

Akademisk armod og lægeligt hovmod?^{x)}

Indledning

Påstanden om, at der eksisterer en speciel »skandinavisk model« er ikke helt ved siden af, når det drejer sig om akademikerne faglige organisering. Sammenlignet med de fleste andre højt industrialiserede, vestlige lande fremviser akademikernes og andre højtuddannedes faglige organisering i de skandinaviske - eller snarere de nordiske - lande en række specielle træk. For det første er det horisontale organisationsprincip om ikke enerådene så dog dominerende. Det vil sige, at selve den akademiske uddannelse eller eksamen, og ikke ansættelsesområdet, er basis for organiseringen. For det andet indgår de enkelte akademiske fagforbund i fælles, centrale hovedorganisationer for alle akademikere (SACO-SR i Sverige, AC i Danmark, Akava i Finland, AF i Norge og BHM i Island). For det tredje er disse akademikerorganisationer ikke blot traditionelle professionsgrupper, men egentlige fagforeninger, der som anerkendte forhandlingspartnere indgår i et institutionaliseret og ret centraliseret forhandlings- og konfliktløsningssystem sammen med hovedorganisationer for andre lønmodtagergrupper og repræsentanter for arbejdsgiverne. For akademikere er den

vigtigste arbejdsgiver selvsagt det offentlige.

De seneste år har imidlertid vist opbrudstendenser i denne »skandinaviske model«. Den økonomiske afmatning og forsøg på at dæmpe væksten i de offentlige udgifter har på én gang blotlagt og skærpet forskelle i udbud af og efterspørgsel efter forskellige typer akademisk arbejdskraft og forskelle i forhandlingsstrategiske positioner mellem akademikergrupperne. Det er derfor ikke underligt, at solidariteten mellem de enkelte akademikerorganisationer og dermed de akademiske centralorganisationers samhold og enhed er udsat for et voldsomt pres.

Det er et gennemgående træk i alle de nordiske lande, at lægerne - især de yngre læger - indtager en nøgleposition i dette opbrud. I Danmark har lægerne - på de yngre lægers initiativ - trukket sig ud af AC; i Sverige har Läkarförbundet besluttet at forlade SACO-SR; Den norske lægeforening besluttede i juni 1981 at melde sig ud af Akademikerne Fellesorganisasjon (AF). Det finska läkarförbundet og den islandske lægeforening har indtil videre bestemt sig for at forblive i de respektive akademiske centralorganisationer (Akava og BHM). Men det holdt hårdt.

I det følgende skal vi se nærmere på, dels hvad der førte til lægernes udtræden af de akademiske centralorganisationer i Sverige og Danmark i forbindelse med overenskomstforhandlingerne i 1981, dels

*Institut for Offentlig
Økonomi og politik,
Odense Universitet.*

på forløbet og udfaldet af konflikten mellem lægerne og de offentlige arbejdsgivere. En komparativ analyse af forholdene i Sverige og Danmark på dette område vil forhåbentlig skærpe blikket for, ikke blot de problemer, akademiske centralorganisationer står over for i disse år, men også for de politisk-administrative muligheder for at styre udviklingen i sundhedssektoren - og dermed, i videre forstand, i den offentlige sektor.

Der er mange lighedspunkter i forhandlingsforløbet i de to lande. Forhandlingerne var usædvanlig hårde og dramatiske. I begge lande markerede lægernes udtræden af de akademiske centralorganisationer et sammenbrud for den interprofessionelle solidaritet og sammenhold. I Sverige måtte Läkarpförbundet gennem langstrakte og seje forhandlinger, før et forlig var i hus ca. et år efter overenskomsten mellem det øvrige SACO-SR og de offentlige arbejdsgivere. I Danmark fulgte ligeledes et langt og yderst dramatisk efterspil efter vedtagelsen af mæglingsforslaget for hele AC-området i maj 1981. Først i begyndelsen af 1982 trådte overenskomsten for de yngre læger i kraft og da med betydelige ændringer i forhold til det oprindeligt vedtagne mæglingsforslag. I begge lande var det centrale stridsspørgsmål mellem lægerne og de offentlige arbejdsgivere bestemmelser vedrørende arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse. Men der var også udtalte forskelle mellem de to lande. Begivenhedsforløbet i Danmark vidnede om mere fundamentale brud på normer for overenskomstforhandling og overenskomstindgåelse. Sammenlignet med det i forvejen usædvanlige forløb i Sverige kan forhandlingerne mellem de yngre læger (F.a.y.L.) og Amtsrådsforeningen i Danmark beskrives som yderst irregulære, uforudsigelige for ikke at sige anarkiske. Og endelig er forskellen i selve

udfaldet af konflikten mellem lægerne og de offentlige arbejdsgivere i de to lande mildt sagt slående; den svenske overenskomst resulterede i forøget produktivitet blandt sygehuslægerne samt et reduceret behov for lægelig arbejdskraft. I Danmark betød overenskomsten et forøget behov for underordnede sygehuslæger på ca. 40% eller ca. 1800 nye stillinger, stærkt reduceret produktivitet samt en merudgift på ca. 400 mill. kr.

Forspillet

Op igennem 1970'erne havde det svenske Läkarpförbundet gennem forhandlinger med de offentlige arbejdsgivere etableret et tostrengt system for tilrettelæggelsen af arbejdstiden for hospitalslæger.¹⁾

Systemet bestod dels af normal arbejdstid (ordinarie arbetstid), dels af vagt (jour) og beredskab. Den normale arbejdstid omfattede 40 timer pr. uge i tidsrummet mandag-fredag kl. 07-21. Dertil kom et vist antal timer om ugen, (5 timer i gennemsnit), kaldet særskilt arbejdstid, som skulle fordeles individuelt for hver læge. Den normale arbejdstid blev tilrettelagt af arbejdsgiveren. Vagttiden omfattede alle resterende timer om ugen, d.v.s. hverdage efter kl. 21 og lørdag og søndage. En vagt indebar, at lægen fysisk skulle være til stede på afdelingen for således at kunne rykke ind, hvis der var behov for det. Vagttimer skulle kompenseres enten i form af fritimer, der tages ud af den normale arbejdstid, eller i form af kontant (overtids)betaling. Vagter og vagttimer blev fordelt og skemalagt af lægerne selv. Beredskab indebar enten, at lægen skulle kunne tilkaldes fra hjemmet eller på anden måde tilkaldes pr. telefon. Beredskabet kompenseredes i form af fritid efter en bestemt skala.

I slutningen af 1970'erne var de offentlige arbejdsgivere, repræsenteret ved

Landstingsförbundet, for alvor begyndt at satse på omkostningskontrol og forøget effektivitet i sundhedssektoren. Ideologisk-politisk var bestræbelserne for at gennemføre omkostningskontrol støttet af krav om en større grad af lighed mellem de forskellige personalegrupper i sundhedssektoren - lønmæssigt såvel som arbejdstidsmæssigt. Givet det gældende arbejdstidssystem for sygehuslægerne var Landstingsförbundets strategi derfor klar: 1) ved at kræve en udvidelse af den normale arbejdstid i forhold til vagttiden, kunne arbejdsgiverne forøge kontrollen over den samlede arbejdstid og dermed få det samme antal læger til at præstere mere arbejde og samtidig reducere behovet for assisterende læger, der indkaldes, når de almindelige sygehuslæger tager deres kompenserede fritid, 2) at ændre compensationsskalaen, således at vagttimerne bliver mindre værd både hvad angår fritid og betaling, og 3) at kræve at en mindre del af de kompensationsberettigende vagttimer tages ud i form af fritid i forhold til kontant afregning. Det var da også netop disse krav, der indgik i Landstingsförbundets oplæg, præsenteret første gang i 1976. Spørgsmålet om arbejdstidstilrettelæggelsen indgik i 1980-forhandlingerne, men blev henvist til en special komite, hvis arbejde i øvrigt ikke fik nogen betydning. Men det lå i luften, at arbejdsgiverne ville satse hårdt på deres krav om ændringer af arbejdstidssystemet ved overenskomstforhandlingerne 1981. Det blev også gjort klart i Landstingsförbundets udspil til 1981-forhandlingerne, at spørgsmålet om lægernes arbejdstid måtte løses som en integreret del af en samlet overenskomst mellem Landstingsförbundet og SACO-SR. Sagt på en anden måde, blev der ikke truffet en for arbejdsgiverne acceptabel løsning på lægernes arbejdstidsproblemer, ville der ikke

blive nogen overenskomst med SACO-SR.

Det arbejdstidssystem, der var gældende for de underordnede sygehuslæger i Danmark, gik tilbage til 1970²⁾ eller måske rettere helt tilbage til 1965. I følge dette system var arbejdsforpligtelsen på 40 timer om ugen fordelt på en vis mængde dagarbejde (ca. 6 timer, typisk fra kl. 8-14) dels på vagter (alle øvrige ugentlige timer). Vagterne gik på skift mellem alle lægerne i et vagtlag. Deltagelse i vagter blev kompenseret i form af fritid, men væsentligst i form af vagthonorarer. Vagthonorarerne afhang dels af vagtens art dels af omfanget af det arbejde, der blev udført i vagttiden. Det var endvidere karakteristisk for vagtsystemet, at det byggede på døgnvagter.

Sammenlignet med det svenske system kan det danske arbejdstidssystem karakteriseres ved: 1) den normale arbejdstid, eller i Danmark dagarbejdstiden, var af betydeligt mindre omfang, 2) som følge heraf havde arbejdsgiverne betydelig mindre kontrol over arbejdstilrettelæggelsen, 3) vagtsystemet var ikke blot af betydelig større omfang i Danmark men indebar også langt bedre aflønnede honorarer og overtidsbetaling, 4) døgnvagtordningen eksisterede ikke i Sverige.

I begyndelsen af 1970'erne begyndte en voldsom stigende produktion af medicinske kandidater at præge beskæftigelsesudsigterne. Den begyndende arbejdsløshed blev mere udtalt op gennem 1970'erne også påvirket af det forhold, at ansættelsesmulighederne i Sverige forringedes. På baggrund heraf nåede F.a.y.L. og Amtsrådsforeningen i 1975 til principiel enighed om at konvertere en del af yngre lægers overtid til nye stillinger. Ved overenskomstforhandlingerne 1977 var man tæt på enighed om en model for et arbejdstidssystem, der ville udløse ca. 700 nye

stillinger. Men prisen for det nye arbejdstidssystem og de nye stillinger, det vil for praktiske formål sige spørgsmålet om lønninger og tillæg for de enkelte læger, skilte parterne. Det afgørende var imidlertid, at spørgsmålet om arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse for de yngre læger var sat på dagsordenen. Det er også værd at notere sig, at man principielt var enige om indførelsen af en normal 40 timers arbejdsuge.

Herefter fulgte tre »traumatiske« år med 1978-konflikten om indførelsen af arbejdsmiljølovens 11-timers regel for sygehuslægerne, med voldgiftssager og med et utal af resultatløse møder. Disse begivenheder bidrog til at skærpe konflikten mellem de yngre læger og Amtsrådsforeningen op til overenskomstforhandlingerne i 1981.

Amtsrådsforeningens udspil op til 1981-forhandlingerne, der byggede på modellen for de øvrige sygehuspersonale-overenskomster, indeholdt følgende krav: 1) indførelsen af en normal 40 timers arbejdsuge baseret på 3-skiftet arbejdstilrettelæggelse, 2) udvidelse af dagarbejdstiden til normal 8 timer. 3) rådighedstjeneste og vagttid skulle indregnes i den normale arbejdsuge efter bestemte omregningsfaktorer, og 4) bortfald og reduktion af honorarer og overtidsbetaling. Det var oplagt, at Amtsrådsforeningens forslag ville medføre et større antal nye stillinger - efter Amtsrådsforeningens skøn ca. 400.

F.a.y.L. nægtede pure at forhandle på dette grundlag og spillede i stedet ud med et forslag, der i princippet byggede på den gældende overenskomst herunder en bibeholdelse af døgnvagterne. En afspadseringsordning skulle skaffe plads til 4-700 nye stillinger.

Selvom kravet om en indførelse af arbejdsmiljølovens hviletidsbestemmelser på hospitalerne i nogen grad havde ænd-

ret forhandlingssituationen i forhold til 1977, er det påfaldende, at F.a.y.L. med dette udspil løb fra den tidligere opnåede enighed med Amtsrådsforeningen om et nyt arbejdstidssystem baseret på en normal 40 timers arbejdsuge.

Overenskomstforhandlingerne i 1977 førte til et af begge parter accepteret og færdigformuleret udkast til overenskomst om arbejdstidssystemet. Det var således på dette tidspunkt ikke spørgsmålet om arbejdstiden og arbejdstilrettelæggelsen, der skilte parterne, men derimod, som nævnt, spørgsmålet om lønninger og honorarer. Amtsrådsforeningen var derfor tydeligvis overrasket over F.a.y.L.'s udspil op til 1981-forhandlingerne.³⁾

Det kan være vanskeligt at skue gennem disse komplicerede bestemmelser vedrørende arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse og at identificere hensigterne bag omslaget i F.a.y.L.'s politik desangående. Men det forekommer en sandsynlig hypotese, at omslaget i de yngre lægers holdning til arbejdstidsspørgsmålet og modstanden mod Amtsrådsforeningens forslag ligger i to forhold. For det første, at F.a.y.L. ikke blot ville have flere nye stillinger, men samtidig også minimere den pris de måtte betale herfor i form af eventuelle indtægtsreduktioner for de enkelte læger. I så henseende var den gamle overenskomst oplagt et bedre forhandlingsgrundlag i forhold til den arbejdstidsmodel, man var blevet enige om i 1977, og som Amtsrådsforeningen byggede videre på i udspillet til 1981-forhandlingerne. Der er selvsagt legitimt, at F.a.y.L. som *fagforening* forsøger at varetage medlemmernes beskæftigelsesmæssige og lønmæssige interesser. Men F.a.y.L. er ikke blot en fagforening i traditionel forstand, man også en organisation for udøverne af en bestemt *profession* (om professionsbegrebet se nedenfor). Det andet forhold,

der kan begrunde de yngre lægers modvilje mod en normalisering af arbejdstiden i forhold til andre personalegrupper på hospitalerne, kan derfor ligge i et ønske om at forsvare nedarvede professionsprivilegier såsom autonomi og selv-regulering -også når det drejer sig om arbejdstilrettelæggelse.

Men det kan anstændigvis ikke udelukkes, at hensynet til de yngre lægers uddannelsesmuligheder og hensynet til patientbehandlingen også har spillet en rolle for den massive afvisning af Amtsrådsforeningens forslag.

De centrale forhandlinger

I både Danmark og Sverige var der en kort periode, hvor forhandlingerne blev varetaget af de akademiske centralorganisationer, og hvor forhandlingsmaskineriet virkede i overensstemmelse med de sædvanlige procedurer for overenskomstindgåelse på det offentlige arbejdsmarked.

I Sverige forhandlede SACO-SR's forhandlingskarteller en måneds tid, førend forhandlingerne brød sammen på grund af en uenighed om, hvorledes man skulle »oversætte« den 2 uger gamle overenskomst mellem LO og SAF fra det private til det offentlige arbejdsmarked. Forhandlingerne blev herefter henvist til en mæglingskomite, der barslede med et mæglingsforslag sidst i marts. Ligesom Landstingsförbundets oprindelige forslag byggede også mæglingsforslaget på, at bestemmelserne om sygehuslægenes arbejdstid skulle indgå som en integreret bestanddel af det samlede SACO-SR-forslag. Da begge parter accepterede de generelle økonomiske betingelser, herunder spørgsmålet om lønforhold, men da SACO-SR, stærkt presset af Läkarförbundet, afviste de foreslåede arbejdstidsbestemmelser for lægerne, faldt forslaget.

Mæglingskomiteen udarbejdede flere nye specielle forslag om arbejdstidregler i takt med, at lægerne varslede og gennemførte strejker. I løbet af sommeren 1981 var det ved at blive klart, at enighed ikke kunne opnås. Der var lagt op til en stor konflikt med omfattende strejker og lockout'er. Det var præcis på det tidspunkt, den interprofessionelle solidaritet brød sammen.

Som i Sverige blev forhandlingerne i Danmark hurtigt overført til forligsinstitutionen. Herigennem fremsattes et forslag fra arbejdsgiverside i slutningen af marts 1981. Forslaget blev afvist af AC -ikke mindst på grund af pres fra F.a.y.L. AC's efterfølgende strejkevarsel blev imødegået af varsel om en lockout omfattende ca. 20.000 akademikere fra arbejdsgivernes side. Den 9. april trak F.a.y.L. sig énsidigt ud af forhandlingerne efter et forgæves forsøg på at få AC til at afbryde videre forhandlinger. Med AC's samtykke fremsattes et fælles mæglingsforslag omfattende alle de organisationer, som havde overdraget forhandlingskompetencen til AC, således også F.a.y.L.. Dette forslag blev herefter sendt til afstemning i de enkelte AC-organisationer. Trods de yngre lægers massive afvisning (98% stemte nej), blev det samlede forslag vedtaget i overensstemmelse med AC's afstemnings- og sammenkædningsregler. I følge gældende ret på området skulle en ny overenskomst dækkende hele AC-området, inclusive F.a.y.L., således være i hus. Sådan gik det ikke for de yngre lægers vedkommende. Vedtagelsen af mæglingsforslaget udløste en hidtil uset bølge af overenskomststridige strejker på hospitalerne, ligesom de yngre læger i protest deponerede deres autorisationer. Disse dramatiske begivenheder var foregrebet af en anden central begivenhed: samme dag resultatet af afstemningen om mæg-

lingsforslaget forelå, besluttede F.a.y.L. at anmode Den almindelige danske Lægeforening (som har kompetencen i slige sager), om at forlade AC. En anmodning, der blev imødekommet tre dage senere.

Lægernes udtræden af de akademiske centralorganisationer

Da truslen om en storkonflikt på SACO-SR-området blev akut i løbet af forsommeren 1981, optog to SACO-SR forbund (jurister & økonomer og socialrådgiverne) en underhåndskontakt med Landstingsförbundet. Denne kontakt, som Läkarförbundet ikke var informeret om, førte til udarbejdelsen af et forslag, der blev vedtaget af et flertal i SACO-SR's forhandlingskarteller den 17. juli (lægerne og ingeniørerne stemte imod). Forslaget udskilte den del af det oprindelige mæglingsforslag, der vedrørte arbejdstidsbestemmelserne for hospitalslægerne. Läkarförbundet var herefter henvist til at forhandle videre med Landstingsförbundet alene, og vigtigere, under *fredspligt*, som blev pålagt Läkarförbundet som en del af aftalen mellem flertallet i SACO-SR og de offentlige arbejdsgivere. Flertalsbeslutningen den 17. juli var den enkeltbegivenhed, der fik Läkarförbundet til at trække sig ud af SACO-SR. Läkarförbundets exit-beslutning blev imidlertid ikke truffet på en studs. Baseret på omhyggelig analyse af fordele og ulemper ved at forlade SACO-SR og baseret på indgående drøftelser i forbundets valgte organer blev beslutningen endelig truffet den 15. november 1981.⁴⁾

Sammenlignet hermed forekommer de danske lægers exit-beslutning noget hovedkuls. Der foreligger intet offentligt tilgængeligt materiale om de forhandlinger i lægernes organisationer, der førte frem til beslutningen. Men man kan jo gætte på, at der har været indgået en noget utraditi-

onel alliance mellem militante yngre læger og de praktiserende læger, der altid har været lunkne i forholdet til AC.

Det organisatoriske dilemma omkring exit-beslutningen var principielt det samme i de to lande, omend måske af forskellig intensitet; set fra flertallet af de akademiske organisationers side var det centrale spørgsmål, om man skulle geråde ud i en omfattende og dyr konflikt i solidaritet med en i forvejen lønmæssigt og på anden vis privilegeret akademikergruppe som lægerne.⁵⁾ Der kan formentlig ikke være nogen tvivl om, at de offentlige arbejdsgivere har spillet præcis på dette forhold i både Danmark og Sverige. Den oprindelige sammenkædning af de specielle arbejdstidsbestemmelser for lægerne med de generelle vilkår for alle SACO-SR-organisationer og de efterfølgende lockout-varslers tyder på det. Det samme gør de danske offentlige arbejdsgivers omfattende lockout-varsel. Omvendt var det set fra lægernes side et spørgsmål om, hvorvidt man skulle opgive privilegier i form af relativt højere lønninger og i form af unikke, professionsbestemte forhandlingsstrategiske fordele i solidaritet med andre akademikergrupper præget af arbejdsløshed og svækkede forhandlingspositioner.

Det er ingen tilfældighed, at dette dilemma accentueredes netop ved indgangen til 1980-erne.

Der har altid været potentielle interesse modsætninger mellem de akademiske organisationer: Disse modsætninger bunder i mindst to forhold. For det første en markedsbestemt forskel i efterspørgslen efter forskellige typer af akademisk arbejdskraft. For det andet er der forskelle mellem de akademiske grupper i forhold til, hvorvidt og i hvilket omfang de besidder sådanne egenskaber, der kendetegner en profession. Det kan være autonomi,

selv-regulering, selv-definerede etiske standarder, monopol på varetægelse af bestemte arbejds- og erhvervsfunktioner, klientorientering, m.v.. Pointen er, at sådanne professionsegenskaber kan omsættes i forhandlingsstrategiske fordele ikke blot når det drejer sig om at befæste og styrke professionen som profession, men også når en professionsgruppe som fagforening forsøger at forbedre medlemmernes løn- og ansættelsesvilkår. Et enkelt eksempel kan illustrere tankegangen; klientorienteringen åbner mulighed for en politisk mobilisering af klienter eller patienter, d.v.s. vælgere, og dermed politikere, der ønsker (gen)valg, til støtte for de krav, professionens udøvere formulerer.

Både hvad angår efterspørgslen efter en bestemt type akademisk arbejdskraft, og hvad angår graden af professionalisering, er lægerne som gruppe betragtet unik i forhold til de øvrige akademikergrupper. Når de heraf afledte interesse modsætninger mellem de akademiske organisationer først manifesterede sig ved indgangen til 1980'erne, skyldes det flere forhold.

I de første år efter SACO's dannelse i 1947 var der endnu rester tilbage af 1930'ernes akademikerarbejdsløshed, ligesom akademikerlønningerne var relativt lave sammenlignet med andre lønmodtagergrupper. Når der i denne periode ikke var problemer med at aggregere de forskellige medlemsorganisationers interesser, hænger det dels sammen med, at Läkarsförbundet forhandlede selvstændigt i forhold til de øvrige organisationer, hvis forhandlinger direkte blev varetaget af SACO, dels med det forhold, at lægerne i udtalt grad dominerede SACO. Lægerne, og ikke mindst foreningen af yngre læger (S.y.l.F.) havde spillet en dominerende rolle for dannelsen af SACO (og dens forgænger, Foreningen af yngre akademikere, SYACO) sandsynligvis for at

kunne udnytte de organisatoriske ressourcer, der knytter sig til en central akademikerorganisation for at rette op på især de yngre lægers relativt dårlige indtægtsforhold.⁶⁾ Da SACO og forhandlingssystemet centraliseredes op gennem 1960'erne samtidig med, at SACO's eksplosive medlemsfremgang truede lægernes dominans, bidrog den offentlige sektors vækst og manglen på stort set alle typer akademisk arbejdskraft til, at der heller ikke i denne periode var nævneværdige aggregeringsproblemer. Der var nok til alle, og enhver fik sit. Men der opstod problemer i kølvandet på den øretæve, SACO løb ind i, i forbindelse med SACO-konflikten i 1971. De yngre læger forsøgte at få moderorganisationen, Läkarsförbundet til at trække sig ud af SACO i protest mod den solidariske lønpolitik og åbning til LO og TCO, som SACO var mere eller mindre tvunget til at anlægge.⁷⁾ Mærket af 1971-konflikten fortsatte SACO i løbet af 1970'erne en forhandlingslinie, der på én gang indebar lønnivellering mellem de forskellige SACO-organisationer og tilnærmelse til især TCO. Men i denne periode åbnedes en sikkerhedsventil for lægerne; gennem en opbygning af *jour-systemet* opnåede lægerne ikke blot en delvis selvreguleret arbejdstidstilrettelæggelse, men også betydelige indtægtsfordele. Ved indgangen til 1980'erne var medianlønnen for hospitalsansatte læger dobbelt så stor som den gennemsnitlige medianløn for de øvrige SACO-SR-grupper. Det var just denne sikkerhedsventil Landstingsförbundet lukkede for, da det rettede opmærksomheden mod *jour-systemet* som et middel til at gennemføre omkostningskontrol og effektiviseringer i hospitalssektoren.

I modsætning til Sverige var de danske læger passive omkring dannelsen af Akademikernes Samarbejdsudvalg i 1950.⁸⁾

Dels fordi de praktiserende læger som udøvere af et såkaldt liberalt erhverv så med skepsis på en fælles-akademisk lønmodtagerorganisation, dels fordi lægerne - sammenlignet med de øvrige akademikergrupper hverken havde beskæftigelses- eller indtægtsproblemer. Behovet for en akademisk centralorganisation med overvejende svagere partnere var set fra lægernes side næppe stort, så meget mindre som lægerne i forvejen havde en økonomisk stærk og velkonsolideret organisation. Da AS endelig begyndte at fungere som en egentlig hovedorganisation fra omkring midten af 1960'erne, bidrog den offentlige sektors vækst og manglen på akademisk arbejdskraft - som i Sverige - til at holde eventuelle interesse modsætninger i ave. Heller ikke dannelsen af AC i 1972 kunne true de yngre læger. Nok lancerede AC's første formand, læge Erik Holst ideen om en »fælles lønmodtagerfront« med kontakter til de andre lønmodtagerorganisationer og erklæringer om solidarisk lønpolitik;⁹⁾ nok var der stigende arbejdsløshed for en række AC-organisationer hen mod 1970'ernes slutning; nok var der tendenser til en relativ ringere reallønsudvikling for de offentlig ansatte akademikere - ikke mindst de højere lønnede akademikere blev ramt af ophævelsen af den automatiske, procentvise dyrtidsregulering i 1975. Men som i Sverige havde hospitalslægerne tilkæmpet sig et ganske kompliceret, men tilsyneladende velfungerende og i hvert fald givtigt vagtsystem. Der var således i denne periode ikke de store problemer med at samordne de yngre lægers interesser med de øvrige akademikergrupper - så meget mindre som AC's mere decentrale struktur, sammenlignet med SACO-SR's centraliserede opbygning, måtte være et værn for F.a.y.L. mod eventuelle majoriseringer fra de øvrige akademikerorgani-

sationers side. Forslaget om en normalisering af arbejdstiden for de yngre læger bidrog imidlertid til, at interesse modsætningerne kom op til overfladen. I den forstand var de danske yngre lægers tilsyneladende spontane forbitrelse over resultatet af afstemningen om mæglingsforslaget blot den berømte dråbe, der fik bægeret til at flyde over.

Hermed er historien ikke slut. Der fulgte et efterspil, hvor lægerne forhandlede alene med de offentlige arbejdsgivere. Forløbet og udfaldet af dette efterspil er vigtigt, for det siger noget om, hvilke muligheder de lægelige organisationer har vis-a-vis de offentlige arbejdsgivere *uden for* de respektive akademiske centralorganisationer.

De lægelige organisationer forhandler alene

Udgangspunktet for de videre forhandlinger mellem lægernes organisationer og de offentlige arbejdsgivere var forskelligt i de to lande. I Sverige var Läkarsförbundet som nævnt bevidst ladt ude af overenskomsten mellem SACO-SR's forhandlingskarteller og Landstingsförbundet og var pålagt at gennemføre forhandlingerne om arbejdstidsbestemmelser uden *fredspligt*. I Danmark var F.a.y.L. omfattet af den indgåede overenskomst, og selvom 98% af de yngre læger stemte nej, skulle de i princippet indrette sig efter den nye overenskomst.

Efteråret 1981 blev imidlertid en yderst dramatisk periode, sandsynligvis den mest turbulente periode i dansk sygehusvæsens historie. Overenskomststridige strejker blandt sygehuslægerne florerede. Nye forhandlinger blev indledt, og afbrudt, og indledt. Statsministeren og med ham andre ministre, sundhedsstyrelsen, forskellige lægeorganisationer og andre intervererede i konflikten. Tendensen i

dette urolige forløb forekommer dog klar nok, hvis man sammenligner det endelige resultat, der blev indgået den 11. december 1981 med det oprindeligt vedtagne overenskomstforslag; arbejdstidsbestemmelserne blev modificeret blandt andet derved, at de 20 timers ugentlig dagarbejde skulle placeres mellem kl. 8 og 16 ligesom den 3-skiftede arbejdstilrettelæggelse blev erstattet af en 2-skiftet; det blev gjort klart, at *alt* skulle indregnes i den normale arbejdstid (rådgighedstjeneste, tilkald, timerekompensation for aften- og nattjeneste m.v.), hvorved der skabtes behov for endnu flere stillinger; lægebehovet blev yderligere forøget gennem et løfte om 200, senere 300, praksis-reservelægestillinger; boligvagtbestemmelserne blev modificeret så de i virkeligheden fik samme materielle indhold som tilkaldevagten under den gamle overenskomst; der blev givet indrømmelser på boligområdet således, at arbejdsgiverne forpligtede sig til at anvise boliger for de underordnede læger.¹⁰⁾ Kort sagt; indrømmelse på indrømmelse fra Amtsrådsforeningens side, som udløste stadig flere nye lægestillinger og som gjorde overenskomsten stadig dyrere, uden at problemerne omkring det stive arbejdstidssystem blev løst af den grund.

De samlede effekter af overenskomsten var også ved at aftegne sig klarere; ca. 1800 nye stillinger, en stigning i antallet af underordnede sygehuslæger på ca. 40 procent (mod Amtsrådsforeningens oprindelige skøn på ca. 400 stillinger); en merudgift på ca. 400 mill. kr. eller 2 procent af sygehusvæsenets samlede driftsudgifter (i forhold til Amtsrådsforeningens oprindelige krav om en 0-løsning); stærkt faldende produktivitet, ringere service over for patienter og forringede uddannelsesmuligheder for de yngre læger.

Hertil kommer de mere langsigtede effekter, hvor man ikke blot må forvente

endnu flere stillinger og nærmest uløselige flaskehalse i hele sundhedssektoren med et heraf følgende pres for flere slutstillinger.

En sammenligning med udfaldet af forhandlingerne mellem Läkarförbundet og Landstingsförbundet i Sverige er påfaldende: De vigtigste resultater efter næsten et års forhandlinger var dels en udvidelse af normalarbejdstiden dels en bestemmelse om, at højst 70 procent af kompensations timer opsparet under *jour* måtte tages ud som fritid. Det bemærkes, at udvidelsen af normalarbejdstiden således var kombineret med en *begrænsning* af muligheden for at konvertere vagttimer til fritid. Sagt på en anden måde ville Landstingsförbundet hellere betale de allerede ansatte læger for at arbejde mere end at ansætte flere læger. Altså det stik modsatte af forholdene i Danmark. Effekten af de to nævnte bestemmelser var da også, at behovet for assisterende læger blev reduceret med ca. 500, d.v.s. 500 færre jobs for ikke fastansatte yngre læger og stærkt forringede ansættelsesmuligheder for de kommende generationer af læger. Det lykkedes med andre ord for Landstingsförbundet på én gang at forøge produktiviteten blandt sygehuslægerne og at dæmpe omkostningsudviklingen i hospitalssektoren. Givet omstændighederne noterede Läkarförbundet det som en gevinst, at jour-systemet trods alt var bevaret omend i en noget barberet udgave.

En så udtalt forskel i resultatet af overenskomstforhandlinger mellem lægelige organisationer og offentlige arbejdsgivere i to nabolande frister naturligvis én til at forsøge at *forklare* hvorfor det gik, som det gjorde. Egentlige forklaringsforsøg kan det imidlertid ikke blive til her. Men der kan peges på en række organisatoriske og institutionelle forskelle mellem de to lande, som måske ved senere lejlighed

kan danne udgangspunkt for metodisk set mere velfunderede forklaringer.

For det første kan man pege på forskelle i den organisatoriske opbygning af de lægelige organisationer i de to lande. I forhold til de yngre lægers placering i det svenske Läkarsförbundet indtager F.a.y.L. en langt mere autonom position i Den almindelige danske lægeforening. I Sverige er det Läkarsförbundet, som varetager forhandlingerne for de yngre læger såvel som for de øvrige lægegrupper. Dette begrænser de yngre lægers udfoldelsesmuligheder - så meget desto mere som Läkarsförbundet er domineret af hospitalsoverlæger og medicinske professorer. I Danmark består Den almindelige danske lægeforening af tre organisationer - for speciallægerne, for de praktiserende læger og for de yngre læger - som hver forhandler deres overenskomst. Denne organisatoriske struktur og opdelingen i adskilte overenskomstområder har på én gang minimeret konflikterne indadtil og gjort det muligt for de yngre læger at forfølge en aggressiv og militant linie udadtil. For det andet var det svenske Landstingsförbundet forhandlingsmæssigt bedre rustet end Amtsrådsforeningen i Danmark. Landstingsförbundet havde allerede i begyndelsen af 1970'erne demonstreret en evne til at intervenere i lægernes professionelle privilegier gennem den såkaldte »7 krone-reform« og indførelsen af »totalløn«, der fratog hospitalsansatte læger muligheden for at modtage betaling for privat praksis i tilknytning til hospitalerne.¹¹⁾ Landstingsförbundet rådede således over en akkumuleret ekspertise i forbindelse med reguleringen af hospitalslægenes løn- og arbejdsvilkår. I forhold hertil måtte Amtsrådsforeningen så godt som starte på bar bund - i hvert fald hvad angår spørgsmålet om de komplicerede og uigennemskuelige arbejdstidsregler.

Nok have spørgsmålet om arbejdstid og arbejdstilrettelæggelse været sat på dagsordenen fra sidst i 1970'erne, og nok havde der været intense forhandlinger mellem F.a.y.L. og Amtsrådsforeningen om dette spørgsmål, men den i 1977 opnåede enighed var som nævnt gået fløjten, ligesom de efterfølgende forhandlinger ikke blot var endt resultatløse, men også havde forværret forhandlingsklimaet. Når Amtsrådsforeningen var mindre godt rustet til disse forhandlinger, hænger det også sammen med foreningens interne struktur. Forhandlingerne varetages af lønudvalget under medvirken af lønafdelingen. Lønafdelingens centrale opgave er at forhandle overenskomster med en mangfoldighed af personaleorganisationer. Pointen er, at lønafdelingen ikke har nogen speciel kompetence på hospitalsområdet og dermed ringe forudsætning for at gennemskue de komplekse og særegne løn- og arbejdstidsforhold på hospitalerne. En manglende koordination mellem lønafdelingen, sygehusafdelingen og hospitalsadministratorerne kan kun have gjort skade værre.

For det tredje, og måske vigtigst, var Amtsrådsforeningen isoleret og uden støtte i de politisk-administrative omgivelser. At Amtsrådsforeningen med nogen ret kan have følt sig ladt i stikken - i forbindelse med spørgsmålet om indførelsen af arbejdsmiljølovens hviletidsbestemmelser i hospitalssektoren, i forbindelse med udarbejdelsen af selve overenskomstoplæget og ikke mindst i forbindelse med det efterfølgende forløb efter vedtagelsen af mæglingforslaget - støttes ved en sammenligning med Sverige. Her er der en tæt koordination og samklang mellem Landstingsförbundet, andre offentlige arbejdsgivere, social- og sundhedsstyrelsen og de politiske partier. De organisatoriske rammer for denne koordination, der netop

havde til hensigt at skabe et bedre grundlag for at styre (omkostnings)udviklingen i hospitalssektoren, var skabt i løbet af 1960'erne og 1970'erne gennem en serie af administrative rationaliseringer, hvoraf den vigtigste vel sagtens var sammenlægningen af de hidtil adskilte social- og sundhedsstyrelser.¹²⁾ Danmark har Amtsrådsforeningen givetvis ikke kunnet hente bistand i Sundhedsstyrelsen, der ikke blot er domineret af læger, men også af tidligere organisationsrepræsentanter blandt lægerne. Det kan i den forbindelse indskydes, at medicinaldirektøren på et tidspunkt intervenerede i konflikten på en måde, der kan tolkes som et partsindlæg til fordel for de yngre læger. Om sundhedsstyrelsens øverste embedsmands herved gik ud over rammerne for den specielle rådgivningsfunktion, styrelsen har i forhold til regeringen, må forblive et åbent spørgsmål. Det er ligeledes et åbent spørgsmål, om og i hvilket omfang den socialdemokratisk ledede Amtsrådsforening blev »svigtet« af den socialdemokratiske regering - eller snarere arbejdsministeren - i spørgsmålet om arbejdsmiljølovens indførelse i hospitalssektoren og mulige dispensationer herfor. Endelig for det fjerde kan man fremhæve en mere uhåndgribelig faktor, der hænger sammen med forskelle i politisk kultur - eller legitimitet - i de to lande. Det svenske konfliktløsningssystem på arbejdsmarkedet - også det offentlige arbejdsmarked - forekommer forlenet med en højere grad af legitimitet; normer, regler og beslutninger følges i vid udstrækning af de berørte parter. Läkärförbundet overholdt den fredspligt, der stærkt imod deres vilje var dem pålagt af et flertal i SACO-SR. Og det synes vel utænkeligt, at det nærmest anarkiske begivenhedsforløb, der i Danmark fulgte i kølvandet på vedtagelsen af mæglingsforslaget i maj 1981, kunne gen-

nemspilles på det svenske arbejdsmarked.

Afslutning

Der kan næppe være tvivl om, at den »skandinaviske model« for akademiske centralorganisationer er under opbrud i disse år. Den økonomiske afmatning og bestræbelserne for at dæmpe væksten i den offentlige sektor reducerer generelt behovet for et i øvrigt stigende udbud af akademisk arbejdskraft. Vigtigere er dog nok, at disses beskæftigelsesproblemer rammer de forskellige akademikergrupper med forskellig styrke. Forskellen i arbejdsløshedsprocenter blandt AC's medlemsorganisationer er slående. Dette rejser fundamentale problemer for interesseaggregeringen indadtil. En løsningsmodel, som AC synes at følge i de aktuelle overenskomstforhandlinger går ud på at give de enkelte medlemsorganisationer større autonomi. Herigennem kan man på kort sigt måske dæmpe interessemodsetningerne mellem medlemsforbundene. Men samtidig indebærer en sådan model risiko for, at værdien og troværdigheden af en central akademisk hovedorganisation reduceres set fra arbejdsgivernes side. Hvis ikke en hovedorganisation kan sikre fodslag og forpligte sig på medlemsorganisationernes vegne, hvad er så en sådan organisations *raison d'être*? Også udadtil - i forhold til de øvrige lønmodtagerorganisationer - er de akademiske centralorganisationer i klemme. I Sverige er SACO-SR klemte af LO og TCO. Hvor langt skal lønnivelleringen mellem SACO-SR-grupperne, der i øvrigt også omfatter ikke-akademiske grupper som f.eks. bibliotikarer, socialrådgivere og visse lærergrupper, og TCO-grupperne udvikle sig, før SACO-SR's eksistensgrundlag bliver truet? Det samme spørgsmål har også aktualitet i Danmark.

Begivenhedsforløbet omkring 1981-

overenskomstforhandlingerne har andre og måske vigtigere perspektiver end de akademiske centralorganisationers eksistensproblemer.

Gennem de sidste 5-10 år har der både i Sverige og Danmark været bred politisk enighed om at dæmpe omkostningsudviklingen i sundhedssektoren og da ikke mindst hospitalssektoren. Der har også været bred politisk enighed om at opprioritere den primære sundhedstjeneste i forhold til den sekundære, d.s.v. sygehusvæsenet. Man kan med nogen ret argumentere for, at disse målsætninger er under opfyldelse i Sverige. Anderledes i Danmark. Resultatet af konflikten mellem de yngre læger og Amtsrådsforeningen bryder frontalt med begge målsætninger. Problemet er, at en så udtalt uoverensstemmelse mellem erklærede politiske målsætninger og tilsyneladende ustyrlige faktiske udviklingstendenser underminerer tilliden til et offentligt sygehusvæsen, til forhandlings-systemet på det offentlige arbejdsmarked og i videre forstand til det politiske system.

Noter og referencer:

x) Artiklen bygger i nogen grad på Heidenheimer, Arnold J., Lars Nørby Johansen og Susanne Öhring »Organized Medicine and the Scandinavian Professional Unions: Younger Doctors as Destabilizer in Denmark and Sweden«, paper

forelagt på ISA's Verdenskongres i Mexico City, august 1982. For yderligere dokumentation og argumentation henvises hertil.

- 1) For et kort og let forståeligt fremstilling af arbejdstidssystemet for sygehuslægerne i Sverige se pressemeddelelse, Stockholm 1981-05-08 fra Sveriges Läkareförbund.
- 2) For en gennemgang af indholdet af såvel det tidligere som det nugældende arbejdstidssystem henvises til N. Vinther Møller »Den nye lægeoverenskomst« i sidste nummer af *Økonomi og Politik*.
- 3) Se beretningen 1976/77 p. 109 fra Lønudvalget under Amtsrådsforeningen. Om Amtsrådsforeningens reaktion se Lønudvalgets 1980/81 beretning p. 123.
- 4) Denne analyse af fordele og ulemper findes i »Läkareförbundet og SACO-SR. Diskussionsunderlag till läkarförbundets fullmäktigemöte 1981-11-14-15«. Läkareförbundets formand, Bo Hjern er anført som forfatter til oplægget.
- 5) Det traumatiske nederlag SACO oplevede i forbindelse med storkonflikten i 1971 har gjort dette dilemma nok så påtrængende. I Danmark var truslen om en storkonflikt også ganske håndgribelig på baggrund af AC-organisationernes udviklede konfliktberedskab og konfliktfonde.
- 6) For en gennemgang af de nordiske akademikerorganisationers historie og struktur kan henvises til Helenius, Ralf *Akademikernas fackliga organisationsberedskap* (Helsingfors, 1975). Se også Heidenheimer, Arnold J. »Professional Unions, Public Sector Growth and the Swedish Equality Policy«, *Comparative Politics*, vol. 7, 1976:49-73.
- 7) Mere præcist var de yngre læger utilfredse med, at lavtlønsgrupperne i SACO som f.eks. bibliotekarere opnåede relativt større lønfremgange end lægerne. For en omtale af dette opgør såvel som en analyse af 1971-konflikten se Heidenheimer, *op.cit.*
- 8) Se Floryan, Jan Jakob og Susanne Lindholm »Akademikernes organisering - udvikling, struktur og problemer« i Jacob A. Buksti (red.) *Organisationer under forandring* (Århus: Politica, 1981):170-214.
- 9) Sporene efter nederlaget for SACO's højt løns, akademikerlinie i 1971 må have virket skræmmende for den nydannede AC.
- 10) Se N. Vinther Møller, *op.cit.*
- 11) Se Carder, Mack og Bendix Klingenberg »Towards a Salaried Medical Profession: How »Swedish« was the Seven Crowns Reform?« i Arnold J. Heidenheimer og Nils Elvander (eds.) *The Shaping of the Swedish Health System* (New York: St. Martin's Press, 1980): 143-172.
- 12) Se Heidenheimer, Arnold J. »Conflict and Compromise Between Professional and Bureaucratic Health Interests 1947-72« i Heidenheimer og Elvander, *op.cit.*:119-142.