



Politiskt program 2025

Förord

Sveriges läkarförbunds ändamål definieras i stadgarna. I den allra första paragrafen anges att förbundet ska tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen, främja medlemmarnas utbildningsmässiga och vetenskapliga intressen och befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling.

Det politiska programmet är en uttolkning av kärnuppdraget. Det beskriver Läkarförbundets åsikter inom områdena Läkares ställning och villkor, Utbildning och forskning samt Sjukvårdspolitik. Syftet är att skapa hållbarhet i våra åsikter och en samsyn i organisationen.

Vissa delar kan synas självklara, då de beskriver en välkänd äldre värdegrund, medan andra är politik som utarbetats på senare år via arbetet i råd, delegationer, representantskap och i det politiska arbetet på fullmäktige. I ytterligare andra delar har vi mer av målformuleringar, medan vägen fram inte är formulerad.

Läkarförbundets politiska program utgör basen för Strategi 2025, som i sin tur tydliggör de frågor som på längre sikt är prioriterade för att uppnå Läkarförbundets ändamål.

Det politiska programmet behandlas och antas av Läkarförbundets Fullmäktige 2020.

Stadga

I. Allmänna bestämmelser

§ 1 Sveriges läkarförbund, som är läkarnas fackliga sammanslutning, har till uppgift att upprätthålla en god och värdig anda inom kåren, att tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen, att främja medlemmarnas utbildningsmässiga och vetenskapliga intressen och att befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling.

INNEHÅLL

Förord	2
Inledning	4
A Läkares ställning och villkor	6
Kollektivavtal.....	6
Lagar och andra författningar	7
Lönebildning och köpkraft.....	8
Pension.....	9
Arbetstider	9
Arbetsmiljö.....	10
Fler chefer ska vara läkare	12
Ledarskap.....	13
B Utbildning och forskning	14
Kompetensförsörjning.....	14
Forskning och innovation.....	15
Grundutbildningen	18
Vidareutbildningen (allmän-, bas- och specialiseringstjänstgöring).....	18
Fortbildning.....	20
C Sjukvårdspolitik	21
Etik.....	21
Jämlik vård	23
Vårdval och upphandling	24
Civil beredskap.....	26
Läkemedel.....	26
Folkhälsa	28
Primärvården	29
Läkare i den kommunala hälso- och sjukvården	31
Vård i glesbygd.....	31
Digitala vårdtjänster.....	32
Kunskapsstyrning i vården	33
Patientansvarig läkare	35
Slutenvården och vårdplatserna.....	35
Sjukförsäkringen.....	37
Hållbarhet	38
Länkar till policyer och dokument	40

Inledning

Sveriges läkarförbund antog 2016 ett omfattande sjukvårdspolitiskt program som tydliggjorde hur förbundet ser på ett stort antal frågor i den svenska hälso- och sjukvården. Programmet har därefter utgjort en stabil grund för förbundets påverkansarbete i dessa frågor.

Samtidigt har vi kunnat konstatera att förbundets behov av att påverka är bredare än så. Därför tar vi nu fram ett politiskt program som även omfattar läkarnas villkor och arbetsliv, och där utbildning och forskning får ett tydligare fokus. Det politiska programmet redogör för de mål som förbundet strävar mot. Programmet kompletteras av en strategi, där tydliga prioriteringar görs av de mål som förbundet aktivt verkar för att uppnå de närmaste fem åren.

Hälso- och sjukvården i Sverige står inför omfattande utmaningar, med en åldrande befolkning och en krisande ekonomi hos de flesta sjukvårdshuvudmän. För att vi även i framtiden ska kunna erbjuda god vård till vår befolkning krävs fortsatt utveckling. Medicinsk kompetens och vetenskap med förankring i god medicinsk etik behöver styra utvecklingen.

För att lösa utmaningarna med en åldrande befolkning och allt högre krav på vården krävs både en starkare statlig styrning och en förändring av nuvarande primärvårdsorganisation. Varje patient ska ha rätt till en fast läkarkontakt och ansvarig primärvårdsläkare ska ha ett begränsat antal patienter att hantera för att arbetssituationen ska vara hållbar. Mindre och professionsdrivna enheter gör det möjligt att svara upp mot patienternas krav på tillgänglighet och kontinuitet.

Samarbetet mellan slutenvård, specialiserad öppenvård och primärvård är avgörande. Patientansvariga läkare ska ha ett nära samarbete med den lokala slutenvården i en organisation med korta kontaktvägar. Det krävs för att minska ledtider och göra det möjligt att hitta kloka och effektiva lösningar för informationsöverföring och kunskapsspridning. Läkare, som har bred medicinsk kunskap, behövs som nyckelpersoner i vårdens organisation för att skapa en fungerande kedja där patientens behov är fokus. Akutvården måste finnas i hela landet och antalet vårdplatser ska vara dimensionerade efter befolkningens behov. Medicinska avvägningar ska styra verksamheten.

Dimensionering av läkarutbildning och vidareutbildning till specialistläkare ska ske nationellt för att undvika bristförhållanden och för att medicinsk utveckling ska kunna styra. Optimalt antal läkare vid varje nivå av utbildning och specialisering gör det möjligt att skapa arbetstidslösningar för ett hållbart arbetsliv. Yngre läkare bör ha möjlighet agera tillsammans med äldre mentorer och handledare för att utvecklas in i yrket under säkra förhållanden. Alla läkare, både de yngre och de som kommit längre i sin utveckling, ska ha god tillgång till fortbildning för att fortsätta utvecklas inom det kunskapsintensiva medicinska området.

Samtidigt som den patientnära vården utvecklas med kontinuitet och med patientens individuella behov i centrum, behöver den högspecialiserade vården fortsätta utvecklas med koncentration av enstaka verksamheter. Läkare har en bred medicinsk och vetenskaplig utbildning och kan därför bidra i utvecklingen av tekniska och organisatoriska lösningar inom en rad medicinska områden.

Vi tar ansvar för en trygg vård. I det här politiska programmet ger vi vår syn på vad som krävs för att stärka svensk hälso- och sjukvård.

A. Läkares ställning och villkor

Läkare är den högst utbildade yrkesgruppen inom hälso- och sjukvården. Utbildade i medicinsk diagnostik, ställningstagande och behandling arbetar läkare i enlighet med de etiska reglerna att bota, lindra och trösta. Som naturliga ledare i vården och som yrkesgrupp tar läkare professionellt ansvar och bidrar till utvecklingen av hälso- och sjukvården, såväl medicinskt som organisatoriskt. Läkares vetenskapliga och medicinska kompetens bör användas på en bred arbetsmarknad och inom alla sektorer; också inom myndigheter, MedTech- och läkemedelsindustri.

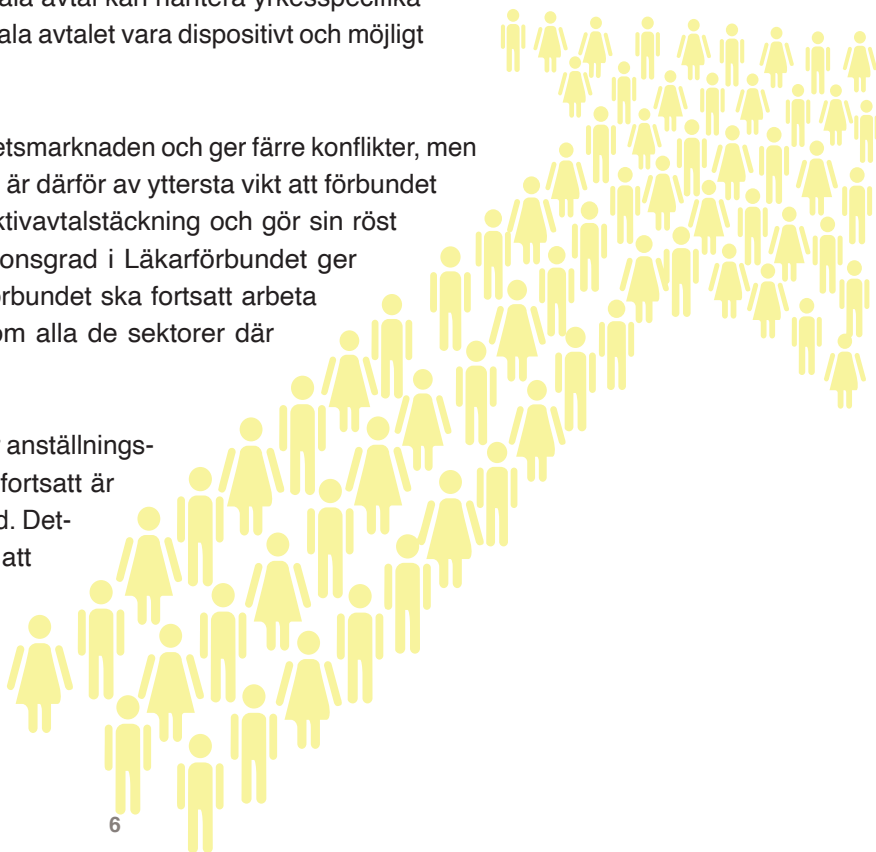
För att läkares utbildning ska tas tillvara på bästa sätt i samhället måste kollektivavtal, arbetsmiljö och villkor för forskning stödja läkaren i dennes arbetsliv. Lön och pension ska motsvara kompetensen och all arbetstid ska ersättas. Tid för kontinuerlig kompetensutveckling ska avsättas och anställningsformer anpassas efter olika skeden i läkarens karriär så att ett hållbart arbetsliv blir möjligt.

Kollektivavtal

Den svenska partsmodellen är viktig att värna och därför strävar Läkarförbundet mot att alla arbetsgivare oavsett storlek eller sektor ska ha kollektivavtal. Arbetsmarknadernas parter ska kunna träffa bransch- och yrkesanpassade kollektivavtal som tillvaratar läkares intressen både som enskild individ och som kollektiv, på central såväl som på lokal nivå. För Läkarförbundet är det viktigt att centrala och lokala avtal kan hantera yrkesspecifika omständigheter. Därför ska det centrala avtalet vara dispositivt och möjligt att anpassa på lokal nivå.

Kollektivavtal skapar stabilitet på arbetsmarknaden och ger färre konflikter, men ska inte tas som en självklarhet. Det är därför av yttersta vikt att förbundet fortsatt betonar vikten av hög kollektivavtalsäckning och gör sin röst hörd i debatten. En hög organisationsgrad i Läkarförbundet ger legitimitet åt kollektivavtalen, och förbundet ska fortsatt arbeta för att öka organisationsgraden inom alla de sektorer där medlemmarna verkar.

Läkarförbundet anser att grunden för anställningstrygghet är att tillsvidareanställning fortsatt är huvudregel på svensk arbetsmarknad. Detta skapar förutsättningar för läkarna att lyckas i arbetslivet och att ge en högkvalitativ och patientsäker vård. Alla läkare, oavsett ålder,



kön, funktionsvariation, etnicitet eller könsidentitet ska med stöd av moderna kollektivavtal ges rätt möjligheter att arbeta och bidra till hälso- och sjukvården.

Frågor om lönesättning hanteras bäst mellan parterna. Lönebildningen hanteras lokalt av förbundet med utgångspunkt i det centrala avtalets riktlinjer.

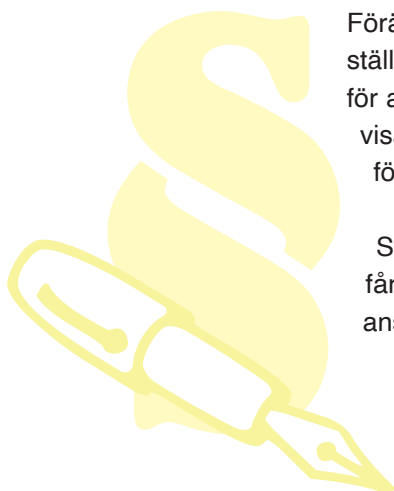
En grundförutsättning för den fackliga verksamheten är att det finns förtroendevalda för förbundet. Läkarförbundets förtroendevalda ska ges goda förutsättningar och villkor att kunna utföra sina uppdrag på ett bra sätt, som både ser till medlemmarnas och verksamhetens behov. Förbundet ska fortsatt verka för och underlätta ett ökat uttag av facklig tid för lokala fackliga företrädare inom alla sektorer.

Lagar och andra författningar

Arbetsmarknaden omgärdas liksom hälso- och sjukvården av ett stort antal lagar och andra författningar. Syftet är bland annat att skapa trygghet i arbetslivet och att främja patientsäkerheten. Förbundet ska verka för att gällande författningar utvecklas och anpassas för att skapa rätt förutsättningar för medlemmarna i deras arbeten.

Den juridiska regleringen av hälso- och sjukvården ska vara ändamålsenlig och överskådlig samt främja jämlikhet, hög patientsäkerhet och lärande i hälso- och sjukvården. Systemet för tillsyn över hälso- och sjukvården ska vara väl utformat, rättssäkert, lättförståeligt och inge förtroende. Regelverket för journaldokumentation och åtkomst till patientuppgifter ska vara tydligt och främja god vård. Lagstiftningen vad gäller behandling av patientuppgifter behöver utvecklas så att digitalt utbyte av information kan ske enkelt, säkert och med bibehållet gott integritetsskydd för patienten.

Läkare är ett legitimationsyrke. Legitimationen är statens garanti gentemot befolkningen att läkare har tillräckligt goda kunskaper och färdigheter, samt är professionell i sin yrkesutövning. Regelverket kring skyddade yrkestitlar bör ses över så att det blir tydligare att titlar som kan förväxlas med legitimerade yrkesutövares inte får användas av obehöriga.



Förändringar i vår omvärld leder till behov av anpassningar. Momsomställningen i branschen är en sådan förändring som kräver nya lösningar för att vårdens personalbehov ska kunna tillgodoses. Coronakrisen 2020 visade hur behovet av nya anställningsformer kan uppstå på grund av förändringar i omvärlden.

Samtidigt som förändrade behov måste uppmärksammas och mötas får anställdas trygghet inte riskeras. Läkarförbundet ska verka för att anställningsformer ska tillgodose arbetstagarnas behov av både trygg-

het och flexibilitet. Anställningstryggheten ska innebära att senior kompetens värdesätts i verksamheterna. Ju längre tid läkaren har bidragit med sin kompetens i verksamheten, desto större ska tryggheten i anställningen vara. Läkarförbundet kommer alltid att värna anställningstryggheten, och ser med oro på förslag som urholkar denna. Läkarförbundet ser positivt på en modernisering av arbetsrätten men ser inte att det står i motsatsförhållande till att värna läkarnas rätt till trygga anställningar. Det handlar bland annat om att öka tryggheten för visstidsanställda och säkra en bra kompetensutveckling under hela arbetslivet samt öka förutsättningar för omställning och anställningsbarhet.

Läkarförbundet ska verka för att i arbetsrätten införa verklig meddelarfrihet för läkarkåren och aktivt påverka politiken om förstärkta rättigheter för meddelarskydd för arbetstagare. Läkarförbundet ser behov av förnyad lagstiftning som motverkar att läkare anställs under anställningsformen allmän visstid utan att arbetsgivaren kan hänvisa till särskilda skäl. Tryggare anställningsformer är grunden till en säker vård och en förutsättning för att stärka och tillvarata läkarnas kompetens. Därav ser vi också ett behov av en förändring av lagen om anställningsskydd som syftar till ett förbud att slå samman tiderna för både allmän visstid och vikariat, så att den så kallade staplingen av anställningsformer förbjuds.

Medbestämmandelagen är avgörande för vår möjlighet att påverka arbetsgivare och skapar möjlighet för förbundet att medverka till att utveckla verksamheter. Läkarförbundet är en jämbördig part med arbetsgivaren och tar möjligheten att bidra och påverka när vi får medbestämma. Läkarförbundets kunskaper ska respekteras och värdesättas när vi kallas till förhandlingar.

Lönebildning och köpkraft

Förbundets uppfattning är att konkurrenskraftiga löner för läkare är en viktig del av alla arbetsgivares personalpolitik – även för arbete under utbildningstiden. Alla läkare ska ha rätt till en årlig löneöversyn. Läkares köpkraft ska öka över tid!

Lönen ska vara individuell och differentierad, grundad på långsiktiga och kända kriterier för lönesättningen. Ansvar, erfarenhet, engagemang, skicklighet, ledarskap och kompetens ska löna sig. Karriärstrukturen för läkare är en central del av lönebildningen, liksom ansvar för handledning, utbildning och forskning. Lönestrukturen ska stimulera till kompetensutveckling, till att individen kan ta ansvar och bidra till verksamhetens utveckling.

En lärande organisation kräver tid och budget för fortbildning och livslångt lärande. Utifrån perspektivet om ett allt längre hållbart arbetsliv är det viktigt att tillvarata seniora läkares kompetens och ge förutsättningar för alla att jobba längre.

Läkarförbundet anser att studenterna redan tidigt i sin utbildning är ett värdefullt bidrag till hälso- och sjukvården. Första lönen behöver vara högre än idag för att läkaryrket fortsatt ska vara attraktivt.

Förbundet verkar för att läkare ska ha de bästa ersättningsmodellerna för arbete under obekvämt arbetstid, till exempel mertid, övertid och jour. Utifrån läkarens egna önskemål och behov ska denne kompenseras antingen ekonomiskt, genom ledighet eller med en blandning av dessa ersättningar. För de medlemmar som arbetar i eget företag är förbundets inställning att nivåerna för de ersättningar som utgår genom avtal ska garantera en konkurrenskraftig lön till läkaren och samtidigt räcka till verksamhetens utgifter, inklusive lön till eventuellt anställd personal. Det gäller exempelvis vårdavtal inom valfrihetssystem (LOV), upphandlat vårdavtal (LOU), läkarvårdsersättning (LOL) eller konsultavtal.

Pension

I portalparagrafen i Läkarförbundets stadgar står att förbundets uppgift är att ta tillvara medlemmarnas sociala och ekonomiska intressen. Det gör lön till en av de viktigaste frågorna att driva, och pension är i grunden en uppskjuten framtida lön. För att bibehålla köpkraften för läkare genom hela karriären och även efter arbetslivet är det av stor vikt att värdesäkra marknadskraftiga tjänstepensionsavtal.

Läkarförbundet verkar för rörlighet på arbetsmarknaden genom att kontinuerligt minska de inlåsnings effekter som vissa tjänstepensionsavtal idag medför, och för att medlemmarna oavsett sektor alltid ska erhålla de bästa avtalen.

Förbundet arbetar för att ytterligare förstärka skyddsaspekter i tjänstepensionsavtalen. Som läkare ska det vara enkelt att förena yrkesliv med privatliv. Händelser som sjukskrivning och föräldraledighet ska inte innebära pensionsförluster.

Läkarförbundet strävar alltid mot att teckna de bästa tjänstepensionsavtalen för våra medlemmar oavsett arbetsplats eller sektor, och arbetar ständigt med att förbättra gällande kollektivavtal för läkare. Arbetet innefattar både att påverka de organ som behandlar pensionsfrågor och säkerställa villkor som är främjande för läkare, samt att arbeta för tidsrelevanta villkor som möjliggör ett hälsosamt yrkesliv.

Arbetstider

Läkarförbundets utgångspunkt är att läkare ska ersättas för all arbetad tid, restid ska räknas som arbetstid. Läkare arbetar många timmar i genomsnitt per vecka och det måste vara tydligt vilken kompensation som ska utgå för det utförda arbetet. Förutsättningar måste finnas för att all arbetstid ska kunna registreras korrekt, vara synlig samt följas upp av arbetsgivaren. Det måste också finnas regelbunden tid för det icke patientnära arbetet. När vi som organisation efterfrågar underlag om registrerad arbetstid, så ska de levereras utan dröjsmål.



Arbetstid är inte bara en fråga om ersättning utan även, i allra högsta grad, en fråga om skydd för individen. Arbetstidslagen är en social skyddslagstiftning. Läkare ska ha rätt till såväl ekonomisk ersättning för all arbetad tid liksom tid för vila och återhämtning. Alla läkare måste ges möjlighet till ett hållbart arbetsliv. Hälso- och sjukvården ställer krav på läkares tillgänglighet under dygnets alla timmar. Det är därför viktigt att särskilt beakta läkares möjlighet till vila och återhämtning, samt balans mellan arbetsliv och privatliv. Läkarförbundet arbetar för att avtalen och dess kompensationsformer ska utvecklas och moderniseras. Tjänstgöring på kvällstid måste värderas högre, liksom ersättningen för beredskap i hemmet.

Läkarförbundet anser att arbetstidsregleringar ska vara effektiva för läkare och verksamheterna. De ska vara möjliga att anpassa till behoven i respektive verksamhet och läkarna ska ha inflytande över planeringen av sin arbetstid.

Det ska vara möjligt för seniora och gravida läkare att på egen begäran bli befriade från jour. Detta är en viktig faktor för att inte riskera deras hälsa och säkerhet, samt för att skapa förutsättningar för ett långt och hållbart arbetsliv.



Arbetsmiljö

För att uppnå en god patientsäkerhet krävs en god arbetsmiljö för både läkare och övrig vårdpersonal. Ett fungerande systematiskt arbetsmiljöarbete på alla de arbetsplatser där våra medlemmar tjänstgör är en förutsättning för att uppnå en god arbetsmiljö.

Det är få yrken som kan mäta sig med läkaryrkets krav på kompetens, etiskt förhållningssätt och beslutsfattande med ansvar för människors liv och hälsa. Kraven, i relation till vårdens organisering, ledning och resurstillgång leder ofta till en etisk stress för läkarna. Fokus måste därför vara att läkare ges rätt förutsättningar att utöva kärnan i sitt uppdrag. Även den ökade administrativa bördan som tar tid från patientkontakterna är något som behöver ses över. Uppgifterna måste vara i balans med resurserna och en avsevärt större andel chefer inom vården behöver utgöras av läkare. När läkaren ser att arbetsmiljön brister ska det finnas möjligheter att påtala detta anonymt.

Arbetsgivarnas insatser och ansvar rörande det systematiska arbetsmiljöarbetet och den organisatoriska och sociala arbetsmiljön (OSA) måste ge effekt i läkarens vardag. En rimlig arbetsbelastning, arbetstider som medger återhämtning och balans mellan arbete och fritid och en arbetsmiljö fri från kränkningar är centralt. För att arbetsgivaren ska lyckas i sitt uppdrag med OSA är det viktigt att de har ett nära samarbete med Läkarförbundet och dess skyddsombud i dessa frågor. För ett effektivt systematiskt arbetsmiljöarbete krävs också att chefer och medarbetare utbildas av sin arbetsgivare.

Frånvaron av diskriminering och sexuella trakasserier är också avgörande för en bra arbetsmiljö. Arbetsgivarnas arbete med aktiva åtgärder ska omfatta alla diskrimineringsgrunder och leda till konkreta åtgärder syftande till en inkluderande arbetsmiljö för alla. Läkarförbundets förtroendevalda är självklara samverkansparter i det arbetet.

Öppna kontorslandskap och aktivitetsbaserade arbetsplatser är olämpliga för läkare som har patientkontakter. Koncentrationskrävande arbetsuppgifter och höga sekretesskrav innebär att våra medlemmar behöver en egen ostörd arbetsplats.

Digitaliseringen inom vården har gått långt. Det är dock inte samma sak som att digitaliseringen har gått bra. IT-programmen är sällan integrerade med varandra och tyvärr är de allt för ofta inte anpassade till arbetsuppgifterna. Bristerna i den digitala infrastrukturen skapar frustration och i värsta fall också risker för patienten. Läkarna måste därför få ett avsevärt större inflytande över den digitala arbetsmiljön, från kravställning till implementering av nya IT-lösningar.

För att de digitala stöden ska fungera krävs att:

- » Information bara behöver dokumenteras på ett ställe.
- » Informationen är standardiserad.
- » IT-systemen är kompatibla över hela landet.
- » Det är enkelt att hitta avvikelser och förändringar i förloppet.
- » Överföring av information för digital uppföljning, till exempel till kvalitetsregister sker automatiskt.
- » Lagstiftningen är anpassad så att den stödjer den digitala utvecklingen.
- » Det finns bra kommunikationsmöjligheter med patienten och andra intressenter, till exempel apotek, Försäkringskassan och kommuner.
- » Läkare fortbildas i digitala system så att de kan ta tillvara den nya tekniken i sitt arbete.
- » Upphandling sker i samverkan med hälso- och sjukvårdspersonalen och utifrån vårdens faktiska behov.



**Läs mer i policyn
för digitala verksamhetsstöd**

Att läkare i sitt dagliga arbete utsätts för våld eller hot om våld kan aldrig accepteras. Arbetsgivare ska ha rutiner om vilka åtgärder denne vidtar i en situation då en läkare utsätts för våld eller hot, och vilket stöd denne får av sin arbetsgivare. Rutinerna ska vara kända av personalen. Den enskilde läkaren ska aldrig själv få hantera hotfulla situationer utifrån ”där och då”. Alla arbetsgivare måste ha rutiner för att hantera hot och våld liksom ändamålsenliga lokaler och lämpligt skalskydd i utsatta miljöer. Rutinerna ska övas praktiskt och allvarliga händelser ska polisanmälas.

Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön, men en god arbetsmiljö kommer sällan av sig själv utan bygger på ett förebyggande arbete mellan Läkarförbundet och arbetsgivaren. Arbetsmiljöfrågorna måste därför alltid vara närvarande och hanteras i dialog och samverkan mellan chefer, arbetstagare, fackligt förtroendevalda och skyddsombud. När arbetsgivaren brister i sitt ansvar måste Läkarförbundet och skyddsombud agera. Alla anställda läkare bör ha ett skyddsombud på sin arbetsplats att vända sig till när riskerna inte kan hanteras mellan medarbetare och chef. Det är därför angeläget att öka andelen skyddsombud och att fler regionala skyddsombud tillsätts för att vaka över arbetsmiljön i mindre verksamheter som inte har egna skyddskommittéer.

Fler chefer ska vara läkare

Chefer med stort medicinskt kunnande är nödvändigt för utvecklingen av en jämlik och nära vård och för att öka tillgängligheten till hälso- och sjukvården. Det är också viktigt att säkra det medicinska chefskapet för att öka patientsäkerheten. Läkarförbundet vill därför öka läkarnas andel av samtliga chefstjänster i hälso- och sjukvården.

Läkare kan överblicka organisatoriska och medicinska konsekvenser av både strategiska och operativa beslut. Fler medicinskt kompetenta chefer kan driva och leda utvecklingen av hela hälso- och sjukvården på ett professionellt sätt. Läkarnas kunskaper gör också stor nytta på chefspositioner på myndigheter, i näringslivet och inom politiken.

Det behövs mandat och befogenheter för att kunna påverka, varför behovet av läkare på högre poster är av särskild betydelse, det vill säga som verksamhetschefer och i ledningsgrupper högre upp i beslutshierarkierna. För att säkra detta måste resurser även läggas på att få läkare som chefer på lägre nivåer.

För att få en snabbare och effektivare beslutsorganisation inom hälso- och sjukvården anser förbundet att det medicinska ledningsansvaret ska vara dedikerat till rollen som verksamhetschef. En sådan ordning skulle effektivisera beslutsgången och borga för en följsamhet i den ständigt pågående utvecklingen av en god och patientsäker vård.

Chefsvillkoren måste moderniseras och uppdraget som chef anpassas så att fler läkare fin-

ner ett chefsuppdrag attraktivt. Läkares chefskap inom hälso- och sjukvården måste kunna kombineras med klinisk tjänstgöring, särskilt på de lägre chefsnivåerna. Det är också av stor vikt att läkare får det administrativa stöd som krävs för att utnyttja sin specifika kompetens på bästa sätt. Många läkare tvekar inför att ta en chefstjänst, eftersom det informella kravet på tillgänglighet utan rimlig ersättning upplevs som tungt. Den för närvarande svaga kopplingen mellan ansvar och befogenheter hämmar också läkare att ta chefsuppdrag. Läkares mandat ska vara tydliga, och villkoren för chefsuppdrag måste bli mer attraktiva.

Läkarförbundet vill också att chefer som är läkare tituleras efter sin profession. Tituleringen är särskilt viktig när allt fler chefer i hälso- och sjukvården har andra yrkes- och professionella bakgrunder, och ibland helt saknar medicinsk kompetens.

Idag råder otydlighet i vad som menas med verksamhetschef. Läkarförbundet vill därför ha en föreskrift som tydliggör verksamhetschefens roll och uppdrag. Även uppdragen som chefläkare och medicinskt ansvarig läkare behöver konkretiseras.

Ledarskap

Läkarprofessionen leder i hög grad vårdens utformning, innehåll och sammantagna produktion. Det är läkare som till stor del avgör utfallet av hälso- och sjukvården genom att besluta när, hur och av vem patienterna ska undersökas och behandlas. Ledarskap är därmed en viktig del i läkarrollen och alla läkare är ledare i sin yrkesroll. Det handlar bland annat om förmåga att skapa riktning och engagemang hos kollegor och medarbetare.

Ledarskap måste därför i större utsträckning än idag vara ett inslag genom hela karriären. Det är viktigt att de nya examensmålen i läkarutbildningen är tydliga med att ledarskapsförmågor ska utvecklas redan under studietiden. För att fler läkare ska engagera sig i strategiska och organisatoriska uppdrag och axla formella chefskap krävs fler och bättre chefs- och ledarskapsutbildningar som är riktade direkt till läkare. Läkarförbundet vill även se en nationell satsning på ledarskap för blivande specialister, med modellen Ledarskaps-ST som förebild. Det handlar om att utveckla förmågor utöver det dagliga och multiprofessionella samarbetet. Ledarskapsutbildningar för läkare behöver fokusera på att leda komplexa organisationer och skapa möjligheter till lärande och förbättringar.

Det är samtidigt angeläget att läkare kan bli chefer genom hela karriären, varför det ska finnas instegsbefattningar och utbildning i ledarskap och systemkunskap även för färdiga specialister.



**Läs mer i Läkarförbundets
Ledarskapspolicy**

B. Utbildning och forskning

I Läkarförbundets Sverige bedrivs såväl sjukvård som medicinsk forskning i världsklass. En välutbildad och vetenskapligt skolad läkarkår är en förutsättning för detta. Läkarutbildningen startar vid uppropet på läkarprogrammet och fortsätter till den dag läkaren väljer att sluta arbeta. Det är därför av största vikt att alla läkare, oavsett var de befinner sig i karriären, har rätt till såväl utbildning som fortbildning och att denna håller högsta kvalitet. På så sätt håller läkare sig uppdaterade på de senaste medicinska rönen och kan därmed garantera en god och jämlik vård till våra patienter.

Vården som ges ska vara grundad på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta mål uppnås tack vare vetenskapligt skolade läkare. För att kunna ta tillvara och implementera ny medicinsk kunskap behövs forskande läkare. Med sin breda medicinska utbildning har läkaren ett unikt helhetsperspektiv och förmåga att vara en länk mellan forskning och sjukvård. I Läkarförbundets Sverige säkerställs satsningar på utbildning, forskning och innovation så att den svenska vården fortsatt kan leverera medicinska resultat i världsklass.

Kompetensförsörjning

Idag råder det brist på specialistläkare i hälso- och sjukvården. De behöver öka både till antal och som andel av läkarkåren för att kunna säkerställa en god vård till Sveriges befolkning. Bristen beror bland annat på att regionerna etablerat för få utbildningstjänster, i kombination med stora pensionsavgångar. För att motverka bristen på specialistläkare framöver, måste läkarnas utbildningstjänster bli fler. Staten behöver ta ett större och samordnande ansvar för läkarnas allmäntjänstgöring (AT), bastjänstgöring (BT) och specialiseringstjänstgöring (ST) då regionerna inte klarar av uppgiften på egen hand. Antalet utbildningstjänster ska följa behovet, och finansiering måste lösas i specialiteter som inte utbildas inom regionernas huvudmannaskap.

Arbetsgivarna måste garantera en god arbetsmiljö, för att fler läkare ska orka och vilja arbeta heltid, och inte minst för att de ska vilja stanna kvar i yrket.

Det är naturligt att de professionella rollerna i vården förändras med ny kunskap och när utvecklingen går framåt. Uppgiftsväxling ska ske på medicinska grunder, utifrån en konsekvensanalys med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Det ska inte ske för att det råder brist på andra kompetenser eller för att övriga yrkeskategorier vill utveckla sig själva. Det är viktigt att tydligt definiera vilken medicinsk kompetens som krävs för olika uppgifter inom hälso- och sjukvården.



Sveriges Läkarförbund ser det som angeläget att den kompetens som kommit till Sverige från andra länder tas till vara. Därför insisterar förbundet på att processen till svensk läkarlegitimation, oaktat utbildningsland, är patientsäker och snabb samt säkrar relevant kompetens. Därför måste regionerna förbättra möjligheterna att auskultera och genomgå praktisk tjänstgöring. De som har behov av stöd i svenska språket måste också få detta tillgodosett.

Så kallade läkarassistenttjänster är ofta en betydelsefull första erfarenhet för att pröva på läkaryrket, både för medicinstuderande och för utlandsutbildade läkare. Dessa tjänster ska utlysas offentligt och tillsättningar ska ske med öppenhet och transparens. Läkartjänster ska tillsättas i syfte att täcka behoven av läkare, läkares arbete och läkares kompetensutveckling.

Läkarutbildningen är en bred utbildning och läkares expertkunskap kan tas tillvara i många olika sammanhang. Förutom att arbeta kliniskt behövs läkare i allt större utsträckning även inom andra samhällssektorer. Det kan vara i näringslivet på ett läkemedels- eller medicinteknikbolag, vid en myndighet eller inom akademien. Detta är en utveckling som Läkarförbundet uppmuntrar och stödjer. En klinisk karriär ska kunna varvas med arbete i akademi och näringsliv. Det är därför mycket angeläget att det skapas möjligheter att kombinera deltidsanställningar inom eller mellan olika samhällssektorer utan att det medför negativa konsekvenser för vare sig den sociala tryggheten eller för pensionen.



[Läs mer i Läkarförbundets
Kompetensförsörjningspolicy](#)

Forskning och innovation

Dagens sjukvård är gårdagens forskning och dagens forskning är morgondagens behandlingar inom hälso- och sjukvården. Medicinsk forskning är en av grunderna på vilken en högkvalitativ hälso- och sjukvård vilar.

Forskarutbildade och forskande läkare är med sin kombination av medicinsk, vetenskaplig och klinisk kunskap centrala för vårdens långsiktiga utveckling och patientsäkerhet. Forskning som läkare bedriver är därför livsviktig för samhället och har ofta en direkt inverkan på människors hälsa och välbefinnande. Arbetet utgör dessutom en viktig pusselbit för framstegen inom life science. För att Sverige ska vara en forskningsnation i världsklass är det nödvändigt att genomföra satsningar som förbättrar förutsättningarna för läkare att forska.

Framgångsrik forskning kräver långsiktighet, stabil finansiering och en god återväxt av forskande läkare. Läkarförbundet anser att basanslagen till universitetet måste öka och grundforskningen stärkas. Klinisk forskning finansieras från många olika källor och det är viktigt med uppföljning, samordning och kvalitetssäkring av de olika finansieringsformerna. Forskningens oberoende ska värnas.



Finansiering av yngre forskare är extra viktig. Att välja en forskarkarriär måste vara ekonomiskt och karriärmässigt lönsamt på längre sikt. Otrygga anställningsvillkor samt dålig löneutveckling är några av orsakerna till att läkare väljer att inte forska. Att ha disputerat ska leda till högre lön.

Läkare måste under hela sin karriär beredas möjlighet att bedriva forsknings- och utvecklingsarbete. Forskning behöver också vara ett tydligare inslag i grundutbildningen. Det krävs bättre möjligheter att kombinera deltidsanställningar i såväl akademien och sjukvården som i näringslivet. Fler kombinationstjänster mellan fakultet och kliniskt arbete är nödvändigt. Villkoren för som de som kombinerar deltidstjänster måste bli bättre. Samverkan för att säkra den enskilda individens sociala trygghet mellan dessa tre sektorer kräver öppenhet och transparens.

Möjligheten att kombinera deltidstjänster behövs under hela karriären, och särskilt i specialiteter där forskning bedrivs i för liten utsträckning idag, exempelvis inom primärvården. Arbetsgivaren måste skapa förutsättningar för detta genom att se forskning som kompetens- och verksamhetsutveckling samt genom att acceptera och uppmuntra bisysslor. Forskning av god kvalitet ska kunna bedrivas oavsett driftsform och ingå som kriterium vid utformande av vårdval eller olika typer av upphandlingar.

Läkare behöver också få möjlighet att bedriva klinisk patientnära forskning. Det är ett område där Sverige med sin organisation av sjukvården har stora möjligheter att bedriva forskning i världsklass. Sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen måste tydliggöras, så att inte forskning, utbildning och utveckling trängs undan till förmån för sjukvårdsproduktion. Det är därför oerhört viktigt att tid för forskning finns avsatt i schemat för de läkare som forskar.

Läkarförbundet anser att andelen disputerade läkare måste öka eftersom denna andel i dagsläget är för låg för att säkra den vetenskapliga kunskapen hos Sveriges läkare. Arbetsgivarna, universitetet och regeringen har ett stort ansvar att bryta denna negativa utveckling för att stå rustade inför framtidens stora hälso- och sjukvårdsutmaningar.

Utvecklingen inom life science-sektorn är snabb. För att Sverige ska klara den internationella konkurrensen krävs en nationell samling där vårdens professioner, forskare, vårdgivare, företag och patienter bidrar till att samla och använda data på ett etiskt, säkert och strukturerat sätt. Företagens möjligheter att investera i vårdens forskning och utveckling ska uppmuntras och stärkas efter utarbetande av ett etiskt tydligt regelverk.

Våra förslag för en långsiktigt hållbar forskningspolitik som möter morgondagens behov av en patientsäker och modern hälso- och sjukvård kan sammanfattas i följande punkter:

- » *Satsa på forskningsintresserade studenter och yngre forskare.*
- » *Tydliggör sjukvårdens ansvar för den kliniska forskningen och förbättra förutsättningarna att kombinera forskning och kliniskt arbete.*
- » *Förstärk finansieringen av patientnära forskning samt öka basanslagen till universiteten.*
- » *Minska administrationen och förenkla regelverken.*
- » *Öka antalet kombinationstjänster.*

Samverkan mellan sjukvården och forskningen både i akademien och industrin är grundvalen för vårdens utveckling. För att Sverige ska bli en ledande nation inom life science krävs att det finns ett uthålligt system som satsar på såväl innovativ grundforskning som innovativ klinisk forskning. Om grundforskningen dessutom sker i samverkan med en väl utvecklad klinisk forskning förankrad i sjukvården, och med näringslivet, stärks Sveriges position ytterligare. Såväl grundforskningen som den kliniska forskningen bör dessutom vara forskarinitierad för att på bästa sätt fånga upp patienternas, samhällets och vårdens behov.

Läkarförbundet anser vidare att det är viktigt att innovationer som underlättar läkarnas arbete kommer professionen till godo. Inom hälso- och sjukvården stöter läkare dagligen på utmaningar. Läkare får ibland idéer om en ny produkt, tjänst eller metod som skulle kunna underlätta arbetet. Det är viktigt att dessa entreprenörer får möjlighet att utveckla sina idéer inom hälso- och sjukvården. De byråkratiska murarna behöver rivas ned.

Forskning och utveckling sker i allt snabbare takt och med stora medicinska genombrott som följd. Detta medför höga krav på fortbildning för hälso- och sjukvårdspersonalen, så att genombrotten i förlängningen leder till bättre behandling för patienterna. Regeringen måste, som en garant för läkares legitimation och specialistbehörighet, ta sitt ansvar och reglera läkares fortbildning i en föreskrift.



Grundutbildningen

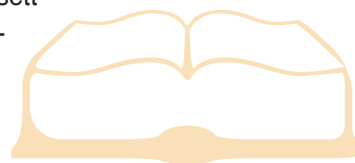
Dimensioneringen av antalet platser på läkarnas grundutbildning ska styras av det framtida behovet av läkare. I samma anda bör antalet AT-, BT- och ST-tjänster motsvara dimensioneringen av antalet platser på grundutbildningen. I planeringen behöver även hänsyn tas till de individer som kommer till Sverige med en utländsk läkarexamen eller läkarlegitimation.

Det ska finnas goda förutsättningar för sjukvårdshuvudmännen och lärosätena att bedriva teoretisk och klinisk utbildning av hög kvalitet. Lärosätenas utbildningskapacitet måste beaktas och antalet platser på läkarprogrammet får inte öka i den omfattning att utbildningskvaliteten blir lidande. Det ska finnas system för kvalitetssäkring av studenternas kliniska utbildning för att säkerställa att studenter får handledning och tydlig återkoppling. Vikten av läkare som handledare och lärare under grundutbildningen kan inte nog understrykas.

Med fortlöpande examinationer av hög kvalitet och goda möjligheter för studenterna att träna på professionella färdigheter och kliniskt beslutsfattande ska progressionen vara tydlig genom hela utbildningen. Schemaläggning av studenter ska aldrig överstiga 40 timmar per vecka.

Det är angeläget att lärosätena verkar för att erbjuda standardiserade kombinationsutbildningsprogram där läkarprogrammet kombineras med annan utbildning på högskole- eller forskningsnivå. Exempelvis kan ett kombinationsutbildningsprogram utformas som en MD-PhD där läkarprogrammet kombineras med en forskarutbildning.

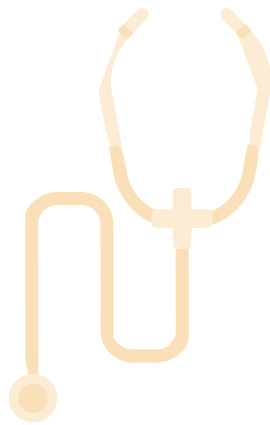
Sjukvårdsverksamheterna ska beakta sina förutsättningar till att medverka till läkarnas utbildning vid planering och förändring av sjukvårdens organisation och arbets sätt. En utbildning av god kvalitet ska kunna bedrivas på alla sjukvårdsverksamheter, oavsett driftsform och ingå vid utformande av vårdval, eller som urvalskriterium vid olika typer av upphandlingar. Alla läkare, oberoende av om man har genomfört utbildningen i Sverige eller utomlands, ska ha lika goda förutsättningar på arbetsmarknaden.



Vidareutbildningen (allmän-, bas- och specialiseringstjänstgöring)

Antalet vidareutbildningstjänster måste öka, dels för att ge läkare möjlighet att erhålla läkarlegitimation och specialistkompetensbevis utan fördröjning, dels för att säkerställa en kompetensförsörjning i balans. Kötid till AT måste elimineras helt.

Staten måste ta ett större och mer samordnande ansvar för att vidareutbildningstjänsterna ska dimensioneras utifrån de faktiska behov av specialistläkare som föreligger inom respektive



specialitet. Kompetensförsörjningen av specialister bör även ta hänsyn till den allt bredare arbetsmarknaden för läkare. Underläkar- och vidareutbildningstjänster ska utlysas offentligt så att tillsättningarna kan ske med öppenhet och transparens.

Vidareutbildningen ska kontinuerligt vara föremål för externa kvalitetsgranskningar genom så kallade SPUR-inspektioner. Likaså måste regionerna avsätta tillräckligt med resurser och tid för att handledare och studierektorer ska kunna fullgöra sina arbetsuppgifter och på så vis säkra en god utbildningskvalitet. Utbildningsläkaren ska erbjudas en likartad och kvalitetsmässigt jämn utbildning, oberoende av vilken vårdenhets tjänstgör vid.

För att kunna bedriva utbildning av god kvalitet måste regionerna avsätta tid och resurser till handledning av utbildningsläkare. Studierektorens mandat och roll för att kvalitetssäkra utbildningen behöver stärkas. Regionerna och universiteten måste tillsammans möjliggöra för fler läkare att inneha så kallade förenade anställningar för särskilda forsknings- och utbildningsuppdrag.

Läkarförbundet har länge verkat för införandet av BT som en första fristående del av läkarnas specialisering. Tjänstgöringen ska vara en tydlig och strukturerad introduktion till svensk hälso- och sjukvård. Den ska vara obligatorisk för alla som vill specialisera sig i Sverige, oavsett utbildningsland.

ST-läkare ska kunna tillgodoräkna tjänstgöring efter legitimation och inte enbart tjänstgöring efter avslutad BT. I de fall ST förläggs till flera enheter måste förutsättningarna för anställnings- och ersättningsmöjligheter för läkaren vara goda. De merkostnader för sidotjänstgöringar som kan uppkomma under ST ska inte innebära några merkostnader för läkaren i fråga och restid ska kunna tillgodoräknas som arbetstid.

Dubbelspecialiseringar ska uppmuntras och underlättas. För att täcka behovet av specialister i bland annat allmänmedicin måste den som vill dubbelspecialisera sig erbjudas bibehållen lön under ST-tiden, och urvalet av vilka kurser som behöver genomföras ska anpassas till tidigare erfarenheter och kunskaper.

Socialstyrelsens behöver upphandla fler SK-kurser. För att lyckas behöver upphandlingsförfarandet förenklas. Idag är systemet allt för krångligt, vilket medfört att få kursgivare väljer att delta i upphandlingarna samt att regioner och specialitetsföreningar i stället väljer att ordna egna kurser utanför systemet. Det har gjort att SK-kurserna idag blivit en flaskhals, vilket kan leda till förseningar för ST-läkare.

Fortbildning

Läkarnas kompetens har en avgörande betydelse för sjukvårdens kvalitet och säkerhet. Fortbildningen är därför en viktig del av utvecklingsarbetet inom vården. Läkares utbildning bör ses som en kontinuerlig länk; från grundutbildning över vidareutbildningen (AT, BT och ST) till den regelbundna fortbildning som pågår ända fram till den sista yrkesverksamma dagen. Uppdatering och fördjupning av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt måste ske fortlöpande under hela yrkeslivet, baserat på verksamhetens, professionens, läkares, patienternas och samhällets behov.

En kontinuerlig fortbildning genom hela läkarkarriären är en garant för en högkvalitativ och patientsäker vård. Det är också en viktig arbetsmiljöfaktor och bidrar till en mer jämlik vård och hälsa. Det blir dyrt för såväl arbetsgivare som för den enskilda patienten och för samhället när läkare inte är uppdaterade på de senaste medicinska rönen. Kompetensutveckling ska ses som en investering och inte som en kostnad.

För att klargöra både arbetsgivares och arbetstagares ansvar för läkarnas fortbildning krävs ett större statligt ansvarstagande i form av en nationell reglering med en föreskrift som tydligt anger kravet på en systematiserad medicinsk fortbildning.

Alla läkare ska ha en individuell fortbildningsplan där behovet av såväl extern som intern fortbildning framgår. Planen ska följas upp och revideras regelbundet. Fortbildningsbudgeten ska vara öronmärkt.

Fortbildningen ska redovisas i huvudmannens verksamhetsberättelse och ingå som krav vid upphandlingar, oavsett driftsform.

I det dagliga arbetet ska läkare ha en god lärandemiljö med tid för kollegial dialog, eftertanke, kunskapsöverföring och informationssökning. Minst en halv dag i veckan ska avsättas för internutbildning och egen fortbildning.



**Läs mer i Läkarförbundets
policy om fortbildning**

C. Sjukvårdspolitik

Vår politik bygger på att svensk hälso- och sjukvård är till för patienten. Läkarförbundet vill ha en jämlik och likvärdig vård i hela landet. Det ställer stora krav, eftersom Sveriges demografi och geografi ger olika förutsättningar mellan glesbygd och storstäder, samtidigt som det är avgörande att patienten inte känner av de strukturella och organisatoriska skillnaderna.

Coronakrisen 2020 visade på svagheterna i den nuvarande ansvarsfördelningen för den svenska hälso- och sjukvården. Det krävs en betydligt starkare statlig styrning av hälso- och sjukvården för att garantera en likvärdig vård i hela landet och en beredskap som klarar trycket av en nationell krissituation.

Vi står inför en transformation av svensk hälso- och sjukvård mot god och nära vård, där det blir viktigt att vi länkar samman hela den primära vården in i vårdkedjan. Kommunal sjukvård, vårdcentraler, mobila team, larmcentraler, vårdguider, närvårdsavdelningar och slutenvård måste integreras i varandra för att ge patienten en sömlös vård.

För att ro det i land behöver fler läkare vara med och leda sjukvårdens utveckling också på en strategisk nivå. Därför behövs fler läkare som chefer och på olika strategiska poster i samhället. En transformation av vårdkartan kräver ett etiskt förhållningssätt där man med medicinsk kunskap gör de prioriteringar och förändringar som krävs för framgång. Läkarens specifika kompetens är helt avgörande för ett patientsäkert resultat.

Hälso- och sjukvården måste ha en välfungerande struktur som går lätt att växla upp i händelse av kris. Coronakrisen visade hur snabbt det gick att ställa om, när läkare med enda mål att säkra patientsäkerheten blev nödvändiga i ledningen och administrativa hinder togs bort. När man utgår från det medicinska behovet landar man rätt i besluten och når de politiska mål som satts upp. Vi måste ha en välfungerande struktur som går lätt att växla upp i händelse av kris.

Etik

Etiken är en central del av läkarrollen. Läkarens arbete ska utgå från ett etiskt förhållningssätt och en värdegrund baserad på respekt för mänskliga rättigheter. Läkarförbundets etiska regler anger grundläggande etiska principer som Läkarförbundet anser att alla läkare ska följa. Läkarförbundets marknadsföringsregler syftar till att åstadkomma en god och värdig anda vid marknadsföring av läkarverksamhet.

Hälso- och sjukvård ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta är av väsentlig betydelse för att upprätthålla allmänhetens förtroende för den. Metoder och behandlingar som inte uppfyller kraven på vetenskap och beprövad erfarenhet ska inte erbjudas inom hälso- och sjukvården.



Hälso- och sjukvård ska ges på lika villkor och utgå från patientens behov. Patienten har rätt att förvänta sig att, utifrån behov, få tillgång till behandlingar som är vedertagna i Sverige. Läkarförbundet motsätter sig införande av regelverk som ger hälso- och sjukvårdspersonal rätt att, med hänvisning till så kallad samvetsklausul, undantas från vissa arbetsuppgifter. Enskilda yrkesutövarers personliga övertygelser ska inte ges företräde framför patientens rätt till vård.

Läkarförbundet motsätter sig dödshjälp (eutanasier och läkarassisterat självmord). Dödshjälp är väsensskilt från sjukvårdens uppgift att ge vård, bota, behandla och lindra. Istället för legalisering av dödshjälp behöver den palliativa vården förbättras ytterligare och vara jämlik över landet. Svårt sjuka patienter och deras anhöriga behöver även få god information om de behandlingar som kan erbjudas i patientens aktuella situation, liksom vilka som kan erbjudas senare i sjukdomsförloppet. Skillnaden mellan dödshjälp och tillåtet avbrytande av livsuppehållande behandling behöver göras känd hos patienter, anhöriga, allmänhet och hälso- och sjukvårdspersonal. Även kunskapen om behandlingsbegränsningar, till exempel vad gäller hjärt-lung-räddning och intensivvård vid akut eller kronisk sjukdom, behöver öka.

Forskningen kring genterapi, inklusive användning av gensax, som möjliggör förändringar av arvsmassan, går snabbt framåt. Dessa behandlingar har potential att inom en relativt snar framtid bota svåra genetiska sjukdomar och förbättra behandlingen av andra sjukdomstillstånd. Genterapier väcker emellertid en mängd etiska frågeställningar kring bland annat personlig integritet, samtycke och människovärde. Noggrann analys och utvärdering av möjligheter och risker, där läkarprofessionen ges tillfälle att delta, behövs därför innan en metod tas i kliniskt bruk. Detsamma gäller nya reproduktiva tekniker och genetisk screening av embryon och foster.

Hälso- och sjukvårdens behandling av personuppgifter är nödvändig för att ge de enskilda patienterna en god vård, men även för till exempel kvalitetsutvecklings-, tillsyns- och forskningsändamål. Hälsodata måste samlas in och användas på ett etiskt, säkert och strukturerat sätt, där enskildas personliga integritet värnas. Den kunskap som journaler, register och annan dokumentation genererar behöver också kontinuerligt och systematiskt följas upp och utvärderas. Data från register ska inte användas för ekonomisk styrning eller ersättning.

Myndigheter efterfrågar ofta läkares expertkunskap i ärenden som rör enskilda personer. Läkarutlåtande kan bidra till ett bättre beslutsunderlag i ärendet. Relationen mellan läkare och patient måste dock värnas. För att upprätthålla en god och förtroendefull relation är det viktigt att läkaren inte uppfattas som en myndighetsföreträdare med en tillsynsroll. Läkare bör därför endast i undantagsfall åläggas anmälningskyldighet gentemot sina patienter.



**Läs mer i Läkarförbundets
etiska regler**

Jämlik vård

Vård på lika villkor som utgår från patientens behov är en grundläggande princip för den svenska hälso- och sjukvården. Läkarförbundet står stadigt i stödet för en sådan patient-centrerad medicin. För att kunna bedriva en likvärdig och effektiv hälso- och sjukvård nära patienterna behöver vi en tydligare och mer sammanhållen statlig styrning och uppföljning. 21 olika huvudmän med olika regionala förutsättningar och prioriteringar gör det svårt att bedriva en jämlik vård.

Det behövs en mer sammanhållen nationell styrning inom exempelvis kompetensförsörjning, vårdplatsdimensionering och väntetider samt ett nationellt definierat primärvårdsuppdrag. Tillgänglighet och kontinuitet i vården är centralt för att kunna nå de nationella politiska målen om jämlik vård, men de regionala skillnaderna är fortfarande allt för stora och kontinuiteten begränsad. Läkarförbundet vill att regionernas ekonomiska styrning i ännu högre grad styr mot forskning, handledning och utbildning. Kontinuitet i vården ska också utgöra en kvalitetsindikator.

Läkarförbundet vill ha ett sammanhållet system för kunskapsstyrning som involverar samtliga specialiteter. Det är viktigt att följa de nationella kunskapsstöden, men den ekonomiska styrningen kan och ska inte kopplas till följsamheten eftersom läkaren alltid måste kunna göra en individuell bedömning av patientens medicinska behov. I syfte att uppnå en jämlik vård är det också ändamålsenligt att fortsätta koncentrera den hög-specialiserade vården. Den specialiserade vården behöver fördelas så att forskning, utbildning och kvalitet optimeras.

För att uppnå en god vård för hela befolkningen behövs en långsiktig offentlig finansiering som säkerställer helheten inom ramen för huvudmännens ansvar och åtagande. Redan före coronakrisen kämpade regionerna med att finansiera vården, och den vård som skjutits upp under coronakrisen kommer att sätta ytterligare press på ekonomin. I ljuset av detta, tillsammans med den demografiska utvecklingen och den därmed ökande konkurrensen mellan olika välfärdsområden, vill Läkarförbundet se en bred parlamentarisk uppgörelse för att trygga hälso- och sjukvårdens långsiktiga finansiering. Även den kommunala utjämningen bör ses över.

Det finns påtagliga målkonflikter i styrningen av svensk hälso- och sjukvård. Exempelvis har kömiljarden på många håll å ena sidan lett till positiva resultat i fråga om väntetider för de diagnoser som ingår, å andra sidan inneburit att patienter med stora vårdbehov, patienter på landsbygden och i utsatta områden riskerar att ha trängts undan. För att minska risken för sådana undanträngningar

är det av stor vikt att läkarprofessionen involveras i utformning och styrning av vården och att fler läkare är chefer på alla nivåer i hälso- och sjukvården.

Rigida prestationskrav sammankopplade med systemuppbyggnad och fasta tidsfrister tenderar också att leda till snedvridna prioriteringar. Det innebär risker som att patienter får sitt nybesök, återbesök eller planerade operation bestämd av en tidsfrist, snarare än av sitt faktiska mående, vårdbehov eller läkarens bedömning.

De systemtunga överbyggnaderna i kombination med bristande operativt administrativt stöd innebär att värdefull läkartid tas från patientarbetet. Det behövs ett ökat administrativt stöd för de verksamheter som arbetar med patienter, medan det torde kunna minska väsentligt i regionernas centrala nivåer.

Läkarförbundet noterar utvecklingen mot fler privata sjukvårdsförsäkringar och ser det som ett tydligt symptom på att den offentliga vården inte räcker till. Det finns fördelar med att resurser tillförs hälso- och sjukvården som helhet, och försäkringarna bidrar till att många får snabbare tillgång till vård. Men vård ska ges efter medicinska prioriteringar, och det är inte oproblemiskt att tillgången till vård skiljer sig åt mellan olika individer.



[Läs mer om Läkarförbundets syn på styrprinciper](#)

Vårdval och upphandling

Sedan den 1 januari 2010 har alla regioner egna valfrihetssystem – vårdval – i primärvården. Några regioner har också infört vårdval i andra delar av sjukvården. Vårdvalen har ökat tillgången av vård, och på orter med många vårdgivare tenderar patienterna också att vara mer nöjda.

Inom valfrihetssystemen ska offentliga och privata vårdgivare behandlas lika. Vårdgivarna får samma ersättning för sina patienter, men varje region beslutar själv om ersättningsnivåer, vilka tjänster och funktioner utförarna ska tillhandahålla liksom vilken kvalitet de måste hålla.

Möjligheten att få verksamheten att gå runt påverkas av ersättningsnivån. När motsvarande offentlig verksamhet kan bedrivas med underskott blir förutsättningarna för privata och offentliga vårdgivare inte längre lika. Att ersättning och vissa regler utformas lokalt försvårar också ibland för privata vårdgivare. Ersättningssystemet ska vara rimligt för verksamheten.

Många olika vårdgivare i primärvården och i öppen specialistvård stärker patienternas valmöjligheter och bidrar till bättre tillgänglighet. Med rätt utformade regelverk bidrar en mångfald



av vårdgivare till en utveckling mot jämlik vård, förbättrad folkhälsa och ökad medicinsk kvalitet. Vårdgivare i olika driftsformer och olika storlek skapar också utrymme för ett effektivt resursutnyttjande. Det bidrar till nya arbetssätt, bättre organisering av arbetet och höjd produktivitet. Därför verkar Läkarförbundet för en mångfald av olika utförare.

Läkarförbundet vill se en utveckling som främjar framväxten av fler små professionsdrivna vårdgivare, framförallt inom primärvården, i glesbygd och på landsbygd. Regelverken för vårdgivare måste utformas så att små, medelstora och stora vårdgivare får lika goda möjligheter att etablera sig. Läkarförbundet ser det som bekymmersamt att Lagen om offentlig upphandling (LOU) tillämpas med ett ensidigt fokus på lägsta pris. Kvalitetsparametrar borde användas i betydligt högre omfattning och det faktum att en organisation och företag redan bedrivit en verksamhet som ska upphandlas borde kunna tillmätas värde. Omfattande upphandlingar som bara stora vårdbolag kan lägga anbud på gynnar inte konkurrensen utan leder till oligopol och att mindre vårdföretag inte kan få uppdrag.

Små företag och idéburna organisationer får inte missgynnas. Ett sätt att uppnå detta är att införa nationella vårdval i olika specialiteter där villkoren anpassas efter lokala förhållanden och där professionen har inflytande över dess utformning. Det är viktigt att uppdragen inom vårdvalen är stabila över tid för att ge förutsägbarhet.

Ersättningssystemen måste utformas på ett sätt som utgår från uppdragets storlek och omfattning, säkrar konkurrensneutralitet och långsiktighet samt styr mot kvalitet. Ersättningen ska även täcka utbildningsansvar och fortbildning. Privata och idéburna vårdgivare ska ha samma villkor för uppdragen som sina offentligt drivna motsvarigheter. Lika viktigt är att forskning kan bedrivas oavsett driftsform och att krav på forskning ingår i olika typer av upphandlingar.

Fler sjukhus, vårdcentraler och andra vårdenheter än idag ska kunna drivas av andra vårdgivare än regioner.

En del av privat driven verksamhet i vården utförs av läkare som får läkarvårdsersättning enligt den så kallade Nationella taxan. Många av de patienter som väljer dessa "taxeläkare" gör det för att de värdesätter kontinuiteten med läkaren; en kontinuitet som de många gånger inte kan erhålla i annan öppen specialistvård eller i primärvården.

Det är viktigt att taxeläkarnas möjligheter att bedriva sin verksamhet får fortgå. Läkarförbundet ser gärna en reformering av systemet där en nationell enhetlig ersättning som inte styrs av regionerna bevaras. Den kan behöva kompletteras med en ersättningsmodell som uppmuntar etableringar av små privat drivna verksamheter i primärvård och öppen specialistvård i glesbygd och på landsbygd.

Civil beredskap

Grunden för civil beredskap inför kriser är att hälso- och sjukvården i fredstid fungerar. Om den inte gör det kommer heller inte hälso- och sjukvården i en kris att fungera.

Läkarförbundet anser att regionerna ska dimensionera vården och vårdplatserna för att klara de behov som finns i fredstid, det vill säga för att uppnå bland annat en god vård, rimliga vån-
tetider, acceptabel arbetsmiljö samt att klara utbildnings- och forskningsuppdraget. Samtidigt ska dimensioneringen ta höjd för tillfälliga toppar som vid större olyckor eller epidemier. Detta sker inte i dag och dimensioneringen är därför felaktig.

Vid en eventuell ökad beredskap måste sedan dimensioneringen och vårdplatserna kunna utökas ytterligare för att klara av det vårdbehov som uppstår i samband med en kris. Om vården är underdimensionerad i fredstid kan det få katastrofala följder vid en kris.

En del av underdimensioneringen idag är orsakad av personalbrist. Regionerna måste öka sina ansträngningar för att attrahera fler som vill arbeta inom regionernas sjukvård. Krav bör finnas på att regionerna uppfyller basal bemanning även i fredstid. Basal bemanning innebär tillräcklig bemanning för att klara schema, utbildning, sjukdom bland personalen, pensionsavgångar, forskning och för att klara normalt förekommande sjukdomstoppar i samhället. Att sommarbemanningen är tillräcklig ska vara en självklarhet. Staten bör sätta press på regionerna för att de ska uppfylla sin del av arbetsgivaransvaret och eventuellt diskutera behov av lagförslag som kan ge ett uppdrag till fler utförare.

Staten måste ha det slutliga ansvaret för beredskapen inför kriser. Exemplet på att regionerna och kommuner inte klarar av sitt ansvar var många under coronakrisen 2020. För att få till stånd en reell krisberedskap behöver det finnas ett mycket tydligare nationellt ansvar. En statlig myndighet bör få huvudansvaret för att säkerställa att regioners och kommuners förberedelse inför kriser verkligen sker, samt är likvärdig över hela landet. Den ansvariga statliga myndigheten måste även ha möjlighet att vidta kännbara åtgärder för de regioner som inte säkerställer en tillräcklig krisberedskap.

Ett annat exempel där beredskapen inför kriser behöver förbättras gäller läkemedel samt förbrukningsartiklar. Brist på läkemedel och förbrukningsartiklar är ett globalt problem. En utökad beredskapslagring samt en inhemsk produktion av läkemedel och förbrukningsartiklar bör därför eftersträvas.

Läkemedel

Val mellan olika behandlingsalternativ av läkemedel ska grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet och anpassas efter patientens behov. Den av riksdagen antagna etiska plattformen



styr prioriteringar inom hälso- och sjukvården, såväl i den kliniska verksamheten som i politiska beslut om resursfördelning.

En jämlik tillgång till läkemedelsbehandling är en viktig förutsättning för att uppnå målet om en jämlik vård. De prioriteringar som görs lokalt och regionalt av vårdens huvudmän, i synnerhet när det gäller införande av nya dyra läkemedelsbehandlingar, bidrar till att principerna om allas rätt till jämlik tillgång till läkemedelsbehandling sätts på undantag. Därför är NT-rådet – regionernas organ för att ge rekommendationer om förhållningssätt till nya läkemedelsterapier – viktigt att stödja och utveckla.

Staten bör ta det nationella ansvaret för finansiering, prissättning, användning och uppföljning av läkemedel för att säkerställa jämlik vård oavsett var i landet man är bosatt. Detta gäller även särlekemedel. Många regioner är för små för att klara av att finansiera till exempel nya dyra läkemedel och därför kan patienter av kostnadsskäl förvägras viss farmakologisk terapi i en del regioner medan andra erbjuder behandlingen.

Det är viktigt att bedöma samhällsnyttan av läkemedelsbehandling. Då enskilda regioner och kommuner har svårare att dra samhällsekonomisk nytta av framgångsrik läkemedelsbehandling, vilket kan leda till kortsiktiga ekonomiska prioriteringar, finns det klara fördelar om staten är finansierare.

Den fria förskrivningsrätten utgör grunden för att läkare ska kunna erbjuda patienter en behovsanpassad läkemedelsbehandling. System för läkemedelsförskrivning måste vara tillgängliga för alla legitimerade läkare, också de som inte har en klinisk anställning.

God tillgång till producentoberoende läkemedelsinformation från de regionala läkemedelskommittéerna är nödvändig. För att förbättra patientsäkerheten behöver generisk ordination införas, det vill säga en generisk hantering där läkemedlets substansnamn används i hela kedjan, från ordination/förskrivning till administrering eller expediering.

Den snabba utvecklingen med nya behandlingsmöjligheter inom läkemedelsområdet betyder att ny kunskap om läkemedel snabbare behöver omsättas till klinisk nytta. Vården måste bli bättre på att utnyttja digital teknik för att föra in och generera ny kunskap i den kliniska verksamheten. I en miljö med så snabb medicinsk utveckling som i dagens hälso- och sjukvård måste fortbildning ske kontinuerligt för att uppnå en patientsäker och jämlik vård.

Vårdgivarna ska tillhandahålla de verktyg som läkare och annan vårdpersonal behöver för att kunna ge patienter en god och säker läkemedelsbehandling. Det krävs att läkare har tillgång till journalintegrerade verksamhetsstöd med information om patientens alla läkemedelsbehandlingar. En nationell läkemedelslista där även rekvisitionsläkemedel ingår bör snarast komma till stånd.

Genom en hållbar läkemedelsanvändning kan läkare bidra till att säkerställa att hälso- och sjukvården även i framtiden har tillgång till nödvändiga läkemedel. Kampen mot antibiotika-resistens i såväl produktionsled som vid användning är avgörande för att vi i framtiden ska ha välfungerande substanser.

Läkemedel påverkar vår miljö genom utsläpp vid produktionen, genom att de till stor del passerar oförändrade genom avloppsreningsverken och genom att stora mängder läkemedel kasseras varje år. Att minska kassationen av läkemedel är ett viktigt mål.

Gott och etiskt transparent samarbete med läkemedelsindustrin är viktigt. Den moderna life science-industrin är en viktig kunskapskälla och kan bidra till att läkares kunskapsnivå hålls på en hög nivå. En treparts-överenskommelse mellan Läkarförbundet, SKR och de forskande läkemedelsföretagen (LIF) är önskvärd.

Folkhälsa

En fungerande primärvård är oumbärlig för det sjukdomsförebyggande arbetet. Primärvårdens preventiva roll måste förstärkas och ges bättre förutsättningar. Alla medborgare har ett individuellt ansvar för sin hälsa genom att göra kloka hälsoval, men vid behov ska de naturligtvis vis få hjälp av läkare och av samhället.

Läkaren har flera roller: i mötet med patienten som vägledare till goda val och mot beslutsfattare som kunskapsförmedlare i hälsofrågor. Politikernas roll är att fatta beslut som stödjer en positiv hälsoutveckling för alla.

Det är viktigt att vården uppmärksammar levnadsvanornas betydelse. Kompetens om hälsosfrämjande och sjukdomsförebyggande metoder måste öka och implementeras.

Läkare har en tydlig roll i att leda det medicinska arbetet utifrån sin medicinska kompetens. Likaså är skolhälsovården och företagshälsovården viktiga aktörer som bör ges bättre förutsättningar.

Sekundärpreventiva åtgärder efter en behandling, exempelvis ändrade levnadsvanor, är viktiga för hälsoutfallet. Aktuell kunskap om, och tillgång till, läkemedel utgör också en central del i det förebyggande arbetet.

Lagstiftning och ekonomiska styrmedel ska användas i högre grad för att understödja hälsosamma val. Ett hälsosamt leverne ska vara självklart, enkelt och billigt. Dåliga matvanor, fysisk inaktivitet, rökning och alkohol drabbar människor olika beroende på bland annat socioekonomiska förhållanden. Lagstiftning, skatter, avgifter och subventioner bör användas mer aktivt för att understödja hälsosamma val.



När det gäller beroendevården så bör regionen ansvara för behandlingen av missbruk och beroende medan Socialtjänsten ansvarar för sociala stödinsatser. Med hälso- och sjukvården som ansvarig för behandlingen finns en samlad behandlingsorganisation som har bra förutsättningar att nå alla som behöver insatserna och som på ett bra sätt kan ta tillvara och implementera ny kunskap. Modern beroendevård integrerar i hög grad farmakologisk och psykologisk behandling med psykosociala insatser. Sjukvården har bäst förutsättningar att utveckla detta område, med kompetens baserad på neurobiologisk, psykologisk och folkhälsovetenskaplig forskning.



Läs mer i Läkarförbundets policydokument för att främja hälsa och förebygga ohälsa

Primärvården

Primärvården ska vara första linjens sjukvård med ansvar för hela befolkningen i alla delar av Sverige. Den har bäst förutsättningar att se till hela vårdbehovet hos patienterna och det är dit som patienterna i första hand ska vända sig med sina besvär. Primärvården är också den del av hälso- och sjukvården som är mest lämplig att arbeta med att förebygga ohälsa och som mest och bäst bidrar till en jämlik hälsa.

Dagens primärvård är underfinansierad, har för låg tillgänglighet och erbjuder sällan tillräckligt hög kontinuitet mellan patient och läkare. För att säkra en fullt utbyggd primärvård till hela befolkningen krävs en nationell reform. För att en nationell primärvårdsreform ska få fullt genomslag krävs också en resursförstärkning av primärvården, ett tydligt nationellt grunduppdrag, nationellt fastställda finansieringsprinciper och listning på en egen vald fast läkare.

Det är där, i mötet med den enskilde fasta läkaren, som patienterna känner trygghet och får kontinuitet i vårdkontakten. En fast läkare som har det medicinska ansvaret för patienten skapar också tydlighet och underlättar arbetet i vårdteamet där andra professioner ingår.

Läkarförbundet förordar följande bärande delar i en reformering av primärvården:

Primärvården ska vara första linjens sjukvård. Det behövs ett nationellt grunduppdrag för hela primärvården med utrymme för lokala variationer, framförallt på landsbygd och i glesbygd. I glesbygd är ofta det medicinska uppdraget bredare, men möjligheterna att bemanna en vårdcentral med alla vårdens yrkeskategorier är begränsade. Det ska vara enkelt att öppna en liten verksamhet för att öka tillgängligheten.

Varje invånare ska ha en fast namngiven läkare. Det förutsätter att invånarna listar sig på läkare – inte på utförare/vårdcentral eller team i primärvården. Vi behöver därför en nationell lagstiftning om att hela befolkningen ska lista sig på en egen vald fast läkare. På det sättet säkrar vi att även svaga grupper erhåller en egen fast läkare i primärvården. Det är också bra för patienten och för andra professioner i vården att veta vem som är medicinskt ansvarig.

För att säkra den medicinska kvaliteten, tryggheten för patienten och en rimlig arbetsbelastning för läkarna och andra professioner i primärvården behövs det någon form av reglering – tak – för hur många invånare en läkare kan ha listade. Listans storlek måste kunna anpassas på individnivå utifrån uppdraget, patientunderlaget och tjänstgöringsgraden.

För att stimulera fler läkare att bli verksamma i primärvården behövs en vidareutbildning till dubbelspecialist för läkare som redan har annan specialistutbildning än allmänmedicin. Under den utbildningstiden ska man också ha lön som specialistläkare.

Det är också avgörande att antalet listade patienter per läkare blir hanterbart för den enskilde läkaren. För att hela befolkningen i hela landet ska kunna välja en egen fast läkare i primärvården behöver staten ta ett större ansvar för att vi ska få fler ST-läkare i allmänmedicin.

Under en längre övergångsperiod behövs listning på andra läkare än specialister i allmänmedicin, som ST-läkare i allmänmedicin i slutet av sin utbildning och/eller specialister i primärvårdsnära verksamheter, eftersom det för närvarande finns för få specialister i allmänmedicin för att uppnå ett rimligt antal listade invånare per läkare. Det är också angeläget för att ST-läkare inom allmänmedicin successivt ska kunna ta ett större ansvarsområde och få en stärkt ställning.

Det ska vara enkelt för fler läkare och andra professioner som barnmorskor, fysioterapeuter med flera, att öppna egna verksamheter och samarbeta med varandra för att få till fungerande vårdteam som är uppbyggda utifrån patientens behov.

Personalpolitiken ska premiera erfarenhet, kompetens och en arbetsmiljö med rimlig arbetsbelastning. Det kräver självständiga chefer som är läkare med resurser och kunskap om hur man utvecklar verksamheten med hjälp av en god arbetsmiljö, löneutveckling, fortbildning och forskning.

En nationell primärvårdsreform med ovan bärande delar förutsätter en resursförstärkning av primärvården. En fungerande primärvård i hela landet förutsätter en ökad nationell styrning av vården.



Läkare i den kommunala hälso- och sjukvården

Ädelreformen i början på 90-talet innebar att ett stort hälso- och sjukvårdsansvar fördes över till kommunerna. Trots detta skulle kommunerna inte anställa läkare i äldreomsorgen. Det ansågs räcka med en medicinskt ansvarig sjuksköterska.

Coronakrisen 2020 avslöjade med förfärande tydlighet att den kommunala hälso- och sjukvården inte förmår leva upp till sitt ansvar. Kommunerna lider av allvarliga brister i det medicinska ledningsansvaret. Det behöver också anslås mer läkartid per vårdtagare för individuella medicinska behov.

Kommunerna har redan idag rätt att anlita läkare om regionen inte tillhandahåller de läkarresurser som behövs och fakturera regionen för kostnaden. Detta har dock visat sig svårt för kommunerna när det inte finns en läkare anställd inom den egna organisationen som kan göra denna bedömning. För Läkarförbundet har det länge varit en självklarhet att det behövs läkare med ett övergripande samordningsansvar i kommunerna, till exempel i form av medicinskt ansvariga läkare eller kommunala chefsläkare.

Det måste omgående bli möjligt för de kommuner som så önskar att anställa läkare som kan ansvara för den kommunala hälso- och sjukvården. En ökad läkarnärvaro i de äldres sjukvård är nödvändig.

Vård i glesbygd

Att erbjuda likvärdig och jämlik vård på lika villkor är en stor utmaning. Förutsättningarna skiljer sig över landet, med på många håll glest befolkade områden med många äldre, liten befolkning och brist på sjukvårdspersonal. Många regioner, inte minst i norr, arbetar dock aktivt med att utveckla servicen i glesbygd genom till exempel glesbygdsmedicin och servicepunkter i glesbygd för att stärka den första linjens hälso- och sjukvård. Primärvård i glesbygd har ofta ett större uppdrag än i tätbefolkade delar i landet, vilket måste få genomslag i resursfördelningen. Ersättningsmodeller ska fungera också för nyetableringar i glesbygd och vara hållbara över tid.

Även akutsjukvård måste kunna garanteras i hela landet. Hur långt det anses rimligt att resa och hur länge det får dröja innan patienten når rätt vårdinstans behöver förtydligas. Det behövs en särskild utredning om hur hela befolkningens behov av akutsjukvård ska kunna säkerställas precis som för primärvården. Detta är viktigt inte minst i ljuset av att man koncentrerar många verksamheter till de större sjukhusen. Det kan finnas fördelar med att koncentrera verksamhet också till mindre vårdenheter.

Mindre vårdenheter har också behov av utbildning och kompetensförstärkning. Ökad konkur-

rens om läkarna mellan regioner och beroendet av hyrläkare måste stoppas. Staten måste ta ett större ansvar för kompetensförsörjningen, så att inte regionerna bara agerar i egenintresse.

Coronakrisen visade på brister som uppstår när tillfälligt inhyrda läkare inte kan röra sig fritt i landet, vilket snabbt leder till kompetensbrist, inte minst i glesbygden. Det visar återigen på behovet av villkor och personalpolitik hos hälso- och sjukvårdshuvudmännen som gör det attraktivt att verka som läkare överallt i landet.

Digitaliseringen ger, förutom mycket annat, en möjlighet för bättre samverkan, och har stor betydelse för verksamheter där det är långa fysiska avstånd. Det kan exempelvis handla om att med hjälp av digital teknik konsultera en mer erfaren specialist som fysiskt finns långt därifrån.

Läkarförbundet vill se en utveckling som främjar framväxten av fler små vårdgivare också i glesbygd och på landsbygd. Regelverken för vårdgivare måste utformas så att små, medelstora och stora vårdgivare får lika goda möjligheter att etablera sig.

För att stimulera utvecklingen på landsbygden anser Läkarförbundet att det kan behövas riktade statsbidrag till glesbygden, till exempel en särskild taxa vid nyetablering i glesbygden. Det ska vara lätt att starta upp en vårdcentral. Det behövs samtidigt långsiktig planering på minst 5–10 års sikt för att skapa stabila förutsättningar när det gäller kapitering och finansiering.

Vi ser även behov av att skapa ekonomiska incitament som främjar etablering i glesbygden. Det kan exempelvis handla om att se över skattepolitiken, eller andra former av stimulansåtgärder. Ytterligare åtgärder kan handla om förmåner för de som väljer att arbeta i glesbygd, exempelvis avskrivning av studielån, högre lön eller olika stöd till individen i form av boende, handledning, möjlighet till individuella lösningar, inflyttningsbidrag och hjälp med jobb för medföljande.

Digitala vårdtjänster

Inom hälso- och sjukvården har inte digitaliseringen skett lika snabbt eller i samma utsträckning som i andra delar av samhället, vilket är ett bekymmer. Det är också ett bekymmer att de tekniska stöd som vården investerar i inte alltid har inneburit den effektivisering som vården är i behov av. Digitalisering av vården är en infrastrukturfråga och borde vara ett statligt ansvar snarare än ett regionalt. Statens Vision e-hälsa 2025 saknar en strategi för hur en nationell samordning med samlade investeringar och insatser för ett användarvänligt och kompatibelt system ska se ut.

I och med coronakrisen kan vi samtidigt se att fler tagit till sig och börjat använda digitala vårdtjänster. Det handlar till exempel om att digitala vårdmöten för många blivit förstahandsval när det gäller att kontakta vården.

Förutsatt att det finns kontinuitet och en etablerad fast läkarkontakt som träffar patienten fysiskt, så finns det många situationer då det fungerar utmärkt att göra avstämningar och uppföljningar med digitala hjälpmedel. Den digitala kontakten fungerar då som ett komplement till annan kontakt. Digitala hjälpmedel underlättar även för de fasta läkarna att bli mer tillgängliga. Digitala vårdkontakter som inte är kopplade till en fast läkarkontakt riskerar däremot att bli en dyr lösning för regionerna och därmed skattebetalarna. Därför anser Läkarförbundet att ersättningssystemen för digitala besök behöver ses över för att de inte ska ge oönskade effekter.

Den stora utmaningen med digitaliseringen i vården handlar inte främst om nya tekniska lösningar utan om att anpassa arbetssätt och organisation. Det handlar om nya sätt att möta patienter och interagera med andra personalgrupper eller med ledningen. Verksamhetsutvecklingen kan inte bedrivas som ett kortsiktigt projekt. Det måste vara ett långsiktigt arbete som hela tiden ska ske i nära samarbete med professionen.

För att nyttja samhällets resurser så effektivt och tillförlitligt som möjligt behöver det medicinska behovet styra vilka patienter som erbjuds digitala vårdkontakter respektive traditionell fysisk vård. En stor del av digitaliseringens potential för både primär- och specialistvården ligger i möjligheten att styra om patientflöden till den bästa och mest kostnadseffektiva kanalen. Genom en digital triagering och sjukvårdsrådgivning leds patienterna vidare till optimal vård – digitalt eller fysiskt.



Kunskapsstyrning i vården

Professionen ska ha en ledande roll i kunskapsstyrningen. Specialitetsföreningarna ska därför ha ett stort ansvar vid framtagandet av nationella vårdprogram och behandlingsriktlinjer. Även patientorganisationernas synpunkter bör beaktas i framtagandet av riktlinjer och rekommendationer. Statens roll ska vara att stödja med ekonomiska resurser och bidra med förvaltning, administration och spridning.

Socialstyrelsens arbete med nationella riktlinjer är viktigt och det är därför nödvändigt att de uppdateras kontinuerligt. Det behövs också andra kompletterande arbetsformer och en digital struktur med besluts- och kunskapsstöd kopplade till aktuell patientinformation som kontinuerligt uppdateras och stödjer individuellt beslutsfattande.

Läkarförbundet stödjer systemet med standardiserade vårdförlopp inom cancervården som syftar till att bidra till kortare väntetider, nöjdare patienter och en mer jämlik cancervård.



Standardiserade vårdförlopp passar dock inte överallt – exempelvis inte alls i primärvården – och vi ser ibland undanträngningseffekter på lokal nivå. De standardiserade vårdförloppen upphäver alltså inte behovet av en individuell bedömning av varje enskild patients behov.

Regionernas gemensamma arbete med ”Nationellt system för kunskapsstyrning i hälso- och sjukvård” är ett bra initiativ, där specialitetsföreningarnas delaktighet i nationella programområden och nationella arbetsgrupper är helt avgörande.

Nationella vårdprogram ska utgöra ett stöd och inte kräva följsamhet. Läkarens autonomi måste bibehållas. För att kunskapsstöden ska kunna implementeras och få spridning i verksamheten måste de nationella vårdprogrammen anpassas till regionala förutsättningar. Det måste också finnas tid och resurser avsatta till fortbildning. Nationella riktlinjer och andra kunskapsstöd måste vara möjliga att följa i klinisk praxis.

På samma sätt som läkare ska ha en ledande roll i kunskapsstyrningen ska läkare också vara delaktiga i den diagnostiska processen i den kliniska vardagen.

Kvalitetsregistren kan utgöra ett kraftfullt verktyg för kvalitetsutveckling och är strategiskt viktiga för stora delar av hälso- och sjukvårdens förbättring. Professionen ska vara en central kraft i deras utveckling. Därtill måste den enskildes integritet skyddas. På samma sätt är det viktigt att skydda den enskilde läkaren så att dennes medicinska resultat endast får användas/redovisas inom den enskilda klinikens verksamhet. Den kunskap som samlas in i journaler, register och annan dokumentation ska kontinuerligt och systematiskt följas upp och utvärderas. Data från kvalitetsregister ska inte användas för ekonomisk styrning och ersättning. Ansvarförhållandet mellan myndigheter och sjukvårdshuvudmän måste vara tydligt, konkurrensneutraliteten säkras och åtskillnaden mellan myndighetsutövning, finansiering och produktionsansvar upprätthållas. För att kvalitetsregistren ska få önskad betydelse är det avgörande att intressenterna tar sitt finansieringsansvar samt att den nationella samordningen och de långsiktiga förutsättningarna är tydliga.

Högspecialiserad vård är sällan förekommande vård som kräver stora resurser och/eller investeringar samt multiprofessionell kompetens. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (2 kap. § 7) utgör nationell högspecialiserad vård den vård som behöver koncentreras till en eller flera enheter över landet för att kvalitet, patientsäkerhet och kunskapsutveckling ska kunna upprätthållas och ett effektivt användande av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås.

Läkarförbundet stödjer den arbetsprocess som Socialstyrelsen har tagit fram i syfte att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå. För den mest avancerade högspecialiserade vården kan det finnas anledning att utöka samarbetet inom Skandinavien. Med ökad koncentration av viss specialistkompetens och erfarenhet i den högspecialiserade

de vården kommer den övriga sjukvården behöva bra system för kunskapsspridning och fortbildning. Välfungerande vårdkedjor, digitalisering och ett gott samarbete mellan högspecialiserade sjukvårdsenheter och patientens hemmaregion är avgörande. Nivåstrukturer och kompetenskoncentration kan påverka förutsättningarna för att bedriva utbildning och kompetensutveckling lokalt. Den högspecialiserade vården måste ha goda förutsättningar för forskning och kompetensförsörjning.

Det måste säkerställas att all sjukvårdspersonal kan tillgodogöra sig och bevara klinisk bredd under samtliga utbildningssteg. Nivåstruktureringen bör därför göras med eftertanke och med en helhetssyn på vårdkedjan, inklusive akutsjukhusen och utbildningen. Beslut om koncentration av såväl regional som nationell högspecialiserad vård ska föregås av konsekvensbeskrivningar och åtgärdsplaner.

Patientansvarig läkare

Alla patienter ska ha rätt till en Patientansvarig läkare, PAL. Det stärker kontinuiteten, säkerheten och tryggheten för patienten. En patientansvarig läkare bidrar också till en jämlik vård, inte minst för patienter med sämre förmåga att tillgodose sina vårdbehov.

För de allra flesta kommer den egna valda fasta läkaren inom primärvården, som invånarna kommer att vara listade hos, att vara dess patientansvariga läkare. För en del patienter kan även andra läkare, i slutenvården eller den öppna specialistvården, vara deras PAL. De patienter som begär det ska få en patientansvarig läkare.

Verksamheter som vårdar patienter med livshotande tillstånd, kroniska sjukdomar, andra allvarliga eller komplicerade sjukdomstillstånd, multisjuka äldre och patienter med nedsatt förmåga att ta självständiga beslut, bör regelmässigt utse en PAL som fast vårdkontakt för varje enskild patient. För cancerpatienter och andra svårt sjuka patientgrupper ingår PAL självklart i de multiprofessionella teamen.

Slutenvården och vårdplatserna

Antalet vårdplatser har minskat kontinuerligt under flera decennier. Enligt OECD har Sverige lägst antal slutenvårdsplatser per invånare i EU. Medicinska framsteg ligger bakom en del av detta, liksom den positiva utvecklingen av arbetssätt och vårdformer. Men minskningen är också följdverkningar av besparingar och brist på personal, och är en betydande orsak till de långa vårdköerna. Bristen på vårdplatser påverkar även möjligheter till klinisk forskning och metodutveckling.

Antalet vårdplatser på svenska sjukhus måste öka och staten måste ta ett större ansvar för det. Coronakrisen har visat vilken betydelse antalet intensivvårdsplatser har. De kan inte

reduceras till den nivå som var före krisen, särskilt inte eftersom de är en förutsättning för många operationer, och därmed för att den vårdskuld som byggts upp under krisen ska kunna betas av. Dimensioneringen ska utgå ifrån befolkningens faktiska behov, platsens belägenhet samt god beredskap. Beläggningsgraden på sjukhusen ska inte överstiga ett årsgenomsnitt på 85 procent.

Coronakrisen har också visat på betydelsen av en beredskap i form av viss överkapacitet. Bristerna i överblicken av antalet vårdplatser har också tydligt framträtt. Mer tillförlitlig statistik om vårdplatser är absolut nödvändig.

Bemanningen utgör en flaskhals för antalet vårdplatser. Det är dock inte en egentlig brist på personal som är problemet, utan dålig personalpolitik från sjukvårdshuvudmännen. Det finns också möjligheter att se över arbetsfördelningen och vilka personalkategorier som kan göra vad i slutenvården.

I takt med att befolkningen blir äldre, blir också fler kroniskt sjuka och i behov av avancerad övervakning. För att klara detta behöver vi en mer aktiv läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg, samt en utbyggd och väl fungerande primär- och öppenvård för att minimera behovet av slutenvård.

Risken för medicinska misstag, vårdskador och försämrad vårdkvalitet ökar när behandlingar fördröjs eller patienter vårdas på avdelningar som saknar rätt utrustning och medicinsk kompetens. Staten behöver därför se över regelverket för att säkerställa att antalet vårdplatser är tillräckligt. Nivån på överbeläggningar och utlokaliseringar behöver regleras och begränsas. Det skulle stärka möjligheterna för både Socialstyrelsen och Inspektionen för vård och omsorg att ställa krav på åtgärder.

Ett starkare medicinskt ledarskap kan också bidra till att minska vårdplatsbristen. Med fler läkare som chefer utnyttjar man läkares potential att genom medicinsk kompetens och verksamhetsförståelse optimera användningen av begränsade resurser. När läkare är chefer formas verksamheten utifrån medicinska mål, vilket ger ett vårdeffektivt arbetssätt. Vidare ser man att verksamheter med chefer som är läkare oftare har en bra arbetsmiljö och låg personalomsättning.

Vårdplatssituationen påverkar också läkarnas arbetsmiljö. Svåra medicinska prioriteringar orsakar etisk stress och ökar riskerna för sjukskrivning. Många läkare funderar på att lämna vården. God arbetsmiljö och en personalpolitik för ett hållbart och utvecklande arbetsliv är en förutsättning för att samhället ska kunna erbjuda god och trygg vård.



Sjukförsäkringen

Arbetet med att skriva läkarintyg har under senare år inneburit ett växande problem för läkarna. De får lägga allt mer tid på att komplettera läkarintyg som inte godkänns av Försäkringskassan. Inte minst gäller detta inom primärvården och när det handlar om patienter med lättare psykiska diagnoser.

Läkarförbundet anser att Försäkringskassan ska ersätta sjukvården ekonomiskt för större tidskrävande intyg och för vissa kompletterande intyg som tar mycket tid från patientarbetet. Därtill måste antalet avstämningsmöten som Försäkringskassan initierar mellan sjukskrivande läkare, patient och arbetsgivare öka.

Genom att införa ett differentierat synsätt på sjukskrivningen så skulle hanteringen av sjukskrivningsärendena kunna effektiviseras. Kraft och energi ska inte i onödan läggas på de okomplicerade sjukfallen, utan där ska man kunna ha en enkel och smidig hantering. Läkarförbundet anser därför att det skyndsamt och permanent ska införas differentierade läkarintyg.

För att intygprocessen ska kunna bli mer differentierad måste det finnas en möjlighet att vid behov kunna remittera svårare och mer komplexa sjukfall till multiprofessionella team med kompetens i försäkrings- och arbetsmedicin. Det bör i varje region inrättas sådana team som kan ta över bedömning av arbetsförmåga och sjukskrivning efter remiss från sjukskrivande läkare.

Hälso- och sjukvården i alla regioner ska kunna initiera sjukskrivningsprocessen genom att vid behov tidigt i en sjukskrivning ta kontakt med arbetsgivare, företagshälsovård, Försäkringskassan och andra relevanta aktörer. För att möjliggöra det behövs adekvata resurser inom hälso- och sjukvården som stödjer läkarens arbete med sjukskrivningsärenden. Det krävs också att arbetsgivaren och andra aktörer tar sitt ansvar för insatser och samverkan och har relevant kunskap för det.

Dagens regelverk om möjligheten till sjukpenning för människor med avancerade yrken måste förändras. Exempelvis är det orimligt att neka ersättning till en läkare under pågående upptrappning av tjänstgöringsgrad efter 180 dagar med hänvisning till att de har full arbetsförmåga i ett annat kognitivt mindre krävande arbete.

Tillgången till företagsläkare måste kraftigt öka. Läkare med specialistkompetens i arbetsmedicin, arbets- och miljömedicin och företagshälsovård är läkare med specialkunskaper på sjukskrivningsområdet och kan vara garanten för en väl fungerande sjukskrivningsprocess. Staten måste ta ansvar för att det finns tillräckligt många specialiserade företagsläkare för att täcka det behov som finns i Sverige.

Hållbarhet

WHO har slagit fast att den globala uppvärmningen får konsekvenser för folkhälsan och medför allvarliga hälsorisker. Som exempel ökar dödsfall på grund av värmeböljor och extremväder, liksom förändrad förekomst av olika infektionssjukdomar. Läkarförbundet förklarade vid sitt fullmäktige 2019 att klimatförändringarna utgör ett hälsonödläge.

Läkare har med sin kompetens och sitt förtroende en central och viktig roll i arbetet inom klimat- och hälsoområdet. Läkare kan via sina egna organisationer och i samarbete med andra, både nationellt och globalt, vidga samhällets kunskap om klimatförändringens effekter på hälsa och sjukvård samt främja tvärvetenskapligt samarbete i dessa frågor. Läkarförbundet arbetar även med demokratifrågor till exempel via World Medical Association.

I sitt externa hållbarhetsarbete fokuserar Läkarförbundet framförallt på de miljöaspekter som läkarna kan styra över i sin profession; exempelvis de globala målen för hållbar utveckling om god hälsa och välbefinnande, anständiga arbetsvillkor och allas rätt till utbildning. Ett annat exempel på detta är en ansvarsfull läkemedelsförskrivning för att minska läkemedelspåverkan på miljön. Vid upphandlingar bör inte bara pris utan även produktionsfaktorer ingå i utvärderingen.



Vidare verkar Läkarförbundets för ökad tillgänglighet, jämlik vård samt säkerhet och kvalitet i vården, vilket främjar det globala målet för god hälsa och välbefinnande. Läkarförbundet verkar även för goda jämlika arbetsvillkor samt för ett hållbart arbetsliv för läkare där en bra arbetsmiljö för läkare är avgörande för patientsäkerheten och för kvaliteten i vården. Ett hållbart arbetsliv ska till exempel ge möjlighet till olika karriärvägar under olika delar av yrkeslivet. Det måste även finnas en tydlig koppling mellan förutsättningar och uppdrag. Läkarförbundet arbetar även med att tredjelandsläkare snabbare ska kunna etablera sig i arbets- och samhällslivet.

Läkarförbundet verkar för att läkarnas grundutbildning, allmäntjänstgöring och specialiserings-tjänstgöring ska vara av hög kvalitet, och att varje del av utbildningen ska bygga vidare på redan inhämtad kunskap och kompetens vilket främjar det globala målet om god utbildning för alla. Specialister ska ha god tillgång till fortbildning vilket är kritiskt för läkarkårens kompetens och i förlängningen avgörande för sjukvårdens kvalitet och säkerhet. Det ska vara möjligt att kombinera forskning och kliniskt arbete vilket kan bidra till att göra Sverige till en ledande kunskaps- och forskningsnation.

Genom en hållbar läkemedelsanvändning idag kan läkare bidra till att säkerställa att hälso- och sjukvården även i framtiden har tillgång till nödvändiga läkemedel. Kampen mot antibiotikaresistens i såväl produktionsled som vid användning är avgörande för att vi i framtiden ska ha välfungerande substanser.

Läkemedel påverkar vår miljö även genom att stora mängder läkemedel kasseras varje år. Att minska kassationen av läkemedel är ett viktigt mål.

Läkarförbundet arbetar även internt med hållbarhetsfrågorna. Förbundet har bland annat förändrat kapitalförvaltningspolicyn och uppdaterat förbundets resepolicy med fokus på miljö och hållbarhet.



**Läs mer i Läkarförbundets
policy för klimat och hälsa**

Länkade dokument och policyer i förekommande ordning



Policyn för digitala verksamhetsstöd
2019



Ledarskapspolicy
2019



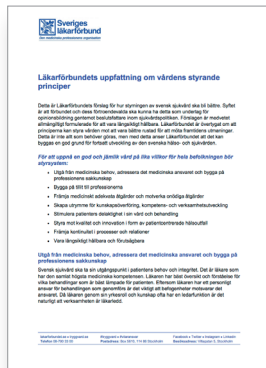
Kompetensförsörjningspolicy
2021



Fortbildningspolicy
2017



Läkarförbundets etiska regler 2018



Läkarförbundets syn på styrprinciper



Folkhälsopolicy 2014



Policy för klimat och hälsa 2015



lakarforbundet.se
Växel **08-790 33 00**

Medlemsrådgivningen
- när du behöver råd och stöd kring din anställning
medlemsradgivningen@slf.se
08-790 35 10

Medlemsadministrationen
- när du har frågor om ditt medlemskap
medlem@slf.se
08-790 35 70



#vitaransvar #tryggvard