



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

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

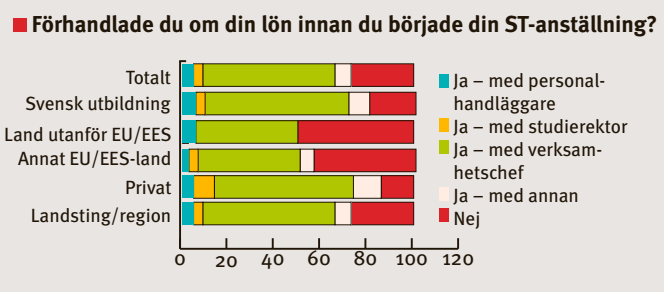
Michael Lövtrup

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**

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.



Källa: Sylf:s ST-enkät

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 individuellt 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 arbetsgivaren 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 möjligheterna 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 alzheimer, 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.*