock – enligt mitt förmenande – att myndigheterna skaffat sig en ännu bättre uppfattning genom den razzia som Riksskatteverket genomfört åren innan, och som lett till att inte bara många kirurgöverläkare fick böta – vilket Brith-Medén anger – utan att många också begick självmord på grund av den nesa som en offentlig debatt om skattefusk i många lokaltidningar upplevdes som.

> *”Beskrivningen av resultatet av reformen betonar inte tillräckligt de negativa följder som den fått. Namnet Sjukronorsreformen ger också en felaktig betoning. Viktigast för vårdens drift var inte löneförhållandena utan arbetstidsregleringen, som för flertalet läkare innebar minskad insats.”*

Razzian medförde att läkarkollektivet förlorade i anseende – alla läkare ansågs vara skattefifflare – men också att läkarföreningar och förbundet förlorade i egen energi. Många förtroendevalda hade fått ägna sig åt att stödja och hjälpa dem som fastnat i razzian och upplevde psykologiska svårigheter visavi det allmänna, även om man själv hade rent mjöl i påsen.

Motparten hade alltså fullt klart för sig vad varje läkare hade för inkomst. Detta ledde också till att man var medgörlig i att betala ut övergångsvederlag till många läkarkategorier, där man visste att inkomsterna – från enormt stora mottagningar vid många lasarett – hade uppgått till flera gånger vad lönen i fortsättningen skulle bli.

Dramatiska förhandlingar

Dramatiken under förhandlingarna var stor, med en av medlarna insjuknande i en hjärnblödning och oenighet både mellan olika läkarkategorier och motparterna. En som spelade stor roll var Tobias Lund, den chefsförhandlare vi hade tillgång till, som med enastående diplomati lyckades ena de stridiga viljorna. Medlemmarna i förhandlingsdelegationen fick också under förhandlingarnas gång vid upprepade möten

Författare

LARS WERKÖ
professor, Stockholm.



I Läkartidningen 50/99 beskrevs historiken och bakgrunden till Sjukronorsreformen.

förankra besluten i sina lokalföreningar, en uppgift som var långt ifrån lätt.

Stormiga sådana sammanträden både i Göteborg och Halland glömmer jag inte. I synnerhet minns jag ett där vi beräknat att kostnaderna för reformen för det allmänna skulle bli så stora att den inte skulle vara möjlig att genomföra. Vilket så småningom också visat sig. Sju kronor för ett besök, även inkluderande all undersökning och återbesök för samma sjukdomsepisod, har nu ersatts med flera hundra kronor för alla besök, och ändå går vården med underskott.

Privatpraktik utanför arbetstid

En stridsfråga var rätten till privatpraktik utanför arbetstiden. I tidigare diskussioner hade många läkare varit positivt inställda till begränsad arbetstid eftersom man sett att läkarna i Finland haft en positiv utveckling genom begränsad arbetstid i tjänsten med obegränsad privatpraktik. Detta hade diskuterats i Läkarförbundets centralstyrelse redan medan jag var ordförande.

I förhandlingarna begränsades rätten till privatpraktik till sex timmar per vecka, dock endast med arbetsgivarens tillstånd. Universitetsanställda undantogs från arbetstidsreglering och kunde även fortsättningsvis ha privat praktik, dock ej på arbetsplatsen. För universitetssjukhusen blev också den extra arbetstiden betydelsefull, både för arbetet och för inkomsterna. En av de biträdande överläkarna på Sahlgrenska sjukhuset hade under lång tid 60 timmars arbetsvecka (20 timmars särskild arbetstid), vilket gav honom en betydande inkomstförstärkning.

Bo Hjern förmodar att Bror Rexed inte var informerad tidigt. Det förefaller troligt, inte minst när man ser uttalanden från Socialstyrelsen (se ruta).

De negativa konsekvenserna har inte betonats tillräckligt

Beskrivningen av resultatet av reformen betonar inte tillräckligt de negativa följder som den fått. Namnet Sjukronorsreformen ger också en felaktig bild. Viktigast för vårdens drift var inte löneförhållandena utan arbetstidsregleringen, som för flertalet läkare innebar minskad insats. Mina biträdande överläkare i Göteborg hade före reformen en blomstrande mottagning – enligt sjukkassetaxan – cirka sex timmar tre gånger i veckan. Efter reformen minskade den snabbt till 2 timmar en till tre gånger i veckan inom den tillmätta arbetstiden, som i början var 48 timmar i veckan.

Inkomnstutjämningen

En aspekt på reformen som Henric Hultén omnämner i förbigående var inkomstutjämningen inom kåren. Jag har alltid varit förvånad över att ingen tagit upp denna tidigare. Den innebar en enorm förskjutning av inkomsterna. Utgångspunkten var ju att den totala lönekakan skulle vara oförändrad, samtidigt som varje läkarkategori skulle ha samma timlön över hela landet.

Detta innebar en förskjutning av tiotusentals kronor i lön från kirurg- och medicinunderläkare till pediatriker och psykiatriunderläkare, och från läkare av alla kategorier, framför allt underläkare, vid alla landsortslasarett (som haft stora mottagningar) till universitetssjukhus.

Läkarutbytet minskade starkt

En förutsedd följd var att utbytet av läkare mellan universitet och landet i övrigt minskade drastiskt. Tidigare var inkomsten en magnet som drog färdigutbildade läkare från undervisningssjukhusen till landsortslasaretten. Nu försvann denna magnet, och det viktiga utbytet mellan olika kategorier av sjukhus har minskat drastiskt.

Före 1970 fördes en viss diskussion både bland allmänhet och inom läkarkåren om det spelade någon roll om det fanns en bestämd arbetstid utanför vilken läkaren var fri. Erfarenheten har visat att det behövs speciella morötter för att få ut maximal insats – vilket ofta krävs i den dramatiska sjukvården. Den tillfredsställelse som tidigare fanns i sjukvården har bytts ut mot ett fenomen som inte fanns då – utbrändhet.

Nu krävs en syntes

Det gäller nu att försöka finna modeller som kan ta vara på de goda erfarenheterna från tiden före 1970 utan att återinföra de nackdelar som utan tvivel också fanns då. För detta fordras förtroende och samarbete mellan myndigheter (politiker och tjänstemän) och vårdpersonal (läkare, sjuksköterskor och andra), och inte den misstro och arrogans som fortfarande finns kvar här och var. •

Ur »Hälso- och sjukvård inför 80-talet»:
(Socialstyrelsen, 1973)

»Samtidigt med enhetstaxereformen år 1970 träffade arbetsmarknadsparterna avtal om väsentligt ändrade anställningsförhållanden för läkare med bl a reglerad och schemalagd arbetstid samt totallön från sjukvårdshuvudmannen.

Från att tidigare haft ett anställningsförhållande som tillåtit samtidig fri företagsamhet under den offentlige arbetsgivarens hägn fick de flesta offentligt anställda läkarna med relativt kort varsel *ren tjänstemannaställning*.

Den korta tiden mellan beslut och genomförande medförde en del administrativa komplikationer i startskedet. Kombinationen av de två reformerna – vilken i och för sig inte är ologisk – tillsammans med bristande tid för information före genomförandet bidrog till *oklarheter hos såväl den vårdsökande allmänheten som personalen*.

Härigenom har också betydande förseningar uppstått då det gäller att förändra organisationen så att de avsedda vinsterna genom de båda reformerna kommer patienterna tillgodo.»

ANNONS

ANNONS

Redaktör: Jan Lind tel: 08-790 34 84 • e-post: debatt@lakartidningen.se

Sjukronan: Patienterna blev lidande

Bo Hjern och Henric Hultin har på ett utmärkt sätt redogjort för sina minnen kring den s k sjukronorsreformen 1970 (Läkartidningen 50/99). Kanske kan några minnen från en annan utsiktspunkt ha något intresse. Jag blev efter 1966 års val ordförande i Uppsala läns landstings förvaltningsutskott (det som nu kallas Landstingsstyrelsen) samt ledamot av landstingsförbundets styrelse, där vi vid kongressen 1967 avsatte den dittills allsmäktige talmannen Fridolf Thapper som ordförande. I den nya styrelsen med borgerlig majoritet blev skånepolitikern Stig F Hansson (c) ordförande. Jag var den ende styrelsemedlemmen med egen praktisk erfarenhet av sjukvårdsarbete – överläkare och klinikchef vid en invärtesmedicinsk klinik i Uppsala – och var mycket tveksam inför vårt remissvar på förslaget till 7-kronorsreformen, men böjde mig inför argumentet att hanteringen skulle bli så mycket enklare för patienten och de dåvarande orättvisorna mellan lika läkarkategorier skulle rättas till.

I redogörelsen från förhandlingsdelegationen om läkaravtalet sägs att »inkomsterna inom läkarkåren väsentligt omfördelades. Läkare inom specialiteter som anestesi, långvård och pediatrik fick generellt kraftiga inkomstförstärkningar, medan läkare inom främst laboratoriespecialiteterna men också kirurgi, hud samt öron-, näs- och halsspecialiteterna fick vidkännas betydande inkomstminskningar. Den senare kategorin kompenseras delvis för inkomstbortfallet genom personlig avlösning under treårsperioden 1970–72».

Inget intresse av långvariga mottagningar

Vad som glömdes bort av både politiker och läkare var den försämrade situation, som patienterna hamnade i. Ingen hade förutsett att den öppna mottagningsverksamheten vid sjukhusen skulle krympa så mycket som skedde. De totalavlönade läkarna hade inte längre något intresse av långvariga mottagningar. Om man förut hade fortsatt sin mottagning så länge det fanns någon patient i väntrummet, så slutade man nu, när den reglerade arbetstiden fullgjorts och en väsentligt större del av den tiden ägnades den slutna vården, vilket kunde vara motiverat av många skäl. Men följden blev att den öppna specialistvården kraftigt reducerades med väntelistor som följd. Patientens valfrihet suddades också ut. Förut hade patienterna på eget initiativ och utan remisstvång sökt en bestämd överläkare, som sedan följde sina patienter under åratal som deras förtrogna och trygghet i en långvarig åkomma. Nu krävdes ofta remiss för besök på specialistmottagningen, och där riskerade man att varje gång träffa en ny läkare. Mycket ofta visste patienten inte ens namnet på den läkare, som de senaste gången träffat.

Effekten av 7-kronorsreformen, där sjukronan snabbt växte till 200 kr, var för läkarkåren övervägande positiv med reglerad arbetstid och för många bättre inkomst. För patienterna var effekten förrödande: långa väntetider för specialistvård, ingen möjlighet att välja läkare och ingen kontinuitet i läkare–patientkontakten, vilket riskerade att leda till sämre vård. Landstingen tjänade inga pengar på reformen men fick stora problem med väntelistor och -tider och borde bättre ha beaktat sin roll som patienternas företrädare. I dagens läge med bolagisering och privatisering av sjukhusen borde en återgång till specialistläkarnas privatmottagning på sjukhusen prövas så som det fungerar på många håll ute i Europa.

Nils Brage Nordlander
f d överläkare och landstingsordförande, Uppsala

Sjukronan: Arbetstidslagen dubbelt trumfkort

Som Henric Hultin skriver i Läkartidningen 50/99 var förhandlingarna om sjukronan årsskiftet 1969/1970 dramatiska. Arbetsgivaren var helt medveten om att läkarkåren arbetade långt utöver arbetstidslagens regler. Man visste att man omöjligen på kort sikt kunde låta lagen gälla för läkare. Läkarförbundet å sin sida begärde ett mycket högt pris för att stå utanför lagen. Huvudmännen tvingades betala dyrt för detta avsteg, som i avtalet uttrycktes ungefärligen som att »jour undantages från arbetstidslagens regler».

Jag var vid tidpunkten Sylf-ombud i Jönköping och ansåg inte att avtalets skrivning verkligen innebar att läkares jourarbete gick utöver lagens begränsningar. Min tolkning godtogs först varken av vår lokala arbetsgivare eller av Läkarförbundets förhandlare. Man hade nämligen i avtalet förbisett att enligt lagens definition »jour» endast är den passiva tiden. Allt aktivt arbete skulle således tvärtemot parternas avsikt inrymmas inom lagens ram.

Vår lokala arbetsgivare hade underhandskontakt med huvudmannen och jag med Läkarförbundets chefsförhandlare Tobias Lund. Huvudmännen var mycket bekymrade över förhandlarnas tabbe att betala för ett avsteg utan värde – det gällde mycket stora summor.

Efterhand fick bägge parter i Jönköping besked från respektive sida att vår tolkning var korrekt. Man krävde emellertid att vi skulle »ligga lågt» ett år. I annat fall skulle riksdagen stifta tvångslag. Läkarförbundet kunde alltså använda trumfkortet arbetstidslagen en andra gång i senare förhandlingar.

Reine Gustavson
verksamhetschef, kirurgkliniken, Länssjukhuset Ryhov, Jönköping

Om tidsandan – och vår tid

I debatten om läkarna och tidsandan fyller mig vissa ord och uttryck med obestämt obehag. Ett sådant ord är »läkarimport» - senast i Nils Brage Nordlanders och och Johan Fischers respektive inlägg i Läkartidningen 1–2/00.

Läkarimport? Detta alltså om de judiska kolleger som under nazitidens hot om tortyr och död sökte en fristad i Sverige …

Det är möjligt att debatten fördes så på den tiden. Jag var inte där. Men más-