



LÄKARFÖRBUNDETS FULLMÄKTIGEMÖTE 2021

MOTIONER MED SVAR FRÅN FÖRBUNDSSTYRELSEN



01 Inkludera medicine studerande i HÖKen

Motionär: SLF Student

Idag är det skillnad på att vara läkare och läkare. Om du har tagit examen är du automatiskt inkluderad i det centrala kollektivavtal som reglerar en läkares rättigheter och skyldigheter. Men är du en underläkare som inte tagit examen än är du inte inkluderad i det centrala avtalet, även kallat Huvudöverenskommelsen (HÖK). Detta gör att det är upp till varje lokal läkarförening om de vill inkludera sina yngsta underläkare i sitt lokala avtal.

Det finns ett avtal som är till för dessa icke-examinerade underläkare. Det kallas internt bland oss medstud, då det reglerar medicine studerande. Det är dock frikopplat från HÖKen. Det är upp till varje enskild läkarförening om de vill att den ska inkluderas i deras lokala avtal. Varför det är så är oklart, hur kommer det sig att vissa läkare inte ingår i vårt största avtal? Varför väljer vi att särbehandla dessa yngsta läkare?

Konsekvenserna av att särskilja dessa icke-examinerade från det centrala avtalet är tydliga. De yngsta läkarna ingår inte i den årliga lönerrevisionen, det finns ingen lägsta lön satt från centralt håll, så deras löner står praktiskt taget still. I vissa regioner har lönen till och med backat. Men det finns också ett tydligt signalvärde i att inkludera alla under samma avtal. Det visar att vi alla är en gemensam kår, och att Läkarförbundet är för alla läkare. Alla läkare genom hela karriären, som är vår vackra slogan. Det är dags att vi lever upp till vårt egna motto.

Därför yrkar Sveriges Läkarförbund Student

- **att** Medicine studerandes avtal ska inkluderas i Huvudöverenskommelsen

Svar:

Läkarbrist var en anledning till att det s.k. Med stud avtalet träffades. Det fanns ett behov av att kunna ge med studenter som inte tagit examen/ej legitimerade studenter möjlighet att kunna vikariera som underläkare.

Eftersom med studenter inte är behöriga läkare, som inte kan anställas som läkare, skapades med avtalet och med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter, en möjlighet för regionerna att temporärt anställa studenter som underläkare som fullgjort läkarutbildningen till och med termin 9 enligt de särskilda villkor som finns i avtalet. Denna särskilda reglering ingår inte i HÖK, som endast omfattar legitimerade läkare.

Det är fullt möjligt att yrka på att med studavtalet ska ingå i HÖK, men är strategiskt olämpligt och faran är stor att vi i stället driver fram en process där vi står utan ett med studavtal i slutändan. Utan avtal finns en risk för att arbetsgivaren inte väljer att anställa läkarstudenter som underläkare utan i stället väljer att anställa enligt annan anställningskategori och därmed tillämpa andra avtal, som inte har koppling till läkaruppgifter och Läkarförbundet. Det finns med andra ord en risk för urholkning av läkarnas position om denna särskilda reglering för just läkare skulle upphöra. Avtalet ger för övrigt studenten rätt till jour- och beredskapsersättning och kompensation för inte erhållna fridagar enligt läkarnas Specialbestämmelser för läkare, liksom övertidsersättning och semesterersättning i allmänna bestämmelser (AB) samt avtalsförsäkringar och pension.

Denna typ av anställningar är för övrigt korta och tidsbegränsade, vilket innebär att de inte ingår i lönerrevision. Enligt löneavtalet, som är en del av HÖK, ingår endast tillsvidareanställda läkare i lönerrevisionen.

Lönenivåerna för studenter har parterna särskilt uppmärksammat och har därför skapat förstärkta möjligheter för lokala parter att årligen följa upp och analysera anställningsvillkor



och lönestruktur med tidsbegränsade anställningar, inklusive med stud. Uppföljningen ska ses som ett viktigt underlag vid överläggningen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



02 Angående kollektivavtal för läkare anställda inom privat verksamhet och facklig tid för privatanställda med förtroendeuppdrag

Motionär: Nordvästra Skånes läkareförening, Mellersta Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening

Andelen privata aktörer inom svensk sjukvård ökar. Vid sidan om privata vårdcentraler och specialistmottagningar ses även en ökning av privatsjukhus med slutenvårdsplatser.

Ersättningen och anställningsformer för läkare på dessa arbetsplatser varierar stort. Många är egenföretagare med etablering utan offentlig finansiering andra har ersättning enligt lagen om läkarvårdsersättning (LOL) och slutligen sker etablering enligt vårdval (LOV). I den senare etableringsformen ryms många läkare med direkta anställningsavtal med större eller mindre vårdföretag som Aleris, Capio, Lideta Hälsovård med flera. Många men inte alla vårdföretag har kollektivavtal för sina anställda tecknade genom Vårdföretagarna Almega.

Kollektivavtalet med Vårdföretagarna Almega löper tillsvidare och ställer en del krav på lokalföreningen och lokal facklig förtroendeman i företaget i de fall dessa finns. Detta gäller exempelvis genomgång av intentioner och tillämpning avseende den lokal lönebildningen. Även om den årliga lönerrevisionen sker enligt lönesamtalsmodell så åligger det Läkarförbundet att som part granska lönerna och vid behov påkalla förhandling. Erfarenheten är att detta enbart sker i undantagsfall och mörkertalen beträffande t.ex. osakliga löneskillnader är stort.

Ett annat problem uppstår i samband med lönerådgivning. SACO lönesök går alltid att hänvisa till då medlemmar önskar lönerådgivning men är ett för trubbigt och ospecifikt instrument att användas vid förhandling. Allt som oftast saknar vi som lokalförening aktuell statistik utan hänvisar till den offentliga vårdens statistik med förslag på ett 10 procentigt påslag. Detta är inte professionellt och gagnar inte våra medlemmar.

Personärenden är ett växande problem för lokalföreningen med allt fler privata aktörer. Även om många ärenden kan hänskjuts till Stockholm, så krävs ofta att lokal facklig tid behöver tas i anspråk som bör kunna ersättas av den privata vårdgivaren.

Idag saknar vår och säkert även andra lokalföreningar resurser att bevaka och serva medlemmar anställda i och av större privata vårdföretag. En lösning för att avhjälpa detta kan vara att förhandla fram facklig tid för förtroendevalda, motsvarande systemet som redan finns bland offentliga vårdgivare. Ett annat förslag är att tillskapa regionala ombudsmän/skyddsombud med uppgift att bevaka medlemmarnas intressen hos privata vårdgivare.

Nordvästra Skånes läkareförening, Mellersta Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening yrkar:

- **att** Läkarförbundet i sitt centrala arbete verkar för att alla läkare med anställning har kollektivavtalslikande villkor.
- **att** Läkarförbundet verkar för att kollektivavtal är ett villkor för upphandling av offentlig vård.
- **att** Läkarförbundet i sitt förbundsarbete verkar för att tillse att förtroendemannalagen avseende facklig tid efterlevs för kollegor inom privat sektor.
- **att** Läkarförbundet tar fram bra och aktuell lönestatistik från den privata sektorn som grund för saklig lönerådgivning.
- **att** Läkarförbundet arrangerar en utbildningsdag för sina lokalföreningar kring frågan hur vi skall jobba för bättre service till våra privatanställda läkare lokalt.



- **att** Läkarförbundet skapar ett system med regionala ombudsmän/skyddsombud med främst uppgift att bevaka den privata sektorn och även handlägga dess personärenden.

Svar:

Motionären lyfter en angelägen fråga och Förbundsstyrelsen delar synen på vikten av att hävda kollektivavtalen. Förbundet tecknar löpande kollektivavtal med arbetsgivarorganisationer som har medlemsföretag som är verksamma inom den privata vårdsektorn. Såväl i dialog med företag som direkt med medlemmar tydliggörs värdet i att omfattas av ett kollektivavtal, och utgångspunkten är att samtliga med en anställning ska omfattas av ett kollektivavtal. Ett fortlöpande arbete med att skapa goda förutsättningar generellt såväl som bättre villkor inom den privata sektorn pågår, exempelvis pågående diskussioner om att teckna kollektivavtal med KRY.

Förbundet förfogar inte centralt över möjligheten att gå in och ställa krav i upphandlingar genom ett kollektivavtal, då det är ett avtalsförhållande mellan Regioner och enskilda företag. Ett krav på kollektivavtal vid offentliga upphandlingar riskerar även att stå i strid med EU-rätten. Däremot finns det stora möjligheter att lokalt påverka upphandlingar. Vi kan påverka arbetsvillkoren så till att villkor enligt kollektivavtal krävs, en god arbetsmiljö och tillräcklig uppföljning sker. Det ska dock vara konkreta åtgärder som förs fram från vår sida och inte bara kollektivavtalsliknande villkor. Vi ska lokalt ställa krav på att det ska finnas en upphandlingspolicy och se till att samverka för att utöva inflytande. Under 2022 planerar förbundet att skapa mer information kring detta. Genom att lyfta kollektivavtalets värde kan vi fortsatt verka för att kollektivavtalet ska utgöra en norm på arbetsmarknaden, som en seriös arbetsgivare ska följa. Kollektivavtalstäckning är hög på svensk arbetsmarknad och även inom den privata vårdsektorn, och kollektivavtalet ska utgöra en norm på arbetsmarknaden som utgångspunkt.

Genom förtroendemannalagen tillförsäkras förtroendevalda facklig tid för att kunna utföra sitt fackliga arbete. Inom ramen för de centrala förhandlingarna inom privat sektor har parterna överenskommit att genomföra ett partsgemensamt arbete rörande förutsättningar för lokalt fackligt arbete. Detta har överenskommits med såväl Arbetsgivaralliansen som Vårdföretagarna. Genom bättre förutsättningar för lokalt fackligt arbete såväl som tydlig information bör det leda till att förtroendevalda ges bättre möjlighet att fullgöra sitt uppdrag. I de fall förtroendemannalagen inte följs kan det bli föremål för en tvist och ytterst en rättslig prövning.

Såväl inom region som privat sektor finns statistikavtal. Syftet med dessa är att årligen samla statistik om löner. Genom att arbeta för att denna statistik ska vara mer tillförlitlig och tillgänglig är förhoppningen att bättre statistik ska kunna tillhandahållas utöver den centrala löneenkäten. Genom ett utvecklat lokalfackligt arbete kan man även inom ramen för den lokala lönekartläggningen bilda sig en uppfattning om hur löner ser ut inom sektorn på specifika företag.

Tidigare under året hölls ett webinarium med inriktning lönebildning i privat sektor för medlemmar anställda inom privat sektor. Ett annat exempel på aktivitet som kan skapa bättre förutsättningar är utbildning om den privata sektorn riktad mot lokalföreningarna, för att skapa bättre förståelse för den privata sektorns utmaningar och för att kunna bistå medlemmar med bättre service.

Inom förbundet finns idag Regionala skyddsombud (RSO). Tyvärr är de alldeles för få i dagsläget och förbundet arbetar därför aktivt med att hitta lösningar kring hur vi får ett större antal RSO. RSO utses av lokalföreningar, men administrationen av detta hanterats av



förbundet centralt. Uppdraget som RSO innebär i första hand en möjlighet att nå ut till arbetsplatser inom den privata sektorn, med fokus på arbetsmiljö. Uppdraget som RSO är en anställning som delfinansieras av staten och därför är det inte normalt förtroendevalda som innehar dessa uppdrag utan anställda i föreningarna. Förutsättningarna för att omhänderta personärenden i den privata sektorn är olika inom lokalföreningarna. Ett arbete med kontaktombud har därför initierats och genom en fördjupad dialog förbättras hanteringen av samtliga personärenden på lokal och central nivå.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse första, andra, tredje, fjärde samt sjätte att-satserna **besvarade**
- att **bifalla** femte att-satsen



03 Kompetensnivåtrappa och löneutveckling för ST-läkare

Motionär: Östra Skånes läkarförening och Malmö läkareförening

Nivån på ingångslöner och löneutvecklingen för ST-läkare är fortsatt dåligt prioriterad av landets regioner. För att tydliggöra ökande kompetens och ansvar under ST-tjänstgöringen och till det koppla en bättre löneutveckling föreslås att ST-tjänstgöringen delas upp i olika kompetensutvecklingsnivåer; ex basnivå (motsvarande BT), mellan-nivå och avancerad nivå. Målen för att kvalificera till dessa nivåer skall tydligt kopplas till att självständigt kunna handlägga och ta ansvar för vissa arbetsuppgifter. Kompetensutvecklingsnivåerna föreslås även kunna kopplas till ett lönepåslag utöver lönerevisionen för att motsvara ökad kompetensnivå och ökat ansvar.

Östra Skånes läkarförening och Malmö läkareförening yrkar:

- **att** Sveriges läkarförbund utreder möjligheterna att införa kompetensutvecklingsnivåer för ST-läkare för att tydliggöra att de under ST-tjänstgöringen tilltagande självständigt kan handlägga och ta ansvar för vissa arbetsuppgifter
- **att** Sveriges läkarförbund utreder möjligheterna att tydliggöra hur löneutvecklingen för ST-läkare ska motsvara ökad kompetensnivå och ökat ansvar.
- **att** Sveriges läkarförbund utreder att föreslå till Socialstyrelsen att införa kompetensnivåer för ST-läkare

Svar:

Specialisttjänstgöring (ST) är tjänstgöring under handledning och klinisk instruktion under minst 5 respektive 5,5 år, beroende på föreskrift. Det är väldigt olika hur den individuella utbildningsplanen ser ut samt i vilken ordning delmålen (a, b och c) uppnås. A- och b-delmålen är gemensamma för alla respektive nästan alla specialiteter, medan c-delmålen är specialitetsspecifika. Därav att det finns en begränsning i att veta när man uppnått mellannivå respektive avancerad nivå om basnivån är Bastjänstgöring (BT). För de ST-läkare som går på den äldre föreskriften är BT dessutom inte obligatoriskt.

Likaså blir det något problematiskt vid ytterligare specialisering. Då är läkaren redan specialistläkare, men beroende på den ytterligare specialiseringen är hen mer eller mindre självständig. Byter du till en gren- eller tilläggsspecialitet är du säkerligen redan från början väldigt självgående, men byter du till en annan specialitetsfamilj är saken en annan, även om a- och b-delmålen är desamma. Likaså är det olika mellan specialiteter när du kan sägas vara självgående (avancerad nivå). Inom de kirurgiska specialiteterna krävs ofta betydligt mer träning, vilket innebär att du blir självgående relativt sent in i din ST jämfört med andra specialiteter. ST-läkare som till exempel genomför sin ST kombinerat med forskning eller utbildningsuppdrag riskerar också att hamna på efterkälken, eftersom tjänstgöringen kanske inte sker på heltid utan på deltid.

Idag pågår ett långsiktigt gediget utredningsarbete kopplat till det Lönepolitiska programmet (LÖP), där delar av förbundsstyrelsen ingår, i syfte att utifrån lönestatistik kartlägga löneutvecklingen för våra läkare. ST-läkares löner och tydlighet i lönekriterier ingår som en naturlig del i utredningsarbetet.

Kopplat till ovan resonemang finns en risk att en kompetenstrappa leder till tarifferlöner, vilket kan inverka menligt på den så kallade individuella lönesättningen. Såsom det är nu blir det en ordentlig löneökning när du blir färdig specialist. Denna torde bli mindre om ST-läkaren på avancerad nivå redan har en avsevärt högre lön än idag.



Utifrån ovan resonemang ser vi inte att en utredning, eller dialog med Socialstyrelsen, i syfte att införa kompetensnivåer för ST blir rätt väg att gå.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** första och tredje att-satsen
- att anse andra att-satsen **besvarad**



04 Angående ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare

Motionär: Mellersta Skånes läkareförening

Ersättningen för utfört arbete är högre på helger och nätter på hela arbetsmarknaden – exempelvis har en advokat som arbetar en lördag med en häktning dubbel timersättning.

Meningen är att det planerade läkararbetet ska ske vardagar mellan 7.00 och 21.00; annan arbetad tid är jourtid. Jourtid är en form av övertid som ersätts enligt det centrala jouravtalet i specialbestämmelserna för läkare och lokala jouravtal.

Arbetsdagslagen (ATL) är en skyddslag som begränsar antalet övertidstimmar utan särskild dispens till max 200 per år, om läkaren inte tar ut kompensationsledigt för återhämtning från jouren. Arbetsgivaren ska enligt ATL föra anteckningar över övertid och jourtid. Detta gäller oberoende om den arbetade tiden är avlönad eller inte.

Ibland räcker inte en arbetstid med 40 timmar i veckan till, och då blir det fråga om övertid. Denna övertid bör ha ett högre pris som lön för utfört arbete.

Läkaren som blir beordrad till övertidsarbete eller får övertiden godkänd i efterhand (medan läkaren själv styr flextid, om det finns på enheten) får mer betalt – övertid är som regel dyrare för arbetsgivaren över hela arbetsmarknaden.

Men om läkaren i sitt anställningsavtal har skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för arbetad övertid, så har medlemmen ingen rätt till pengar eller säker rätt till ledig tid för arbetad övertid. (AB § 20, moment 8, i gällande kollektivavtal som Sveriges läkarförbund har med SKR och Sobona.)

En läkare med bortavtalad ekonomisk ersättning kan beordras att arbeta övertid, på vad som tidigare var jourtid men som nu är schemalagd tid, utan att få någon ersättning i pengar eller ledighet.

Inom sjukvården får nästan aldrig en medlem ersättning för en bortskrivna rätt till övertid och i löneförhandlingen vid nyanställning diskuteras ofta inte frågan om övertid.

En ändring av kollektivavtalet AB 2017 om övertid säger att arbetsgivaren är skyldig att redogöra för bakgrunden till en eventuell bortskrivning av rätten till ekonomisk övertidsersättning och ska motivera detta: "I samband med sådan överenskommelse ska arbetsgivaren tydliggöra vilka grunder överenskommelsen bygger på."

Sedan maj 2017 är det alltså inte längre tillåtet att arbetsgivaren först träffar ett muntligt anställningsavtal utan att diskutera övertidsfrågan och där arbetsgivaren sedan i tysthet skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för övertid enligt AB i det skriftliga anställningsavtalet.

Detta är ett delresultat av Läkarförbundet i övertidsfrågan på central nivå, men frågan är tyvärr ännu inte löst utan kampen går vidare.

Många medlemmar är inte medvetna om att rätt till övertidsersättning är en förhandlingsfråga. Här kan läkaren om hen är aktiv vägra att skriva under och istället begära ett anställningsavtal med rätt till övertid. Med ett högt pris för övertid skapas ett ekonomiskt incitament att minska övertiden, vilket gynnar arbetsmiljön.

Det är viktigt att övertidsfrågan av Läkarförbundet drivs kraftfullt centralt gentemot SKL och att lokalföreningar och yrkesföreningar kan få stöd för sitt arbete med övertidsfrågan. Vi kan sannolikt göra gemensam sak med fackföreningar för andra yrkesgrupper när arbetsgivaren vill införa stopp för inhyrd personal och inte betala för arbetad övertid.



Det finns samtidigt många läkare som är anställda i den privata sektorn med kollektivavtal som Sveriges Läkarförbund har med Vårdföretagarna/Almega. Det finns inte mycket information om hur det fungerar för Läkarförbundets medlemmar i den privata sektorn med arbetad övertid på sjukhus, mottagningar och framför allt vårdcentraler. Det är viktigt att Läkarförbundet skall driva övertidsfrågan även för denna privata sektor av läkarnas arbetsmarknad. En början är en utredning om nuläget inom den privata sektorn.

Läkare vill arbeta och hjälpa sina patienter, men läkare vill inte arbeta gratis övertid.

Mellersta Skånes läkareförening yrkar:

- **att** Läkarförbundet i sitt förbundsarbete verkar för att fler läkare skall ha rätt till ekonomisk ersättning för övertid
- **att** Läkarförbundet verkar för att arbetsgivaren skall registrera all arbetad tid som är övertid enligt Arbetstidslagen
- **att** Läkarförbundet i sin politik verkar mot att läkare avtalar bort rätten till ekonomisk ersättning för övertid.
- **att** Läkarförbundet i sin politik säkerställer för läkare att lokala kollektivavtal ska slå ut individuella avtal om bortskrivna rätt till ekonomisk ersättning för övertid
- **att** Läkarförbundet i sitt fackliga arbete verkar mot att arbetsgivaren skriver bort rätten till kompensation för övertid enligt AB i anställningsavtal för läkare
- **att** Läkarförbundet i sitt fackliga arbete verkar för att läkare informeras om reglerna i kollektivavtalet och hur man registrerar övertid när så är fallet
- **att** Läkarförbundet i sitt fackliga arbete utreder hur det fungerar för Läkarförbundets medlemmar med övertid och ekonomisk ersättning för arbetad övertid verksamma inom den privata sektorn på sjukhus, mottagningar och framför allt vårdcentraler

Svar:

Motionären tar upp många viktiga och angelägna frågeställningar kopplat till arbetstid och då särskilt det som rör övertid och hanteringen av övertidsersättningen. Läkarförbundet har under många år haft arbetstidsfrågorna i fokus. Det har genomförts ett antal undersökningar, enkäter, partsgemensamma arbeten mm kring arbetstider och vi kan konstatera att läkarna jobbar klart mer än heltidsmättet. Utöver det finns även åtagandet om jour och beredskap. Flera vittnar också om svårigheten att kunna registrera övertiden. I våra kontakter med vår motpart lyfts ofta frågor om arbetstider och utifrån flera aspekter kopplat till arbetsmiljö men också avtalsrelaterade frågor.

Rätten till övertidsersättningen är också ett problematiskt område och dessvärre har trenden varit ökande att fler, och en bredare krets, avtalar bort rätten till övertidsersättning. Förbundet fick tidigt signaler om detta förhållande och hanterar frågan fortlöpande. Till exempel har vi i våra avtal fått skrivningar som tydligare ska ange hur hantering av detta ska ske vid anställningen och vad som händer vid ändrade omständigheter.

På förbundets kurser, rådgivning mm informeras om vikten av att behålla övertidsersättningen och att ha en seriös diskussion om värdet av denna, för det fall man ändå väljer att avtala bort ersättningen, och att lönen i sådant fall måste återspegla att medarbetaren inte har rätt till ersättningen. Vidare informeras om att arbetsgivaren har en skyldighet att registrera all arbetstid enligt arbetstidslagen, samt hur denna typ av fråga kan drivas fackligt av lokala parter.

Arbetstidsfrågan har under pandemin blivit än viktigare att hantera då många jobbat över i stor omfattning. Läkarförbundet har också fått stor tillströmning av skyddsombud under denna period och frågeställningar om arbetstider och hantering av övertiden är vanliga. Förbundet har under pandemin också initierat löpande digitala möten med förtroendevalda



och skyddsombud som förbättrat vår interna dialog och kunskapsspridning kring dessa frågor. Förbundet kommer fortsätta att ha fokus på de angelägna frågeställningar som motionären beskriver.

När det gäller den privata sektorn pekar motionären på behovet av att utreda situationen kring övertid i den privata sektorn. Förbundet har nyligen fått möjlighet till ett arbetsgivarregister i det nya medlemsregistret, vilket underlättar att kunna utreda förhållandet även i den privata sektorn

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse de sex första att-satserna **besvarade**
- att **bifalla** den sjunde att-satsen



05 Kontant utbetalning av jour och övertidsersättning mot arbetstagarens vilja

Motionär: Läkarföreningarna i Halland, Gotland, Östergötland, Kronoberg, Kalmar och Jönköping

Läkarförbundet vill verka för ett över tid hållbart arbetsliv.

En förutsättning för detta är en god arbetsmiljö med en rimlig arbetsbelastning under hela karriären.

Tyvärr upplever många av våra medlemmar att arbetsbördan och stressen i arbetslivet ökar, vilket också återspeglas i ökande sjukskrivningstal även bland yngre kollegor.

En viktig ingrediens i god arbetsmiljö är tid för återhämtning mellan tuffa arbetspass, något som arbetsgivaren beklagligtvis långt ifrån alltid kan erbjuda. En stor del av läkarkåren arbetar utanför ordinarie arbetstid med jour, beredskap och övertid – något som genererar komptid. Detta är en skuld som arbetsgivaren har gentemot våra medlemmar. Denna skuld kan sällan i sin helhet tas ut i form av ledighet utan betalas ofta ut i pengar. Detta bidrar till en ökad arbetsbörda utan tillräcklig tid för återhämtning. Det innebär också ett dolt tjänsteutrymme.

Vi anser att arbetsgivaren fransäger sig sitt arbetsmiljöansvar genom att konsekvent på alltför många ställen inte erbjuda möjlighet till att ta ut intjänad komptid i form av ledighet. Dels bidrar detta inte till ett hållbart arbetsliv och dels innebär det att potentiellt utrymme att utöka bemanningen inte utnyttjas, i stället överutnyttjas befintlig personal.

För att skapa incitament för arbetsgivaren att låta arbetstagare som önskar ta ut sin komptid i form av ledighet anser vi att det bör kosta arbetsgivaren mer att betala ut jourersättning i pengar än i tid. Sköts detta leder det till en drägligare arbetsmiljö och möjlighet till ökad bemanning inom framför allt jourtunga specialiteter utan att det medför någon merkostnad för arbetsgivaren. Sköts detta inte anser vi att det bör innebära en merkostnad för de kliniker/verksamheter som inte klarar av att leva upp till sitt arbetsmiljöansvar.

Läkarföreningarna i Halland, Gotland, Östergötland, Kronoberg, Kalmar och Jönköping yrkar därför

- **att** Läkarförbundet centralt verkar för att jour- och övertidsersättning, när det mot arbetstagarens vilja betalas ut kontant, skall kosta arbetsgivaren mer än om kompensationen ges i form av ledighet.

Svar:

Förbundsstyrelsen delar motionärernas syn att många läkare idag arbetar under mycket pressade arbetsförhållanden som bidrar till ohälsa. Arbetstidens längd och förläggning, i kombination med hög arbetsbelastning och stort ansvar, påverkar läkarnas arbetsmiljö och livssituation i stort. Jour- och beredskapssystemets förhöjda faktorer på helger, kvällar och nätter ska återspegla värdet för medarbetaren alternativt kostnaden för arbetsgivaren för arbete under obekväma arbetstider utifrån såväl ett arbetsmiljöperspektiv som ett ekonomiskt värde.

De lokala avtalen ger möjlighet att efter förutsättningar anpassa behoven på ett ändamålssäkert och effektivt sätt.

Nuvarande arbetstidssystem är kostnadseffektivt jämfört med ett alternativt arbetstidssystem. Det centrala kollektivavtalet tillåter avvikelser utifrån lokala behov och förutsättningar. Ersättningen kan tas ut som ledig tid och/eller kontant ersättning och det är arbetsgivaren



som fattar beslut om fördelningen i tid/och eller pengar efter avstämning med medarbetaren om eventuella önskemål. Enligt arbetstidslagen gäller skyddsregler för hur mycket arbetstid, övertid och jourtid som kan tas ut. Därtill finns det tillämpningsanvisningar; de centrala parternas gemensamma syn på arbetstidsfrågor för läkare som beskriver arbetstidens förläggning och arbetsmiljö.

Som ett incitament till att inarbetad jourkomp inte läggs på hög samt att man får möjlighet att ta ut kompedighet i "närtd," har man i avtalsrörelsen 2020 kommit överens om att kompensation för jour och beredskap som inte kunnat ges i ledighet inom 12 månader efter intjänandemånad, utbetalas kontant. Lokala kollektivavtal fortsätter att gälla om man inte är överens om annat med arbetsgivaren. Att verka för att jour- och övertidsersättning som betalas ut kontant, ska generera en ökad kostnad för arbetsgivaren är enligt förbundsstyrelsen ingen framkomlig väg för ett mera hållbart arbetsliv. Om föreslagna ändringar görs centralt, finns även risk för att ett kostnadseffektivt och fungerande system, med möjlighet till lokala avvikelser, hotas.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



06 Lönediskriminering

Motionär: Malmö Läkareförening

Strukturell diskriminering är närvarande i samhället, sannolikt på fler nivåer än de flesta anar. Det som inte är känt är lätt att missa. Diskrimineringsgrunden kön i lönesammanhang registreras och analyseras åtminstone vid den årliga löneöversynen. Övriga diskrimineringsgrunder registreras inte och analyseras därmed inte. Det gör att vi inte har någon data kring huruvida exempelvis könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, sexuell läggning, religion eller annan trosuppfattning eller funktionsnedsättning påverkar lönenivåerna för läkarkåren. Den personliga integriteten och de juridiska implikationerna måste ju naturligtvis beaktas i sammanhanget. Vi yrkar därför att

- **att** SLF verkar för att utreda möjligheten att inhämta lönestatistik kopplat till diskrimineringsgrunder, beaktande den personliga integriteten.
- **att** om en framkomlig väg kring registreringen av diskrimineringsgrunder kan hittas i så fall integreras i SLFs framtida löneenkäter

Svar:

Juridiken på både EU- och nationell nivå omfattar ett skydd för den personliga integriteten, och ett förbud mot kartläggning av personuppgifter som bland annat avslöjar ras eller etniskt ursprung, religiös övertygelse, uppgifter om hälsa eller uppgifter om sexuell läggning. Huvudregeln är att behandling av sådana uppgifter, så kallade särskilt känsliga uppgifter, inte får göras. Undantag får enkom göras i begränsade fall.

Kollektivavtalsparterna är överens om att lönen ska vara individuell och differentierad, samt att en analys av löner utifrån Diskrimineringslagen kriterier ska ske inför lokal löneöversyn. Lokala ombudsmän har tillgång till lokal och nationell statistik, som är framställd inom det regelverk som hanterar personuppgifter, exempelvis GDPR.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



07 KOM-KR

Motionär: Malmö Läkareförening och Nordvästra Skånes läkareförening

Omställningsfonden startade 2012 och baseras på ett kollektivavtal, KOM-KR, mellan arbetsgivarparterna SKR och Sobona och fackförbund Kommunal, Akademikeralliansen och OFR. De fackliga parterna avstår varje år av arbetsgivarens lönesumma för att finansiera fonden. Omställningsfondens uppdrag är att underlätta för omställning inom välfärden. I detta ingår att arbeta förebyggande med tidiga omställningsinsatser och kompetensutveckling. Enligt fonden är visionen att öppna möjligheter till framtidens arbetsliv för välfärdens medarbetare. Enligt vår erfarenhet är det dock mycket svårt att utverka pengar till insatser riktade mot läkare. Vi yrkar därför

- **att** SLF verkar för att sprida information till lokalföreningar kring hur medlen från Omställningsfonden (KOM-KR) bättre kan nyttjas lokalt.

Svar:

Det är fortsatt viktigt att sprida information till lokalföreningen om vad Omställningsfonden syftar till och hur vi bäst kan nyttja medlen lokalt. Med anledning av de tre så kallade bokstavsutredningarna om en reformerad arbetsrätt, omställningsstöd och kompetensutveckling som lades fram sommaren 2021, så kommer avtalet i sin helhet att omförhandlas under 2021. Syftet är att det ska anpassas efter nya lagändringar som tillkommer i bland annat fortbildningsfrågan. Det kommer då att bli naturligt att upplysa om de förändringar som kommer att bli aktuella för våra medlemmar.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen



08 Modernt ledarskap och särskilda krav på ledarskapsmodeller för statliga, regionala och kommunala organisationer som arbetsgivare

Motionär: Andreas Fischer

Sveriges riksdag har bifallit motion 2018/19:1593 av Markus Selin (S) om att statliga organisationer som arbetsgivare ska kunna uppvisa ledarskapsmodeller i syfte att utveckla staten och myndigheter i frågor om ledarskap, medarbetarskap och ytterst måluppfyllnad och tillkännager detta för regeringen.

Detta borde utvidgas att även gälla regionala och kommunala arbetsgivare.

Försvarsmakten har sedan länge arbetat med att kontinuerligt utveckla sitt ledarskap. På försvarshögskolan har bl.a. Prof. Gerry Larsson utvecklat omfattande system med bl.a. personlighetstester för att dels selektera, men fr.a. hjälpa till att exkludera individer som inte anses vara lämpliga chefer på olika nivåer.

Sveriges läkarförbunds ledarskapspolicy förefaller huvudsakligen vara baserat på ledarskap utifrån argumentation om sk. "skills approach" (den med mest kunskap skall vara chef). Moderna ledarskapsteorier fokuserar i tillägg till det, mer på personliga och individuella attribut som ett mål att skapa trygghet, tillit och empati med ett ledarskap präglad av etisk värdegrund med humanistisk approach.

Mtp. att vår egen ledarskapspolicy inte nämner någonting om teorier om humanistiskt ledarskap, baserat på trygghet, tillit och humanistiskt ledarskap är det svårt att argumentera för att vi som förbund eftersträvar de egenskaperna hos chefer vid chefstillsättningar på våra medlemmars arbetsplatser.

Andreas Fischer yrkar

- **att** fullmäktige uppdrar åt Sveriges Läkarförbund att uppdatera och komplettera Sveriges Läkarförbunds ledarskapspolicy med fler och djupare dimensioner för egenskaper hos önskade chefer
- **att** uttryckligen arbeta aktivt för tillsättande av chefer som har utbildning i, eller utbildas i, tillitsbaserad ledarskapsteori med mål om trygghet, tillit och humanistiskt ledarskap
- **att** ta fram stödfunktioner, liknande de försvarsmakten har, för att stötta våra förtroendevalda i rekommendationerna till arbetsgivarna om selektion, eller exklusion av sökande chefer med mindre önskvärda personliga egenskaper.

Svar:

Chefsfrågor och ledarskapsfrågor är ett högt prioriterat område för förbundet under de kommande åren. Som om ett led i förbundets arbete kommer det fortsatt att läggas stor vikt på att se över förbundets dokumentation och vi kommer därmed att driva arbetet i attsatsens anda.

Förbundets roll är att säkerställa att fackliga ombud är med vid tillsättning av nya chefer, från kravprofil till delaktighet vid intervjuer, i syfte att säkerställa rätt ledaregenskaper vid anställning. Det är i sin tur arbetsgivarens ansvarsområde att anställa chefer med rätt kvalifikationer och erbjuda den ledarskapsutbildning som krävs för uppdraget, vilket kan skilja sig åt beroende på uppdraget. Förbundet i sin tur erbjuder fackliga ledarskapskurser i syfte att utbilda våra ledare och fackligt förtroendevalda som vill iklä sig en framtida chefsroll.



Förbundet erbjuder en rad stödfunktioner i form av rådgivning och utbildning, både till chefer och fackligt förtroendevalda när det kommer till chefstillsättning och ledarskapsfrågor

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse första och tredje att-satserna **besvarade**
- att **avslå** andra att-satsen



09 Hur ska läkares ledarerfarenhet lyftas fram och dokumenteras?

Motionär: Upplands allmänna läkarförening

Läkarförbundet verkar för att vården ska ledas av läkare. Tyvärr går utvecklingen i regionerna inte åt det hållet. Läkare har möjlighet att söka traditionella ledarpositioner först när de är färdiga specialister, medan andra yrkeskategorier kan få ledarpositioner på positioner tidigare i karriären. Sådana positioner anses ofta vara särskilt meriterade för chefsuppdrag. Erfarenhet och kunskaper om den verksamhet som chefen ska leda ses inte som viktiga och inte ens på universitetssjukhusen fäster regionerna avseende vid erfarenhet av forskning och undervisning. Samtidigt är det läkare som leder sjukvårdens arbete på golvet och beslutar om vilka patienter som ska läggas in på sjukhus, vilka undersökningar som görs och vilken behandling som ges m.m. Sådana beslut är komplicerade och baseras inte bara på medicinska kunskaper, utan även på andra faktorer

Tyvärr fäster arbetsgivarna inte avseende vid läkares informella ledarerfarenheter, vilket borde vara fallet. Ledarerfarenhet och förtroendeuppdrag från facklig organisation, läkarföreningar, nationella arbetsgrupper och dylikt uppskattas inte heller.

Vår erfarenhet är också att det fästes större betydelse vid vad som sägs under en timmes intervju än vid meriter som erhållits under decennier. Det finns uppgifter från tjänsterekryterare att just läkare ibland inte framhäver sina egna meriter och kvalifikationer på optimalt sätt. I den offentliga sjukvården omhuldar vi ideal om att arbeta i team, vara en del av laget och helst ha ett helikopterperspektiv på sin egen gärning – omfattande så stor del som möjligt av hela sjukvården, och ibland hela samhället och samhällsekonomin därtill. Läkarförbundets marknadsföringsregler lär oss en modest framtoning, som riskerar ge sämre möjligheter till framgång om denna framtoning används när läkaren blir föremål för en strukturerad anställningsintervju.

Inom ramen för att bibehålla, eller helst öka, andelen läkare som chefer i vården finns en betydande potential i riktade insatser som kan hjälpa ansökande läkare i intervjusituationerna samt att utforma sina CV:s.

Upplands allmänna läkarförening yrkar på:

- **att** Läkarförbundet ska utveckla verktyg för att dokumentera ledarskapserfarenhet
- **att** Läkarförbundet ska utveckla råd och kurser för läkare intresserade av ledarskap inklusive träning i intervjuteknik vid anställningsintervjuer för chefskap.
- **att** Läkarförbundet ska verka för att läkare bereds ökade möjligheter till ekonomisk och administrativ utbildning på högskolenivå

Svar:

Förbundets roll är att säkerställa att fackliga ombud är med vid tillsättning av nya chefer, från kravprofil till delaktighet vid intervjuer, i syfte att säkerställa rätt ledaregenskaper vid anställning. Arbetsgivarens ansvarsområde handlar om att anställa chefer med rätt kvalifikationer och erbjuda den ledarskapsutbildning som krävs för uppdraget, vilket kan skilja sig åt. Att utveckla verktyg för att dokumentera ledaregenskaper anser vi i sin helhet är en mer komplex fråga och att utveckla rätt verktyg eller tillvägagångssätt ska i största mån hanteras av arbetsgivaren vid anställning.

Förbundet erbjuder en rad stöd när det kommer till rådgivning och utbildning, både till chefer och fackligt förtroendevalda när det kommer till chefstillsättning och ledarskapsfrågor. Dessa sker i form av temaföreläsningar, fackliga ledarskapskurser, högre fackliga ledarskapskurser och UGL-utbildning men även webinarier i ämnet. Varje medlem är viktigt för oss och ska få det stöd den behöver utifrån vart i karriären denne befinner sig. Arbetsliv och juridik erbjuder



rådgivning och coaching till samtliga medlemmar inför löneförhandling och anställningsintervju med arbetsgivaren.

Det finns redan idag goda möjligheter till ekonomisk och administrativ utbildning på högskolenivå för den som är intresserad av att fördjupa sig i dessa ämnen. Flera lärosäten erbjuder också kurser på deltid och på distans. Däremot ställer vi oss inte alls negativa till att öka läkares tillgång till utbildning inom ekonomi och ledarskap. Tvärtom. Till exempel har vi nu under hösten lanserat ett förslag på ledarskaps-ST för att inspirera regionerna att inrätta sådana utbildningstjänster. Idag finns det bara i tre av 21 regioner, men flera är intresserade.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** första att-satsen
- att anse andra och tredje att-satserna **besvarade**



10 Analys av läkare och chefskap 2021

Motionär: Chefsföreningen och Sjukhusläkarna

Läkares chefs- och ledarskap inom hälso- och sjukvården är av central betydelse för kvaliteten i verksamheten och för professionens ställning och utveckling.

Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagen har verksamhetschefen (VC) en central position. I nuläget finns det dock inget krav på att VC ska vara läkare.

Det finns tecken på att andelen läkare som är verksamhetschefer minskat kraftigt (enligt en mätning gjord för perioden 2011–2018). Detta är oroande dels eftersom verksamhetschefen besitter det verkställande ansvaret inom svensk sjukvård, dels eftersom denna erfarenhet även är en viktig kvalifikation för ledningsuppdrag på högre nivåer inom olika förvaltningar och myndigheter.

Antalet/andelen läkare som upprätthåller chefspositioner beror på i vilken utsträckning positioner erbjuds och accepteras samt hur benägenheten att avsluta sådana uppdrag ser ut. Ytterligare en faktor är vilka förutsättningar läkare har att återgå i klinisk tjänst efter avslutat chefsuppdrag. Vi saknar idag aktuell kunskap om hur dessa delar påverkar läkares möjligheter och vilja att bli chef. För att SLF på ett faktabaserat sätt ska kunna driva frågan om läkares ledarskap krävs aktuell kunskap om utvecklingen även efter 2018.

Det vore även av värde att undersöka vilken roll fackliga uppdrag spelar för framtida chefsuppdrag - en välkänd karriärväg där relevanta jämförelser skulle kunna göras med länder där i princip alla verksamhetschefer är läkare såsom i Danmark.

Motionärerna föreslår mot bakgrund av ovanstående att

- **att** SLF gör uppdaterad utredning om utvecklingen efter 2018 av antal/andel läkare som chefer i sjukvården, med fokus på högre chefer från VC och uppåt
- **att** SLF utreder betydelsen av läkare som chefer ur kvalitets-/patientsäkerhetsperspektiv
- **att** SLF riktar en enkätundersökning till fackligt förtroendevalda om chefskap.

Svar:

“Fler vårdenheter ska vara läkar drivna” är ett av målen i Strategi 2025 som togs på Läkarförbundets fullmäktige 2020. Det innebär att Läkarförbundet kontinuerligt genomför enkäter, skriver rapporter och genomför påverkansarbete i syfte att fler chefspositioner inom vården ska tillsättas av läkare.

Vissa saker som motionärerna föreslår har redan gjorts och annat är på gång. När det gäller till exempel andelen läkare som är chefer så finns det offentliga källor, som exempelvis SKR:s personalstatistik, som vi kan luta oss emot. Och att chefer med medicinsk kompetens har en positiv verkan på sjukhusens vårdkvalitet, hantering av resurser och personaltillfredsställelse vet vi redan, tack vare en forskningsgenomgång beställd av Läkarförbundet och gjord vid Medical Management Centre vid Karolinska institutet.

Vi genomför även regelbundet enkäter. Exempel på det är en så kallad DocPol, om chefskap som bland annat visade att 80 procent av respondenterna ansåg att arbetsplatsen blev mer attraktiv om en läkare var chef. Beroende på vilka vi vill påverka och hur, kommer vi att fortsätta att genomföra enkäter även fortsättningsvis.



Denna enkät visade även att intresset för att bli chef minskade med åldern. Därför arbetar vi idag aktivt för att få fler regioner att införa ledarskaps-ST, något som vi under hösten lanserade ett förslag för.

Eftersom vi redan idag verkar i att-satsernas riktning föreslår vi att motionen anses besvarad.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



11 Vad hände med Ledarskapsraketen?

Motionär: Chefsföreningen, Sjukhusläkarna, SYLF, SLF student, Privatläkarföreningen, Företagsläkarföreningen, Industrieläkarföreningen

Då läkare som chefer och ledare blivit en allt mer prioriterad fråga för läkarkåren och då vi ser så tydliga behov att sjukvården styrs utifrån medicinska perspektiv med läkare som chefer såg vi yrkesföreningar gemensamt ett behov av samlad ledarskapsutbildning. Chefsföreningen har ett välfungerande koncept med årlig chefsutbildning som renderat stor framgång.

Inför fullmäktige 2019 skrevs därför en motion av Chefsföreningen, Sjukhusläkarna, DLF, SLF Student samt SYLF med önskan enligt nedan:

ett vidare engagemang med en ledarskapskurs i tre steg:

1. Steg 1 vänder sig till de som ännu inte är chefer, inklusive läkarstudenter.
2. Steg 2 vänder sig till de som har ledaruppdrag, MAL, MLA, studierektorer.
3. Steg 3 vänder sig till verksamhetschefer.

Yrkesföreningarna har idag inte tillräckliga ekonomiska och administrativa möjligheter för att genomföra en ledarskapskurs. I och med att förbundet har ledarskap som ett av sina prioriterade områden samt säkerligen vill främja det goda initiativet från yrkesföreningarna där vi krokas arm och arbetar tillsammans så önskar vi administrativ och ekonomisk hjälp av förbundet för att kunna genomföra detta.

Vi hade då yrkanden att läkarförbundet ska bära en ledarskapskurs i tre steg (Ledarskapsraketen) både ekonomiskt och administrativt. Samt att Läkarförbundet utreder om mentorprogrammet kan knytas till Ledarskapsraketen och att Ledarskapsraketen leds av en projektgrupp med representanter från berörda yrkesföreningar.

Svaret var tydligt från förbundsstyrelsen. Man ville verka i motionens anda och hade för avsikt att tillsätta en utredning vad gäller utbud, organisatoriska, ekonomiska faktorer för att utifrån redovisat resultat fatta beslut.

En gruppering tillsattes och ett första förslag presenterades för oss. Sedan har tiden gått. Under den tiden har man också pausat mentorsprogrammet vilket gett en stor ekonomisk besparing.

Visserligen har vi en pandemi vilket kan förklara till en del förseningen. Dock har samma pandemi ytterligare visat vikten av läkare som chefer. Och då måste utbildning prioriteras.

Motionärerna yrkar därför

- **att** Läkarförbundet återtar sitt arbete i att forma en Ledarskapsraketen där Läkarförbundet bär kurserna administrativt såväl som ekonomiskt.
- **att** Läkarförbundet utreder om mentorprogrammet kan knytas till Ledarskapsraketen samt
- **att** Ledarskapsraketen leds av en projektgrupp med representanter från samtliga motionärer.

Svar:

Utifrån tidigare svar på inskickad motion Ab10 från 2019 "Ledarskapsraketen – en gemensam satsning från SLF Student, SYLF, Sjukhusläkarna, DLF och Chefsföreningen" svarade Förbundsstyrelsen att man ser positivt på ledarskapsutbildningar och ville titta på vilka ledarskapsutbildningar som fanns att tillgå på marknaden. Förutsättningar vad gäller kostnadsfördelning var då en viktig och avgörande faktor som behövde vägas in i



utredningen för att se vad som kunde bekostas av arbetsgivare eller andra föreningar i förbundet.

Fullmäktige fattade sedermera ett beslut

- att Läkarförbundet stöder en påbyggnad och utveckling av chefsföreningens redan etablerade ledarskapsutbildning och mentorsprogram till att verka för läkare som chefer och ledare på alla nivåer. Hela karriären.
- att ledarskapsutbildningen leds av en projektgrupp med bred representation av olika yrkesföreningar/lokalföreningar/kansli.

Under 2020, efter utredning, kallades även SLF Student, SYLF, Sjukhusläkarna, DLF och Chefsföreningen till möte för redovisning och analys genomförd med bedömning av kostnader.

Rapportsammanställningen gav en tydlig bild av aktörer och kostnader för ett paketupplägg för 20 utvalda chefer/ledare som årligen planeras ingå i Ledarskapsraketen. Kostnadsbilden visar på skräddarsytt utbildningsupplägg som en trestegsraket genom exempelvis Handelshögskolan, inkluderat kostnadsberäkning kopplat till utebliven lön per medlem, påkopplat mentorskapsprogram, resor, internat samt tillkommen resurskostnad för administrativ tjänst som hanterar projektet.

Kostnaderna för Ledarskapsraketen var initialt inte fastställda att läggas på förbundet, då uppdraget i grunden går utanför det traditionellt fackliga arbetet. Utifrån att Läkarförbundet åtog sig, och nu genomfört ett gediget utredningsarbete med analys och kostnadskalkyler, anser Förbundsstyrelsen härmed förbundets arbete genomfört. Till syvende och sist, vidare projekt är för höga för förbundet att ensam bära med anledning av att det ytterst kommer att påverka våra medlemmar utifrån en rejält förhöjd medlemsavgift som följd, alternativt arbetsbristuppsägningar på kansliet eller nedläggande av andra fackliga utbildningsinsatser inom förbundet. Slutligen vill Förbundsstyrelsen peka på att chefsutbildningar både erbjuds av arbetsgivare och att det föreligger en skyldighet att utbilda anställda chefer.

Som ett led i arbetet, i syfte att verka för motionens anda, så erbjuder Läkarförbundet idag en kostnadsfri 5-stegsraket rörande utbildning för förtroendevalda och en 3-stegsraket för fackligt ledarskap; A. Facklig baskurs, B. Facklig fortsättningskurs, C. Facklig ledarskapskurs. D. UGL. E Högre fackligt ledarskap. Med detta sticker vi ut i förhållande till andra förbund. Mentorskapsprogrammet har idag ersatts av bland annat UGL (Utveckling – Grupp – Ledarskap), en av de mest omtalade och respekterade utbildningsmomentet för framtida och nuvarande ledare/chefer.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



12 Chefläkarrollen och patientsäkerheten

Motionär: Stockholms läkarförening

Begreppet chefläkare är inte definierat i lag eller föreskrift. Befattningen tillkom för att bistå direktören/VD i arbetet med patientsäkerhet och kvalitet, hantering av patientklagomål och lex Maria-anmälningar. Avvikelse rapporteringen fungerar bristfälligt. Analys och initiativ till förbättringsarbete med utgångspunkt från avvikelsehantering på landets sjukvårdsinstitutioner behöver förbättras avsevärt. 2017 antogs en motion om chefläkarrollen. Stockholms Läkarförening anser, trots det arbete som då utfördes, att det med hänsyn till utvecklingen av chefläkarrollen behövs en aktualisering av beskrivningen av chefläkarens roll. Mandat och anställningsformens autonomi måste definieras närmare, liksom den medicinska ansvarsrollen.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** Läkarförbundet verkar för en definition av chefläkarrollen, mandat och anställningsform.

Svar:

Det finns en tidigare motion på temat, som antogs 2019, om att Sveriges läkarförbund tillsammans med Nätverket Sveriges Chefläkare bereder frågan om chefläkarens anställning och oberoende ställning till arbetsgivaren. Läkarförbundet har därför, de senaste åren, fört en dialog i frågan med dem.

Att uppdraget som chefläkare och tjänsternas utformning är komplicerade, är något Läkarförbundet är fullt medveten om. Det visade inte minst rapporten "Utredning om reglerat chefläderskap" från 2019. Utredningen visade även att det bland chefsläkarna själva inte finns någon enhetlig bild av hur chefläkarrollen bör definieras och om den över huvud taget ska regleras. Vi såg även att skillnaderna mellan regioner och verksamheter gör det svårt att reglera exakt hur tjänstens utformning ska se ut.

Frågan om en definition av chefläkarrollen ska tas fram, utreds därför vidare i samverkan med Nätverket Sveriges Chefläkare. Vi har redan haft ett flertal kontakter och avser fortsätta bereda frågan.

Parallellt med detta arbetar vi även löpande med att stärka positionen för läkare som har chefstjänster och att påtala vikten av chefläkarens oberoende.

Eftersom vi redan idag verkar i att-satsens riktning föreslår vi att motionen anses besvarad.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



13 Arbetsmiljöverket – en utvecklingspotential

Motionär: Stockholms läkarförening

Arbetsmiljöfrågor har oftast handlat om fysisk arbetsmiljö, men de senaste åren har det blivit mer tydligt fokus på organisatorisk och social arbetsmiljö (OSA, AFS 2015:4). Läkarna har en komplex arbetssituation med multitasking, där organisatorisk och social arbetsmiljö är prominent, varav krav och resurser i balans är en del. Tillämpning av regelverket behöver därför anpassas bättre till läkarnas arbetssituation. Sammantaget finns det en utvecklingspotential inom området med den viktigaste resursen/samtalspartnern inom arbetsmiljöfrågor, Arbetsmiljöverket.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** ALG ansvarar för att Läkarförbundet etablerar en formell regelbunden kontakt med Arbetsmiljöverket för samarbete. Detta syftar till ökad förståelse, anpassning till regelverket och kompetensutveckling inom verket för läkarnas arbetssituation med utgångspunkt från verkliga exempel.
- **att** Läkarförbundet arbetar för att det på Arbetsmiljöverket finns kompetens för läkarnas arbetssituation.

Svar:

Arbetsmiljöverket bjuder in arbetsmarknadens parter inom hälso- och sjukvård och omsorg och sociala tjänster till regelbundna möten. Under mötena berättar Arbetsmiljöverket om aktuella tillsynsprojekt, regelförändringar och kunskapssammanställningar.

Arbetsmarknadens parter, där Läkarförbundet representeras av Avdelning för arbetsliv och juridik, informerar om aktuella arbetsmiljöfrågor inom respektive organisation. Mötena hålls två gånger per år (tyvärr lägre frekvens under pandemin).

Utöver branschmötet har också Arbetsmiljöverket att samråda med arbetsmarknadens parter i den utsträckning som behövs för myndighetens verksamhet. Man har också ett ansvar att samråda med arbetsgivar- och arbetstagarorganisationer innan man beslutar om föreskrifter som riktar sig till enskilda, kommuner eller regioner.

Läkarförbundet har inte direkt samråd med Arbetsmiljöverket enligt ovan utan representeras av Saco och Offentliganställdas förhandlingsråd (OFR). Inför, och efter samråd, genomför både Saco och OFR möten med berörda arbetstagarorganisationer där möjlighet ges för att göra särskilda medskick utifrån respektive förbundsmedlemmars arbetsmiljö.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** den första att-satsen
- att anse den andra att-satsen **besvarad**

14 Hållbar schemaläggning – även för läkare

Motionär: Västra Götalands läkarförbund

Arbetstidens längd och förläggning är central för arbetsmiljön. Alltmer arbete förläggs till jourtid och över åren har arbetsbelastningen under jour och beredskap ökat. Läkare arbetar i allt högre utsträckning dygnets alla timmar. Tyvärr har arbetstiderna alltför sällan anpassats till detta. Verksamheterna har successivt tvingats ändra sina scheman, t.ex. genom införande av jourveckor och kvällspass, men arbetspassen är ofta långa och återhämtningen otillräcklig. Kunskapen om hur hållbara scheman för läkare läggs är vanligen dålig hos schemaläggare, chefer, läkarförbundens ombud och medlemmar. Arbetstidslagen, Allmänna Bestämmelser och Specialbestämmelserna följs inte alltid.

Många läkare dignar under jourbördan och mår inte bra. Ökade sjukskrivningstal i läkarkåren talar sitt tydliga språk. Läkare är ambitiösa och kämpar hårt för patienterna och kollegorna på bekostnad av sin egen återhämtning och hälsa. Det är dags att inse att vi som läkare är människor och fungerar som andra människor när det kommer till behov av sömn, mat och vila.

För andra yrkesgrupper jobbar många arbetsgivare med hållbar schemaläggning för att främja ett hållbart arbetsliv. Kunskapen om hur de arbetstider läkare har ska förläggas för ett hållbart arbetsliv är sämre. Schemaläggning för läkare behöver i större utsträckning bygga på evidens och kunskap om de grundläggande mänskliga behov som utgör grunden för en god hälsa.

Vidare har andra yrkesgrupper inom vården som arbetar dygnets alla timmar förkortad veckoarbetstid relaterat till den belastning dessa arbetstider har för individen, både avseende den egna återhämtningen men även för de sociala konsekvenserna. Detta skulle kunna vara aktuellt även för läkarkåren.

Hur läkarscheman bäst läggs och huruvida en minskad veckoarbetstid skulle bidra till hållbarare arbetsliv för läkare behöver analyseras och denna kunskap behöver göras känd och omsättas i praktiken.

Västra Götalands läkarförbund yrkar

- **att** tillgänglig kunskap om hur hållbar schemaläggning för läkare kan se ut tas fram
- **att** tydliggöra vikten av att gällande arbetstidsregler tillämpas
- **att** utreda om en minskning av veckoarbetstiden skulle bidra till hälsovinster för läkargruppen
- **att** göra kunskapen om hälsosam schemaläggning känd för SLF:s ombud

Svar:

Arbetstidens förläggning och omfattning är, som motionären påpekar, en central arbetsmiljöfråga. En hållbar schemaläggning skapar förutsättningar för ett hållbart arbetsliv.

AFA försäkring avsätter årligen 50 miljoner kronor till forskning inom kommun- och regionsektorn. Flertalet forskningsprojekt om arbetstider och återhämtning har under åren beviljats anslag. Professor Göran Kecklund har till exempel genomfört projektet *Skiftarbete i vården: kan besvär med sömn och hälsa minskas med rekommendationer gällande schemaläggning, sömnplanering och livsstil?* där vårdanställda (sjuksköterskor, läkare och undersköterskor) ingick i studien. Syftet var att undersöka sambandet mellan skiftarbete, sömn och hälsa. (Läs mer på Afa försäkrings hemsida).

Den partsgemensamma föreningen Suntarbetsliv omsätter valda delar av den forskning som Afa försäkring finansierat till praktisk nytta genom verktyg och utbildningsmaterial riktat till



chefer och skyddsombud. Motsvarande material tas också fram av Prevent (privat sektor) och Partsrådet (statlig sektor).

Läkares arbetstid regleras av våra kollektivavtal. Men arbetstidens förläggning är också som sagts en viktig arbetsmiljöfråga. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö (AFS 2015:4) föreskriver bland annat att *"arbetsgivaren ska vidta de åtgärder som behövs för att motverka att arbetstidens förläggning leder till ohälsa hos arbetstagarna"*. Förbundsstyrelsen anser dock att många arbetsgivare kan bli avsevärt bättre på att se arbetstid som en del av arbetsmiljön. Här kan våra förtroendevalda och skyddsombud ytterligare flytta fram positionerna. För att stödja våra förtroendevalda genomför Läkarförbundet regelbundna utbildningar och temaföreläsningar rörande arbetstid och arbetsmiljöregler.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionens första, andra och fjärde att-satser **besvarade**
- att **avslå** motionens tredje att-sats



15 Ökat läkarinflytande vid planering av sjukvårdens lokaler

Motionär: Sjukhusläkarna

Efter avskaffandet av SPRI 1999 saknas statlig kontroll av utformandet av sjukhusbyggnader. Regionerna har därefter ansvaret för denna planering. Vid om och nybyggnation av sjukhus under senare år har det ifrågasatts om läkare behöver enskilda arbetsplatser i form av egna eller delade läkarexpeditioner. Också vid planering av vårdavdelningar har arbetsrum/undersökningsrum där läkare ostört kan utföra undersökningar och ha patient/anhörigsamtal fallit bort. Det tydligaste exemplet på detta är Nya Karolinska i Solna där läkarkåren helt och hållet hölls utanför planeringen av de administrativa lokalerna då sjukhuset projekterades. Resultatet har blivit ett sjukhus utan hemvister för kollegor, utan läkarexpeditioner eller ens fasta arbetsplatser för läkarna. Massiva protester från berörda kollegor finns beskrivna i lakartidningen.se 2021-06-01. Man kan inte arbeta ostört med sina kvalificerade arbetsuppgifter i ett kontorslandskap. Även patientsäkerheten är hotad eftersom journaldiktering och telefonsamtal lätt kan uppfattas av inte bara kollegor utan också av obehöriga.

Sjukhusläkarna yrkar att Läkarförbundet verkar för

- **att** tillse att det finns enskilda arbetsplatser för läkare. I första hand önskar Sjukhusläkarna att få ha kvar läkarexpeditioner enskilt eller delat med högst en eller två kollegor.
- **att** fackliga representanter får insyn och medbestämmande vid ombyggnader av sjukhuslokaler och vid byggande av nya sjukhus
- **att** hänsyn tas till sekretesskravet både vid patientsamtal, journalarbete och undersökning/behandling på vårdavdelning, något som idag är gravt eftersatt
- **att** en ökad statlig kontroll införs vid ny- och ombyggnation av sjukhuslokaler

Svar:

Det finns lagregleringar som anger arbetsgivarens skyldighet att på olika sätt och i olika sammanhang samverka med arbetstagarna bland annat vid om och nybyggnation av sjukhus. Vi har till exempel arbetsmiljöförordningen och arbetsmiljölagen som visar på arbetsgivarens skyldighet att samverka med arbetstagarna och redan i planeringsstadiet få med arbetstagarnas perspektiv och synpunkter på den förändrade arbetsmiljön.

Arbetsmiljöfrågor ska omhändertas i samverkan med skyddsombud och arbetstagare vid både planering och genomförande av byggåtgärder. Problemet är, precis som motionären beskriver, att detta inte alltid sker i praktiken. Ett tydligt sådant exempel är NKS. Konsekvensen av det blir att felaktigheter riskerar att byggas in i arbetsmiljön. Läkares samlade erfarenheter måste därför komma in tidigt i planeringsarbetet för förändrade lokaler. Skyddsombuden har här en viktig roll. Inom målsättningen för ett hållbart arbetsliv fortsätter Läkarförbundet att stärka våra skyddsombud så att de blir trygga i vilka krav som gäller. Det gör vi genom vår fackliga utbildning, skyddsombudsmöten och rådgivning.

I betänkande från *Utredningen om ökade förutsättningar för hållbara investeringsprojekt i framtidens hälso- och sjukvård* konstateras till exempel att lokalfrågan ha hamnat i skymundan i dessa mastodontprojekt. Utredningen föreslår att den statliga styrningen ska öka i detta sammanhang. Konkret handlar det om att ett statligt bolag ska ta över ägandet av lokaler för hälso- och sjukvård, helt eller delvis. En region är allt för liten för att hantera komplexa sällan-händelser som till exempel att bygga sjukhus är. Det behövs en bättre kunskapsöverföring mellan olika projekt än vad som nu sker när det ligger på regionnivå.



Läkarförbundet arbetar på många plan för att öka den statliga styrningen. Det är en prioriterad fråga inom ramen för Strategi 2025 att "Staten ska ta ett ökat ansvar för styrningen av hälso- och sjukvården".

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



16 Beredskap vid kris och pandemi

Motionär: Stockholms läkarförening

Pandemin avslöjade att vården och hela samhället inte var förberedda på omfattningen av problematiken av en global pandemi – på många nivåer. Pandemin innebar också en reell hälsorisk för landets läkare. Informationsflödet har varit omfattande, ibland diskutabelt och påtagligt föränderligt över tid. Nationella riktlinjer har krävt tidskrävande lokala tolkningar. Konsekvenserna av pandemin har också inverkat på arbetsmiljön, arbetstider och avtal som också medfört omfattande lokalt extraarbete.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** Läkarförbundet, med erfarenheter från pandemin, utarbetar riktlinjer kring frågor som rör avtal, arbetstider och arbetsmiljö att implementera i en katastrofplan.
- **att** Läkarförbundet samlar in och sammanställer erfarenheter från pandemin och utarbetar en handlingsplan inför kommande pandemi- och krissituationer, inkluderande frågor som rör avtal, arbetstider och arbetsmiljö.

Svar:

Rådande pandemi har inneburit omfattande spridning av en helt ny typ av virus som till stora delar påverkat vårt samhälle och speciellt sjukvården som varit mycket hårt belastad. Pandemin har tydliggjort brister i hälso- och sjukvården som otillräcklig beredskap, en dysfunktionell ansvarsfördelning mellan olika beslutsnivåer, en ojämlik vård och avsaknad av medicinsk kompetens på rätt nivåer. Utifrån de erfarenheter vi fått av covid 19 är förberedelse och kunskap viktigt inför en eventuell pandemi.

Läkarförbundet har ställts, precis som många andra aktörer, inför en utmaning att hantera situationen. Som ett led i att bemöta frågor från bland annat förtroendevalda och medlemmar utarbetades en "covid sida" på webben med omfattande information om covid 19, alltifrån arbetsmiljö till allmänna riktlinjer. Digitala möten har hållits kontinuerligt för förtroendevalda och skyddsombud som stöd i deras löpande arbete.

Inom Suntarbetsliv togs snabbt fram, tillsammans med fack och arbetsgivare inom KR-sektorn, ett omfattande stödmaterial till chefer och skyddsombud – Arbetsmiljöarbete i tider av corona. Läkarförbundet har även under 2021 tagit fram ett dokument *Läkarförbundets reformagenda post-covid* som sammanfattar vilka behov som finns nu och på lite längre sikt för att hantera en del av de problem i hälso- och sjukvården som fanns före pandemin och som samma pandemi har tydliggjort.

I Sverige är det Folkhälsomyndigheten som har främsta ansvaret för att samordna beredskapen vid en pandemi och om det ska fungera på ett effektivt sätt krävs en väletablerad samverkan mellan alla aktörer på alla nivåer för att förebygga och hantera spridningen av smittsamma sjukdomar. Alltifrån regeringen till arbetsgivarna.

Arbetsmiljöverket har en viktig roll i att tillse att arbetsmiljöregelverket följs, stödja arbetsgivarna och ta ställning till arbetsmiljöbegäran (66a) från skyddsombud. Här har framför allt arbetsgivaren det övergripande ansvaret för att minska riskerna för smittspridning och ohälsa på arbetet samt att se till att det finns tillräckligt med skyddsutrustning och att den utrustning som används är säker.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** första att-satsen
- att anse andra att-satsen **besvarad**



17 Stöd vid kritisk händelse för att minska risken för "Second victim"

Motionär: Östra Skånes läkarförening

Alla läkare har direkt eller indirekt ett ansvar för patienter. Vissa specialiteter är mer riskfyllda än andra när det gäller akuta svåra händelser. Obstetrik/gynekologi, anestesi/intensivvård, kirurgi, pediatrik och psykiatri är några exempel, men det finns såklart flera andra.

När en svår händelse inträffar kan man som läkare känna sig väldigt ensam i situationen och i ansvaret. Det är lätt att man som ansvarig läkare kritiserar och skuldbelägger sig själv. Man kanske rent formellt inte har gjort något medicinskt fel men väldigt många klandrar sig själv ändå. Det finns rapporter som visar att man efter en sådan situation kan utveckla ett regelrätt posttraumatiskt stressyndrom och bli ett s.k. second victim. Det är inte bara förödande för individen utan kan också leda till byte av specialitet eller t.o.m. yrke. Vad man får för stöd efter en sådan händelse, både på kort och på lång sikt spelar stor roll för läkarens egen bearbetning och förmåga att arbeta vidare.

De senaste åren har den här typen av frågor lyfts allt oftare. Kartläggande undersökningar har visat att en hel del har råkat ut för detta och att stödet då sett väldigt olika ut. För att alla berörda specialitetsföreningar ska slippa uppfinna hjulet på nytt önskar vi nu att Läkarförbundet tar ett helhetsgrepp om den här typen av frågor, något som också ligger helt i linje med Läkarförbundets vision om ett hållbart arbetsliv för läkare.

Östra Skånes läkarförening yrkar:

- **att** Sveriges läkarförbund uppmärksammar och aktivt bevakar att arbetsgivare har eller utvecklar en handlingsplan för omhändertagandet av läkare som är med om svåra händelser, där det framgår både vad individen, kollegorna, arbetsgivaren och Läkarförbundet kan och bör göra i olika situationer.
- **att** Sveriges läkarförbund undersöker möjligheten att etablera någon form av nationellt kollegialt stöd dit man som medlem kan vända sig om man råkar ut för en akut svår händelse.
- **att** Sveriges läkarförbund i alla diskussioner med utbildningsansvariga betonar vikten av att lyfta denna fråga.

Svar:

Svåra händelser i läkarrollen kan mycket riktigt få allvarliga konsekvenser för den drabbade läkaren. Det är därför viktigt att arbetsgivaren har en beredskap för att snabbt kunna ge och erfordra stöd. Arbetsmiljöverkets föreskrifter om första hjälpen och krisstöd (AFS 1999:7) reglerar arbetsgivarens skyldighet att ha beredskap och rutiner för krisstöd och att chefer har tillräckliga kunskaper inom området. Härvidlag anser förbundsstyrelsen också att läkares medmänskliga stöd till varandra är otroligt viktigt på våra arbetsplatser. Det vill säga att vi som medlemmar finns för varandra när man varit med om svåra händelser.

Sedan tidigare finns nätverket Kollegiala rådgivare inom Läkarförbundet. Det är medlemmar som frivilligt anmält sig som stöd till andra medlemmar i frågor som rör arbetsliv och profession.

Vissa av de försäkringar som Folksam erbjuder Läkarförbundets medlemmar innehåller momentet kristerapi som omfattar upp till tio samtal med psykolog.



Som motionären anger ser stödet olika ut för våra medlemmar beroende på var man jobbar. Det finns därför anledning för oss att aktualisera krisstödsfrågan i samband med Läkarförbundets utbildningar och övriga sammankomster med våra förtroendevalda.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionens första att-sats
- att anse motionens andra och tredje att-sats **besvarade**

18 Ökade krav på rättssäkerhet vid anställning i regionerna

Motionär: Upplands allmänna läkarförening

Statliga myndigheter ska, när de anställer en person, enligt lag bedöma sökandes förtjänster och skicklighet. Förtjänst betyder oftast erfarenhet den sökande fått genom tidigare anställning. Skicklighet är hur lämplig den sökande är för anställningen och är enligt lag det viktigaste (om det inte finns särskilda skäl för något annat). Innebörden av skicklighetsbegreppet är utbildning, erfarenhet och personlig lämplighet.

En statlig myndighet, vilken ska anställa, ska göra en helhetsbedömning av bland annat:

- teoretisk och praktisk utbildning
- personliga egenskaper
- annan kunskap och erfarenhet från offentlig eller privat verksamhet.

I vissa fall går det att överklaga ett anställningsbeslut inom staten. Överklagandet bedöms av Statens överklagandenämnd. Den som får rätt erhåller den aktuella tjänsten.

Regionerna har däremot möjlighet att fritt anställa vem de vill, men viss lagstiftning måste beaktas. Inom vården finns tjugo olika yrken vilka kräver legitimation för självständigt arbete. Läkare måste ha vederbörlig specialistutbildning för att få anställning som specialistläkare och överläkare. Vid rekryteringsförfaranden får regionerna inte handla i strid mot objektivitetsprincipen, företrädesrätten och förbud. Det ska råda likhet inför lagen och finns förbud mot diskriminering och godtycke. Saklighetskravet innebär att uppgifter som lämnas ska vara korrekta, kravet på opartiskhet att subjektiva bedömningar inte får förekomma. Regionernas rekryteringsförfarande måste också vara förenligt med Sveriges åtaganden inom Europeiska unionen.

Möjligheterna att överklaga en regions anställningsbeslut är begränsade. Om diskriminering anmäls till diskrimineringsombudsmannen (DO) driver DO, för det första, bara enstaka ärenden vidare. För det andra får den som får rätt enbart ett mindre belopp i skadestånd och inte tjänsten i fråga.

Med anledning av det ökade antalet platser på läkarprogrammet är det svårt för unga läkare att få arbete och speciellt att erhålla AT-block. Sedan 2018 arbetar Sylf med utmärkelsen »schysst rekrytering» för att stötta och sporra arbetsgivare till att skapa en rättvis AT-rekrytering, men det finns anledning att ställa högre krav på regionernas rekryteringsförfaranden och verka för en ännu större rättssäkerhet.

Upplands allmänna läkarförening yrkar att Läkarförbundet ska verka för:

- **att** lagen (1994:260) om offentlig anställning på sikt ändras så att även regionerna vid anställning omfattas av kravet att avseende bara ska fästas vid sakliga grunder, såsom förtjänst och skicklighet.
- **att** det ska gå att överklaga en regions anställningsförfarande.
- **att** (eftersom det tar lång tid att ändra en lag) överenskommelser träffas i kollektivavtal om att anställningar i regionerna baseras på sakliga grund såsom förtjänst och skicklighet.

Svar:

Det finns betydande svårigheter i att använda lagstiftning som är anpassad efter den statliga sektorn, då deras förutsättningar skiljer sig från förutsättningarna inom region och kommun. För att kunna garantera oberoende statliga myndigheter har det ansetts lämpligt att reglera anställningsförfarandet separat. Vidare är den statliga arbetsmarknaden betydligt mindre än både regional/kommunal och privat. De arbetsrättsliga konsekvenserna av att överklaga ett



anställningsbeslut kommer troligtvis inte att leda till ökad anställningstrygghet för individen. Både kommun och region garanteras självstyre i grundlagen, och omöjliggör en statlig reglering på området. Arbetssökande skyddas från missgynnande vid rekrytering genom bestämmelserna i Diskrimineringslagen och Föräldraledighetslagen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



19 Ökad samordning mellan Regering och Regioner för dimensionering av platser på svenska läkarutbildningar

Motionär: SLF Student

Under de senaste 30 åren har återkommande regeringar ökat antalet studieplatser på rikets läkarutbildningar varpå flera lärosäten har behövt bygga ut grundutbildningen för att uppnå dessa ökande krav. Vidare tillkom även en ny grundutbildning 2011 vid Örebro universitet. Allt detta i mån om att få bukt på bland annat bristen på verksamma specialister inom sjukvården. Under samma tid har man från regionernas sida däremot ej varken ökat vårdplatser, specialisttättheten, AT-tjänster eller ST-tjänster i samma takt som utbildningsplatserna har ökat. Detta har utöver naturliga följder inte enbart påverkat flaskhalsproblematiken kring just ST- och AT-tjänster (samtidigt som platsökningen ej löst ursprungproblematiken) utan i stället skapat samt förvärrat utbildningsmiljöproblem på grundutbildningen. Problem som upplevs och påtalats av både studenter och kandidater samt utbildningsansvariga vid universiteten vid flertalet olika tillfällen.

Tack vare att man ej dimensionerat antalet platser på de svenska läkarutbildningarna efter det som kan tillgodoses ute i den kliniska verkligheten har vi i stället fått ökande problem. Problem med schemasvårigheter, brist på handledare, mindre patientbesök samt större studentgrupper per handledare på klinik. Dessa klinikbundna problem leder till en mindre patientvolym och patientbredd för varje individuell student samt mindre möjlighet till gedigen och god handledning. Två faktorer som är väsentliga för att uppnå en patientsäker, evidensbaserad och professionell standard inför utövandet av yrket. Denna problematik existerar redan hos de som examineras från gamla grundutbildningen om än inte i dramatiska mängder och kommer nog bli mer påtagligt hos de studenter som nu läser på det nya Läkarprogrammet. Ett program som är tänkt att kräva mer av både student och handledare med ännu större fokus på kliniken.

Då ingen AT-tjänst kommer att finnas för att fylla i de luckor eller laga de brister från grundutbildningen som den yngre kollegan bär på, ökar farhågorna kring den framtida utbildningskvaliteten. Det är en påtaglig risk och sannolikhet att på grund av bristande samordning i dimensioneringen av utbildningsplatser kommer en skara yngre och större utsträckning legitimerade kollegor vara mindre kompetenta och säkra i deras valda yrke under deras första verksamma år. Därmed är det av oerhörd vikt både för utbildningskvaliteten och den framtida patientsäkerheten att dimensioneringen av utbildningsplatserna på de svenska läkarutbildningar görs samordnat efter regionens kapacitet att kunna erbjuda och leverera högkvalitativ utbildning i kliniska miljöer.

Sveriges läkarförbund Student yrkar därmed:

- **att** Läkarförbundet verkar för en ökad samordning mellan Sveriges regering och Sveriges Regioner för dimensioneringen av utbildningsplatser på svenska läkarutbildningar.

Svar:

I enlighet med den nyligen antagna *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans* ska förbundet verka för att staten, genom Nationella vårdkompetensrådet, tar ett huvudansvar för att dimensionera och samordna samtliga delar i läkares utbildning (grundutbildning, allmäntjänstgöring, bastjänstgöring samt specialiseringstjänstgöring).

Vidare ska förbundet verka för att Nationella vårdkompetensrådet tar fram årliga prognoser på tillgång och efterfrågan på grundutbildningsplatser. Prognoserna behöver även ta hänsyn



till det faktiska inflödet av utlandsutbildade läkare. Policyn understryker därutöver vikten av att både lärosätenas och regionernas utbildningskapacitet beaktas vid dimensioneringen av läkarutbildningen, för att säkerställa en god utbildningskvalitet i såväl de prekliniska som kliniska delarna av grundutbildningen.

Förbundsstyrelsen anser således att förbundet redan verkar i enlighet med motionärernas förslag.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**.



20 Farmakologins ställning

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkemedelsbehandling är kanske den vanligaste åtgärden i sjukvården och det sker en snabb utveckling på läkemedelsområdet med ett inflöde av nya läkemedel

med nya verkningsmekanismer. Studier har visat att läkemedelsrelaterade problem står för 5-19 % av sjukhusinläggningar för de över 65 år och att flertalet av dessa hade kunnat undvikas om läkemedlen använts korrekt.

Valet av terapi styrs i stor utsträckning av riktlinjer och vårdprogram på olika nivåer men även av en del föreskrifter såsom exempelvis generiskt utbyte. Dessutom har den enskilde läkaren stort ansvar. Goda kunskaper inom farmakologi borgar för ett bättre terapival både ur patientsäkerhets- och kostnadseffektivitetsperspektiv. En majoritet av läkarstudenterna anser vid en kartläggning att de inte förberetts väl för att hantera läkemedelsgenomgångar. Läkare bör ha kompetens och mandat att, utan apotekare eller farmaceut, göra rutinmässiga läkemedelsgenomgångar. Det finns således stor förbättringspotential för dagens studenter och kliniskt aktiva läkare inom läkemedelsbehandling. Med ansvaret för läkemedelsbehandling följer också ett krav på kompetensutveckling – lämpligen genom stärkt utbildning i grundläggande farmakologi före examen och därefter fortbildning inom ämnet.

Socialdepartementet presenterade i mars 2009 sin handlingsplan för effektivare läkemedelsanvändning och i juni 2010 kom förstudien Nationell läkemedelsstrategi. Man framhöll bland annat behovet av kompetensutveckling och nationell samordning inom läkemedelsområdet för

att uppnå en mer effektiv och förbättrad användning av läkemedel. Som en följd av detta har man för AT-läkarna beslutat införa ett webbaserat instrument, Learning Management System (LMS), som komplement till traditionellt lärande. För ST-läkarna är variationen stor inom och mellan olika specialiteter beroende bland annat på valet av eller utbudet av SK-kurser. För specialister är det helt oreglerat och ibland obefintlig.

Sjukhusläkarna yrkar

- **att** Läkarförbundet kartlägger hur mycket tid som finns avsatt för grundläggande farmakologi vid de medicinska fakulteterna i Sverige,
- **att** Läkarförbundet verkar för att farmakologi får större plats i både läkares grundutbildning och fortbildning,
- **att** Läkarförbundet kartlägger hur många tjänster det finns för utbildning i farmakologi och klinisk farmakologi vid universiteten.

Svar:

Vi delar motionärens syn att farmakologi är viktig för läkare i deras yrkesutövning. Det är naturligtvis även viktigt att läkare kan göra läkemedelsgenomgångar. Grundutbildningen till läkare från och med hösten 2021 motsvarar 360 högskolepoäng (6 år) och leder fram till läkarexamen och är legitimationsgrundande. Målen för utbildningen regleras i högskoleförordningen – men respektive lärosäte bestämmer innehållet. Utbildningen ser därmed till viss del olik ut beroende på var i landet de blivande läkarna studerar. Detta innebär att den del som farmakologi utgör av det totala kursutbudet antagligen kommer att variera mellan lärosätena och detta är tillåtet med dagens system. Att i detta läge enbart kartlägga hur mycket tid som finns avsatt för grundläggande farmakologi i den nya grundutbildningen vid de medicinska fakulteterna i Sverige är dock inte att föredra utan att samtidigt kartlägga den tid som läggs på andra ämnen. Många av dagens utbildningar



genomförs heller inte med föreläsningar utan genom Case metodik vilket gör det svårt att särskilja de olika ämnena från varandra och därför särskilja farmakologins faktiska andel av grundutbildningen på de olika lärosätena. Den första att-satsen bör därför avslås.

Motionären lyfter vidare i andra att-satsen fram att Läkarförbundet ska verka för att farmakologi får större plats i både läkares grundutbildning och fortbildning.

Grundutbildningen är ny från och med denna höst och det är inte rimligt att tro att landets lärosäten kommer att förändra utbildningen när den så nyligen har startat och än mindre har hunnit utvärderas. Att öka farmakologins del av det totala kursutrymmet på grundutbildningen innebär att någon eller några andra kurser måste minska. Det krävs alltså en diskussion om vilka ämnen som ska minskas till förmån för farmakologi och att det råder konsensus om detta inom läkarkåren. Förbundsstyrelsen anser att vi inte är där ännu. När det gäller fortbildning så måste uppdatering och fördjupning av kunskaper, färdigheter och förhållningssätt ske fortlöpande under hela yrkeslivet, baserat på bland annat verksamhetens och den individuella läkares behov. Läkarförbundet verkar för att fortbildningen för medlemmarna ska öka och har gjort så länge, men så som den andra att-satsen nu är formulerad (där såväl grundutbildning som fortbildning är inkluderade) föreslår Förbundsstyrelsen att-satsen ska avslås.

Motionären yrkar till sist på att Läkarförbundet kartlägger hur många tjänster det finns för utbildning i farmakologi och klinisk farmakologi vid universiteten i den tredje att-satsen. Här har inte motionären tydligt klargjort vad motionären avser med att-satsen. Menar motionären att antalet anställda som undervisar i farmakologi/klinisk farmakologi ska kartläggas, att antalet anställda läkare som undervisar i farmakologi/klinisk farmakologi ska kartläggas eller att antal ST-tjänster som finns i klinisk farmakologi ska kartläggas? Avses heltidstjänster eller deltidstjänster och ska enbart tillsatta tjänster kartläggas? Förbundsstyrelsen yrkar därför på avslag för motionens tredje att-sats.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



21 Nationellt införande av 18-månaders AT

Motionär: SLF Student

Socialstyrelsen har fastställt att allmäntjänstgöring för läkare ska motsvara en period på minst 18 månader, samt att utbildningen ska uppfylla målen som de specificerat. I dagsläget är det knappt hälften (ca 40%) av sjukhusen som har en tjänstgöringstid på 18 månader (källa: AT-Guiden, SYLF). Resterande sjukhus har en AT-period på mellan 19 - 21 månader, detta exkluderat forsknings- och pedagogisk AT.

Med avseende på den rådande bristen på AT-platser samt den kontinuerligt ökande efterfrågan vore det betydligt gynnsamt om fler sjukhus införde en tjänstgöringstid på 18 månader (exkluderat forsknings- och pedagogisk AT). Detta skulle kunna öppna upp för fler AT - platser och på så sätt minska den rådande platsbristen och väntetiden.

Sveriges läkarförbund Student yrkar därmed:

- **att** Sveriges Läkarförbund verkar för att fler regioner inför en AT-tjänstgöringsperiod på 18 månader

Svar:

Frågan finns med i Läkarförbundets kompetensförsörjningspolicy och den har även lyfts inom ramen för det partsgemensamma arbetet. Förbundet verkar med andra ord redan i enlighet med motionens att-sats.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



22 Nationellt dokumentationssystem för utbildningsläkare

Motionär: Östra Skånes läkarförening, Malmö läkareförening och SYLF

Vi lever i en tid där digitaliseringen utvecklats i raketfart. Däremot har digitala plattformar för dokumentation av ST-läkarnas utbildning inte ändrats på många år. I dagsläget läggs mycket ansvar på individen där insamlingen av dokumentation är krångligt och kan försvåra ansökan till specialistbevis. Vi saknar idag ett samlat och modernt system där ST-läkare, studierektorer och chefer kan följa alla ST-läkarnas utbildningsplan och utveckling. Våra nordiska grannländer har redan sådana etablerade system och Sverige bör ta efter. Vi ser gärna att plattformen kan utvidgas så att även AT-, BT, och övriga underläkare också kan inkorporeras i systemet. Med ett sådant system hade man också kunnat ha aktuell statistik på hur många underläkare det finns nationellt vid ett givet tillfälle. Vi tror också att den myndighet som skulle vara passande huvudman till detta är Socialstyrelsen där det även tidigare funnits ett intresse.

Östra Skånes Läkarförening, Malmö läkareförening och SYLF yrkar:

- **att** Läkarförbundet verkar för att Socialstyrelsen ser till att utveckla ett modernt och heltäckande digitalt dokumentationssystem inom samtliga utbildningstjänster för läkare i Sverige.

Svar:

Läkarförbundet har nyligen antagit en *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*. I enlighet med policyn ska förbundet verka för att staten tar över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning (grundutbildning, allmäntjänstgöring, bastjänstgöring samt specialiseringstjänstgöring).

Policyn understryker därutöver vikten av att kommande prognoser över tillgång och efterfrågan på läkares utbildningstjänster framgent behöver bygga på bättre statistiska underlag. Till exempel behöver prognoser över tillgång och efterfrågan på specialistläkare innehålla uppgifter om antal specialistläkare och ST-läkare inom respektive specialitet samt dessas åldersfördelning och sysselsättningsgrad.

Förbundsstyrelsen anser att ett system i enlighet med motionärernas förslag ytterligare skulle stödja en sådan inriktning samt bidra till ett bättre statistiskt underlag vad gäller antalet utbildningsläkare (UL, AT-, BT- samt ST-läkare).

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen.



23 Reglera befattningen som medicinskt ansvarig läkare

Motionär: Stockholms läkarförening

I 4 kap 2 § hälso- och sjukvårdslagen (HSL) anges att "Där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef)".

I 4 kap 5 § hälso- och sjukvårdsförordningen (HSF) anges vidare att "Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter". Medicinskt ledningsansvar är en sådan enskild ledningsuppgift. Någon författningsbestämd eller enhetlig benämning på finns inte, utan denne kan kallas t ex medicinskt ledningsansvarig läkare, medicinsk rådgivare eller medicinsk ansvarig läkare. Det är viktigt att skilja det ansvar som följer med uppdraget från det yrkesansvar som all hälso- och sjukvårdspersonal har. En medicinskt ansvarig läkare är inte ansvarig för de åtgärder som övrig personal på enheten vidtar. Uppdraget som medicinskt ledningsansvarig läkare handlar om ett mer övergripande ansvar men uppdraget utformas olika.

Tidigare gällde Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:8) om verksamhetschef inom hälso- och sjukvård. Dessa råd innehöll tydliga skrivningar om när verksamhetschefen uppdrar åt annan att utföra enskilda ledningsuppgifter.

Idag saknar allt fler verksamhetschefer medicinsk kompetens och ansvaret att leda den medicinska verksamheten måste då överlätas på läkare. Behovet av att tydligt definiera uppdraget medicinsk ansvarig läkare har således ökat. I de tidigare allmänna råden angavs att den verksamhetschef som uppdrar åt annan att fullgöra viss ledningsuppgift tydligt bör ange uppdragets omfattning och eventuella inskränkningar i uppdragstagarens befogenheter. Idag saknas helt reglering av befattningen medicinskt ansvarig läkare.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** Läkarförbundet verkar för en rättslig reglering av befattningen medicinskt ansvarig läkare.

Svar:

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att det behövs en större tydlighet kring den typ av läkaruppdrag som beskrivs i motionen. Läkarförbundet motsatte sig även upphävandet av de allmänna råd från Socialstyrelsen som motionären nämner och förbundet pekade då särskilt på betydelsen av skrivningarna om medicinskt ledningsansvar. Förbundsstyrelsen bedömer emellertid att motionen är svår att bifalla så som att-satsen är formulerad.

Terminologin kring dessa uppdrag är viktig. Motionen handlar om situationen att verksamhetschefen, som alltid har det samlade ansvaret för verksamheten, i enlighet med de av motionären beskrivna reglerna i hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsförordningen uppdrar åt någon annan att ha det medicinska ledningsansvaret. Befattningen bör därför benämnas *medicinskt ledningsansvarig läkare*. Om benämningen medicinskt ansvarig läkare används finns risk för missförstånd och sammanblandning med dels det medicinska ansvar som alla läkare har för de uppgifter de själva utför, dels den annorlunda rollen som medicinskt ansvarig läkare i kommunerna som Läkarförbundet verkar för. (I kommunala sammanhang fungerar benämningen medicinskt ansvarig läkare bra mot bakgrund av att det där sedan länge finns medicinskt ansvariga sjuksköterskor.)



Förbundsstyrelsen uppfattar det även som lite oklart vilken typ av rättslig reglering som motionären avser. Att få till stånd reglering av den aktuella befattningen i lag eller förordning bedömer Förbundsstyrelsen som orealistiskt, med tanke på att ytterst få befattningar i hälso- och sjukvården är reglerade på det sättet. Däremot borde Socialstyrelsen kunna ta fram föreskrifter eller allmänna råd om uppdrag som medicinskt ledningsansvarig läkare.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



24 Regioner ska få utfärda särskilt förordnande även för de som studerar utomlands

Motionär: SLF Student

Enligt svensk lag får endast legitimerade läkare utöva läkaryrket. Undantaget från detta är de som beviljats ett särskilt förordnande. Detta förordnande beviljas idag om en läkarstudent studerat till och med 9 terminer på en läkarutbildning i Sverige eller EU/EES, och avklarat relevanta kurser för det specifika vikariatet, exempelvis avklarad ortopedkurs för ett vikariat på ortopedi. Idag skiljer det sig dock vem som får bevilja detta särskilda förordnande, beroende på var en studerar. En student i Sverige får sitt särskilda förordnande godkänt av regionen, medan en som studerar utomlands behöver söka särskilt förordnande via Socialstyrelsen.

I samband med den nya 6-åriga läkarutbildningen i Sverige har Socialstyrelsen sett över föreskrifterna för det särskilda förordnandet och lagt fram ett nytt förslag. Detta förslag flyttar fram gränsen från 9 till 10 avklarade terminer, men tar bort kravet om relevant kurs då upplägget på nya utbildningen ser annorlunda ut. Skillnaden i vem som bedömer kvarstår dock. Detta anser Sveriges Läkarförbund Student vara orimligt.

Tidigare har Socialstyrelsen argumenterat för att skillnaden i vem som bedömer beror på svårigheten att tyda utländska utbildningars kursupplägg. Då kravet på relevant kurs försvinner från alla finns det inte längre ett behov av att förstå utländska kursupplägg, det räcker med att studenten bevisar att den har avklarat och blivit godkänd på 10 terminer. Detta borde regionerna kunna göra självständigt.

Nackdelen med att beviljandet går via Socialstyrelsen är de långa väntetiderna samt merarbetet det medför. Ett beviljande från regionen tar knappt någon tid alls, medan ett beviljande från Socialstyrelsen kan ta flera månader. En student från utlandet behöver då vara ute i mycket god tid, och arbetsgivaren måste ha mycket god framförhållning vid anställning av studenter från utlandet. Det gör att många arbetsgivare föredrar anställandet av studenter från svenska lärosäten, då det är en enklare process.

Att särskilja studenter baserat på var de studerat är självklart inte okej. Alla ska bedömas rättvist och jämlikt. Därför bör det vara en självklarhet att alla studenter inom EU/EES bedöms av samma instans, i detta fall regionerna, för att göra både bedömningsprocessen och anställningen så likvärdig som möjligt.

Sveriges läkarförbund Student yrkar därmed:

- **att** läkarförbundet verkar för att Socialstyrelsen ändrar 4 kap 1 § 4. "tjänstgöring enligt 3 kap. 5 § 4 då den som förordnandet är tänkt att ges till studerar vid ett svenskt universitet." ändras till "tjänstgöring enligt 3 kap. 5 § 4 då den som förordnandet är tänkt att ges till studerar vid ett svenskt universitet eller inom EU/EES." i föreskriften "Särskilt förordnande att utöva läkaryrket.
- **att** Läkarförbundet verkar för att bedömningsenheten på Socialstyrelsen ger regionerna dispens att utfärda särskilt förordnande för svenska läkarstudenter i Sverige samt inom EU/EES.

Svar:

Vi delar motionärens syn att Socialstyrelsens handläggning av ansökningar om särskilt förordnande för de studenter som studerar på läkarutbildningar inom EU/EES vid ett flertal tillfällen har varit långsam och försvårat anställningsprocessen för dessa studenter. Som motionären påpekar, har den främsta anledningen varit svårigheten för Socialstyrelsen att



tyda utländska utbildningars kursupplägg, då kursuppläggen varierar mellan medlemsstaterna och även mellan olika universitet inom en medlemsstat. I det nya förslaget till föreskrift för särskilt förordnande föreslås dock inte någon motsvarighet till regeln om intyg på godkänd kurs och godkänt prov i ämne som förekommer efter den tionde terminen. Således bör handläggningstiden förkortas betydligt hos Socialstyrelsen efter att det nya regelverket träder i kraft.

Anledningen till att Socialstyrelsen vill behålla granskningen av ansökningar om särskilt förordnande för medicinstudenter inom EU/EES är att det är för svårt för regionerna att verifiera intyg från flera olika utländska universitet i 29 EES-länder (uppskattningsvis ca 200 universitet). I dialog med Socialstyrelsen har det framkommit att regionerna själva anser att de inte har kompetens för att fatta beslut för studenter inom EU/EES. Även om det efter den förmodade regeländringen enbart krävs ett enklare intyg som bekräftar att man slutfört 10 terminers medicinska studier, så måste intyg och utbildningshandlingar från det berörda utländska universitetet kunna verifieras. För att kunna hålla sig uppdaterad på de olika utländska universitetens medicinska utbildningar och regelverk, har Socialstyrelsens bedömningsenhet ett myndighetssamarbete med motsvarande enheter i andra EU/EES-länder och flerspråkiga handläggare för att validera de utländska läkarutbildningarna, vilket också görs i samband med ansökan om svensk legitimation. Det bör inte vara lägre krav för verifiering av utländsk utbildning för icke-legitimerade läkare än för legitimerade läkare och den verifieringen kan inte göras av arbetsgivarna själva.

Motionären hänvisar i den första att-satsen till en paragraf i en författning som ännu inte existerar. Paragrafen är från förslaget till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om särskilt förordnande att utöva läkaryrket där remissvaren ska inlämnas senast 31 oktober 2021. Denna författning och de nya paragraferna träder i kraft 1 februari 2023. Därmed är det omöjligt för Läkarförbundet att verka för en ändring i en presumtiv paragraf.

Motionären anger i andra att-satsen att Läkarförbundet bör verka för att bedömningsenheten på Socialstyrelsen ger regionerna dispens att utfärda särskilt förordnande för svenska läkarstudenter i Sverige samt inom EU/EES. Bedömningsenheten på Socialstyrelsen kan inte ge dispens för regionerna, eftersom bemyndigandet för regioner att bevilja särskilda förordnanden är reglerat i en föreskrift. Enligt den nuvarande föreskriften är regionerna redan bemyndigade att bevilja särskilt förordnande till medicinstudenter på svenska universitet men inte bemyndigade för att bevilja särskilda förordnanden för medicinstudenter inom EU/EES. Eftersom regelverket för rätten att utöva läkaryrket baseras på medicinstuderandes eller läkares utbildningsland (universitetet), kan inte Läkarförbundet heller verka för att enbart svenska medborgare som studerar inom EU/EES skulle få särskilt förordnande beviljat av regionerna.

Läkarförbundet anser att Socialstyrelsens handläggning av ansökningar om särskilt förordnande för de studenter som studerar på läkarutbildningar inom EU/EES bör bli snabbare och mer enhetlig. Men så som den första och andra att-satsen nu är formulerade, kan inte Läkarförbundet verka för dem. Därför ska båda att-satserna avslås.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



25 Motion om patienträttighetslagstiftning

Motionär: Sjukhusläkarna

Svensk sjukvård regleras av Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen, den senare med syfte att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, och vårdgarantin ingår. Dessa är skyldighetslagstiftningarna, det är regionernas skyldighet att säkerställa att patienterna får adekvat vård i tid. Vårdanalys har i rapporten "Lag utan genomslag" 2017 påpekat Patientlagens dåliga effekt. I övriga nordiska länder har man valt en annan väg, där i stället patienternas rätt till vård är lagstadgade. Frågan om patienträttighetslagstiftning övervägdes av lagstiftaren även hos oss när Patientlagen togs fram, men man valde då att istället ange skyldigheter för landsting och vårdgivare. Med en rättighetslagstiftning fanns en oro att patienter skulle kunna gå till domstol för att få igenom sina rättigheter, vilket då skulle kunna medföra långdragna och krångliga processer i domstol såväl för patienter som för läkare.

Sverige sticker ut internationellt med våra långa väntetider och en bristande kontinuitet utan att någon kan ställas till ansvar. Den s.k. vårdgarantin är tandlös. År 2002 stod ca 40 000 patienter i kö till olika behandlingar, och trots en uppsjö av statliga utredningar som berör situationen hade antalet köande patienter tredubblats redan innan pandemin.

För att komma till rätta med tillgänglighetsproblematik och kvalitet på sjukvården gjorde man 2007 i Danmark en stor omstrukturering av hälso- och sjukvårdens styrning där en tydligare rättighetslagstiftning är en del. Man har där betydligt kortare köer till vård, patienterna har rätt att få hjälp till annan vårdinstans inom eller utom landet om man inte kan den vård patienten behöver i tid. Man har inte upplevt problem med juridiska processer där enligt våra kollegor i danska Overlægeforeningen.

Sjukhusläkarna vill ha en sjukvård baserad på medicinska behov, där den med störst behov av vård går först i enlighet med den etiska prioriteringsplattformen. Dagens situation med enorma köer till vård och en ojämlikhet över regiongränserna talar tydligt för att förändringar behöver ske. Frågan är då om en annan lagstiftning där patientens rättighet till vård skulle kunna förbättra situationen. En sådan rättighetslagstiftning skulle kunna stötta patienterna och stärka deras ställning, och underlätta för oss inom professionen. Det är dock av största vikt att en sådan lagstiftning vilar på en grund av medicinska behov samt att den etiska prioriteringsplattformen följs.

Sjukhusläkarna yrkar därför

- att Läkarförbundet utreder huruvida en patienträttighetslag skulle stärka patienternas och professionens ställning på ett ändamålsenligt sätt.

Svar:

Att korta köerna är ett angeläget mål som förbundet delar. Redan idag drivs flertalet politiska frågor för att uppnå det ändamålet, bland annat mer statlig styrning, nationell väntelista, fler vårdplatser, med mera där även exempelvis en stärkt vårdgaranti med rättigheter för patienterna kan ingå.

Det är osäkert huruvida en patienträttighetslagstiftning skulle råda bot på de problem som motionären pekar på och om den skulle främja professionens ställning. En risk med sådan lagstiftning skulle, som berörs i motionen, även kunna vara ett ökande antal komplicerade och kostsamma processer i domstol.

Förbundsstyrelsen bedömer dock att det kan vara av värde att skaffa mer kunskap i frågan. För att verkligen gå till botten med hur en patienträttighetslagstiftning skulle kunna fungera



och vilka positiva och negativa effekter en sådan lagstiftning kan få, skulle det krävas stora resurser, som Läkarförbundet inte har till sitt förfogande. Sannolikt skulle det krävas en utredning av samma dignitet som en statlig utredning av typen SOU. Däremot skulle det vara möjligt för förbundet att göra en mindre utredning av kartläggande karaktär, för att insamla kunskap om hur det fungerar i grannländer som har patienträttighetslagstiftning.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen



26 Avvikelsehantering

Motionär: Stockholms läkarförening

Patientsäkerheten är viktig och arbetet att förbättra denna måste utvecklas. Rapporter om avvikelser sker fortfarande på ett otillfredsställande sätt. Endast uppskattningsvis 20-30 procent av händelser som äventyrar patientsäkerheten rapporteras på en komplicerad digitala instrument/blanketter. Den bristande rapporteringen och därmed följande otillfredsställande analysen, leder till bristande underlag för beslutsfattare som ofta meddelar att patientsäkerheten inte är hotad. Systemet bör även samtidigt kunna hantera flera risker rörande till exempel arbetsmiljö.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** Läkarförbundet inventerar befintliga avvikelsehanteringssystem.
- **att** Läkarförbundet arbetar för att enhetligt, enkelt avvikelsehanteringssystem över landet.

Svar:

Förbundsstyrelsen instämmer i att avvikelsehanteringen hos vårdgivarna är viktig och kan bidra till höjd patientsäkerhet samt att systemet för avvikelsehantering behöver vara funktionellt och lätt att använda. Patientsäkerhetslagen (PSL) innehåller bestämmelser om hälso- och sjukvårdspersonalens skyldighet att till vårdgivaren rapportera risker för vårdskador och händelser som medfört eller kunnat medföra vårdskador. Vårdgivaren är enligt samma lag skyldig att vidta åtgärder för att förebygga vårdskador och ska utreda händelser i verksamheten som medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. Detaljerade bestämmelser om sådana utredningar och om vilka delar som ska ingå finns i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om vårdgivares systematiska patientsäkerhetsarbete. Socialstyrelsen har även tagit fram en handbok för tillämpningen av dessa föreskrifter.

Den exakta utformningen av avvikelsehanteringssystemet är dock inte preciserad i författning. Vårdgivarna är fria att ta fram verksamhetsnära rutiner för avvikelsehanteringen så länge som kraven i PSL och Socialstyrelsens föreskrifter uppfylls. Förbundsstyrelsen bedömer att det är rimligt att utformningen av systemen för avvikelsehantering tillåts variera utifrån verksamhetens storlek, organisation och behov. Vårdgivarna kan som bekant vara allt från små enläkarmottagningar till stora universitetssjukhus. Förbundsstyrelsen bedömer även att den underrapportering av avvikelser som förekommer inte endast kan tillskrivas avvikelsesystemets utformning, utan även har andra orsaker, till exempel hög arbetsbelastning hos hälso- och sjukvårdspersonalen. Mot bakgrund av vad som nu sagts har Förbundsstyrelsen svårt att se värdet av en sådan resurskrävande inventering som motionären efterfrågar.

Vad gäller samordning med rapportering av andra typer av risker, till exempel inom arbetsmiljöområdet, skulle sådan ibland kunna förenkla hanteringen. Förbundsstyrelsen bedömer dock att det av sekretess- och integritetsskäl ofta är olämpligt att hantera avvikelser i patientfall gemensamt med mer generella arbetsmiljöavvikelser.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionens första att-sats
- att anse motionens andra att-sats **besvarad**



27 Task shifting

Motionär: Stockholms läkarförening

Task shifting är ett begrepp som har börjat dyka upp på olika ställen inom vården. Begreppet innebär att genom delegering omfördela arbetsuppgifter mellan personalkategorier. Tanken är att bland annat att lätta olika yrkesgruppers arbetsbörda, lösa bemanningsproblem och minska vårdkostnader. Problemen som uppstår är bland annat att endast uppgifter kan omfördelas, inte kompetens. En person utan rätt utbildning kan inte förväntas utföra kvalificerade, komplexa uppgifter, än mer problematiskt blir det när denna person inte är medicinskt ansvarig för patienten vilket kan påverka patientsäkerheten.

När arbetsmoment förs över, samtidigt som det formella ansvaret finns kvar hos läkaren, uppstår också risken att läkaren ansvarar för moment som denne pga. brist på övning allt mer sällan utför, och därmed tappar kompetens för.

Vidare riskerar Task skiftning innebära en ökad arbetsbörda: om den person som utför arbetsuppgiften inte är medicinskt ansvarig för patienten uppstår ofta merarbete för den person som är medicinskt ansvarig.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** Läkarförbundet tillsammans med Specialitetsföreningarna klargör hur och vad som kan växlas med bevarad patientsäkerhet och kvalitet.
- **att** Läkarförbundet utreder hur Task shifting påverkar kompetens och utbildning.
- **att** Läkarförbundet tar upp frågan om Task shifting i redan pågående nationella vårdprogram och kunskapsstyrning.

Svar:

Motionärerna pekar på en viktig och komplex fråga. Task-shifting eller uppgiftsväxling är ett begrepp som under stundom lyfts fram i den allmänna hälso- och sjukvårdsdebatten. Ibland ses uppgiftsväxling som en naturlig del av den medicinska och tekniska utvecklingen. Vid andra tillfällen ses uppgiftsväxling i stället som en lösning på en uppkommen kompetensbrist eller för att kompetensutveckla andra professioner på bekostnad av läkare.

När uppgiftsväxlingen beror på en medicinsk eller teknisk utveckling har läkare ofta en ledande roll i det arbetet och uppgiftsväxlingen kan i den kontexten ofta ses som en naturlig del av hälso- och sjukvårdens utveckling. I verksamheter där uppgiftsväxlingen i stället används för att lösa en kronisk kompetensbrist eller för att kompetensutveckla andra professioner behöver läkarkåren involveras för att leda och styra ett sådant arbete.

Läkare, som besitter den högsta medicinska kompetensen och innehar det medicinska ansvaret i respektive verksamhet, behöver framgent i högre grad än idag vara delaktiga i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården. För att uppnå detta vill förbundsstyrelsen understryka vikten av att förbundet, såväl nationellt som regionalt, fortsatt verkar för att fler läkare ska vilja bli chefer och ledare för att öka läkares delaktighet i hur hälso- och sjukvården organiseras. Chefs- och ledarskapsfrågan är därför ett av förbundets tio prioriterade frågor i enlighet med *Strategi 2025*.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



28 Climate and Health i det fackliga arbetet

Motionär: Läkare för Miljön

Sverige och andra nordiska länder har genom åren haft ett nära samarbete med World Medical Association (WMA). WMA grundades 1947 och huvudsyftet för denna världsomspännande förening för läkare var att säkerställa att läkare arbetar etiskt, samt att läkare kan verka oberoende i samhället. Klimatpolitik har traditionellt inte ingått i organisationens kärnfrågor, men med allt skarpare varningar från IPCC om klimatkrisens allvarliga konsekvenser för mänsklig hälsa antog WMA's generalförsamling 2009 WMA Declaration on health and climate change (1). Detta var ett arbete där Sverige var delaktiga genom Heidi Stensmyren. 10 år senare, 2019, deklarerade SLF:s fullmäktigemöte situationen som 'climate emergency'. Vikten av ett brådskande och organiserat klimatarbete betonades åter i oktober 2020, med WMA Resolution on protecting the future generation's right to live in a healthy environment (2), vilken Läkarförbundet ställt sig bakom.

Sedan 2015, då policy 'Klimat och hälsa' antogs i förbundet, har prognoserna blivit mer akuta i takt med att effekterna gått från teoretiska uträkningar till verklighet. Trots goda ambitioner kan vi konstatera bristande implementering inom SLF, samt att det saknas mål och delmål vilket försvårar möjligheten till uppföljning och utvärdering. Det 'advisory board' som nu är tillsatt, och som tillfrågas sporadiskt vid behov, är otillräckligt då detta inneburit att klimat och miljöfrågor utelämnats från strategiska dokument.

Idag står den svenska hälso- och sjukvården fortsatt för 20–25% av utsläpp av växthusgaser inom offentlig sektor (3). Vi kan finna goda föregångare i våra samarbetsländer och i England har man visat att strukturerat, målmedvetet arbete effektivt minskat koldioxidutsläpp från hälsosektorn. Detta har dessutom lett till förbättringar i folkhälsan, översyn och effektivisering av vårdflöden och stora budgetbesparingar (4), pengar som nu kan användas till förbättringar i verksamheten.

Historiskt sett har fackförbunden spelat en central roll för omställningsarbete i Sverige. Deklarationerna som Läkarförbundet ställt sig bakom består av uppmaningar och rekommendationer som professionen kan och bör agera utifrån.

Vi yrkar därför ...

- **att** SLF upprättar en central klimatdelegation / ett klimatråd med syftet att öka implementeringen av Klimat och hälsa i strategiska dokument, genom att skapa mål och delmål som följs upp.
- **att** SLF ger en årlig rapport om hur arbetet med implementeringen av Klimat och hälsa fortlöper, och att denna finns lätt tillgänglig för alla medlemmar.

1. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-delhi-on-health-and-climate-change/>

2. <https://www.wma.net/policies-post/wma-resolution-on-protecting-the-future-generations-right-to-live-in-a-healthy-environment/>

3. Regionernas öppna klimatredoviningar. <https://rapporter.skr.se/oppna-jamforelser---miljoarbetet-2020-i-regionerna.html>

4. Health care's response to climate change: A carbon footprint assessment of the NHS England. [https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(20\)30271-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(20)30271-0/fulltext)

Svar:

Förbundsstyrelsen delar motionärernas utgångspunkter om klimatkrisens allvarliga konsekvenser för mänsklig hälsa. Som motionärerna också påpekar så har Sveriges läkarförbund under flera år och på olika nivåer i förbundet bedrivit ett aktivt klimatarbete.



Ambitionerna är höga, och vi uppfattar att Läkare för Miljön med denna motion arbetar för att höja dem ytterligare. Vi välkomnar sådana initiativ.

Dock finns delar i hur motionen är skriven som gör det svårt för Förbundsstyrelsen att bifalla den. Gällande första attsatsen, "att SLF upprättar en central klimatdelegation / ett klimatråd med syftet att öka implementeringen av Klimat och hälsa i strategiska dokument, genom att skapa mål och delmål som följs upp," så vore det att införa ett helt nytt organ i förbundet. Detta organ skulle ha som uppgift att specifikt verka för vissa frågor.

För det första så är Fullmäktige inte rätt forum för att ta beslut om att inrätta råd. Fullmäktiges uppdrag framgår av stadgans § 24, medan förvaltningen av förbundet hanteras av Förbundsstyrelsen och dess uppdrag framgår av stadgans § 28. Inrättandet av arbetsgrupper, råd och delegationer under styrelsen med uppdrag att förvalta verksamheten är en del av styrelsens uppdrag. Vare sig sådana frågor, eller organiserandet av förbundets kansli eller verksamheter i övrigt, faller därför på fullmäktigemötet att besluta.

Förbundsstyrelsen ser vidare principiella problem med att inrätta råd med uppdrag att påverka vissa frågor. Inriktningen i strategiska dokument är något som i grund och botten beslutas om i en demokratisk process vid Fullmäktige. Alla medlemmar är välkomna att motionera och lägga yrkanden om förbundets politik, och alla röstberättigade representanter vid fullmäktige kan göra ändringsyrkanden och ta beslut om den slutgiltiga inriktningen på förbundets verksamhet.

Förbundsstyrelsen anser att det bör fortsatt vara i dessa demokratiska organ som verksamheten formas. Att instifta råd som ska ha som uppgift att implementera vissa frågor i dokumenten vore att flytta makt från Fullmäktige till något med ett mer oklart mandat. Det vore olyckligt, oavsett hur vällovliga de frågor som ett sådant råd skulle arbeta med.

Gällande andra attsatsen så redovisar redan Sveriges läkarförbund sin verksamhet i verksamhetsberättelsen varje år. Den finns tillgänglig för alla medlemmar på förbundets hemsida. I den ingår en beskrivning av allt arbete som förbundet bedriver. Bedömningen är därför att förbundet redan arbetar i enlighet med motionärernas önskan gällande den andra attsatsen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionens första att-sats
- att anse motionens andra att-sats **besvarad**



29 Resande inom SLF

Motionär: Läkare för Miljön

En betydande del av hälso-och sjukvårdens utsläpp utgörs av flygresor inom arbetet. Eftersom att flygresande har ett mycket stort CO2 utsläpp jämfört med andra transportmedel, är just att välja bort flyget ett av de mest kraftfulla sätt att snabbt reducera CO2 utsläpp. Vanliga skäl till att vi behöver resa är kunskapsöverföring (konferenser, seminarier etc) eller nätverkande - något vi med pandemins framfart har lärt oss att hantera digitalt. Nödvändigheten att resa för potentiella fördelar såsom nätverkande och personlig kontakt måste därför ansvarsfullt vägas mot de utsläpp som driver rådande klimatkris.

Förbundet har redan ett rese-resereglemente, antaget av fullmäktige 2020, där det anges att miljöpåverkan vid resor ska övervägas och att tåg och buss är att föredra framför flyg och bil när detta av tidsskäl är möjligt. Troliga skäl till att en väljer flyg är att det är billigt, snabbt och normaliserat. Dessutom upplever många att det saknas alternativ.

Tåg har, tillsammans med sjöfart, de lägsta utsläppen per kilometer och transporterad enhet, medan flyg- och vägtransporterna släpper ut avsevärt mycket mer (1). Det finns även goda exempel på hur man kan förlägga arbetstid och kollegialt umgänge till tågresor (2) och flyg behöver inte nödvändigtvis vara mest tidseffektivt ur den aspekten. Vidare har SLF redan avtal med SJ vilket bör kunna utvecklas, ex nu när SJ kommer att trafikera nattåg ut till Europa.

Vi yrkar därför....

- **att** SLF uppdaterar befintlig rese-och mötespolicy i syfte att kraftigt reducera CO2 utsläpp från flyg och bil. Inom ramen för detta bör finnas mål och delmål som lätt kan följas upp och utvärderas.
- att SLF upprättar en fond varifrån förbundets medlemmar kan söka extra medel för att kompensera en dyrare transport (ex nattåg istället för flyg) eller på annat sätt kompensera medlemmarna för detta för att underlätta övergången mot ett mer hållbart resande inom förbundet.
- **att** SLF erbjuder fackliga kurser samt gemensamt ägda fastigheter enbart på orter dit man kan ta sig utan flyg.

(1) <https://www.eea.europa.eu/sv/highlights/tag-flyg-bil-eller-bat>

(2) Miljötåg till ESMO Barcelona. <https://www.traintoesmo.org>

Svar:

Den första att-satsen kan anses redan vara besvarad med gällande resepolicy. I resepolicyen framgår bland annat att de färdmedel som väljs ska ta hänsyn till förbundets ekologiska avtryck. Tåg är att föredra framför bil och båda är att föredra framför flyg. Denna prioriteringsordning gäller. Det kan givetvis finnas undantag om alternativen inte kan anses rimliga ur andra aspekter. Vidare framgår att vid beställning av bil ska miljöbil väljas om det är rimligt.

Avseende andra att-satsen hanteras den redan i gällande resepolicy där det framgår att hänsyn till miljöpåverkan får tillmätas högre prioritet än hänsyn till kostnad inom ramen för det rimliga. Således finns inget behov av en särskild fond för att kompensera för dyrare transporter.

Tredje att-satsen: Förbundet har och kommer att fortsätta erbjuda digitala kurser även efter pandemin. I de fall det är mer fördelaktigt att utföra kurserna i fysisk form tar förbundet hänsyn till rese-och miljöpolicyen. Även om digitala möten inte kan ersätta alla fysiska möten



innebär den nya digitala möteskulturen effektivisering av verksamheten, minskade reskostnader, tidsbesparing och naturligtvis en minskad miljöpåverkan. De gemensamt ägda fastigheterna kan man ta sig till på andra sätt än flyg.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse första att-satsen **besvarad**
- att andra och tredje att-satsen **avslås**

30 Placeringar av medel

Motionär: Läkare för Miljön

Enligt Läkarförbundets uppdaterade placeringspolicy ska förvaltningen (KPFR) ta stor hänsyn till mänskliga rättigheter, arbetsrätt, arbetsmiljö, anti-korruption, förenings- och organisationsfrihet, avskaffande av tvångsarbete, avskaffande av barnarbete samt avskaffande av diskriminering vid placering av medel. Utöver detta ska placeringar i bolag som bryter mot lagar, förordningar eller konventioner inom miljöområdet, eller bolag med fossila bränslen som huvudsaklig verksamhet, helt undvikas. Detta betonas ytterligare i 'Klimat och hälsa' som slår fast att SLF avser att "Förstärka en framtida ytterligare miljöanpassad policy för kapitalplacering" (1).

Samtidigt uppger förbundet att "syftet med föreningens kapitalförvaltning i första hand är att generera stabil och minst måttlig avkastning på föreningens sparade kapital samt att utgöra en ekonomisk buffert/reserv för föreningens verksamhet, vilket kräver en betydande riskspridning. Endast under förutsättning att dessa grundpremissar är uppfyllda, bör kapitalet i största möjliga mån placeras enligt etiskt och miljömässigt hållbara principer". SLF medger även att finansiella verktyg för att främja hållbarhet i stort saknas och/eller är under utveckling.

I senaste rapporten från Fair Finance Guide (2021) framgår att trots alarmerande siffror som pekar på förvärrade scenario för klimatförändringar fortsätter finansinstitut globalt att finansiera och investera i fossila bränsle företag och projekt. Dessa håller den fossila bränsleindustrin vid liv när den bör fasas ut, och driver världen mot ett katastrofscenario med uppvärmning över 3 ° C. (2)

Då det är uppenbart att den finansiella sektorn inte lever upp till sitt eget ansvar, med väntade katastrofala följder för mänsklig hälsa, måste placeringar av medel granskas ytterligare och kraven skärpas.

Vi yrkar därför...

- **att** SLF ökar transparensen genom en detaljerad redovisning av förbundets placeringar av medel, i en årlig rapport som är lättillgänglig för alla medlemmar.
- **att** SLF verkar för en stegvis avveckling av placeringar i fossila bolag och investeringar, med målet att bli helt fossilfria. Denna stegvisa process bör utvärderas och redovisas för förbundets alla medlemmar.

(1) Climate and Health policy 2015. <https://slf.se/app/uploads/2018/07/policy-climate-and-health.pdf>

(2) Fair finance guide. <https://fairfinanceguide.se/media/60041/banking-on-thin-ice.pdf>

Svar:

Förbundets placeringar sker i enlighet med förvaltningspolicy. I Sveriges Läkarförbunds förvaltningspolicy under avsnitt 5.4 *Hållbara och ansvarsfulla placeringar* framgår bland annat att Läkarförbundet ska genom sina urvalskriterier för placeringar i största möjliga mån ta ansvar för sina placeringar. Sveriges Läkarförbund definierar ansvarstagande som att sträva efter att förbundets placeringar inte står i motsats till FN:s 17 globala mål för hållbar utveckling, samt respekt för de tio principer som återfinns i FN:s Global Compact gällande mänskliga rättigheter, arbetsrätt, miljö och antikorruption.

Placeringar skall undvikas i bolag som bryter mot lagar, förordningar eller konventioner inom miljöområdet i de länder där de är verksamma, eller som är vedertagna inom Sverige. Placeringar skall undvikas i bolag som verkar inom alkohol- och tobaksindustrin samt i bolag



med fossila bränslen som huvudsaklig verksamhet. SLF ska, där det är möjligt, uppmuntra utvecklandet av miljövänlig teknik.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



31 Livsmedel inom SLF

Motionär: Läkare för Miljön

Tobak, hypertoni och ohälsosamma matvanor är idag de viktigaste riskfaktorerna för sjukdom i Sverige (1) och ohälsosamma matvanor var 2017 den levnadsvana som nationellt förorsakade mest förtida död, (2). Omvänt har hälsosamma matvanor en betydande förebyggande och behandlande potential och kan förebygga 30-50 % av hjärt-kärlsjukdom och drygt 30 % av alla cancerfall (2).

Animaliska livsmedel (framför allt kött och mejeri) har ett betydligt högre CO₂ utsläpp jämfört med livsmedel från växtriket (4). Därtill orsakar boskapshållning negativa effekter på miljön - med ett ökat behov av landareal, hotad biologisk mångfald samt ökad risk för muterade virus och antibiotikaresistens (3).

Färsk exempel från Frankrike har visat hur man med kunskap och omstrukturering radikalt kunnat reducera utsläpp från livsmedelskonsumtion inom hälso- och sjukvården genom förändrade menyer och minskat svinn (3). Det är av största vikt läkarprofessionen omsätter aktuell forskning och rådande kostråd i praktiken, och därmed signalerar kostens betydelse för att undvika sjukdom och ekologisk kollaps.

The planetary health diet (the EAT-Lancet commission) ger en vetenskapligt underbyggd hänvisning till en diet som täcker näringsbehoven men inom de planetära gränserna (5). För svensken innebär detta i praktiken mycket mer frukt, grönsaker, baljväxter och nötter.

Vi yrkar därför....

- **att** SLF uppdaterar befintlig livsmedelspolicy som bör eftersträva The planetary health diet, vid förbundets samtliga aktiviteter.
- **att** SLF i sitt fackliga arbete aktivt framhåller vikten av en patientmeny och personalrestaurang som främjar mänsklig och planetär hälsa samt åtgärder för minskat matsvinn på sjukhusen.

(1) Livsmedelsverket / Global burden of disease, <https://www.livsmedelsverket.se/matvanor-halsa--miljo/kostrad/mat-och-naring/matvanor-och-tobak-fortfarande-storsta-riskfaktorerna-for-ohalsa-i-sverige>

(2) Nationellt kunskapsstöd, mat, <https://nationellt.kunskapsstod.se/dokument/27799078-a3cc-4e5e-9603-1e3f5ae94cd0>

(3) Preventing the next pandemic. UNEP. <https://www.unep.org/resources/report/preventing-future-zoonotic-disease-outbreaks-protecting-environment-animals-and>

(4) Reducing food's environmental impact through producers and consumers, Science 2018, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.kib.ki.se/29853680/>

(5) <https://eatforum.org/eat-lancet-commission/>

Svar:

Vid varje måltid som levereras av Food4Every Mood erbjuds ett vegetariskt (på förfrågan veganskt) och ett icke-vegetariskt alternativ. Ingredienser väljs där det är möjligt ur ett närodlat sortiment. Vid ombyggnaden av kökslokalerna på Villagatan gjordes även investeringar som minskade miljöpåverkan, såsom rening av utluft och energisnåla vitvaror. Därutöver sorteras allt avfall sedan många år tillbaka. Förbundsstyrelsen anser inte att den kost som serveras i Läkarförbundets regi strikt behöver utgå ifrån just The Planetary Health Diet.

Enligt Läkarförbundets policy för klimat och hälsa är förbundets roll att exempelvis stödja enskilda sjukvårdshuvudmän när det gäller att identifiera åtgärder som kan minska miljöpåverkan och leda till förbättrad hälsa. I fråga om maten på vårdinrättningar bör detta i



första hand ske genom dialog på lokal nivå. Inte heller vad gäller denna mat anser Förbundsstyrelsen att det är nödvändigt att strikt utgå från just The Planetary Health Diet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionens första att-sats
- att anse motionens andra att-sats **besvarad**



32 Endast vegetarisk kost

Motionär: SLF Student

Klimatkrisen är ett faktum. Jorden värms upp, isar smälter, städer svämmar över, extrema väder börjar höra till vår vardag. Vi är alla medvetna om detta, det är vi säkra på. Och vi vet att alla måste vara med och hjälpa för att mänskligheten ska kunna uppnå sina klimatmål och inte gå under. Det inkluderar Sveriges Läkarförbund.

Sveriges Läkarförbund är en facklig organisation. Vårt syfte är att skydda våra medlemmar och tillvarata deras intressen. Det går att diskutera huruvida det är fackets jobb att påverka hur andra arbetar med klimatkrisen. Men det är uppenbart att vi måste börja ta tag i vad vi själva gör som påverkar miljön och klimatet. En sådan grej är kost.

Det finns överväldigande mängder evidens kring att konsumtionen av kött, och nötkött i synnerhet, är dåligt för jorden. Bland den största påverkan en individ kan ha är att gå över till vegetarisk kost. Ändå serveras kött på alla våra tillställningar. Det är dags att vi tas vårt ansvar och går över till att endast servera vegetarisk kost.

Därför yrkar Sveriges Läkarförbund Student

- **att** Läkarförbundet endast ska servera vegetarisk kost

Svar:

Den mat som serveras i Läkarförbundets regi följer riktlinjerna i förbundets Policy för Klimat och Hälsa. Av policyn framgår att förbundets verksamhet ska bedrivas på ett sätt som tar hänsyn till verksamhetens miljöpåverkan.

Vid varje måltid som levereras av Food4Every Mood erbjuds ett vegetariskt (på förfrågan veganskt) och ett icke-vegetariskt alternativ. Ingredienser väljs där det är möjligt ur ett närodlat sortiment. Vid ombyggnaden av kökslokalerna på Villagatan gjordes även investeringar som minskade miljöpåverkan, såsom rening av utluft och energisnåla vitvaror. Därutöver sorteras allt avfall sedan många år tillbaka. Förbundsstyrelsen anser inte att den kost som serveras i Läkarförbundets regi strikt behöver utgå ifrån just The planetary health diet.

Vid svaret har Förbundsstyrelsen även tagit hänsyn till att beslutet om vilken kost som serveras i Läkarförbundets regi även fortsatt bör hanteras som en operativ fråga inom den löpande verksamheten. Styrelsen anser att sakfrågan inte har en tydlig koppling till föreningens ändamål som anges i portalparagrafen i stadgan.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



33 Informationsmaterial till ny tillsatta fackligt förtroendevalda

Motionär: Stockholms läkarförening

Som fackligt förtroendevald är det viktigt att veta vad som gäller juridiskt och att förstå termer och regler. För att kunna förhandla lokala avtal så bra som möjligt och att på andra sätt företräda medlemmar är utbildning av förtroendevalda i dessa frågor viktigt. Målet bör vara att våra företrädare får genomgå relevant utbildning så tidigt som möjligt i det fackliga arbetet.

Läkarförbundet har en mängd information och kurser som kan vara svåröverskådligt för nya aktiva inom förbundet att få överblick över. För att förenkla detta och för att säkra att den lokala fackliga kompetensen hålls på en hög nivå, föreslår Stockholms läkarförening att förbundet ökar informationen på detta område.

Stockholms läkarförening yrkar att

- **att** Läkarförbundet sammanställer ett kortfattat men innehållsrikt standardmail till nyvalda representanter där aktuella kursdatum bifogas, som skickas till lokal- och yrkesföreningar för lokal anpassning och vid behov komplettering.
- **att** nya kursdatum presenteras med minst sex månaders framförhållning och att dessa är lätta att hitta på förbundets hemsida.
- **att** kurser fortsatt erbjuds både fysiskt och digitalt.

Svar:

Förbundet erbjuder en digital introduktionskurs till alla nyvalda förtroendevalda. Men det finns utvecklingspotential i marknadsföringen kring information om vad förbundet erbjuder för kurser. På förbundets hemsida visas aktuella kursdatum årsvis, men även här finns förbättringspotential kring marknadsföring samt utveckling av hemsidan. Kurser kommer att fortsätta erbjudas både fysiskt och digitalt.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- Att **bifalla** motionen



34 Pompeia unchained

Motionär: Sten Östensson

Lokalföreningarna berikas av att styrelsemedlemmar har uppdrag i Läkarförbundets delegationer och råd och är aktiva i Läkarförbundets yrkesföreningar. Det blir ett naturligt utbyte av idéer och kunskapsspridning inom förbundet.

Läkarförbundets ordföranderepresentanter, ordinarie, förste och andre vice är välkomna gäster hos lokalföreningarna men det är en speciell position att sitta på de högsta presidieposterna och samtidigt inneha en ordinarie styrelseplats i en lokalförening. I bästa fall blir styrelseposten en win-win situation för personen och föreningen men i speciella situationer ett potentiellt utsatt läge.

Den maktutövning som central presidieinnehavare utövar kan vara omedveten. Det kan finnas lägen där oproportionerlig hänsyn eller respekt i lokalföreningen till en CS-ledamot ger ett starkare mandat än avsett. Det kan likaledes finnas situationer där det omvända sker att person som är Presidieinnehavare i centralstyrelsen blir utsatt för otillbörlig påverkan i lokalföreningen.

För att slå vakt om den viktiga samarbetsfunktionen mellan lokalföreningar och Läkarförbundets styrelse bör det eftersträvas en oberoenderekommendation

Jag motionerar

- **att** läkarförbundets grundrekommendation är att centralstyrelsens presidieinnehavare inte innehar ordinarie styrelsepost i lokalförening

Svar:

Läkarförbundet består av många föreningar. Dessa är egna juridiska och demokratiska organisationer med egna stadgar som reglerar verksamheten. Det är medlemmarna i respektive förening som genom demokratiska val väljer vilka kollegor som ska företräda dem i föreningens styrelse.

Vidare finns inom Läkarförbundet en lång tradition av att läkare är engagerade i flera föreningar på olika nivåer. Ordförande för lokal-, yrkes- eller specialistföreningarna kan också väljas av fullmäktige till förbundsstyrelsen utan att avsäga sig sitt förtroendeuppdrag i respektive förening. Det underlättar i sin tur möjligheterna att samverka mellan Läkarförbundet centralt och de olika föreningarna.

Att Läkarförbundet centralt skulle ge en rekommendation om hur lokalföreningarnas styrelser sätts samman vore odemokratiskt.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



35 Adekvat Konflikthantering medför förpliktande medling

Motionär: Sten Östensson

Lokalföreningar drivs av på årsmötet demokratiskt valda medlemmar som ofta lägger ett enormt engagemang utöver sitt Läkaruppdrag. Att representera och driva medlemmarnas intressefrågor är kvalificerade förtroendeuppgifter som en styrelse ska lösa tillsammans. I situationer där styrelsearbetet hindras av interna konflikter som inte rör själva uppdragen eller de fackliga frågorna går energin till fel saker. Här har adekvat och snabbt insatt konflikthantering en viktig funktion att fylla. Oberoende initierad medling som en extern konsultation från förbundet är en viktig supportfunktion

När en lokalförening på något sätt lyfter frågan om hjälp eller handledning i en internkonflikt bör det finnas adekvata centrala resurser till hands och de bör användas så snart som möjligt och de bör vara förpliktigande. konflikthantering sker alltid bäst före. Alla vinner vi på att stämma i bäcken inte i ån.

Jag motionerar

- **att** begäran om handräckning från en lokalförening till hjälp för lösning av en internkonflikt innebär att obligat åtagande om skyndsam kontakt och konsultation som inte får negligeras.

Svar:

Ett förtroendeuppdrag innebär utmaningar på flera nivåer och det kan uppstå svåra situationer. Förbundet ger idag stöd och rådgivning till föreningar och medlemmar. Ambitionen är att agera snabbt och förbundet strävar ständigt efter att utveckla stödet som ges.

Den demokratiska processen i respektive förening ägs av föreningen och dess medlemmar i enlighet med stadgarna. Läkarförbundet centralt varken bör eller kan ingripa i föreningarnas demokratiska processer.

Utöver det stöd och den rådgivning som Läkarförbundet centralt idag erbjuder till föreningar och medlemmar kommer förbundet utreda möjligheterna till att erbjuda externt stöd till förtroendevalda (exempelvis genom företagshälsovården) och föreningar som hamnar i en svår konflikt.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**



36 Möjliggör för fler att kunna ta sig an förtroendeuppdrag i Läkarförbundet!

Motionär: SYLF

Att vara ledamot i Läkarförbundets styrelse är ett viktigt och fint uppdrag. Det tar av naturliga skäl en ansevärd mängd tid i anspråk. För att underlätta för läkare som är i familjebildande ålder att också kunna företräda sina medlemmar på central nivå anser SYLF att resereglementet behöver uppdateras för att hänga med i tiden. I Läkarförbundets resereglemente "1.3 Medföljande" kan vi läsa följande:

I det fall det är nödvändigt för att uppdraget ska kunna genomföras har förtroendevald eller arbetstagare vid Sveriges Läkarförbund som är förälder möjlighet att bli ersatt för kostnader för resa och boende för

1. Barn

2. Medföljande barnpassare

Läkarförbundet ersätter kostnaden för ordinarie biljettyp. Denna typ av ersättning är förmånspliktig och förmånsvärdet rapporteras av den ersättningsberättigade till skattemyndigheten i deklarationen. Det är därför viktigt att meddela resebyrån att den berörda behöver kostnader specificerade i dessa fall.

Med nuvarande skrivning förutsätts att det finns någon i den förtroendevaldas närhet som har möjlighet att ställa upp som barnpassare utan att få ersättning för detta. Alla läkare har dessvärre inte en partner eller mor-/farförälder till barnet som kan följa med. I SYLF:s resereglemente finns numera en skrivning om att även professionell barnpassare skall kunna anlitas vid liknande tillfällen. Vi anser att detta borde vara en självklarhet även i Läkarförbundet.

Med anledning av detta yrkar SYLF på följande:

- **att** formuleringen

I det fall det är nödvändigt för att uppdraget ska kunna genomföras har förtroendevald eller arbetstagare vid Sveriges Läkarförbund som är förälder möjlighet att bli ersatt för kostnader för resa och boende för

1. Barn

2. Medföljande barnpassare

Läkarförbundet ersätter kostnaden för ordinarie biljettyp. Denna typ av ersättning är förmånspliktig och förmånsvärdet rapporteras av den ersättningsberättigade till skattemyndigheten i deklarationen. Det är därför viktigt att meddela resebyrån att den berörda behöver kostnader specificerade i dessa fall.

i resereglementet ändras till

I det fall det är nödvändigt för att uppdraget ska kunna genomföras har förtroendevald eller arbetstagare vid Sveriges Läkarförbund som är förälder möjlighet att bli ersatt för kostnader för professionell barnpassning (inklusive resa och boende för barnet) eller för resa och boende för

1. Barn

2. Medföljande barnpassare

Läkarförbundet ersätter kostnaden för ordinarie biljettyp. Denna typ av ersättning är förmånspliktig och förmånsvärdet rapporteras av den ersättningsberättigade till skattemyndigheten i deklarationen. Det är därför viktigt att meddela resebyrån att den berörda behöver kostnader specificerade i dessa fall.



Svar:

Förbundsstyrelsen ser att motionen framför en viktig och bra idé. I sin nuvarande utformning är att-satsen problematisk att bifalla. Förbundsstyrelsen skulle behöva utreda frågan närmare för att hitta en hållbar lösning på det problem motionären belyser.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen



37 Uppförande av facklig meritförteckning

Motionär: Stockholms läkarförening

Fackliga meritförteckningar ligger till grund för tillsättning av förtroendeposter inom Läkarförbundet. Idag finns det ingen standardiserad metod för hur meritförteckningen skall fyllas i, vilket gör det svårt att jämföra kandidater.

Stockholms läkarförening yrkar att

- Läkarförbundet tar fram en mall för hur den fackliga meritförteckningen skall fyllas i och vad som skall finnas med.
- Meritförteckningen dateras.

Svar:

Förbundsstyrelsen finner det en utmärkt och konstruktiv idé.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen



38 Seniora läkares representation

Motionär: Seniora läkare och Stockholms läkarförening

Sveriges läkarförbund är till för alla läkare under hela karriären. Under den huvudsakliga perioden av yrkeslivet tillvaratas läkares fackliga frågor av lokalföreningar och yrkesföreningar, vilket också speglas av mandatfördelningen på Läkarförbundets Fullmäktige.

För de medicine studerande finns Sveriges läkarförbund Student som organiserar de drygt 8 000 blivande läkare, som ännu inte är på arbetsmarknaden. Man har 12 fasta mandat av Fullmäktiges totalt 142. Därtill har Sveriges läkarförbund Student rätt att utse en representant att närvara vid Förbundsstyrelsens sammanträden, delta i överläggningarna men inte i besluten.

Det är utmärkt att våra blivande kollegor på detta sätt får möjlighet att påverka den framtid som ska bli deras arbetsmarknad och sjukvårdsvardag. Man skulle önska att även de äldre läkarna, i många fall också med lång facklig erfarenhet, fick möjlighet att dela med sig av sina mångåriga kunskaper för att främja Läkarförbundets verksamhet. Seniora läkare har bl.a mycket att bidra med när det gäller sjukvårdspolitik – hur sjukvården styrs och organiseras.

Seniora Läkare är en intresseförening inom Sveriges läkarförbund och organiserar drygt 2 900 äldre medlemmar. I takt med att allt fler läkare arbetar högre upp i åldrarna pga. höjd pensionsålder och läkarbrist inom många specialiteter, blir det alltmer angeläget att påverka arbetsmiljön, anställningsförhållandena och vidareutbildningen för de äldre läkarna.

Seniora Läkare har, till skillnad från Sveriges läkarförbund Student, inga fasta mandat i Fullmäktige och ingen stadgad representation i Förbundsstyrelsen. En lång följd av år har vi "lånat" ett

fullmäktigemandat från Sjukhusläkarna. Dessutom har Seniora Läkares tre senaste ordförande varit medlemmar av förbundsstyrelsen. F.n. är det Torsten Mossberg. Det finns således i praktiken en insikt om att seniora läkare har mycket att tillföra Läkarförbundets verksamhet. Detta borde även avspeglas formellt.

Både studenters och seniorers erfarenheter behövs för att Sveriges läkarförbund ska vara till för alla läkare under hela karriären.

Seniora Läkare och Stockholms läkarförening yrkar:

- **att** Föreningen Seniora Läkare får representation i Läkarförbundets fullmäktige,
- **att** Seniora Läkare bereds tillfälle till adjungerad ledamot i det fall representation saknas i förbundsstyrelsen,
- **att** Läkarförbundet utreder hur äldre läkares erfarenheter bättre kan tas tillvara för att gagna Läkarförbundets utveckling.

Svar:

Demokratiskt inflytande i Läkarförbundet bygger på medlemskap. Alla medlemmar i Läkarförbundet är garanterade dubbel representation vid fullmäktigemötet, utom medlemmar i studentförbundet. Våra seniora läkare kan medverka i och komma till demokratiskt uttryck genom en yrkesförening och en lokalförening och har därför, som individer, också dubbel representation. Det finns inget studerandemedlemskap i Läkarförbundet, det är knutet till studentförbundet. Medlemmar i studentförbundet kan inte vara medlemmar i lokal- eller yrkesförening och har därför bara enkel representation. Studentförbundets fasta antal mandat bygger på det. Eftersom studentförbundets demokratiska inflytande inte vilar på antal



medlemmar, så som alla andras, blir de inte heller valbara till några förtroendeposter inom Läkarförbundet.

Representation i fullmäktige har delförening, d.v.s. lokal- och yrkesförening. Det till Läkarförbundet anslutna studentförbundet har, som beskrivs ovan, en särställning. Intresseföreningar och specialitetsföreningar, liksom anknutna nätverk, saknar egen representation som föreningar. Det beror på att deras medlemmar redan är representerade genom delföreningarna.

Motionärens förslag att Seniora läkare får representation i fullmäktigemötet skulle kräva stadgeändringar och hur dessa än skulle lösas, måste de medföra en omfattande demokratisk reform av förbundet. Ska medlemmar garanteras trippelrepresentation (som medlemmarna i Seniora Läkare skulle få, i det fall föreningen fick egen representation), och hur löses detta i så fall? Ska föreningen i stället definieras om, som ett seniorförbund motsvarande studerandeförbundet, och därmed få mandat oberoende antal och förlora sin valbarhet och möjligheter till medlemskap i obligatoriska föreningar? Motionen ger inga svar på vilken typ av lösning som efterfrågas och eftersom förändringarna av förbundet skulle bli omfattande, är det bara realistiskt genomförbart efter ett demokratiskt arbete där alla föreningar fick möjlighet att medverka i lösningen.

Det saknas aldrig representation för seniora medlemmar i Förbundets styrelse. Alla styrelser väljs av fullmäktigemöten för att representera hela förbundet med alla dess medlemmar. Även den mest juniora ledamot måste i alla sina beslut och ageranden som ledamot ha de seniora medlemmarnas bästa intresse för ögonen. Idag är Seniora Läkares medlemmar valbara till Förbundsstyrelsen. Valberedningarna har i sin instruktion bland annat att ta hänsyn till ålder och erfarenhet, när den komponerar sitt förslag till styrelse. Det låter sig inte undvikas att notera att föreningen kunnat leverera ledare till Läkarförbundet under decennier, som hållit en sådan kaliber att de inte bara tilltalat valberedningar utan också enhälligt valts av fullmäktigemöten. Adjungering och valbarhet går inte ihop, den representativa demokratiska strukturen medger bara det ena eller det andra. En modell där de som inte blir valda, i stället adjungeras, medför principiellt att hela fullmäktigemötet adjungeras till Förbundsstyrelsen utom de 14 som faktiskt väljs. Vilket illustrerar hur en sådan modell torpederar representativiteten.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionens första och andra att-sats.
- att **bifalla** motionens tredje att-sats



39 Yrkesföreningarnas delaktighet i regionföreningarna

Motionär: SYLF

Fram till 60-talet hade yrkesföreningarna egna förhandlingsmandat och hade egna avtal. För att anpassa sig till den svenska avtalsrörelsen med nationella avtal för en hel sektor förändras detta och i stället fick förbundet ett nationellt förhandlingsmandat för hela läkarkåren. För att kunna matcha arbetsgivarens geografiska uppdelning fick lokalföreningarna lokala förhandlingsmandat. Man ansåg dock att lokalföreningarna behövde kunskap gällande de olika läkarkategoriernas situation. För att få detta behövdes de lokala yrkesföreningarna vara med i lokalföreningen. I Läkarförbundets stadgar finns det i §11 även inskrivet att yrkesföreningarna ska vara företrädare i lokalföreningens styrelse om de har en lokalavdelning inom lokalföreningens område.

Vi vet alla att arbetssituationen för medlemmarna i olika yrkesföreningar ser annorlunda ut. Det är viktigt att man tar hänsyn till detta vid lokala förhandlingar. Det är därför fortsatt viktigt att de yrkesföreningarna är företrädare i de styrelser som har det lokala förhandlingsmandatet. Detta gäller för lokalföreningarna. Lokalföreningar kan dock enligt stadgan gå ihop och bilda regionföreningar för att matcha arbetsgivarens geografiska organisation. Om en sådan har bildats övergår lokalföreningarnas förhandlingsmandat till regionföreningen. Regionföreningarna roll och uppbyggnad regleras enligt §12 i Läkarförbundets stadga. I §12 finns ingen motsvarande skrivning som den i §11 att yrkesföreningarna ska vara företrädare i styrelsen.

Vi anser att det är viktigt att de olika yrkesföreningarna ska vara delaktiga i arbetet med de lokala förhandlingarna oavsett om det är en lokalförening eller regionförening som har förhandlingsmandatet. Därför anser vi att samma skrivning som i §11 ska finnas i §12.

SYLF yrkar därför

- **att** det i §12 i Sveriges läkarförbunds stadga införs "Varje yrkesförening som har en lokalavdelning inom Regionföreningens område ska vara företrädare i styrelsen."

Svar:

Förbundsstyrelsen noterar bristen i stadgan och tillskriver den ett rent overseende. Yrkesföreningar har inte bara rätt att medverka i det lokala arbetet, de förväntas bidra aktivt och Läkarförbundets förhandlingsorganisation lutar sig mot att de är det. När det lokala arbetet allt mer blir ett regionalt arbete innebär det ingen förändring av behoven. Idag finns bara en regionförening inom Läkarförbundet och Förbundsstyrelsen noterar tillfredsställt att yrkesföreningarna bidrar aktivt i arbetet inom den. Att införa motionärens skrivning är både nyttigt och oproblematiskt. Var regionalförening lämnas att själv avgöra hur representationen bäst ser ut och löses inom regionen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen



40 Observatörsrätt för råd- och delegationer

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkarförbundets fullmäktige (FUM) är ett bra lärandeforum för aktuella debatter om sjukvårdspolitik och andra ställningstaganden samtidigt som deltagarna får möjlighet att lära känna varandra och knyta bekantskap. Deltagarna utgörs dels av representanter för lokal- och yrkesföreningar och dels av observatörer från specialitetsföreningar.

Sjukhusläkarna anser att också ledamöter i råd- och delegationer som inte är närvarande enligt ovan bör få möjlighet att delta vid FUM. Numerären torde vara begränsad.

Sjukhusläkarna yrkar:

- **att** ledamöter i Läkarförbundets råd- och delegationer får möjlighet att delta som observatörer vid FUM.

Svar:

Förbundsstyrelsen noterar att det vid de senaste tre fullmäktigemötena funnits färre än sex personer som ingått i råd eller delegation men inte utgjort del av en delförenings delegation. I praktiken berör motionen mycket få personer och argumenten för dessas medverkan är goda.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** motionen



41 Förbättring av listan över förbundets arbete med motioner

Motionär: Stockholms läkarförening

Stockholms läkarföreningen uppskattar listan över aktiviteter för bifallna att-satser efter tidigare års motioner. Återkoppling av aktivitet är en stor framgång. Vi önskar mer information om vilka aktiviteter som vidtagits eller som pågår, för att kunna ge en bättre bild av förbundets arbete med bifallna och besvarade motioner. Vi önskar en tidslinje med uppskattning av hur långt arbetet kommit och tid för när arbetet beräknas vara klart i de fall arbete fortfarande pågår.

Denna information bör ingå som en del av verksamhetsberättelsen, med möjlighet till förbättrad information till medlemmarna på hemsidan och i Läkartidningen. Färgade markeringar i aktivitetslistan kan göras klickbara med utökad information "bakom". Det visar att vi är ett aktivt förbund där medlemmarna har stort lokalfackligt engagemang med många motioner som leder till att förbundet arbetar med våra aktuella frågor. Det leder vidare till ökad kunskap bland såväl lokalt fackligt aktiva och övriga medlemmar om förbundets arbete. Det torde även minska upprepning av motioner i onödan.

Stockholms läkarförening yrkar

- **att** aktivitetslistan skall inkludera bifallna och besvarade motioner.
- **att** förbundet förtydligar listan med vad som är gjort, vad som planeras och en tidslinje för vad som händer och när det skall beräknas vara klart.
- **att** ansvarig enhet på förbundet tydliggörs för alla motioner.

Svar:

Allt material från tidigare Fullmäktige återfinns på intranätet (Infarten), och tidigare fullmäktiges protokoll är publicerade på Läkarförbundets webbplats. I den årliga verksamhetsberättelsen redogörs sedan många år för vad som skett under det aktuella året med de motioner som bifallits av Fullmäktige i november föregående år. Det innebär dock i praktiken att vad som skett exempelvis med besluten vid FUM19 redovisas i verksamhetsberättelsen för år 2020, som föreläggs Fullmäktige i november 2021.

I syfte att förmedla tidigare information om vad som de facto pågår med anledning av fullmäktiges beslut, redovisas sedan en tid tillbaka en tydlig lista med alla de aktiviteter som föranleds av de bifallna att-satserna. Utöver detta redovisas Läkarförbundets samtliga aktiviteter – också de som föranlett att motionen kunnat anses besvarad – i den omfattande *Förbundsdirektörens rapport*, som varje kvartal publiceras på Infarten.

Läkarförbundet är samtidigt på väg att under 2022 införa ett nytt rapporteringssystem, som avsevärt kommer att förenkla uttagandet av rapporter ur olika perspektiv. I detta kommer också att finnas enkla och tydliga tidsangivelser.

Oaktat det nya systemet är det en enkel sak att redan i nuvarande form lägga till en uppgift om vilken avdelning på kansliet som ansvarar för en viss aktivitet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse första och andra att-satsen **besvarade**
- att **bifalla** tredje att-satsen