



FULLMÄKTIGE  
2022

## Motioner med svar från förbundsstyrelsen

**Motionsnummer** och **rubrik** (klicka på motionen för att läsa):

<b>01 Aktivt arbete för förbättring av arbetsmiljön.....</b>	<b>5</b>
<b>02 Utökade öppettider – ett hot mot arbetsmiljön i primär- och öppenvård .....</b>	<b>6</b>
<b>03 Redovisning av visseblåsande.....</b>	<b>8</b>
<b>04 Om läkares arbetsvillkor och tystnadskultur .....</b>	<b>10</b>
<b>05 Framtagande av mall (6 Kap 6 a§) för begäran till arbetsgivaren.....</b>	<b>12</b>
<b>06 Framtagande av mallar för begäran om förhandling till arbetsgivaren .....</b>	<b>12</b>
<b>07 Kortare veckoarbetstid – även för läkare i Sverige.....</b>	<b>13</b>
<b>08 Överträdelser av Arbetstidslagen .....</b>	<b>14</b>
<b>09 Otrygghet i yrket.....</b>	<b>15</b>
<b>10 Villkor för gravida och föräldralediga .....</b>	<b>17</b>
<b>11 Driva eget eller drivas till vansinne.....</b>	<b>19</b>
<b>12 Motion från Svenska Militärläkareföreningen .....</b>	<b>21</b>
<b>13 Medicinskt ledningsansvar.....</b>	<b>23</b>
<b>14 Struktur för lönesättning av fackligt förtroendevalda .....</b>	<b>25</b>
<b>15 Avskaffa arbetsgivarens utvidgade arbetsledningsrätt .....</b>	<b>26</b>
<b>16 Motion till Läkarförbundets Fullmäktige 2022.....</b>	<b>28</b>
<b>17 Utbilda ombudsmännen vidare i diskrimineringsfrågor .....</b>	<b>29</b>
<b>18 Tydligare reglering av övertidsavlösning.....</b>	<b>31</b>



FULLMÄKTIGE  
2022

<b>19 Arbetstidsförkortning inför avtalsrörelse 2024 .....</b>	<b>32</b>
<b>20 Motion gällande ersättning vid extra jourpass med mindre än tio dagars varsel .....</b>	<b>34</b>
<b>21 Angående ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare 2022.....</b>	<b>35</b>
<b>22 ST-lönetrappa .....</b>	<b>39</b>
<b>23 Arbete för en mer jämställd lönesättning och utplåning av lönegapet.....</b>	<b>40</b>
<b>24 Lönekartell .....</b>	<b>42</b>
<b>25 Centrala lönecoacher som komplement till lokalföreningarnas lönerådgivning.....</b>	<b>43</b>
<b>26 Traditionella sparkrav urholkar medel för personal .....</b>	<b>45</b>
<b>27 Läkarförbundet måste agera för att det nya kollektivavtalet med Vårdföretagarna efterlevs .....</b>	<b>46</b>
<b>28 Inkludera underläkare under Med.stud.-avtalet i HÖK:en .....</b>	<b>49</b>
<b>29 Uppföljning av HÖK:en 2020 .....</b>	<b>51</b>
<b>30 Bättre individuellt stöd från förbundet vid nyanställning .....</b>	<b>52</b>
<b>31 Läkares arbetsmiljö i dygnetruntvård.....</b>	<b>54</b>
<b>32 Ökad representation från lokalföreningarna i förhandlingsdelegationen ....</b>	<b>55</b>
<b>33 Läkarförbundet ♥ Läkaresällskapet .....</b>	<b>56</b>
<b>34 Medlemsvillkor anpassade efter medlemmarnas livssituationer .....</b>	<b>57</b>
<b>35 Aktiva val - en kompromisslösning alla kan vara missnöjda med? .....</b>	<b>59</b>
<b>36 Stärk seniora forskande läkares ställning.....</b>	<b>60</b>
<b>37 Forska mera för sjukvårdens framtid och då som anställd .....</b>	<b>61</b>



FULLMÄKTIGE  
2022

<b>38 Förenade anställningar vid universitet inom ämnesområdet rättsmedicin..</b>	<b>62</b>
<b>39 Huvudmannaskap arbetsmedicin .....</b>	<b>64</b>
<b>40 Nationell slutexamination för att säkra en god kvalitet på den sexåriga läkarutbildningen.....</b>	<b>66</b>
<b>41 Ökat inflytande och delaktighet för kliniskt aktiva läkare under hela läkarutbildningen.....</b>	<b>67</b>
<b>42 Likvärdigt utbildnings-ansvar för aktörer inom hälso- och sjukvården .....</b>	<b>69</b>
<b>43 Ökade ALF-medel väsentligt för fortsatt bibehållen utbildningskvalité .....</b>	<b>71</b>
<b>44 Utökade platser på läkarutbildningen ger sämre utbildningskvalitet och gör att väntetiden till läkarlegitimation fortsätter att öka .....</b>	<b>72</b>
<b>45 Fler distriktsläkare till folket .....</b>	<b>73</b>
<b>46 Ledarskapsutbildning .....</b>	<b>75</b>
<b>47 Fortbildningen måste kunna mätas .....</b>	<b>76</b>
<b>48 Förläng läkarstudenters studiemedel.....</b>	<b>78</b>
<b>49 Öka understödsfonden för studenter i behov .....</b>	<b>79</b>
<b>50 Uppföljning av rapporten Jämställt specialitetsval .....</b>	<b>80</b>
<b>51 En klinisk vardag för internationella läkare.....</b>	<b>82</b>
<b>52 Användande av rättsintyg vid brottsmål i svenska domstolar .....</b>	<b>84</b>
<b>53 Ställningstagande avseende privata sjukvårdsförsäkringar .....</b>	<b>85</b>
<b>54 Förbundets inställning till privata sjukförsäkringar .....</b>	<b>89</b>
<b>55 Uppgiftsväxling – task shifting.....</b>	<b>91</b>
<b>56 Task shifting .....</b>	<b>92</b>



**FULLMÄKTIGE  
2022**

<b>57 Vem vinner egentligen på task shifting? .....</b>	<b>94</b>
<b>58 Pengarna till vården – inte till mer administration.....</b>	<b>95</b>
<b>59 Hellre vårda patienter än siffror .....</b>	<b>97</b>
<b>60 Statliga universitetssjukhus .....</b>	<b>98</b>
<b>61 Ökad statlig styrning av nyetablering av vårdcentraler och införande av incitament inom primärvården .....</b>	<b>99</b>
<b>62 Inrätta patientsäkerhetsombud för att säkra patientsäkerheten .....</b>	<b>102</b>
<b>63 Patientsäkerheten kräver .....</b>	<b>104</b>
<b>64 Vårdvalens villkor bör förhandlas .....</b>	<b>105</b>
<b>65 Uppdatera marknadsföringsreglerna.....</b>	<b>107</b>
<b>66 Kollegialt stöd .....</b>	<b>108</b>
<b>67 Läkarförbundets sjukskrivningsarbete måste vara kunskapsbaserat.....</b>	<b>110</b>
<b>68 Medicinskt ansvar för läkare i regionens hälso- och sjukvård.....</b>	<b>112</b>
<b>69 Dimensionering av primärvården.....</b>	<b>114</b>



## FULLMÄKTIGE 2022

### Motioner med svar från förbundsstyrelsen

#### 01 Aktivt arbete för förbättring av arbetsmiljön

*Motionär: Sjukhusläkarna*

Läkarförbundets nyligen genomförda arbetsmiljöenkät visar att sex av tio läkare funderar på att byta arbetsplats, gå ned i arbetstid eller lämna yrket på grund av hård arbetsbelastning. Bland AT-läkarna visar andra undersökningar liknande siffror och många av dem överväger att arbeta som hyrläkare. Detta är allvarliga signaler som kräver handling. Det räcker därför inte att konstatera att den dystra bilden inte är särskilt förvånande. Det räcker heller inte att slå fast att siffrorna bekräftar de negativa signaler man fått från medlemmarna rörande schemaläggning, total arbetsbelastning, produktion, kontinuerlig brist på vårdplatser, krav och förväntningar från anhöriga och patienter, oro för att bli anmäld, handledning, lön, ansvar och bemötande från andra yrkesgrupper.

Man kan misstänka att dessa missförhållanden har att göra med organisatoriska förändringar inom sjukvården som genomförts av regionerna, utan att läkarna blivit tillfrågade. Den medicinska professionens ställning i beslutsprocesserna behöver stärkas. Medlemmarna förtjänar ett kraftfullt agerande från sitt fackförbund. Ett sätt att agera är att öka trycket på regionerna att ta sitt arbetsgivaransvar.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet snarast agerar och analyserar de bakomliggande orsakerna till de nedslående siffrorna i enkäterna om arbetsmiljö
- att Läkarförbundet aktivt arbetar för att motarbeta den dåliga arbetsmiljön - långsiktigt, strategiskt och riktat till relevanta målgrupper
- att Läkarförbundet agerar för att återskapa den medicinska professionens tyngd i beslutsorganisationen
- att Läkarförbundet skapar ett arbetsmaterial och aktivt stöttar lokal- och yrkesföreningar att ta kontakt med lämpliga beslutsorgan i regionerna (personalutskott eller liknande)

**Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning av en svår och utsatt arbetsmiljö för läkare och arbetar kontinuerligt för att skapa en bättre förutsättning för läkare att verka. De bakomliggande orsakerna handlar ofta om brister i den organisatoriska och sociala arbetsmiljön. Läkarförbundet behöver fortsatt prioritera och påverka i frågor kring arbetsmiljön för läkare såväl lokalt som centralt. Arbetsmiljöenkätens resultat, som fått stort



## FULLMÄKTIGE 2022

genomslag i riks- och lokalmedia, visar tydligt på stora brister. Resultaten är en viktig grund för förbundets fortsatta kommunikation i frågan.

Under hösten kommer lokalföreningarna också att få ta del av resultatet uppdelat per region. Det ger förhoppningsvis bra ingångsvärde för lokala analyser om bakomliggande faktorer och i förlängningen också ett konkret arbetsmiljöpåverkansarbete från lokalföreningarna med sina skyddsombud.

Läkarförbundet medverkar till beslut om vilka forskningsprojekt som ska beviljas anslag av AFA Försäkrings FoU-satsning om 50 miljoner kronor årligen inom KR-sektorn. Forskningsresultaten omsätts sedan av parterna via Suntarbetsliv till konkreta verktyg syftande till en bättre arbetsmiljö för alla arbetstagare inom kommuner och regioner. De arbetsverktygen som tas fram genom Sunt Arbetsliv är underlag som på ett utmärkt sätt kan stödja lokal- och yrkesföreningarna i sitt arbete.

Strategiskt arbetar vi fortlöpande med att analysera hur framtidens kollektivavtal på ett bättre sätt kan främja läkares arbetsmiljö. Det sker inför varje avtalsrörelse men även med längre tidsperspektiv. Parterna har även träffat en avsiktsförklaring om friska arbetsplatser, vars fokus är arbetsmiljöfrågor och som ska bli en gemensam rapport och sammanställning av befintlig forskning som ska så småningom ska presenteras för parterna.

Slutligen har också förbundet skapat nya kanaler för att uppmärksamma utmaningar i arbetsmiljön genom såväl facebookgrupper för skyddsombud samt ökad utbildning för skyddsombud.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att anse motionen **besvarad**

## **02 Utökade öppettider – ett hot mot arbetsmiljön i primär- och öppenvård**

### *Motionär: Västra Götalands läkarförening*

Västra Götalandsregionen har – i likhet med nästan alla andra regionerna i Sverige – en brist på läkare i primär och viss öppenvård, trots luftigt tal om omställning till "Nära vård". Arbetsbelastningen är hög och de ordinarie uppräkningsarna av ersättningar täcker i många fall inte ens löneökningarna. Speciellt ser vi att många av vårdcentralerna har ett tufft ekonomiskt läge men även svårigheter att rekrytera specialister i allmänmedicin.

Politikerna i regionen har i detta tuffa läge beslutat att ge påtagligt ökade ersättningar till vårdcentraler som väljer att ha öppet fler timmar varje dag, i stället för till satsningar på



## FULLMÄKTIGE 2022

kontinuitet etc. Från politiskt håll uppger man att detta ska medföra en ökad tillgänglighet för läkarbesök. Hur samma antal läkare ska producera fler läkartider, och därmed ökad tillgänglighet, endast för att de arbetar utspritt över flera timmar har ännu ingen politiker kunna förklara. Hur de negativa konsekvenserna för läkarnas arbetsmiljö, särskilt sårbarheten vid sjukdom, semester och föräldraledighet ska underlätta att kunna rekrytera och behålla specialister är även det en obesvarad fråga. Hur försämrade möjligheter till handledning och utbildning ska locka blivande kollegor är även oklart. Detta är särskilt problematiskt för små enheter.

Vi är mycket väl medvetna om att arbetsgivaren enligt aktuella avtal kan förlägga läkarens arbetstid inom vissa ramar, samt till jourtjänstgöring. Vårdcentraler med god bemanning av specialister i allmänmedicin kan klara av att öka sina öppettider. Men effekterna på arbetsmiljö, handledning, utbildning och möjligheter att rekrytera blir väldigt negativa när redan mycket begränsade personalresurser pressas på detta ogenomtänkta sätt. När krav ställs på ökande öppettider, eller när ersättning kopplas till ökade öppettider på bekostnad av andra viktigare organisationsförändringar t ex kontinuitet och begränsad lista, missar politikerna målet. Särskilt där redan underbemannade enheter lätt kan hamna i en negativ spiral med allt svårare att rekrytera och klara sitt uppdrag.

Västra Götalands läkarförening yrkar

- att SLF tar fram rekommendationer och råd kring s.k. utökade öppettider och dess konsekvenser för läkares arbetsmiljö samt utbildning/handledning för stöd till lokala ombud

### **Svar:**

Att läkares arbetstid ofta inte räcker till i förhållande till de arbetsuppgifter under den ordinarie arbetstiden som ska genomföras framgår tydligt av förbundets arbetsmiljöenkät.

Det finns också forskning som visar på hur arbetstidernas omfattning och förläggning kan vara skadliga. Sent kvällsarbete har också en familjesocial negativ påverkan. Arbetsmiljöenkäten visade också att många läkare vare sig får återhämtning mellan arbetspassen eller under dagen.

Mot den bakgrunden, och det som motionären beskriver, förstår förbundsstyrelsen att det kan vara snudd på provocerande att i vissa verksamheter förlänga öppettiderna utan att tillföra extra personalresurser. Det är därför viktigt att arbetsgivaren genomför fördjupade arbetsmiljöriskbedömningar när man avser att förändra t.ex. arbetsorganisation eller öppettider. Om riskbedömningarna uteblir är det viktigt att skyddsombud begär att dessa genomförs.



## FULLMÄKTIGE 2022

I riskbedömningarna är det också viktigt att beakta att individer är olika i psykiskt och fysiskt avseende; en och samma förändring kan få olika konsekvenser hos olika arbetstagare.

Ovanstående perspektiv är med i Läkarförbundets skyddsombudskurs. Vidare är Läkarförbundet aktiva inom Suntarbetsliv där det finns flertalet artiklar, verktyg och forskningsresultat avseende arbetstid och återhämtning.

Vidare arbetar förbundet med att utveckla sin hemsida för att det ska vara enklare att få till sig information, stöd och rekommendationer kring frågor som berör den fackliga vardagen, däribland stöd kring hur man kan skapa inflytande när frågor om utökade öppettider m m uppstår lokalt.

Läkarförbundet och övriga parter har med SKR träffat en avsiktsförklaring om friska arbetsplatser där parter utifrån forskningsläget ska ta fram vilka faktorer som premierar friska arbetsplatser som senare ska implementeras i det lokala arbetsmiljöarbetet

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

### **03 Redovisning av visseblåsande**

#### *Motionär: Sjukhusläkarna*

Den 29 september 2021 antogs Lagen avseende Visselblåsardirektivet (SFS 2021:890) enligt proposition 2020/21:193 som baserades på SOU 2020:38. SOU-förslaget genomgick sedvanlig remissbehandling, varvid dock inga universitet inviterades med undantag för de juridiska institutionerna vid Stockholms och Uppsala universitet. Detta kan tolkas som att den aktuella lagen inte syftar till att hantera de frågor om visseblåsande som bevisligen förekommer inom akademisk forskning, tex Macchiarini-skandalen.

Enligt juridisk expertis lär dock regelverket enligt den nyligen antagna lagen ta sikte på direktivets materiella tillämpningsområde, d.v.s. offentlig upphandling, finansiella tjänster, produkter och marknader och förhindrande av penningtvätt och finansiering av terrorism, produktsäkerhet och produktöverensstämmelse, transportsäkerhet, miljöskydd, strålskydd och kärnsäkerhet, livsmedels- och fodersäkerhet, djurs hälsa och välbefinnande, folkhälsa, konsumentskydd, och skydd av privatlivet och personuppgifter samt säkerhet i nätverks- och informationssystem.

Det som anmäls ska vara av allmänintresse, dvs. att missförhållandena angår en krets av personer som kan betecknas som allmänheten. Lagen är alltså normalt inte tillämplig när det





## FULLMÄKTIGE 2022

gäller rapportering av sådant som endast rör den rapporterade personens egna arbets- eller anställningsförhållanden.

Det känns märkligt om Visselblåsarlagen inte skulle vara tillämplig vid avvikelser från god forskningssed, som rubriceras som oredlighet i forskning med straffvärde omfattande fängelse. Dvs om någon upptäcker att det föreligger en allvarlig avvikelse från god forskningssed i form av fabricering, förfalskning eller plagiering som begås med uppsåt eller av grov oaktsamhet vid planering, genomförande eller rapportering av forskning ska detta inte kunna rapporteras som en "visselblåsning".

Enligt Jesper Cederbergs rapport i Läkartidningen 2022-01-10 hade i augusti 2021 endast åtta regioner ett visselblåsarsystem på plats. Av dessa tycks Region Dalarna ha kommit längst. Vi misstänker att man på flera håll, med all rätt, haft svårt att tolka den aktuella lagstiftningen, även om vi gläds åt att problemet med visselblåsande äntligen uppmärksammas och att det på många håll finns en framsynthet och vilja att hantera detta problem.

Ett sätt att lyfta och synliggöra problemet är att varje år rapportera hur många och vilka ärenden som uppmärksammas av olika forskningshuvudmän och vilka åtgärder detta lett till.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet driver frågan om en årlig redovisning från universitet och regioner av sin visselblåsar-funktion och av vilka och hur många visselblåsar-ärenden som uppmärksammas och vilka åtgärder detta lett till

### **Svar:**

Den nya visselblåsarlagen innebär att en arbetsgivare måste inrätta interna visselblåsarfunktioner. Från och med den 17 juli 2022 ska offentliga arbetsgivare med minst 50 anställda och privata arbetsgivare med minst 250 anställda ha en intern visselblåsarfunktion. Från och med den 17 december 2023 gäller kravet även för privata arbetsgivare med minst 50 anställda. Arbetsmiljöverket är tillsynsmyndighet, med uppdrag att se till att arbetsgivare inrättar interna visselblåsarfunktioner och att vara en av flera behöriga myndigheter med externa rapporteringskanaler, så kallade visselblåsarfunktioner. Arbetsmiljöverket ska bli en så kallad särskilt behörig myndighet och ska varje år sammanställa information från alla behöriga myndigheter och rapportera till EU-kommissionen om antalet mottagna rapporteringar och uppföljningsärenden. Eftersom regleringen om rapportering är ny, så måste det bevakas vilken information som kommer att ingå och hur den presenteras för att utvärdera om den skulle kunna uppfylla motionärens förslag på rapportering.



## FULLMÄKTIGE 2022

För att adressera motionärens fråga, så framgår det av förarbeten till den nya lagstiftningen att missförhållande som rör brott med fängelseansvar i straffskalan alltid är av allmänt intresse oavsett vad för typ av brott det är.

Så utifrån en sammantagen bedömning med dess givna förutsättningar är det inte möjligt för förbundet att idag kräva en årlig redovisning som motionären yrkar.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **04 Om läkares arbetsvillkor och tystnadskultur**

*Motionär: SYLF Västernorrland*

De senaste åren har olika undersökningar, nu senast läkarförbundets arbetsmiljöenkät, indikerat en alltmer ohållbar arbetsmiljö för läkare.

Vårdplatsbristen genererar en ohållbar etisk stress, de patienter som vårdas är ofta svårt sjuka och skrivs ut med vetskap om att de snart kommer att komma i retur. "Lunchrasten" schemaläggs med möten och utbildningar, andra utbildningar missas pga. samtidig schemaläggning på annat ställe eller plötsligt uppkomna akuta ärenden. Fortbildningen för seniora kollegor har minskat drastiskt sedan 2004 då läkarförbundet började kartlägga detta. Unga läkare vikarierar inför AT utan namngiven handledare och inte sällan med en aldeles för stor ansvarsbörda i relation till förväntad kompetensnivå. Målet om 1100 listade per specialist i primärvård ter sig på många håll som en utopi. Stora vakanser ignoreras till förmån för kartellbildning och stafettavtal med ökad belastning på den ordinarie personalen som resultat. Växande underläkarkullar och flaskhalsar skapar längre ledtider till specialist och allt fler underläkare arbetar allt längre i osäkra tjänster till låga löner och under lagvidriga arbetsförhållanden. Ingångslöner som inte motsvarar förväntningarna sett till utbildningslängd och ansvarsbörda i kombination med hård konkurrens om tjänster genererar också stor besvikelse.

I internetgrupper kokar frustrationen, uppgivenheten och förtvivlan över utvecklingen. I dessa sammanhang kritiseras facket för passivitet och oförmåga att vända trenden med sämre arbetsmiljö och sjunkande reallöner. Vittnesmålen är många, och skrämmande, men inte sällan anonyma då den drabbade ej vill äventyra meriter för en eftertraktad utbildningstjänst. När journalister efterfrågar intervjuer med personer som inte vill vara anonyma ter sig intresset ofta svalt jämfört med den mängd vittnesmål som inkommer när det finns möjlighet till anonymitet.



## FULLMÄKTIGE 2022

Arbetsvillkoren har utvecklats till en ödesfråga för läkarkåren och som fackförbund behöver vi växla upp vårt arbete med denna fråga.

SYLF Västernorrland yrkar

- att SLF arbetar för att bryta tystnadskulturen kring läkares arbetsvillkor
- att SLF utför en förbundsenkät inför förhandlingsrörelsen 2024 för att få en tydlig bild av medlemmarnas löneläge, situation och förväntningar
- att läkarnas arbetsvillkor uppmärksammas ännu tydligare i SLF:s externa kommunikation, exempelvis genom en kampanj

### **Svar:**

Motionären pekar på brister i läkares arbetsmiljö som förbundsstyrelsen delar. Efter det att vårens arbetsmiljöenkät sammanställts har vi, kansliet och delföreningar kommunicerat resultatet och bristerna i läkares arbetsmiljö i flera kanaler.

Resultat från arbetsmiljöenkäten har kommunicerats i ett flertal rapporter som fått stor medial spridning.

Arbetsmiljöenkäten genomförs regelbundet med tre års intervall. Därutöver skickar vi ut löneenkäter, primärvårdsenkäter m.m. Allt i syfte att synliggöra läkares arbetsvillkor och lyfta bristerna såväl internt som externt. Det är ett ständigt pågående arbete.

Arbetsmiljöenkäten fortsätter att utvecklas och under hösten kommer förbundet analysera och bryta ned resultatet på regional nivå. Detta skapar en bättre förståelse och möjlighet till lokalt påverkans- och utvecklingsarbete. Som ett resultat av detta kommer förbundets lokala arbete kunna konkretiseras.

Inför kommande avtalsrörelse kommer även enkäter liknande DocPoll, som ger oss snabbt information om aktuella frågor kring arbetsmiljö, lön etc. som är kopplade till avtalsrörelsen att tas fram och ge oss bra underlag såväl kommunikativt som förhandlingsmässigt.

Ovanstående aktiviteter syftar till att synliggöra läkares arbetsvillkor. Att prata om resultatet på alla de arbetsplatser där vi har medlemmar är ett sätt att motverka tystnadskulturen. Det kan ske inom ramen för samverkan.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

att anse motionen **besvarad**



## FULLMÄKTIGE 2022

### 05 Framtagande av mall (6 Kap 6 a§) för begäran till arbetsgivaren

*Motionär: Norrbottens läkarförening*

Arbetsmiljön är undermålig på många arbetsplatser. Norrbottens läkarförening anser att fler 6:6a borde skrivas.

Standardiserad mall för vanliga arbetsmiljöproblem hade underlättat. De mallar som finns på SACO och AMV är för generella.

NLF yrkar

- att Läkarförbundet tar fram standardiserad mall för 6:6a med hjälptexter och hänvisning till relevanta lagar och paragrafer, exempelvis §9 §10 §11 AFS 2015:4 OSA
- att mallen är anpassad för läkares vanliga arbetsmiljöproblem
- att ta fram en lathund för att använda mallarna och förklara hanteringsgången
- att mallen är lätt att hitta

#### **Svar:**

Att som skyddsombud lägga en 66a-begäran till arbetsgivaren, och i förlängningen till Arbetsmiljöverket, innebär att man går utanför samverkansdialogen och tvingas bli formell i sitt agerande. Förbundsstyrelsen delar motionärens syn om att mallar kan vara ett bra stöd i den processen. Det är dock viktigt att beakta att skyddsombudet måste skriva sin 66a utifrån den arbetsmiljöproblematik som gäller på just den aktuella arbetsplatsen. Utöver stöd med mallar bör skyddsombud också söka stöd från lokalföreningen och medlemsrådgivningen inför författande av sin 66a-begäran. Samordning sker genom förbundet centralt med stöd av Lokalföreningens befogenheter.

#### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

### 06 Framtagande av mallar för begäran om förhandling till arbetsgivaren

*Motionär: Norrbottens läkarförening*



## FULLMÄKTIGE 2022

Utifrån rådande arbetsförhållanden och brist på samverkan och samsyn, gör att vi oftare behöver begära förhandling i olika ärenden.

Standardiserade mallar för vanliga förhandlingsframställanden skulle underlätta.

NLF yrkar:

- att läkarförbundet tar fram standardiserade mallar för förhandlingsframställan med hjälptexter och hänvisning till relevanta lagar och paragrafer,
- att läkarförbundet tar fram lathundar för att använda mallarna och förklara hanteringsgången,
- att mallarna är lätta att hitta.

### Svar:

Som förtroendevald på en arbetsplats utan kollektivavtal, eller där samverkansavtal finns, så behöver man ibland göra en förhandlingsframställan. Förbundsstyrelsen delar motionärens syn om att mallar kan vara ett bra stöd i den processen. Det är dock viktigt att beakta att förhandlingsframställan måste vara skriven utifrån den tvistefråga som gäller på just den aktuella arbetsplatsen. Utöver stöd med mallar bör förtroendevald också söka stöd från lokalföreningen och medlemsrådgivningen inför författande av sin förhandlingsframställan. Tvister och förhandlingar ska hanteras i enlighet med Lokalföreningens befogenheter, och förbundet ska meddelas när tvisteförhandlingar inleds.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

att **bifalla** motionen

## **07 Kortare veckoarbetstid – även för läkare i Sverige**

*Motionär: Västra Götalands läkarförening*

Stora delar av Sveriges läkare fullgör jour och beredskap och tryggar därmed invånarnas tillgång till god medicinsk kompetens dygnet runt. Detta gör vi utöver vår ordinarie arbetstid – 40 timmar per vecka. För att få återhämtning behöver vi ta ledigt. Arbetsbelastningen på jourtid har ökat över tid och vi har svårt att få ut den komplementaritet vi arbetat ihop. Det är väl känt att arbete kvälls- och nattetid liksom otillräcklig återhämtning utgör en fara för hälsan. Därtill får det sociala konsekvenser för familj och vänner.



## FULLMÄKTIGE 2022

Övriga yrkesgrupper inom vården som arbetar kvällar, helger och nätter har därför förkortad veckoarbetstid. Enligt Allmänna bestämmelser ska veckoarbetstiden vid intermittert treskiftsarbete vara 36 timmar och 20 minuter. Detta borde gälla även för läkarkåren. För läkare i våra grannländer gäller kortare veckoarbetstid oavsett om man går jour eller inte. Det är dags att modernisera våra arbetstider och anpassa dem till de krav vår hälsa och vårt privatliv ställer.

Västra Götalands läkarförening yrkar

- att SLF kartlägger och redovisar övriga vårdyrkens veckoarbetstider vid arbete kvällar, helger och nätter
- att SLF kartlägger och redovisar de nordiska ländernas veckoarbetstider för läkare
- att SLF utreder och redovisar konsekvenserna av en förkortad veckoarbetstid för läkare med och utan jour och beredskap

### **Svar:**

Motionärens beskrivning av problematiken kring arbetstiden och dess inverkan på hälsa och välbefinnande delas av förbundsstyrelsen.

Förbundsstyrelsen ser därför positivt på en öppen redovisning av veckoarbetstider så som de beskrivs i att-sats 1 och 2 samt en utredning av konsekvenserna av förkortad veckoarbetstid. Förbundet har regelbundet träffar med de nordiska läkarföreningarna och har påbörjat inventeringen av frågeställningar kring arbetstid och kommer att ta fram en sammanställning. Förbundet har även en avsiktsförklaring om friskare arbetsplatser med SKR och frågan om arbetstidens längd kan tas upp och inkluderas i den forskningssammanställning som parterna tar fram.

Förbundet avser även att revidera arbetstidrapporten som PWC genomförde 2016.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

## **08 Överträdelser av Arbetstidslagen**

*Motionär: Stockholms läkarförening*



## FULLMÄKTIGE 2022

Arbetstidslagen innehåller nyanser och särbestämmelser/undantag som är svåra att förstå i den enskildes arbetssituation, särskilt för de jourverksamma. Dessutom är regelverket komplicerat att tränga igenom för fackliga ombud (ATL-tid, övertid, jour- och beredskap, komptid). Lokala avtal ökar komplexiteten.

Arbetsgivaren har digitala stöd men dessa är inte anpassat för arbetstagaren och lagstiftningen, utan för lönesystemet.

På internet finns kalkylatorer för eget bruk och för olika ändamål (t ex hos Läkarförbundet). Dessa modeller kan kopieras till förbundets hemsida, med syftet att bevaka överträdelser och att föreslå konkreta åtgärder, t ex att kontakta lokala ombud.

Stockholms läkarförening yrkar

- att Läkarförbundet utvecklar en kalkylator på hemsidan för den enskilde och ombuden med inriktning på bevakning av överträdelser av Arbetstidslagen.

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen håller med om att arbetstidsreglerna kan vara svåra för våra medlemmar att förstå. Det beror bl.a. på komplexiteten i att arbetstid styrs av både förordning, lag och kollektivavtal. Med den insikten inser förbundsstyrelsen att en räknenudda motsvarande det som motionären önskar, vore ogörligt att skapa. Det är knappt att leverantörerna av regionernas IT-system för registrering och uppföljning av arbetstid klarar av denna utmaning.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **09 Otrygghet i yrket**

*Motionär: Mellersta Skånes Läkareförening*

Nyheter om hot och våld ökar både i samhället i stort. Allt fler professioner i socialt utmanande position som sjukvård och socialtjänst vittnar om att man blir utsatt och känner otrygghet som individ. Socialtjänstarbetare har begärt att kunna få skyddad identitet och blåljusskydd har redan införts. Ett explicit skydd för läkare lyser dock med sin frånvaro. Det är uppenbart att politiker och arbetsgivare inte lyckats driva dessa frågor i tillräcklig utsträckning.



## FULLMÄKTIGE 2022

Att söka så kallad *skyddad identitet*, som är det enda skyddet man kan få i nuläget, är inte en bra lösning eftersom det stör individens privatliv allt för mycket. Sådant skydd är inte vad motionen avser.

Att till exempel på begäran, i utvalda fall, kunna arbeta under spårbar pseudonym eller kod är en metod som används inom andra branscher och är både rättssäkert och praktiskt i förekommande fall. Skyddet måste givetvis vara spårbart vid t.ex. ansvarsärende eller rättsfall. Att man inte skall behöva känna sig otrygg då man lämnat sitt arbete är en förutsättning för ett hållbart arbetsliv.

Mellersta Skånes Läkareförening yrkar

- att SLF i sin förbundspolitik verkar för att förbättra tryggheten för läkare som utsätts för hot och våld i sin yrkesutövning
- att SLF skyndsamt utreder konkreta lösningar för att förbättra tryggheten för läkare som utsätts för hot och våld i sin yrkesutövning, och verkar för att dessa lösningar effektueras
- att SLF skyndsamt utreder möjligheten till att digitala journaler, i utvalda fall på begäran, skulle kunna dölja vårdgivarens namn om denne riskerar att utsättas för hot och våld

### Svar:

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal ska aldrig behöva utsättas för hot och våld i yrkesutövningen. Läkarförbundet arbetar kontinuerligt med denna viktiga arbetsmiljöfråga. Förbundet har i olika sammanhang, t.ex. i remissvar, media och förbundets handbok om att förebygga hot och våld, lyft och har för avsikt att fortsätta lyfta frågan om trygghet och säkerhet i yrkesutövningen. Helt nyligen färdigställde Suntarbetsliv (en partsgemensam ideell förening inom arbetsmiljöområdet) med aktivt deltagande av Läkarförbundet ett verktyg, Säkerhetsdialogen, som är avsett att användas ute i verksamheterna i det konkreta arbetet med att öka skyddet mot hot och våld.

Arbetsgivaren är ytterst ansvarig för de anställdas arbetsmiljö, inklusive för deras trygghet och säkerhet och för skyddet mot hot och våld. Enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter ska arbetsgivaren utreda riskerna för hot och våld samt vidta de åtgärder som kan föranledas av utredningen. Det kan handla om arbetsplatsens fysiska utformning, inpasseringskontroll, larm, väktarbemanning, vilka journaluppgifter som via 1177 görs tillgängliga för patienten genom digital direktåtkomst m.m. Vidare ska personalen utbildas i säkerhetsrutinerna. Skyddsombud, lokalföreningar och Läkarförbundet centralt kan trycka på, men det yttersta ansvaret åvilar alltid arbetsgivaren.





## FULLMÄKTIGE 2022

Vad gäller innehållet i patientjournalen anges i 3 kap 6 § patientdatalagen uttryckligen att journalen ska innehålla uppgift om vem som gjort en viss anteckning. I förarbetena till bestämmelsen anges vidare att namn ska framgå. FS bedömer mot denna bakgrund att det inte är möjligt att avstå från att dokumentera vårdpersonalens namn i journalen. (En annan sak är att vårdgivaren kan välja vilka uppgifter i journalen som görs tillgängliga för patienten genom elektronisk direktåtkomst.)

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

## **10 Villkor för gravida och föräldralediga**

*Motionär: Sveriges kvinnliga läkares förening och SYLF*

Till FUM 2019 sam-motionerade KLF med SYLF i frågan om graviditet och jourbefrielse. Fullmäktige beslutade att Läkarförbundet ska driva frågan om att läkare, som så önskar, bör befrias från jour och beredskap under hela graviditeten. Trots detta är skrivelsen i nya kollektivavtalet fram till 2024 enbart: »...gravida läkare på egen begäran kan befrias från jourarbete på kvällar, nätter samt lör-, sön- och helgdagar de sista 60 dagarna av graviditeten.«<sup>1</sup>

En graviditet kan innebära en stor påfrestning både mentalt och fysiskt redan från start, och arbetssituationen är en faktor som påverkar både välmående och graviditetsutfall. Studier har visat att kvinnliga läkare mår sämre än den generella populationen under sina graviditeter<sup>2,3,4,5</sup> löper ökad risk för både missfall och prematur förlossning<sup>6,7,8</sup> samt att det för läkare finns ett samband mellan stress/utbrändhet och negativa graviditetsutfall<sup>9</sup> och nattjourer kan öka risken för missfall<sup>10</sup>. Under COVID-19-pandemin blev det extra tydligt att regelverket kring arbete med risker för foster och gravida läkare ej är tillräckligt tydligt. Beroende på vilken region den gravida läkaren arbetade gavs olika besked angående vilka arbetsuppgifter som ur arbetsgivarsynpunkt ansågs acceptabla utifrån risker och det fanns också olika möjligheter för sjukskrivning och omplacering. Möjlighet till att få rätt till graviditets-penning verkar begränsad trots att många specialiteter inbegriper både säkerhetsrisker och fysiskt tunga arbetsuppgifter.

Kunskapsläget kring rättigheter för blivande föräldrar verkar dåligt både hos medlemmar och arbetsgivare varför bättre spridning om regelverket vid graviditet samt föräldraledighet borde tillses centralt ifrån.



## FULLMÄKTIGE 2022

Vi anser att mer behövs göras för att säkerställa en trygg och säker arbetssituation för läkare som är gravida och föräldralediga.

### *Källor:*

<sup>1</sup> LÄKARAVTAL KOMMUNER OCH REGIONER 1 NOVEMBER 2020 – 31 MARS 2024.

Läkarförbundet. <https://slf.se/app/uploads/2021/03/slf-avtal2020-webb-uppslag.pdf>

<sup>2</sup> Pinhas-Hamiel O, Rotstein Z, Achiron A, Gabbay U, Achiron R, Barak Y, Israeli A, Noy S: Pregnancy during residency – an Israeli survey of women physicians. *Health Care Women Int.* 1999, 20 (1): 63-70. 10.1080/073993399245962.

<sup>3</sup> Finch S: Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med.* 2003, 78: 418-428. 10.1097/00001888-200304000-00021.

<sup>4</sup> Walsh A, Gold M, Jensen P, Jedrzkiewicz M: Motherhood during residency training. *Can Fam Physician.* 2005, 51: 990-991.

<sup>5</sup> Cole S, Arnold M, Sanderson A, Cupp C: Pregnancy during otolaryngology residency: experience and recommendations. *Am Surg.* 2009, 75 (5): 411-415.

<sup>6</sup> Merchant S, Hameed M, Melck A: Pregnancy among residents enrolled in general surgery (PREGS): a survey of residents in a single Canadian training program. *Can J Surg.* 2011, 54 (6): 375-380. 10.1503/cjs.015710.

<sup>7</sup> Hamilton AR, Tyson MD, Braga JA, Lerner LB: Childbearing and pregnancy characteristics of female orthopaedic surgeons. *J Bone Joint Surg Am.* 2012, 6 (94): e7.

<sup>8</sup> Casilla-Lennon M, Hanchuk S, Zheng S, Kim DD, Press B, Nguyen JV, Grimshaw A, Leapman MS, Cavallo JA. Pregnancy in physicians: A scoping review. *Am J Surg.* 2022 Jan;223(1):36-46

<sup>9</sup> Györfy Z, Dweik D & Girasek E: Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative study from Hungary. *BMC Women's Health* 14 (121) 2014

10 Begtrup LM, Specht IO, Hammer PEC, et al. *Occup Environ Med* 2019; 76 :302–308

KLF och SYLF yrkar därför:

- Att Läkarförbundet kraftfullare verkar för att gravida läkare, som så önskar, bör befrias från jour och beredskap under hela graviditeten
- Att Läkarförbundet verkar för större kunskapsspridning om rättigheter för läkare vid graviditet och föräldraledighet, både till arbetsgivare och medlemmar.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Svar:**

Arbetsmiljön för gravida läkare är en viktig fråga. Skydd av gravida och foster regleras särskilt i Arbetsmiljöverordningen AFS 2007:5 där det tydligt framgår att riskbedömningar *ska* genomföras av arbetsgivaren så snart arbetsgivaren har underrättats om graviditeten, för att identifiera arbetssituationer där den gravida och/eller fostret riskerar hälsa och säkerhet. Riskbedömningarna ska göras i samverkan med skyddsombud samt inom ramen för systematiskt arbetsmiljöarbete, SAM. I de fall riskbedömningen identifierar en arbetssituation som bedöms vara alltför belastande för den gravida, t ex nattarbete eller annan beredskap och jourtjänstgöring, har arbetsgivaren enligt lag en skyldighet att åtgärda riskerna.

Från och med den 60:e dagen före beräknad förlossning kan Försäkringskassan bevilja graviditetspenning för gravida som inte kan utföra sitt arbete på grund av att det är för fysiskt ansträngande eller det finns andra risker i arbetet. Denna omständighet fråntar inte arbetsgivaren en lagbunden skyldighet att beakta arbetsmiljön redan från samma dag medarbetaren underrättat arbetsgivaren om graviditeten.

Frågan har tagits upp i tidigare avtalsförhandlingar och resulterat i en skrivelse i centrala protokollsanteckningar som betonar vikten av att arbetsgivaren särskilt beaktar möjligheten till befrielse från jour- och beredskapstjänstgöring för gravida som så önskar de sista 60 dagarna av graviditeten. Läkarförbundet yrkade senast vid avtalsrörelsen 2020 att gravida läkare ska ha rätt till befrielse av jourtjänst. Förbundet följer också noga den utredning som regeringen tillsatt i oktober 2021 gällande översyn av socialförsäkringssystemet för gravida.

Förbundsstyrelsen instämmer i vikten av att Läkarförbundet tydligt verkar för ökad kunskap bland medlemmar och förtroendevalda om de regelverk som finns och hur dessa kan användas för att säkerställa en trygg och säker arbetssituation för läkare som är, eller planerar att vara, gravida och föräldralediga.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

## **11 Driva eget eller drivas till vansinne**

*Motionär: Svenska distriktsläkarföreningen, Sveriges läkarförbunds chefsförening och Svenska privatläkarföreningen*



## FULLMÄKTIGE 2022

Nuvarande starta eget-kurs som hålls i SLF:s regi är en populär kurs med inriktning mot att starta eget bolag framför allt för att kunna ta hyrläkaruppdrag. Saknas gör en kurs som går djupare in i regelverk och vårdval för att kunna förklara de olika driftsformer och möjligheter som finns för att starta egen vårdcentral. Det är en stor skillnad mellan att starta ett eget bolag eller starta en komplex vårdcentral inom regionavtal. Denna typ av utbildning är något som inte ligger i regionernas intresse att ge. I nuläget finns inte så många alternativ till regioner eller stora vårdbolag och det ligger i SLF:s intresse att stimulera fler alternativa arbetsgivare och driftsformer.

Den nya generationen läkare har inte skolats in i en äldre respektive internationell tradition att driva egen mottagning. SLF driver redan frågan att fler läkare bör vara chef och många medlemmar har ett intresse att starta eget men behöver utbildning. SLF arbetar också för att förenkla möjligheten att etablera mindre vårdcentraler eller arbeta som taxeläkare.

Läkarledda vårdcentraler är attraktiva att arbeta på. Studier visar att de håller högre medicinsk kvalitet och har högre patientnöjdhet.

Att arrangera kursen skulle medföra en kostnad för förbundet men det kan finnas samarbetspartners för att finansiera kursen, t.ex. Praktikertjänst eller Omställningsfonden.

DLF, Chefsföreningen och Privatläkarna yrkar

- att SLF:s nuvarande Starta eget-kurs vidareutvecklas med en påbyggnadskurs med inriktning på att starta läkarledd vårdcentral

### **Svar:**

Den kurs som kallas Starta-eget har varit populär i många år och det är glädjande att den alltjämt efterfrågas.

I samband med Corona-krisen och de restriktioner som pandemin inneburit har vi fått ett naturligt avbrott i att ge kursen. Vi har i stället skapat en så kallad temaföreläsning som vi kallar "egen läkarverksamhet". Temaföreläsningen kan presenteras såväl digitalt som fysiskt och kan beställas av de föreningar som så önskar.

I samband med denna utveckling har vi fått anledning att fundera över kursinnehållet. Vi förstår behovet som motionärerna lyfter fram dvs en kurs som har en tyngdpunkt på egen läkarmottagning, oavsett om det drivs inom vårdval (LOV) eller med läkarvårdsersättning (LOL) och belyser skillnaderna med upphandlade avtal (LOU).

Det pågår för närvarande en intern dialog om hur vi bäst utvecklar kurserna vilket bl.a. innebär en anpassning till nya behov och önskemål.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

### **12 Motion från Svenska Militärläkareföreningen**

*Motionär: Svenska Militärläkareföreningen*

Juli 2018 gjorde Generalläkaravdelningen en enkätundersökning, där det framkom att ca 1/3 av de svarande läkarna som tidvis tjänstgjorde i Försvarsmakten bestraffades av sin civila arbetsgivare för detta.

Läkare som råkade ut för detta erhöll inget stöd från läkarförbundet i dessa frågor.

Läkarförbundet överlät inte heller förhandlingsrätt till reservofficersförbundet avseende lönetillägg vilket ledde till förlust av 25% av lönen. Polismyndigheten och övriga statliga myndigheter samt företag som reservofficersförbundet förhandlade åt, dessa Reservofficerare förlorade inte detta lönetillägg.

Då läkarförbundet arrangerade webinarier "om kriget kommer" så inbjöds inte Militärläkareföreningen till detta eller underlag begärdes om vilka frågor som kommer vara vitala.

Sveriges militära sjukvård ska bemannas av läkare som tjänstgör civilt. Den civila sjukvården ska även primärt omhänderta majoriteten av all skadad militär personal, svensk, allierad personal och även angriparens personal.

NATO ansökan innebär att Sverige ska ha en viss volym av militär medicinsk personal och den ska försörjas från de civila sjukhusen. De läkare som nu vanligtvis frivilligt tar på sig uppdraget att arbeta under mer primitiva förhållanden, i stridszon och långt från sin familj ska självklart ha ett fackligt stöd som innebär att de inte bestraffas av såväl arbetsgivare som sitt fackförbund.

Vad alla internationella som nationella myndigheter är ense om är att fungerande sjukvård i krig och vid terrorattentat är det som tar udden av angreppet och ökar försvarsviljan. Läkarna kommer vara de som leder det medicinska arbetet och de svåra besluten om prioriteringar som kommer att förekomma.

Svenska Militärläkareföreningen yrkar

- att Läkarförbundet ska ha ett juridiskt medlemsstöd för de medlemmar som tjänstgör tidvis i Försvarsmakten. (ca 500–600 st)



## FULLMÄKTIGE 2022

- att Läkarförbundet ska vid remissvar, förhandlingar som rör läkares tjänstgöring i Försvarsmakten inhämta militärläkarsällskapets bedömning.
- att Läkarförbundet ska överlåta förhandlingar avseende läkare som är reservofficerare till reservofficersförbundet.
- att Läkarförbundet ska informera på verksamhetschefsmöten om totalförsvarsuppdraget och läkares skyldigheter och rättigheter vid tjänst i Försvarsmakten.
- att Läkarförbundet ska ta fram transitionsmöjligheter mellan KPA pensionssystemet och PA II (statlig pension) där man inte förlorar i pension vid byte till statlig tjänst.

### Svar:

Genom ett medlemskap i Sveriges läkarförbund erhåller en medlem trygghet både juridiskt och arbetsrättsligt. En medlem får således råd och stöd när det gäller anställning, avtal, lagar, och arbetsmiljö gentemot arbetsgivaren oavsett sektor, eller specialisering.

Om medlemsrådgivningen inte kan ge ett direkt svar så läggs det upp ett ärende som fördelas till den ombudsman/förbundsjurist som har bäst förutsättningar att ge stöd. Det vore inte görligt med en särskild rådgivningsfunktion för en viss grupp av medlemmar.

När Läkarförbundet får remisser så fördelas dessa också till de delföreningar som är berörda av remissens sakområde.

Det är fullt möjligt för en facklig organisation att genom fullmakt överlåta förhandlingsmandatet i ett enskilt medlemsärende till annan facklig organisation. Det sker bl.a. när en medlem har dubbla medlemskap. Men att Läkarförbundet generellt skulle låta Reservofficersförbundet företräda läkare som är reservofficerare skulle strida mot såväl huvudavtalen inom de olika sektorerna som förhandlingsordningsavtal och Läkarförbundets stadgar. Men det viktigaste av allt: Läkarförbundet vill och ska naturligtvis ge bästa tänkbara stöd till alla våra medlemmar.

Inom Läkarförbundet är det våra yrkesföreningar som har bäst kunskap om sitt yrkesområde och därmed bäst förutsättningar att ge specifik yrkesinformation.

Pensionssystem är komplexa och det finns idag inga system för att hantera ev effekter av byta av pensionssystem när det gäller förmånpension. För premiepension finns inte samma problematik och på sikt kommer förmånpensionen att fasas ut och full ut ersättas av premiepension. Som enskild är rekommendationen att begära prognoser från sin arbetsgivare om man ska byta bransch för att få grepp om ev effekter av ett sådant byte och



## FULLMÄKTIGE 2022

föra diskussion om hantering av dessa, tex genom extra premieavsättning. Förbundet har information om pension på hemsidan och man kan även kontakta Medlemsrådgivningen.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att **avslå** första, tredje, fjärde och femte att-satserna
- att anse andra att-satsen **besvarad**

### **13 Medicinskt ledningsansvar**

Svenska företagsläkarföreningen (SFLF)

SLF har på ett förtjänstfullt sätt på senare tid fört fram behovet av att fler chefsposter bemannas av läkare. En fråga som är tätt kopplad till detta är funktionen medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA). Funktionen tillkom som en medicinsk garant när antalet chefer utan medicinsk kompetens inom sjukvård ökade och initialt talades det ofta om ett sk delat eller dubbelt ledarskap där chef och MLA ansågs jämbördiga men med olika ansvarsområden. Detta har successivt förändrats varvid chefs roll har stärkts medan MLA tappat inflytande över verksamheten. Exempelvis inom företagshälsovård (FHV), primärvård (PV) och psykiatri leds endast en bråkdel av verksamheterna av läkare. I vissa regioner har man inom PV dessutom ändrat beteckningen MLA till medicinsk rådgivare vilket tydligt implicerar att läkaren saknar ledningsroll. Inom FHV har flera stora aktörer placerat en läkare som MLA på central/nationell nivå men på lokal mottagningsnivå saknas funktionen eller innehas av en sjuksköterska.

Notabelt är att det tydliggjorts av HR vid ett flertal chefstillsättningar att tidigare MLA-uppdrag inte är meriterande för chefstjänster eftersom man saknar budget- och personalansvar. På så vis kan man hävda att nuvarande konstruktion med MLA/medicinsk rådgivare bidrar till att arbetsgivaren kan fortsätta att driva medicinska verksamheter utan läkare som chef.

SFLF yrkar

- att SLF kartlägger nuläget för MLA-rollen gällande mandat, egentligt ledningsansvar, om man ansvarar för flera enheter eller är helt lokalt förankrad mm.
- att SLF avråder läkare att ta på sig medicinskt rådgivningsansvar utan verkligt ledningsmandat eftersom det möjliggör en dysfunktionell organisation.
- att SLF verkar för att MLA-uppdraget som det idag ser ut ska vara meriterande för chefsuppdrag



## FULLMÄKTIGE 2022

Svar:

Hälso- och sjukvårdsverksamhet ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls, vilket inkluderar att det ska finnas den personal som behövs. I patientsäkerhetslagen ställs sedan krav på vårdgivaren att planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård i HSL upprätthålls. I HSL anges vidare att det ska finnas en verksamhetschef som svarar för verksamheten. Verksamhetschefen får uppdra åt sådana befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter. Medicinskt ledningsansvar är en sådan ledningsuppgift.

Det är alltså verksamhetschefen som, utifrån förhållandena i den aktuella verksamheten, avgör vilka arbetsuppgifter som ska ingå i ett uppdrag som medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA). Ramarna för uppdraget kan därför variera beroende på exempelvis den aktuella klinikkens inriktning och storlek och verksamhetschefens profession. Verksamhetschefen har dock alltid kvar det samlade ledningsansvaret, även om en MLA utsetts och oavsett vilka arbetsuppgifter denne tilldelats. Mot bakgrund av att verksamhetschefen alltså kan, och rimligen bör kunna, anpassa ramarna för uppdraget utifrån omständigheterna bedömer FS det som mindre motiverat att lägga resurser på en sådan kartläggning som efterfrågas. Däremot bör regelverket kring MLA-uppdrag förtydligas. Läkarförbundet verkar därför, efter ett beslut vid FUM 2021, för att Socialstyrelsen ska ta fram föreskrifter eller allmänna råd om uppdrag som MLA.

Verksamhetschefen har som nämnts det samlade ledningsansvaret, oavsett om en MLA utsetts eller inte. Det innebär att MLA:n inte mot verksamhetschefens vilja kan driva igenom t.ex. kostsamma förändringar av verksamheten. Ett gott samarbete mellan verksamhetschef och MLA är därför viktigt för att säkerställa en god och patientsäker vård. I vissa fall fungerar samarbetet väl, i andra tyvärr mindre väl. Att avråda läkare från att åta sig medicinskt lednings- eller rådgivningsansvar skulle dock riskera att försämra såväl kvaliteten i vården som läkares inflytande över den medicinska verksamheten.

Vid tillsättning av tjänster, inklusive chefstjänster, bör beaktas alla kunskaper och erfarenheter hos den sökande som är av betydelse för den aktuella tjänsten. Det är dock svårt att hävda att en viss typ av tidigare befattning alltid ska vara meriterade för chefsuppdrag. Innehållet i MLA-uppdrag kan i hög grad variera och i vad mån ett visst sådant uppdrag är meriterande för en viss chefstjänst beror på omständigheterna, såväl innehållet i det uppdrag som den sökande vill åberopa som merit, som innehållet i den aktuella chefstjänsten.

**Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**





## FULLMÄKTIGE 2022

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

### 14 Struktur för lönesättning av fackligt förtroendevalda

*Motionär: Sjukhusläkarna*

Klimatet på arbetsplatserna hårdnar och arbetsmiljön blir sämre. Vi ser också att det är svårare att rekrytera fackliga förtroendevalda som är villiga att åta sig uppdrag. Det finns därmed risk för att den svenska modellen med direkta överenskommelser mellan facklig organisation och arbetsgivare försvåras. Vi ser det som mycket viktigt att värna det nuvarande systemet. Vi ser också att man som fackligt förtroendevald riskerar att halka efter i lön. Chefskap eller disputation/forskning hade annars kunnat vara lika naturliga alternativ, med en högre löneutveckling som följd.

Extra stor risk att hamna efter i löneutvecklingen blir det för de som har ett större fackligt uppdrag med mindre tid på den ordinarie arbetsplatsen, där den lönesättande chefen verkar.

Sjukhusläkarna anser att fackliga förtroendevalda med större åtagande lokalt/centralt bör förhandlas mer centralt inom regionen eller inom förvaltningen än bara på sin egen enhet. Detta för att minska risken att de tappar i löneutveckling, och i stället premieras för de kunskaper och erfarenheter man erhållit. Detta förfarande tillämpas redan på vissa håll.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet i sina möten med regioner och SKR kräver en strukturerad lönesättning för fackligt förtroendevalda med större fackliga uppdrag
- att Läkarförbundet mer aktivt tar upp förutsättningar för fackligt förtroendevalda och att de även värderas utifrån sina fackliga kunskaper och erfarenheter

**Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning om vikten av att tydliggöra innebörden och värdet av det fackliga uppdraget. Det är därför viktigt att förtroendevalda är medvetna och välinformerade om det juridiska skydd, exempelvis mot missgynnande, som omgärdar den som innehar ett fackligt förtroendeuppdrag. För att stärka förtroendevalda i uppdraget och rättigheterna som medföljer detta sker informerande insatser i samband med de olika fackliga utbildningar som förbundet tillhandahåller. Vidare kan exempel på negativ särbehandling fångas upp genom god kommunikation mellan förtroendevalda, lokalförening och förbundet centralt, för att därefter hanteras med stöd av befintliga rättsregler.



## FULLMÄKTIGE 2022

I enlighet med gällande lagstiftning, liksom kollektivavtal, ankommer det på varje arbetsgivare att både tillämpa individuell och differentierad lönesättning och att därtill inte tillämpa försämrade arbetsförhållanden eller anställningsvillkor med anledning av fackliga uppdrag.

Förbundet gör bedömningen att det inte är möjligt att, utanför denna ordning, kräva en separat och strukturerad lönesättning av fackligt förtroendevalda eller att arbetsgivaren subjektivt ska värdera och lönesätta vårt fackliga arbete. Genom att förtroendevalda är professionella, engagerade och kunniga blir i stället uppdraget i sig en naturlig påminnelse om fackliga representanters värde för verksamheten.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **15 Avskaffa arbetsgivarens utvidgade arbetsledningsrätt**

*Motionär: Västra Götalands läkarförening*

Enligt arbetsrättslig praxis ska en arbetstagare kunna arbetsledas till att utföra hos arbetsgivaren vanligen förekommande arbetsuppgifter. Men arbetsledningsrätten begränsas av exempelvis arbetstidslagen och arbetsmiljölagen. AB §6 Mom.1 är ett sätt att uttolka arbetsledningsrätten som rimmar illa med många yrkesgruppers vardag - ett sorts carte blanche. En läkare kan genom denna regel få vikariera för en annan person samtidigt som den utför sina vanliga arbetsuppgifter.

Detta sker hela tiden, på många arbetsplatser i landet, till följd av underbemanning, hög belastning vissa tider under året, brist inom andra närliggande vårdyrken m.m. Exempelvis kan det sättas i system att kirurger under sommaren får arbeta som operationssjuksköterskor eller att allmänläkare får färdas åtskilliga mil och timmar för att arbeta på en annan vårdcentral än den egna. Allt enligt avtalet.

Att arbetsgivaren allt oftare utnyttjar möjligheten att låta läkare vikariera för kollegor från samma eller annan yrkesgrupp är en allvarlig risk för läkares arbetssituation. Det uppkommer arbetssituationer när läkares villkor inte förmår skydda deras arbetsmiljö och hälsa. Denna del i AB är otidsenlig och kräver modernisering.

§ 6 Allmänna åligganden Mom. 1: "Arbetstagare ska utföra de arbetsuppgifter som framgår av för arbetstagaren gällande anställningsavtal och de åligganden i övrigt, som är förenade med anställningen. Om behov finns är arbetstagare dessutom **skyldig att vikariera för**



## FULLMÄKTIGE 2022

**annan arbetstagare** hos arbetsgivaren och därvid **helt eller delvis utföra även egna arbetsuppgifter**, att byta schema eller förskjuta arbetstiden, att arbeta utöver fastställd arbetstid samt att fullgöra jour och beredskap. Vid stadigvarande förflyttning av arbetstagare ska beaktas, att vägande skäl ska finnas för att förflytta arbetstagaren mot hennes eller hans önskan.

### Anmärkningar

1. Om arbetstagare har giltiga skäl att inte byta schema eller förskjuta arbetstiden, att inte utföra arbete utöver ordinarie arbetstid eller fullgöra jour eller beredskap ska hänsyn tas till det.
2. Arbetstagare **är inte skyldig** att både fullt ut utföra de egna arbetsuppgifterna och samtidigt utföra annat arbete hos arbetsgivaren **längre tid än 6 månader** per kalenderår eller i en följd.”

Västra Götalands läkarförening och Jämtlands läns läkarförening yrkar

- att Sveriges läkarförbund i sitt förbundspolitiska arbete ska verka för att AB §6 Mom. 1 tas bort ur avtalet

### **Svar:**

Bestämmelsen §6 Mom 1 i AB är en kodifiering av arbetsledningsrätten som är framvuxen ur rättspraxis. Detta betyder att oavsett om avtalet behåller paragrafen eller inte, så kvarstår arbetsgivaren arbetsledningsrätt. Arbetsledningsrätten är grundläggande inom arbetsrätten, och accepterad av arbetsmarknadens parter. Kodifieringen i avtalet är till medlemskårens fördel, eftersom den ger vägledning för bägge parter om vad som kan innefattas därav. Genom kodifieringen så har man ramat in vilka delar av arbetsledningsrätten vi är ense om att arbetsgivaren har. Om arbetsgivaren rör sig utanför dessa ramar, så har förbundet möjlighet att gå till tvisteförhandling för brott mot kollektivavtal. Kodifieringen innehåller också en tydlig begränsning av arbetsgivarens arbetsledningsrätt genom införandet av vägande skäl vid stadigvarande förflyttning samt begränsningar i arbetskyldigheten vid t.ex. vikariat parallellt med egna arbetsuppgifter.

Andra fördelar med regleringen är att den är styrande för jour och beredskapssystemet, inklusive de ersättning som man som arbetstagare har rätt till.

Slutligen, genom regleringen så har förbundet möjlighet att göra ett tolkningsföreträde enligt reglerna i MBL, vilket skapar tydlighet och förutsägbarhet för förbundets fackligt förtroendevalda.



## FULLMÄKTIGE 2022

Att därmed arbeta med att få bort en idag begränsning av arbetsledningsrätten i AB är då enligt förbundsstyrelsen inte strategiskt.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **16 Motion till Läkarförbundets Fullmäktige 2022**

*Motionär: Akner, Ekerstad, Lundqvist, Löfmark, Sjögren, Wingstrand*

Den pågående krisen i sjukvården beror till stor del på att styrningen från regionerna (tidigare landstingen) och staten sedan många år varit olämplig och lett till en rad negativa konsekvenser som bristande vårdkvalitet, bristande arbetsmiljö för läkare och vårdpersonal samt omfattande kapitalförstöring. Två framträdande drag i denna olämpliga styrning är kortsiktig partipolitik (mandatperioder) samt bristande kunskap och personlig erfarenhet hos beslutsfattare om sjukvårdens grundläggande medicinska principer. Till detta kommer att regioner och stat sedan många år styr sjukvården genom policy och praxis, inte sällan i strid mot gällande lagstiftning, vilket bidrar till den olämpliga styrningen.

Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården ([www.network-styrning.com](http://www.network-styrning.com)) - som idag består av 215 läkare från hela landet och från en lång rad olika medicinska specialiteter - har noterat att regioner och stat sedan många år systematiskt bryter mot en rad olika lagar; här är sju exempel på detta:

- 1) Vård efter behov (Hälso- och sjukvårdslagen),
- 2) Väntetider (Hälso- och sjukvårdsförordningen),
- 3) Tystnadplikt/sekretess (Patientdatalagen och EUs dataskyddsförordning),
- 4) Patientsäkerhet (Patientsäkerhetslagen),
- 5) Arbetsmiljö för personalen (Arbetsmiljölagen),
- 6) Budget i balans (Lagen om kommunal bokföring och redovisning samt kommunallagen),
- 7) Tillsättningar av statliga tjänster (Regeringsformen, grundlag).

Nätverket mot olämplig styrning av sjukvården undrar hur det är möjligt att systematiska lagbrott inom sjukvården kan fortgå år efter år utan att någon ställs till svars, i synnerhet då dessa lagstridigheter ofta påpekas av statens egna kontrollmyndigheter? Nätverket anser att lagbrotten måste beivras juridiskt.



## FULLMÄKTIGE 2022

För mer utförlig bakgrund hänvisas till Nätverkets artikel "Systematiska lagbrott i styrningen av sjukvården" publicerad på Svenska Dagbladet Debatt

220212: <https://www.svd.se/a/V9rLmr/lakare-systematiska-lagbrott-istyrningen-av-varden>

Akner, Ekerstad, Lundqvist, Löfmark, Sjögren och Wingstrand yrkar

- att Läkarförbundet driver frågan om de i artikeln påvisade lagbrotten i lämpliga instanser, även juridiska
- att Läkarförbundet prioriterar att motverka avvikelser från riksdagens prioriteringsplattform, särskilt principen om vård efter behov

Gunnar Akner, läkare, Stockholm

Niklas Ekerstad, läkare Linköping

Gudmar Lundqvist, läkare Uppsala

Rurik Löfmark, läkare Gävle

Jonas Sjögren, läkare Västerås

Hans Wingstrand, läkare Lund

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärernas analys att det finns problem med styrningen av vården. Frågan är ett av de mest prioriterade målen i förbundets verksamhet, och ett av målen i Strategi 2025. Genom politiskt påverkansarbete arbetar vi för att styrningen ska förbättras. Det ligger dock varken inom förbundets kompetens eller möjlighet att driva enskilda åtal mot regioner som kan misstänkas bryta mot lagen.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **17 Utbilda ombudsmännen vidare i diskrimineringsfrågor**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*



## FULLMÄKTIGE 2022

Sveriges läkarförbund tar avstånd från alla typer av diskriminering. De sju diskrimineringsgrunderna är 1. Kön, 2. Könsoverskridande identitet eller uttryck, 3. Etnisk tillhörighet, 4. Religion eller annan trosuppfattning, 5. Funktionsättning, 6. Sexuell läggning, och 7. Ålder.

Trots detta har det flertal gånger förekommit diskriminering på arbetsplats samt på läkarutbildningen. Under september månad uppmärksammades att en judisk läkare avskedades utan grund. Enligt en undersökning från SLF, år 2020, visade resultatet att 19% av alla svaranden blivit utsatta för negativ särbehandling på grund av kön under sin utbildning. I en artikel från läkartidningen framkommer det att läkarförbundet ska ta upp etnisk diskriminering med SKR dock finns det ingen plan om hur man ska motverka detta. Vittnesmålen om rasism och diskriminering i svensk sjukvård är många och väldokumenterade. Över 1000 läkare och läkarstudenter vill se åtgärder.

Läkarförbundet har ansvar att informera de förtroendevalda och ge verktyg till dessa för att aktivt arbeta för att motverka diskriminering.

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges läkarförbund ska utbilda den kanslipersonal som ansvar för diskrimineringsfrågor gällande studentperspektivet och därmed bättre kan bistå studentmedlemmar som blivit utsatta

### **Svar:**

Studenter skyddas av Diskrimineringslagen och Arbetsmiljölagen, och reglerna tillämpas på samma sätt för studenter och arbetstagare. Universitet och lärosäten har samma skyldighet som arbetsgivare att utreda kränkande särbehandling och trakasserier, samt att arbeta med aktiva åtgärder. Studenter har rätt till en studiemiljö fri från diskriminering och en god arbetsmiljö.

Förbundets kansli innehar den kunskap som krävs för att genomföra sitt uppdrag att stödja medlemmar som utsätts för diskriminering och arbetar kontinuerligt med att stärka den kunskapen. Förbundet genomför såväl temaföreläsningar som utbildning i baskurser för förtroendevalda på detta område för alla medlemmar i förbundet oavsett var de befinner sig i karriären. Studerandemedlemmar kan få råd och stöd av förbundet i frågor om diskriminering och kränkande särbehandling. Därutöver så finns stöd att hämta från studentkåren på de olika lärosätena.

**Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**



## FULLMÄKTIGE 2022

- att **avslå** motionen

### 18 Tydligare reglering av övertidsavlösning

*Motionär: Västra Götalands läkarförening och Örebro läns läkarförening*

Idag skrivs rätten till övertidsersättning ofta bort utan att läkare vet hur mycket övertid som förväntas utföras och utan att sådant arbete alltså ersätts vare sig genom övertidsersättning eller genom kompensation såsom höjd grundlön (AB §20 Mom.8). Detta sker på många arbetsplatser slentrianmässigt. I stället borde grunden vara att läkare ska ha rätt till övertidsersättning. Sveriges läkare behöver en tydligare reglering av övertidsavlösning.

Övertid m.m. Mom. 8: "Arbetsgivare och arbetstagarorganisation kan träffa kollektivavtal om undantag från rätt till kompensation för övertidsarbete. Med arbetstagare som får fast kontant lön kan arbetsgivare träffa överenskommelse om att arbetstagaren inte ska ha rätt till kompensation för övertidsarbete. I samband med sådan överenskommelse ska arbetsgivaren tydliggöra vilka grunder överenskommelsen bygger på. Om förutsättningarna ändras bör en översyn ske av lönesättningen och övertidsrätten."

Västra Götalands läkarförening och Örebro läns läkarförening yrkar

- att Sveriges läkarförbund ska verka för att rätten till övertidsersättning inte skrivs bort
- att Sveriges läkarförbund verkar för att om bortskrivning av rätt till övertidsersättning görs, ska detta endast ske i särskilda undantagsfall som ska tydliggöras skriftligt
- att Sveriges läkarförbund ska verka för att grunden för övertidsavlösning ska tydliggöras genom att precisera hur mycket övertid som förväntas utföras per given tidsenhet (exempelvis per månad) samt att förtydligandet ska ske skriftligt
- att Sveriges läkarförbund ska verka för att grunden för övertidsavlösning ska tydliggöras genom att precisera kompensation i höjd grundlön (exempelvis per månad) samt att förtydligandet ska ske skriftligt
- att Sveriges läkarförbund ska verka för att om förutsättningarna beträffande övertidsavlösning ändras ska en översyn ske av lönesättningen och övertidsrätten (till skillnad från "bör" i nuvarande skrivning)
- att Sveriges läkarförbund ska verka för att övertidsavlösningen gäller ett år i taget och
- att Sveriges läkarförbund ska verka för att övertidsavlösningen är uppsägningsbar



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Svar:**

Bortskrivningen av rätten till övertidskompensation har uppmärksammats vara ett återkommande problem inom kommun- och regionsektorn. Ett flertal lokalföreningar har rapporterat att rätten till övertidskompensation systematiskt skrivs bort, utan att arbetsgivaren tydliggör för arbetstagaren vilka grunder en sådan överenskommelse bygger på.

Flera lokala tvisteförhandlingar har ägt rum där man har avslutat i oenighet och central förhandling har påkallats av förbundet.

Ett problem i frågan om övertid handlar om att avtalsförhållandet slutligt regleras mellan medarbetare och arbetsgivare. Den fria anställningsrätten betyder att en arbetsgivare kan och får erbjuda en person de villkor de önskar i samband med att de erbjuder en anställning. Det är då upp till den enskilde att tacka ja eller nej till det erbjudandet. Väljer individen att tacka nej till ett erbjudande om en anställning med en bortskrivna övertid finns det ingen skyldighet för arbetsgivaren att istället erbjuda samma individ en anställning med rätt till övertidsersättning. Detta gör då frågan av förställiga skäl svår att angripa utifrån svensk rättspraxis och lagstiftning.

Förbundet har under längre tid verkat för en tydligare och mer uppstyrd hantering av övertiden i såväl yrkanden och i samtal och förhandlingar med motpart som har resulterat i förändrade skrivningar i våra kollektivavtal avseende hantering och begränsningar.

Förbundet kommer fortsätta informera om dessa frågor i utbildningar och kurser för förtroendevalda samt medlemmar via hemsidor och upplysa om de negativa konsekvenserna men också värdet av övertiden. Flera av motionärens yrkanden är kopplade till avtalsrörelsen där förbundets slutliga yrkanden tas fram. Sammantaget innebär det följande.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **19 Arbetstidsförkortning inför avtalsrörelse 2024**

*Motionär: Nordvästra Skånes läkareförening, Östra Skånes läkareförening, SYLF, Malmö Läkareförening och Sjukhusläkarna*

Som följd av Covidpandemin och pågående krig i Ukraina ser vi en stagnerande svensk ekonomi med hög inflation och stigande räntor. I den kommande avtalsrörelsen kommer förväntningarna vara högt ställda för att kompensera för detta från Läkarförbundets





## FULLMÄKTIGE 2022

medlemmar. Tonläget lär bli högt mellan arbetstagarnas parter där läkarkåren sannolikt inte kommer bli någon prioriterad grupp.

För att Läkarförbundet skall kunna lämna kommande avtalsrörelse som en vinnare vill vi föreslå att Läkarförbundets i kommande avtalsrörelse förhandlar sig till en arbetstidsförkortning. En motsvarande reform infördes för läkarna i Danmark redan 1981 med en arbetstid på 37 timmars arbetsvecka inklusive jour fördelat på en period av 14 veckor.

En arbetstidsreduktion kan minska dagens oro för stigande sjuktal hos läkare där orsaken ofta kan kopplas till dålig arbetsmiljö och stress.

Vision, Kommunal, IF Metall, är fackliga organisationer som förhandlat sig till arbetstidsförkortning för sina medlemmar, som därmed jobbar 37–38 timmar i veckan. Vid senaste Kommunal-kongressen beslutades att Kommunal skulle verka för 30 timmars arbetsvecka! Vårdförbundets medlemmar som är schemalagda vardag/helg har veckoarbetstid 37 timmar. Från TCO meddelas att ingenjörer som tillhör Unionen får en arbetstidsförkortning motsvarande 80 timmar per år vid heltid insatt på ett tidkonto. Agronomer från SACO-familjen jobbar mindre under årets ljusa del.

Nationalekonomerna Inés Berniell och Jan Bietenbeck, har studerat hälsoeffekterna av Frankrikes nationella reduktion av arbetstid från 39 till 35 timmars arbetsvecka 1998. I sin studie kunde de påvisa att fler arbetstimmar har en negativ effekt på folkhälsan. (Berniell, Inés, and Jan Bietenbeck. "The effect of working hours on health." *Economics & Human Biology* 39 (2020): 100901). Flera EU länder står idag i begrepp att följa Frankrikes exempel. Läkarförbundet kan genom arbetstidsförkortning ta på sig ledartröjan för att verka för en friskare läkarkår.

Vi bedömer att en arbetstidsförkortning kan reducera risken för arbetsbrist bland yngre kollegor och bidra till incitament för Regionerna att inrätta fler AT respektive BT-block.

Nordvästra Skånes Läkareförening, Östra Skånes Läkareförening, Malmö Läkareförening, Sjukhusläkarna och SYLF yrkar

- att Läkarförbundet utreder arbetstidsförkortning inför kommande avtalsrörelse.

### Svar:

Motionärens beskrivning av problematiken kring arbetstiden och dess inverkan på hälsa och välbefinnande delas av förbundsstyrelsen. För att nå dit måste läkares arbetstid användas på det bästa och mest effektiva sättet. Svensk hälso- och sjukvård måste ha en arbetsmodell som ger många arbetade timmar med en bra arbetsmiljö och som möjliggör kontinuitet och



## FULLMÄKTIGE 2022

tillgång till rätt medicinsk kompetens under dygnets alla timmar. Det är viktigt att i detalj och med gedigna faktauppgifter utröna hur läkarnas jour och beredskap fungerar i praktiken för att säkra kontinuitet, säkerhet och tillgänglighet i vården.

Förbundsstyrelsen ser därför positivt på en redovisning av veckoarbetstider samt en utredning av konsekvenserna av förkortad veckoarbetstid. Förbundet har regelbundet träffar med de nordiska läkarföreningarna och har påbörjat inventeringen av frågeställningar kring arbetstid och kommer att ta fram en sammanställning. Fortsättningsvis har förbundet även en avsiktsförklaring om friskare arbetsplatser med SKR och frågan om arbetstidens längd kan tas upp och inkluderas i den forskningssammanställning som parterna tar fram. Vidare avser förbundet också att revidera arbetstidrapporten som PWC genomförde 2016.

Sammantaget är motionens intention god men motionen är kopplad till kommande avtalsrörelse vilket gör att FS inte kan ställa sig bakom yrkandet med nuvarande skrivning.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige att**

- att **avslå** motionen

## **20 Motion gällande ersättning vid extra jourpass med mindre än tio dagars varsel**

*Motionär: Gotlands, Hallands, Jönköpings, Kalmar, Kronobergs, Östergötlands läkarföreningar*

För närvarande finns det lokalt många kort-varselavtal där arbetstagare som tar en jour med mindre än 24 - 48 timmars varsel får extra ersättning. Det förekommer ofta tillfällen då arbetsgivaren behöver täcka jourpass som det finns kännedom om med mer än 24-48 timmar i förväg. Detta påverkar läkares arbetsbörda och möjlighet till att planera familjeliv och fritid.

Vid vanlig arbetstid som förskjuts med mindre än tio dagars varsel finns det i Allmänna Bestämmelser §23 bestämmelser kring ersättning då schemat förändras.

Gotlands Läkarförening, Hallands Läkarförening, Jönköpings Läkarförening, Kalmar Läkarförening, Kronobergs Läkarförening, Östergötlands Läkarförening yrkar

- att Sveriges läkarförbund verkar för att extra jourpass som på arbetsgivarens uppmaning tas med längre förvarning än vad som gäller för lokala kort varselavtal, men med mindre än tio dagars framförhållning, ersätts i nivå med vad som gäller för förskjuten arbetstid utöver ordinarie jourersättning.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Svar:**

Läkarförbundets lokalföreningar har en mängd olika avtal som reglerar kort-varsel, kö-kortningsavtal etc och som är lokalt anpassade för respektive verksamhet. Motionären efterfrågar en modell som finns i reglerna om sk förskjuten arbetstid som är reglerat i allmänna bestämmelser. Förbundet samlar för närvarande in och diskuterar sk. kö-kortningsavtals avtalsmässiga och juridiska status med lokalföreningarna.

FS anser dock att frågan är av sådan karaktär att den måste hanteras i det sedvanliga förberedelsearbetet inför avtalsrörelsen och som sådana hanteras inte motionen som underlag för avtalsrörelse.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

att **avslå** motionen

## **21 Angående ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare 2022**

*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.

Arbetstidslagen (ATL) är en skyddslag som begränsar antalet övertidstimmar utan särskild dispens till max 200 timmar 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.

(Det finns utöver denna tid en möjlighet för arbetsgivaren att beordra särskild nödfallsövertid i ytterligare 150 timmar, men sådan övertid förekommer nästan aldrig, då kraven är mycket höga.)

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 flexitid, om det finns på enheten) får mer betalt – övertid är som regel dyrare för arbetsgivaren över hela arbetsmarknaden.



## FULLMÄKTIGE 2022

Men om läkaren i sitt enskilda anställningsavtal har skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för arbetad övertid, så har medlemmen varken rätt till pengar eller 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 ekonomisk ersättning för arbetad 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 arbetsgivaren 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, 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 och det är viktigt att lokalföreningar och medlemmar får ett centralt stöd från Sveriges Läkarförbund i övertidsfrågan.

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 att istället begära ett anställningsavtal med rätt till betalning för arbetad övertid.

Det förekommer att arbetsgivaren anser att om en läkare tjänar över en viss lönenivå så ska inte ersättning för övertidsarbete utgå. Detta är inte ett skäl för att en läkare ska gå med på att avstå från övertidsersättning.

Innan år 1992 fanns det en sådan regel i det landstingskommunala avtalet om bortskrivning av övertid med lön över en viss summa, men detta har inte funnits kvar i kollektivavtalet AB de senaste 30 åren.

För arbetstagare som är medlem i Svenska Kommunalarbetareförbundet, Läkarförbundet eller Lärarnas riksförbund kan sådan överenskommelse (bortskrivning av övertid) endast göras vid nyanställning. Frågan är om inte Sveriges Läkarförbund borde ha en liknande skrivning...



## FULLMÄKTIGE 2022

Om man läser motparten SKR:s partsinlaga i Kommentarer till Allmänna Bestämmelser på hemsidan skr.se framgår att "Möjligheten till avvikelse från rätt till övertidskompensation är i första hand till för chefer eller arbetstagare med hög grad av självständighet vad gäller arbetsuppgifter och arbetstid. Observera att dessa arbetstagare omfattas av arbetstidslagen (ATL)".

(Det är rimligt att chefer, som själva bestämmer sina arbetstider kan förhandla bort ersättning för arbetad övertid vid lönesättning. Detta skulle inte gälla läkare, som arbetar bundna i teamarbete med vård av patienter, till skillnad från chefer.)

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 SKR och att lokalföreningar och yrkesföreningar kan få stöd för sitt arbete med övertidsfrågan. En temadag under år 2023 kan vara en del av insatsen att driva övertidsfrågan.

Vi kan sannolikt göra gemensam sak med fackföreningar för andra yrkesgrupper när arbetsgivaren samtidigt 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 arbetsmiljö och 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.



## FULLMÄKTIGE 2022

- 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
- att Läkarförbundet i sitt centrala fackliga arbete under år 2023 organiserar en utbildningsdag för det centrala kansliet, lokalföreningar och intresserade yrkesföreningar riktad mot målet att arbetsgivare inte skriver bort rätten till kompensation för övertid enligt AB och andra gällande kollektivavtal i anställningsavtal för läkare
- att Läkarförbundet i sitt förbundspolitiska arbete verkar för en förbättrad skrivning i AB § 20 avseende möjlighet till lokal avvikelse, där det tydligt framgår att om en överenskommelse träffas så skall det tydligt dokumenteras vilken ersättning medlemmen får för eventuell bortskrivning av rätt till ekonomisk kompensation för övertid. Som ersättning kan man tänka sig högre grundlön eller till exempel extra semesterdagar.

### Svar:

Motionären beskriver förtjänstfullt övertidsfrågan och ringar väl in de problemområden som finns och som förbundet jobbat med under en längre tid. FS instämmer i beskrivningen och förbundet kommer att ha fortsatt fokus på frågan. I allt väsentligt delar således FS motionärens beskrivning och behoven av att även fortsättningsvis verka för att begränsa, förtydliga och uppmärksamma medlemmarna på vilka konsekvenserna blir om man skriver bort rätten till kompensation för övertiden. Det har vidare genomförts ett antal undersökningar, enkäter, partsgemensamma arbeten m.m kring arbetstider och vi kan konstatera att läkarna jobbar klart mer än heltidsmättet. Utöver det finns även åtagandet om jour och beredskap.

Flera medlemmar vittnar också om svårigheten att kunna registrera övertiden. I våra undersökningar lyfts ofta frågor om arbetstider och utifrån flera aspekter kopplat till arbetsmiljö. 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



## FULLMÄKTIGE 2022

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 arbetsmiljölagstiftningen samt hur denna typ av fråga kan drivas fackligt av lokala parter.

Förbundet har fn ett antal tvister rörande bortskrivande av övertiden som vi noga kommer att följa upp och informera lokalföreningarna om. Förbundet har även i de fackliga- och arbetsmiljöutbildningar till förtroendevalda fokus på arbetsmiljö- och arbetstidsfrågor och hur hantering av brott mot lag och avtal ska genomföras.

I kommande avtalsrörelse 2024 finns möjlighet att fokusera förbundets yrkanden på att få arbetsgivarna att hantera avtal och regelverk på föreskrivet sätt samt att tydligt uppmärksamma medlemmarna om att all arbetad tid har ett värde. Förbundet kommer också att ta fram ett verktyg (räknesnurra) där man enkelt ska se värdet på övertidsarbetet. I förbundets löneenkät ingår frågor om övertid och det planeras även för att uppdatera tidigare arbetstidstudier. Förbundet har också tillsatt resurser riktat mot den privata sektorn där villkorsfrågorna inkl. övertidsfrågor är i fokus liksom förstärkningar kopplat till arbetsmiljö och regionala skyddsombud, RSO.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **22 ST-lönetrappa**

*Motionär: Östra Skånes läkarförening*

En legitimerad läkare som genomför en ST-utbildning, har i de allra flesta fall en väldigt brant inlärningskurva. Det är också en tid där många väljer att köpa bostad och starta familj. Vad vi dock ser är att lönen endast ökar blygsamt under ST-läkarens fem år, och motsvarar inte läkarens kompetens. Många gånger ser vi också hur arbetsgivaren lägger stora delar av lönerevisionen till att justera dåligt satta ingångslöner till ST-läkare. Detta är inte revisionens syfte och det gör att löneutvecklingen för kollektivet blir sämre. Idag finns det redan ST-lönetrappa inom vissa regioner och kliniker. Samtidigt ser vi också en ökad flykt av färdiga



## FULLMÄKTIGE 2022

specialister till bland annat privata aktörer och hyrläkarbolag. Detta är mest påtagligt inom allmänmedicin där privata aktörer inte bara erbjuder högre ingångslöner, men också en ST-lönetrappa. En ST-lönetrappa hade inte bara bättre avspeglat den kompetens som ST-läkaren faktiskt har, men det hade också bidragit till bättre löneutveckling för läkarna, och ökat chanserna för att behålla de färdiga specialisterna inom verksamheterna.

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för att införa en nationell ST-lönetrappa utanför lönerevisionen.

### **Svar:**

Vi förstår verkligen motionärens oro i denna fråga och har också satt igång att genomföra ett lönepolitiskt program (LÖP) som långsiktigt syftar till att skapa en gemensam strategi för att öka läkares köpkraft oavsett var de befinner sig i karriären. I denna strategi kommer även frågan om hur förbundet på bästa sätt kan angripa en sämre löneutveckling utredas. Det är därför för tidigt att slå fast att en ST-lönetrappa skulle vara det bästa sättet för att nå framgång i denna fråga.

Lönetrappor förekommer lokalt för såväl AT och ST-läkare och där parterna tycker det fungerar kan fylla en funktion för vissa situationer som är också är lokalt anpassade. Motionen lyfter dock en intressant aspekt på hur lönetrappor kan fungera med bäring på en allmän och succesiv kunskapsöverföring vid sidan av den mer individuella lönerevisionen.

Förbundsstyrelsens bedömning är därför att yrkandets precisa formulering om att verka för ett införande av en specifik modell i centrala löneavtalet är en fråga för kommande avtalsrörelse och inte om beslut på fullmäktige.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **23 Arbete för en mer jämställd lönesättning och utplåning av lönegapet**

*Motionär: Sveriges kvinnliga läkares förening*

Lönegapet mellan manliga och kvinnliga läkare kvarstår fortfarande, trots mer än 100 år av kvinnliga läkare i Sverige. Läkarförbundets lönestatistik från 2021 visar att grundlönen i genomsnitt var 4131 kr mindre per månad för kvinnliga läkare, trots samma formella





## FULLMÄKTIGE 2022

kompetens. Det motsvarar en löneskillnad på 6% och 49 572 kronor/år. Största skillnaden syns inom thoraxkirurgin, där är lönegapet hela 13 103 kr/månad. I enbart 2 av 54 jämförbara specialiteter tjänar kvinnor i medel mer än männen med 1076 respektive 1008 kr/månad.<sup>1</sup>

Vanliga argument för att motivera dessa löneskillnader är att kvinnor oftare arbetar deltid, väljer specialiteter med sämre lön och utgör en yngre del av läkarkåren. Lönerna i ovan nämnda statistik är dock omräknade till heltid. Det är skrämmande att tänka på hur de faktiska inkomstskillnaderna är över tid då till exempel uttaget av föräldrapenningen i genomsnitt bara till 30% tas ut av män.<sup>2</sup> Med tanke på att det varit lika många kvinnor som män på läkarlinjen i över 40 år går det inte att säga att männen tjänar mer för att de är mer seniora. Fem år efter läkarexamen tjänar 91 % av männen mer än 400.000 kronor/år men endast 73 % av kvinnorna har nått upp till samma lönenivå.<sup>3</sup> Det finns också påtagliga skillnader mellan olika regioner i Sverige där en del regioner uppvisar större löneskillnader än andra.

Löner inom läkaryrket ska givetvis inte avgöras av de anställdas kön, utan av kompetens och ansvar. Det är inte så lätt som att bara höja kvinnors löner i ett svep, vi behöver också ta itu med kulturen som gör att problemet kvarstår över tid.

KLF yrkar

- att Läkarförbundet kartlägger anledningarna till det kvarstående lönegapet mellan manliga och kvinnliga läkare
- att Läkarförbundet gör det möjligt att i statistikdatabasen från den egna löneenkäten jämföra löner utifrån variabeln kön
- att Läkarförbundet undersöker hur föräldraledighet påverkar löneutvecklingen för läkare

### **Svar:**

Motionären begär att förbundet ska kartlägga anledningarna till det kvarstående lönegapet mellan män och kvinnor. Förbundsstyrelsen identifierar detta som en viktig och prioriterad fråga. Det är viktigt och angeläget att osakliga löneskillnader mellan män och kvinnor åskådliggörs och hanteras. För detta är det av vikt att förbundet verkar för att information om detta tas fram. Emellertid är uppgiften att kartlägga skälen till dessa diskrepanser alltför stor för förbundet.

I förbundets utredningar och enkäter analyseras vanligen resultatet uppdelat på kön. Så är även fallet i förbundets Lönepolitiska projekt, i vilket löneskillnader mellan män och kvinnor behandlas.



## FULLMÄKTIGE 2022

I lönestatistikverktyget SACO Lönesök finns redan en möjlighet att jämföra löner utifrån variabeln kön. Möjligheten att göra detta tillfaller både centrala och lokala företrädare. Förbundet arbetar aktivt med att ta fram statistik som kan användas av de lokala parterna – däremot inte enskilda medlemmar – för att identifiera och belysa osakliga löneskillnader.

Arbetsgivaren har en skyldighet att årligen genomföra en lönekartläggning, genom vilken osakliga löneskillnader bör och ska upptäckas för att kunna följas upp av lokalföreningarna som då kan belysa de situationer där osakliga löneskillnader kan påvisas.

Utifrån inkom siffrorna som finns att tillgå i statistikverktyget låter det sig inte sägas huruvida skillnaderna är osakliga eller individerna i fråga besitter samma formella kompetens. Löneskillnader kan inte utan vidare utredning, ofta på individnivå, antas vara osakliga eller utgöra diskriminering. Utgångspunkten är att lönekartläggning och löneanalys för lika och likvärdigt arbete därmed ska genomföras i samverkan mellan arbetsgivare och lokalförening. Om osakliga löneskillnader där kan påvisas ska en handlingsplan upprättas för att åtgärda dem. Vidare ger förbundets handlingsplan för diskriminering stöd i hur bland annat osakliga löneskillnader kan hanteras på lokal nivå.

Förbundsstyrelsen håller med motionären om att frågan om hur föräldraledighet påverkar läkarnas löneutveckling är viktig och bör utredas.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

## **24 Lönekartell**

### *Motionär: Stockholms läkarförening*

Inom regionerna förekommer att olika kliniker och mottagningar tillämpar sk lönekartell, dvs att man har en överenskommelse att inte ge ny lön när en läkare byter jobb. Till exempel får en läkare i Stockholm som byter vårdcentral inom regionen inte förhandla ny lön.

Denna lönekartellbildning leder till att lönerna hålls ner och tvingar också läkare att gå till privat verksamhet eller annan region om man vill få upp sin lön, något som i realiteten även missgynnar de regiondrivna enheterna också, som får svårare att rekrytera och attrahera läkare.

Det är självklart att läkare som byter arbetsplats också får förhandla ny lön.



## FULLMÄKTIGE 2022

Stockholms läkarförening yrkar

- att Läkarförbundet motverkar lönekarteller.
- att Läkarförbundet verkar för att öka förutsättningarna för individuell löneförhandling vid byte av tjänst hos samma arbetsgivare.

### **Svar:**

Förbundet delar motionärens uppfattning om att lönekarteller ska motverkas på alla sätt och när omständigheter strider mot de grundläggande principerna i läkarförbundets löneavtal behöver de särskilt uppmärksammas. Förutom att lönerna ska vara individuella och differentierade ska dessutom lönebildningen enligt avtalet beakta förutsättningarna för att rekrytera och behålla personal.

Vid byte av anställning ska nytt anställningsavtal upprättas och diskussion föras om villkor lön mm. Det gäller alla sektorer även om det är samma huvudman. Det är vår bestämda politik och vid förbundets fackliga utbildningar informeras om löneavtalets tillämpning, om bli individuella och differentierade löner som är en viktig del av avtalet. Även stöd från medlemsrådgivningen, tillförlitlig lönestatistik från samtliga sektorer bidrar till att ge ett bra underlag till medlemmar i deras löneförhandlingar.

En av de enskilt största faktorerna för att motverka arbetsgivarens samarbete är att förbundet fortsatt behöver fördjupa och utveckla vår egen lönepolitik samt fortsätta arbetet med att samordna oss och utbyta erfarenheter och tala med en gemensam röst.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

## **25 Centrala lönecoacher som komplement till lokalföreningarnas lönerådgivning**

*Motionär: SYLF och Sjukhusläkarna*

Ingångslönerna är en av de viktigaste faktorerna för att hålla uppe lönenivåerna. För våra medlemmar en dålig ingångslön är denna svår att hämta in. En dålig ingångslön kan därför ha en negativ påverkan på lönen under lång tid framåt. Dessutom har en del regioner ett fast påslag från ST-lönen till specialistlönen, med en påverkan på lönen yrkeslivet ut.



## FULLMÄKTIGE 2022

Tyvärr vill gärna våra arbetsgivare många gånger använda potten i lönerevisionen för att korrigera lågt satta ingångslöner. En låg ingångslön genererar även mindre pengar att fördela i samband med lönerevisionen. Därmed är detta något som drabbar både individen och kollektivet.

Vi får kontinuerligt in vittnesmål om att det arbetsgivarna motverkar alla försök till förhandling. Våra medlemmar är dessutom ofta i en väldigt svår förhandlingssituation. ST-läkare har ofta svårt att tacka nej till en erbjuden tjänst inom den specialitet man vill ha eftersom många inte har möjlighet att söka sig till andra regioner. Sjukhusläkare har ofta ett begränsat antal arbetsgivare om man inte är flyttbar över landet. Detta är något som arbetsgivarna vet om och utnyttjar.

Vi måste därför som förbund göra allt vi kan för att stötta våra medlemmar när de ska förhandla sin lön inför en ny tjänst. Idag är de hänvisade till våra lokalföreningar. I många fall är denna hjälp bra men långt ifrån alltid. Lokalföreningarna har den bästa lokala lönestatistiken och lokalkännedomen. Det kommer dock ofta signaler från medlemmar att det är svårt att få tips på hur man lyckas med sin förhandling.

Flera andra fackförbund så som Vårdförbundet, Vision och Läraryrket har centrala lönecoacher dit medlemmarna kan vända sig. De har lite olika upplägg där medlemmarna antingen kan höra av sig för personlig rådgivning eller så har de återkommande tillfällen då man kan få hjälp i grupp.

Vi anser att förbundet ska införa centrala lönecoacher som ett komplement till den lönerådgivningen som lokalföreningarna tillhandahåller. Detta för att kunna stötta våra medlemmar så mycket vi bara kan i deras viktiga löneförhandlingar.

SYLF och Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet inför nationella lönecoacher som ett komplement till läkarföreningarnas lönerådgivning för medlemmar

### **Svar:**

Förbundets uppfattning är att det är obehövligt att införa specifika nationella lönecoacher. I stället erbjuder Läkarförbundets medlemsrådgivning råd kring statistik, lönesättning samt lönecoachning. Rådgivningen ges både genom mail och samtal med medlemmar. På läkarförbundets hemsida kan man också få information kring lön och tips kring sitt lönesamtal under "Råd och stöd".

Slutligen får det också beaktas att det skett en stor utveckling i att stödja förbundets medlemmar genom framtagandet av en central löneenkät, som på sikt kommer att skapa och



## FULLMÄKTIGE 2022

komplettera läkarföreningarnas statistik och ge förbundet en högre grad av säkerhet kring lönebildning för förbundets medlemmar.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att motionen anses vara besvarad

### **26 Traditionella sparkrav urholkar medel för personal**

*Motionär: Stockholms läkarförening*

Årliga sparkrav om 1–2 procent i vården, är i längden inte hållbara.

Medicinsk teknisk o klinisk utveckling där vi kan utreda o behandla bättre i allt högre åldrar driver kostnader.

Årlig uppräknig med avdrag för effektivitets-/sparkrav leder till neddragningar av vårdpersonal, mindre fortbildning, försämrad arbetsmiljö och sämre villkor som innebär att personal flyr vården.

Vården måste fortsätta utvecklas utan att medel för vårdpersonal urholkas inom den specialiserade vården.

Stockholms läkarförening yrkar

- att läkarförbundet mer kraftfullt motverkar fortsatt underfinansiering av akutsjukvården och sjukvården som helhet
- att arbete på obekvämt arbetstid ska löna sig oavsett om det sker på någon form av arbetstidsavtal eller i jouravtal
- att grundlönerna måste ge en konkurrenskraftig livslön redan från start
- att arbete i dygnetruntvård ska ha en rimlig arbetsbelastning oavsett tid på dygnet
- att arbetsgivaren har förutsättningar för en korrekt tidsrapportering avseende ATL
- att de verksamheter som har ett högt ATL uttag också måste skapa möjlighet att bereda möjlighet till perioder med återhämtning genom tillräcklig bemanning

**Svar:**



## FULLMÄKTIGE 2022

Läkarförbundet delar den oro om underfinansiering av vården. I förbundets kontakter med politiska beslutsfattare och genom opinionsbildning är frågan ofta återkommande och förbundet har vid ett flertal gånger bla lyft frågan om bristen på vårdplatser och om den ojämlika vården. Denna fråga kommer fortsatt att vara prioriterad.

Läkarförbundet har, såväl centralt som lokalt, länge verkat för att arbete under obekvämt arbetstid ska löna sig. Regelbundet har förbundet bla i avtalsrörelser yrkat på höjda ersättningsfaktorer och senast 2020 fasades beredskap B ut i det centrala avtalet. Förbundet och lokalföreningarna har under en längre tid genom sitt påverkansarbete höjt ersättningsfaktorerna och kommer fortsätta med detta.

Förbundsstyrelsen delar motionärens syn på att arbetstiden måste kunna registreras på ett korrekt sätt samt att vila och återhämtning måste fungera i enlighet med lag och avtal. I förbundets utbildningar för bla skyddsombud är fokus i stor utsträckning på arbetsmiljöreglerna kopplade till arbetstid, vila och återhämtning och hur man lokalt kan hantera dessa frågor om det uppstår arbetsmiljömässiga negativa konsekvenser. I våra avtal finns flera dokument som relaterar till arbetstidsfrågor kopplat till läkare, bla. "De centrala parternas gemensamma syn på arbetstidsfrågor för läkare", "Parterna informerar - en vägledning i lokal förhandling om beredskap och dygnsvila". Det pågår också för närvarande en översyn av allmänna bestämmelser kopplat till arbetstid och dygnsvila.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **27 Läkarförbundet måste agera för att det nya kollektivavtalet med Vårdföretagarna efterlevs**

*Motionär: Nordvästra Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening*

Hälso- och sjukvård är globalt en alltmer intressant ekonomisk marknad som lockar riskkapitalbolag. Även nationellt ser vi en omfattande ökning av privat vård som antingen erbjuds genom egenfinansiering, privata sjukförsäkringar eller upphandlingar via Vårdval. Under 2022 har det skett en konsolidering av vårdbolag på den svenska marknaden. Global Health Partner har köpts upp av Capio AB som i sin tur ägs av det australiensiska vårdbolaget Ramsey Health Care som det nu ligger ett bud på från det amerikanska investmentbolaget Kohlberg, Kravis & Roberts. Samtidigt har Unicare förvärvats av koncernen Lideta som i sin tur blev uppköpta av Prima Vård.



## FULLMÄKTIGE 2022

Att det finns en mångfald av arbetsgivare är bra för den svenska läkarkåren som därmed erbjuds flera arbetstillfällen och konkurrensen bidrar till högre löner. En av Läkarförbundets främsta uppgifter är att se till att våra medlemmar har en genom yrkeslivet gynnsam löneutveckling.

Det är attraktivt att vara medlem i Sveriges Läkarförbund om organisationen tar en aktiv del i den enskilda medlemmens löneutveckling över tid. I kollektivavtalet för kommun och regioner finns betydande möjligheter för lokalföreningarna att stötta sina medlemmar inte minst vid de årliga revisionsförhandlingarna. För medlemmar anställda hos de privata vårdgivarna har delaktigheten i lönerevisionsprocessen från Läkarförbundets sida varit eftersatt sannolikt på grund av brist på resurser och ett för Läkarförbundet ogynnsamt avtal.

2022-01-31 tecknade Läkarförbundet ett nytt kollektivavtal med Vårdföretagarna som ersätter avtalet från 2017. Det nya avtalet är bättre än det tidigare som var gemensamt med bl.a. Vårdförbundet. Det är ett sifferlöst så kallat processlöneavtal men har skrivningar om att lönerevisionen skall granskas med lokala parter såväl före som efter lönerevision samt dokumenteras. Frågan är om detta sker i någon större omfattning genom landets lokalföreningar. Som exempel kan nämnas Helsingborg som idag har fler vårdcentraler drivna av vårdbolag än offentliga vårdcentraler. Av Helsingborgs vårdföretag är det bara ett som påkallat förhandling vid årets lönerevision vilket motsvara 20% av privata vårdcentraler.

Nordvästra Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening yrkar

- att Läkarförbundet uppmanar Vårdföretagarna att informera sina företag som omsluts av det nya kollektivavtalet 2022 01 31 om skyldigheten att följa avtalets struktur och process för lönerevisionsförhandling och att genomgången efter lönerevisionen med Läkarförbundet skall dokumenteras.
- att Läkarförbundet centralt tar över ansvaret för lönerevisionsprocessen gentemot privata vårdgivare om lokalföreningen på grund av resursbrist så begär.
- att Läkarförbundet genom aktiv delaktighet i lönerevisionsprocess genererar och offentliggör valid lönestatistik för privata vårdgivare.
- att Läkarförbundet 2023 arrangerar en inspirationsdag för lokalföreningarna kring det nya kollektivavtalet med Vårdföretagarna.
- att Läkarförbundet verkar för att facklig tid kan utnyttjas av förtroendevalda inom den privata sektorn.

**Svar:**



## FULLMÄKTIGE 2022

Att verka för att Läkare ska ha en gynnsam löneutveckling genom hela arbetslivet är en för förbundet högprioriterad fråga tillika ett av målen i förbundets strategi 2025.

I förbundets basverksamhet ingår bl a att teckna centrala löneavtal. Mellan Läkarförbundet och Vårdföretagarna inom Almega föreligger det ett tillsvidareavtal för bransch Vård behandling och omsorg samt äldrevård. Tillsvidareavtalet ses årligen över i förhandlingar med Vårdföretagarna och den 31 januari fastställdes den senaste versionen. Löneavtalet, som är ett sifferlöst processlöneavtal, innehåller en förhandlingsordning där lokal part på företaget kan förhandla löner kollektivt. Där det saknas lokal arbetstagarorganisation på företaget ska lönediskussionen föras genom lönesättande samtal direkt mellan läkare och lönesättande chef. Om de lokala parterna inte lyckas enas kan lokal part eller enskild läkare väcka central förhandling. Avtalet ger också rätt för vardera part att begära central lönekonsultation för det fall endera part anser att löneavtalet inte har efterföljts.

Lokalföreningarna spelar en viktig roll i arbetet med att bevaka att lönerevisionerna inom privat sektor genomförs i enlighet med löneavtalet. En utmaning inom privat sektor är att det på många företag saknas förtroendevalda anställda. Förbundskansliet arbetar löpande med att inventera och rekrytera förtroendevalda inom privata vårdföretag. Ledighet för fackligt arbete för anställda inom privat verksamhet regleras i Förtroendemannalagens 6-7 §§ FML. Förtroendemannalagen sätter ingen begränsning i tid för fackliga förtroendevalda som förhandlar om tiden på företagsnivå utifrån lokala behov och omständigheter. Lokala förhandlingar om facklig tid där enighet inte nås på lokal nivå kan lyftas till central nivå. Det centrala kansliet står alltid till förfogande för de fall det blir aktuellt att förhandla lokala avtal om facklig tid på företagen.

För att säkerställa att lönerevision sker enligt kollektivavtalet innehåller löneavtalet en tydlig skrivelse om arbetsgivarens ansvar för att löneprocessen tas om hand på företagsnivå i enlighet med avtalet. Detta ligger väl i förbundslinjen om decentraliserad lönebildning. Avtalet innehåller vidare en för företagen tvingande skrivelse om att revisionen och dess resultat skall dokumenteras, oavsett om den sker med lokalfacklig part eller direkt med enskilda läkare.

Lönestatistik på lokal nivå är ett viktigt verktyg i lönebildningen både för enskilda och för lokala fackliga företrädare. Mellan Läkarförbundet och Vårdföretagarna föreligger ett avtal om partsgemensam lönestatistik där förbundet får ta del av Svenskt Näringslivs statistikunderlag. De enskilda företagen är sinsemellan konkurrenter och enskildas löneuppgifter omfattas inte av offentlighetsprincipen. Inom många företag betraktas uppgifter om enskilda löner som företagshemlighet. En förutsättning för det partsgemensamma avtalet om lönestatistik är därför att statistikuppgifterna inte används för att offentliggöra lönestatistik presenterat på företagsnivå. Löneavtalet ger en rättighet för de lokalfackliga anställda på





## FULLMÄKTIGE 2022

företaget att ta del av löneunderlaget varför arbetet med att utveckla den lokalfackliga organisationen är ett för kansliet ett prioriterat arbete.

I december 2022 arrangeras en temadag riktad mot lokalföreningarna och förtroendevalda anställda på privata vårdföretag. Under temadagen kommer kollektivavtalen med Vårdföretagarna att genomlysas för att inspirera till hur förtroendevalda kan använda lag och avtal för att bedriva fackligt arbete inom privat sektor.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse första, fjärde och femte att-satsen **besvarade**
- att **avslå** andra och tredje att-satsen

### **28 Inkludera underläkare under Med.stud.-avtalet i HÖK:en**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*

Sedan 1970-talet har underläkares reallöner sjunkit markant, i vissa fall med upp till 25%. Under 2022 har vi sett en inflation som stundtals stigit upp över 8%, detta utan att arbetsgivarna givit signal om vilja kompensera för det i lönekuvertet. På senare år har missnöjet bland Sveriges underläkare med såväl arbetsgivaren, facket och yrket ökat och förtroendet för såväl SLF som arbetsgivaren är i botten. Det är av högsta vikt att vi i Läkarförbundet ökar vårt arbete för att förbättra yngre läkares villkor och lönesituation.

Om fyra år börjar läkarstudenter som går det 6-åriga programmet arbeta som underläkare före examen för första gången. Detta får de göra efter termin 10, ett år före legitimation. Efter examen kommer dessa studenter vara legitimerade och därmed ha lön som legitimerad. Under 2022 ligger medellönen för vikarierande läkare med legitimation på 45 400 kr. 2021 låg medellönen för UL före examen på 28 100 kronor men variationen mellan regionerna är stor där medellönen varierar mellan 25 500–31 000 kronor i olika regioner. Samtidigt upplevde endast 7 procent att de hade möjlighet att i löneförhandling påverka sin lön.

Tanken när man avreglerade underläkarnas minimilön var att individuell lönesättning skulle leda till bättre lönemöjligheter, men utvecklingen har varit motsatt och underläkarlönerna har rasat. Det finns risker att om vi inte vänder utvecklingen med minskade löner att arbetsgivaren kommer använda de låga lönerna efter termin 10 för att motivera ytterligare lönesänkningar för de legitimerade läkarna, sedan BT-, ST- och specialisläkarna. Det är av stor vikt att underläkarlönen före examen inte skiljer sig för mycket från den lön man kommer tjäna som legitimerad läkare.



## FULLMÄKTIGE 2022

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges Läkarförbund i kommande förhandlingsperiod inkluderar Med. stud.-avtalet i huvudöverenskommelsen med en minimumlön på 40 000 kronor för underläkare före examen.

### **Svar:**

Bakgrunden till Med.stud.-avtalet kommer från en tid då det var läkarbrist och det var en anledning till att det s.k. Med.stud.-avtalet träffades. Det fanns ett behov av att kunna ge medicine studenter som inte tagit examen/ej legitimerade studenter möjlighet att kunna vikariera som underläkare.

Eftersom med.stud. inte är behöriga läkare, som inte kan anställas som läkare, skapade avtalet med stöd av Socialstyrelsens föreskrifter, en möjlighet för regionerna att temporärt anställa studenter som underläkare. Studenterna ska ha 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. stud. 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. stud.-avtal 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 övertidersättning 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 lönerevision. Enligt löneavtalet, som är en del av HÖK, ingår endast tillsvidareanställa läkare i lönerevisionen.

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 anser att när det gäller fastställd lägsta lön är det i Med. stud.-avtalet den frågan i sådant fall ska regleras. Det gjordes också i senaste avtalsrörelsen och inför



## FULLMÄKTIGE 2022

kommande avtalsrörelse finns den möjligheten kvar och kan hanteras i kommande yrkanderemiss.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

(notera: förbundet yrkade på ett återinförande av definierad lägsta lön på 30 000 kr för med. stud. i avtalsrörelsen 2020)

## **29 Uppföljning av HÖK:en 2020**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*

I den stora huvudöverenskommelsen 2020 som slöts mellan SKR och Sveriges läkarförbund beslutades att "Lokala parter ska göra en årlig uppföljning och analys av anställningsvillkor och lönestruktur för läkare med tidsbegränsade förordnanden (AT- och BT-läkare) samt tidsbegränsat anställda underläkare och anställda enligt Med stud avtalet".

SLF Student får signaler att detta arbete är svårt att utföra i de lokala avdelningarna och vi ser att det i nuläget inte finns någon central uppföljning/styrning av detta, varför det är svårt för oss att se resultat av denna avtalspunkt. Vi anser det viktigt att man från centralt håll ser till att alla avtalspunkter respekteras och utförs från såväl arbetsgivarsidan som fackligt håll. SLF:s kansli måste bistå de lokala avdelningarna i detta arbete samt faktiskt se till att initiativ till partsgemensamt arbete tas från lokalavdelningarna.

Det är av stor vikt att detta uppföljs samt arbetas med då detta yrkande accepterats i utbyte mot andra viktiga yrkanden som rört arbetet med förbättring av arbetsvillkor och löneläget för våra yngre kollegor.

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för samt stöttar lokalavdelningarna i deras partsgemensamma arbete med den årliga uppföljningen och analysen av anställningsvillkor och lönestruktur för läkare anställda enligt Med stud-avtalet.
- att Sveriges Läkarförbund insamlar samt distribuerar denna information till berörda delföreningar.

**Svar:**



## FULLMÄKTIGE 2022

Förbundsstyrelsen delar motionärens oro om att det finns utmaningar med AT- och BT läkare samt tidsbegränsat anställda underläkare.

Som en viktig del av uppgörelse i avtalsrörelsen 2020 enades läkarförbundet och SKR om en lokal och central protokollsanteckning som innebär att lokala parter årligen ska undersöka villkoren för de med tidsbegränsade anställningar. Uppföljningen ska innehålla en analys av anställningsvillkor och lönestruktur för läkare med tidsbegränsade förordnanden (AT/BT) samt tidsbegränsat anställda underläkare och anställda enligt Med.stud.-avtalet. Bakgrunden är att förbundet anser att denna grupp generellt har haft en svagare löneutveckling under senare år samt behovet av att kunna följa löneutvecklingen särskilt för den nya anställningsformen BT.

I samband med avtalsperiodens utgång samt i uppföljning med lokala parter/delföreningar görs därför en analys av hur avtalsperiodens utfall sett ut för nämnda grupper och försök till att se hur processen kan utvecklas framöver.

Förbundet och delföreningar har återkommande informationsutbyte i denna fråga på de återkommande mötena mellan lokalföreningarnas ordföranden och kanslier.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att anse motionen **besvarad**

## **30 Bättre individuellt stöd från förbundet vid nyanställning**

*Motionär: Stockholms läkarförening*

Vi är bekymrade!

Vi ser att arbetssituationen är alltmer pressad på våra sjukhus, vårdcentraler och mottagningar. Lönerna är inte längre i topp, stressen har ökat och läkares möjlighet till fortbildning har minskat. Många läkare överväger att lämna yrket.

Läkarförbundet hjälper sina regionanställda medlemmar att förhandla lön vid lönerrevisioner, men vid nyanställning är det läkaren själv som förhandlar sin ingångslön och andra villkor. Ett vanligt återkommande problem är läkare som har gått in på en för låg lön och som aldrig riktigt kan lyftas lönemässigt i det lokala varvet. Läkarförbundets svaga stöd i den allra viktigaste förhandlingen är problematiskt. Vid nyanställning är det inte heller ovanligt att man avsäger sig övertid utan att man riktigt förstått vad detta innebär. Även fortbildning är viktig att bevaka och en möjlighet att se till att den verkligen inte prioriteras bort är att reglera rätten till fortbildning redan i anställningskontraktet.



## FULLMÄKTIGE 2022

Genom att säkerställa att alla läkare har verktyg att kräva sin rätt i samband med anställning kan vi öka chanserna att behålla våra kollegor.

Stockholms läkarförening yrkar

- att Läkarförbundet lägger större vikt på information inför att man söker arbete, exempelvis med checklistor
- att Läkarförbundet tar fram verktyg i form av en kontraktsmall med minsta obligatoriska fortbildningsdagar m fl basvillkor, att användas vid anställningsförhandling.
- att Läkarförbundet förstärker medlemsrådgivningen så att medlemmarna verkligen kan anlita förbundet för råd inför en ny tjänst.

### **Svar:**

Förbundet tillhandahåller redan idag råd och stöd inför nyanställning genom flera kanaler. Exempelvis innehåller förbundets hemsida information om förhandling inför nyanställning och generella tips kring vad man bör tänka på, vad anställningsavtalet ska innehålla, osv. Det finns på hemsidan under Råd och stöd en rubrik som heter Arbetsmarknad, med underrubrikerna *Ny på jobbet* och *Söka jobb som läkare*, vilka tillhandahåller råd och stöd inför nyanställning. Under rubriken Lön finns underrubriken *Förhandla vid nyanställning*. Det går också att skriva in specifika sökord för att få fram den information som efterfrågas.

När det kommer till att förhandla *lönen* inför nyanställning ges medlemmarna, utöver den information som finns att tillgå på hemsidan, vägledning genom Saco Lönesök samt lönecoachning i Medlemsrådgivningen. Medlemmarna får genom lönestatistiken kännedom om löneläget hos arbetsgivaren eller sektorn det är fråga om och erhåller genom Medlemsrådgivningen generella råd och tips inför löneförhandlingen. Fortsättningsvis hänvisas också medlemmarna till lokalföreningarna i lönefrågor där de kan ges ytterligare rådgivning om löneläge m.m. Hur väl medlemmen sedan individuellt lyckas förhandla sin lön utifrån de angivna råd hen har fått påverkar naturligtvis utfallet.

Vidare erbjuder förbundet också, via Medlemsrådgivningen, granskning av anställningsavtal. Det har även nyligen spelats in ett webinarum som heter Nytt jobb, vilket även det innehåller råd och stöd när det kommer till nyanställning. Förstärkning av medlemsrådgivningen har succesivt skett under senare år med fler medarbetare som betjänar denna. Avdelningen jobbar kontinuerligt med att förbättra möjligheterna för den enskilde att hitta till rätt sidor i syfte att ta del av informationen på ett lättillgängligt sätt.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

### **31 Läkares arbetsmiljö i dygnetruntvård**

*Motionär: Stockholms läkarförening*

Förbundets arbetsmiljöenkät har åter påvisat behovet av förbättrade villkor i läkaryrket.

Det kommer att på sikt vara svårt att rekrytera yngre kollegor till fortsatt arbete alla tider på dygnet, både för de många arbetstimarna på obekvämt arbetstid som den låga betalningen. Utmaningen gäller även att behålla erfarna kollegor som saknar förutsättningar för ett hållbart arbetsliv.

En särskild utmaning är att motivera att fler läkare behövs då vi är dåliga på att rapportera vår faktiskt arbetade tid, samtidigt som våra specialbestämmelsers skrivning om att jourkomputtag för sömn ska avräknas från den arbetade tiden.

Stockholms läkarförening yrkar

- att förbundet med ännu större intensitet verkar för att arbete på obekvämt arbetstid ska löna sig oavsett avtal.
- att förbundet med ännu större intensitet verkar för att grundlönerna måste ge en konkurrenskraftig livslön redan från start
- att förbundet med ännu större intensitet verkar för att arbete i dygnetruntvård ska ha en rimlig arbetsbelastning oavsett tid på dygnet.
- att förbundet med ännu större intensitet verkar för att förutsättningar finns för en korrekt tidsrapportering avseende ATL.
- att förbundet med ännu större intensitet verkar för att de verksamheter som har ett högt ATL uttag också måste skapa möjlighet att bereda möjlighet till perioder med återhämtning genom tillräcklig bemanning

### **Svar:**

En mycket angelägen motion som belyser frågan om arbetstidens påverkan på flera plan. Ersättningsfrågan liksom arbetsmiljö är prioriterade mål som förbundet fortsätter att jobba med och mot bakgrund av en mer pressad arbetssituation kommer dessa frågor i allt större omfattning adresseras i den aktivitetsplan mm som föreligger samt i kommande



## FULLMÄKTIGE 2022

avtalsrörelse. När det gäller förutsättningar för korrekt tidrapportering ligger ansvaret primärt på arbetsgivare men att lokalföreningen kan via lokalt arbetsmiljöarbete bevaka att rätt förutsättningar finns tillgängliga med de stöd och information som förbundet tillhandahåller.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** första, andra, tredje och femte att-satserna
- att anse fjärde att-satsen **besvarad**

## **32 Ökad representation från lokalföreningarna i förhandlingsdelegationen**

### *Motionär: Västra Götalands läkarförening*

Det är lokalföreningarna som innehar de lokala förhandlingsmandaten, har kunskap om lokala avtal och aktuella frågor lokalt, erfarenhet av förhandlingar och som hanterar konsekvenserna av nya såväl som strukna skrivningar i vårt centrala avtal.

Trots detta är representanterna för lokalföreningarna i minoritet i förhandlingsdelegationen med endast två platser. Detta regleras för närvarande i SLF:s arbetsordning med följande formulering: "FD - Delegationen har sex medlemmar utöver ordförande, samt en permanent adjungering. Utöver ordförande ska ytterligare en ledamot utses av FS efter öppen inbjudan till samtliga delföreningar att nominera en ledamot. Övriga ledamöter i FD skall utses av FS efter nominering av DLF, SYLF, Sjukhusläkarna och Läkarförbundet Student med vardera en ledamot, samt lokalföreningarna genom förslag från deras representant med två ledamöter. Representant från SPLF erbjuder adjungering i FD."

De senaste åren har det kommit allt fler exempel på att regionerna säger upp välfungerande och uppskattade lokala avtal som tidigare utifrån lokala förutsättningar reglerat arbetstid och ersättningar. I stället hänvisar man till vårt gemensamma centrala kollektivavtal. Detta trots att SKR själva skriver på sin hemsida "SKR:s uppdrag är att teckna centrala kollektivavtal, att stärka kommuner och regioner i arbetsgivarrollen och ge möjlighet till egna lösningar inom hela det arbetsgivarpolitiska området. En attraktiv arbetsgivare i kommuner och regioner måste ha goda anställningsvillkor, motivera och ta tillvara medarbetarnas kompetens".

Förhandlingsdelegationen behöver bättre möjligheter att förutsäga konsekvenserna av arbetsgivarens föreslagna avtalsformuleringar genom ett utökat deltagande av representanter från lokalföreningarna.

Västra Götalands läkarförening yrkar



## FULLMÄKTIGE 2022

- att fullmäktige uppdrar åt Förbundsstyrelsen att ändra arbetsordningen med innebörden att lokalföreningarna ska företrädas av två ytterligare representanter

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen ser stora kvaliteter med motionens förslag, bl.a. en möjlig lösning på dilemmat att två sektorer (statlig och privat) helt saknar representation i delegationen. Det öppnar också för en förstärkning av kommunikationen mellan delegationen och lokalföreningarna.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

## **33 Läkarförbundet ♥ Läkaresällskapet**

*Motionär: Seniora läkare*

I Sverige finns två stora nationella organisationer för läkare – Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.

Läkarförbundet är den fackliga organisationen och arbetstagarorganisation som sluter kollektivavtal med arbetsgivare, medan Läkaresällskapet är läkarkårens oberoende, vetenskapliga organisation.

Läkarförbundets och Läkaresällskapets arbete går emellertid mycket i varandra. Båda organisationerna arbetar med utbildning, forskning, etik och kvalitet i vården bl.a. genom att ingå i statliga utredningar och besvara remisser vilket innebär resurskrävande dubbelarbete. Tyvärr innebär detta också att läkarkåren representeras av två röster som kan ha olika åsikter i viktiga frågor vilket observeras av omgivningen med förvåning

Om båda organisationerna gick ihop eller åtminstone arbetade närmare varandra, skulle sannolikt läkarkåren få ett ännu starkare inflytande än idag och förtroendet för vår yrkeskår öka. Många specialistföreningar har valt att både vara en specialistförening inom Läkarförbundet och en sektion i Läkaresällskapet. Samarbetet mellan Läkarförbundet och Läkaresällskapet behöver stärkas ytterligare. Det finns lyckade exempel på gott samarbete t.ex. inom etikfrågor, men mer samarbete behövs. Ett samgående skulle vara ett naturligt steg i utvecklingen och leda till en ännu starkare läkarorganisation i landet.

Seniora läkare yrkar





## FULLMÄKTIGE 2022

- att Läkarförbundet utreder ett samgående mellan Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet.
- att Läkarförbundet utreder hur ett närmare samarbete med Svenska Läkaresällskapet främjas t.ex. genom återkommande möten mellan Förbundsstyrelsen och Svenska Läkaresällskapets ledning.

### Svar:

Sedan 2015, och egentligen ännu längre tillbaka, pågår ett gemensamt arbete med SLS där båda organisationers verksamheter kartläggs och jämförs i syfte att utarbeta en arbetsfördelning som gynnar medlemmarna och blir effektivt. Det rör huvudsakligen tjänstemannasidan i organisationerna. På förtroendemannasidan har sedan 2016 pågått regelbundna möten och diskussioner både på presidienivå och andra nivåer. Man jämför politik och söker efter frågor att driva gemensamt. Det finns många exempel på samarbeten, så som Etikdagarna och förbundets stöttande av de specialitetsföreningar som ansökt om medlemskap som föreningar i SLS. Till vardags sker det mesta av medlemshanteringen med service och avisering gemensamt, såtillvida att förbundet hanterar lejonparten av SLS medlemmar. På så vis fortgår alltså flera utredningar av de typer motionen nämner och det samarbete med regelbundna möten som efterfrågas finns idag.

Covid 19, liksom den omfattande reformen av SLS, har presenterat utmaningar som medfört att både samarbetet och möten har fått stå tillbaka under några år. Däribland ett planerat gemensamt internat med de båda organisationernas styrelser. Allt återupptogs emellertid under 2022.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **34 Medlemsvillkor anpassade efter medlemmarnas livssituationer**

*Motionär: Östra Skånes läkarförening*

”Sveriges läkarförbund är ett professions- och fackförbund för alla läkare under hela karriären.”, och vår styrka är att vi samlar majoriteten av den svenska läkarkåren med över 56 000 medlemmar. Under en hel karriär sker många förändringar i ens professionella men även privata liv. Vi kan bli föräldrar, vi kan bli sjuka och vi kan bli av med jobbet. I dagsläget finns nedsättning av medlemsavgiften för de medlemmar som nyligen tagit läkarexamen



## FULLMÄKTIGE 2022

(under 3 år 4 månader), är varaktigt icke yrkesverksamma eller är pensionärer. Däremot finns det ingen differentiering för de yrkesverksamma medlemmarna som blir föräldralediga, sjukskrivna en längre tid, eller arbetslösa utan en ingången inkomstförsäkring eller a-kassa. Då utgör medlemsavgiften en utgift som för flertalet innebär en merkostnad som i dessa livssituationer prioriteras bort.

Förbundet har i nuläget även en karenstid på sex månader för individuellt stöd, för att säkra att ingen kan åka snålskjuts. Men det riskerar att ytterligare distansera förbundet från nya potentiella medlemmar när de behöver stöd och hjälp från fackliga företrädare. Andra fackförbund med medlemmar som arbetar inom hälso- och sjukvården har kortare karenstid och/eller uppsägningstid av sitt fackliga medlemskap ifall personen i fråga fortsätter att arbeta inom professionen.

En anpassning av dessa grundläggande medlemsvillkor kan öka Sveriges Läkarförbunds attraktionskraft och förmåga att bibehålla medlemmar i alla livets skeenden.

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbunds Fullmäktige beslutar om att införa en kraftig reduktion av den del av medlemsavgiften som är förbundsavgift<sup>1</sup> för medlemmar som under en period (på minst en månad) är föräldralediga, sjukskrivna eller arbetslösa (utan inkomstförsäkring).
- att Sveriges Läkarförbunds Fullmäktige antar ändring av stadgarna avseende §14, stycke 2 och §16, stycke 1 enligt: §14 "Medlem har inte rätt till individuellt fackligt stöd av förbundet förrän tre månader förflutit efter ansökan om medlemskap. Undantag härifrån kan göras om särskilda skäl föreligger." §16 "Medlem som önskar utträde ur förbundet ska skriftligen anmäla detta. Utträdande sker med tre månaders uppsägningstid."<sup>i</sup>  
Nuvarande belopp: 264 kr (2022-08-01)

### **Svar:**

Läkarförbundet har redan en avgiftsreduktion för medlemmar som får minskade inkomster, oavsett om det rör sig om arbetslöshet, föräldraskap eller annan orsak. Det faktum att denna motion efterlyser en sådan reduktion, samt att flera medlemmar som trätt ur förbundet uppger just minskade inkomster (föräldraskap) som grund, visar tydligt att förbundet behöver bli betydligt bättre på att informera medlemmarna om denna avgiftsreduktion. I "besvarad" ligger alltså i detta fall en översyn över hur förbundet säkrar att medlemmarna är medvetna om reduktionen.

Det finns flera variationer på medlemskap som används av fackföreningar, som alla bygger på värderingen att ingen ska åka snålskjuts. Finansieringsmodellen klarar inte att



## FULLMÄKTIGE 2022

medlemmar konsumerar (och betalar för) tjänster bara när de faktiskt behöver dem, finansieringen måste vara solidarisk för att gå ihop. I klartext alltså att många medlemmar betalar lite hela tiden, oavsett om de behöver förbundets hjälp eller ej. Det är därför vanligt med regeln att man inte får ta med sig en konflikt in i sitt medlemskap i ett förbund. Vissa förbund saknar karenstid helt, men utreder i gengäld alla ärenden som medlemmar tar upp för att fastställa om dessa startat inom tiden för medlemskap. Det är i realiteten ofta svårt att utreda och fastställa när sådant som arbetsplatskonflikter eller personalärenden egentligen börjar och Läkarförbundet har valt en annan lösning. Medlemmar får ta med sig konflikter in i sitt medlemskap, d.v.s. ha problem de behöver hjälp med redan när de blir medlemmar. Med en karenstid om sex månader räknar förbundet med att sådana eventuella problem hunnit bli inaktuella efter karenstidens utgång, och hursomhelst att karenstiden medför att medlemmar inte lockas av att söka medlemskap när de befinner sig i en konflikt eller annat problem eftersom de inte får stöd.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

### **35 Aktiva val - en kompromisslösning alla kan vara missnöjda med?**

#### *Motionär: Västra Götalands läkarförening*

Kostens påverkan på klimatet och huruvida SLF endast ska servera vegetarisk kost har upprepat debatterats på fullmäktige senaste åren. Utan att ta ställning i sakfrågan ser vi att sannolikheten för att rösterna för och emot ska övertyga varandra, som lika osannolikt som att vårdplatsbristen kommer lösas genom politisk floskelbingo på temat digitalisering. Som fackförbund bör vi dock vara väl förtrogna med konceptet att de minst dåliga kompromisserna i låsta lägen ibland innebär att alla är lika missnöjda.

Västra Götalands läkarförening yrkar

- att SLF, i de fall mat serveras och kött/fisk är ett alternativ, ser till att alla deltagare aktivt måste välja om de önskar det vegetariska, veganska eller kött/fisk-alternativet, i stället för att kött/fisk är det förvalda standardalternativet

### **Svar:**



## FULLMÄKTIGE 2022

Förbundsstyrelsen är lika med motionären missnöjd med denna kompromiss och vårdar sitt ansvar bäst genom att tillse att alla övriga i förbundet också blir det.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att **bifalla** motionen

### **36 Stärk seniora forskande läkares ställning**

*Motionär: Seniora läkare*

Att kliniskt verksamma läkare får möjlighet att forska är viktigt för den medicinska utvecklingen och kunskapsspridningen inom svensk hälso- och sjukvård. En nyligen publicerad studie från Svenska läkaresällskapet visar att antalet läkare med docentkompetens sjunker. Detta är ett direkt hot mot den medicinska forskningen, då det resulterar i en brist på mer seniora forskare som kan fungera som erfarna handledare. De seniora forskningsverksamma läkarna är också viktiga när nya metoder för behandling ska införas och utvärderas för att förbättra vårdens kvalitet.

För att bedriva forskning behövs resurser i form av externa medel, då varken fakultetsmedel eller ALF-medel förslår. Möjligheter för seniora läkare med docentkompetens att erhålla externa medel är begränsade, då bl.a. Vetenskapsrådet och Stiftelsen för strategisk forskning endast beviljar anslag till dem som har en anställning vid ett lärosäte. Äldre kollegor, som fortsätter att arbeta i sjukvården efter ordinarie pensionsålder, kan således inte beviljas anslag. Det innebär att seniora forskare är diskriminerade av stora anslagsgivare.

Den som är professor emeritus har ofta rätt till en arbetsplats med tillgång till dator och inlogningar för att få tillgång till vetenskaplig litteratur via universitetsbibliotekens databaser, men docenter har inte samma rätt till arbetsplats efter sin pensionering. Det gör det svårt att bedriva forskning, samtidigt som docenter – även de äldre – behövs för handledning av doktorander.

Seniora läkare yrkar

- att Läkarförbundet verkar för att seniora forskare ska få söka forskningsanslag oavsett om de är anställda vid ett lärosäte eller ej
- att Läkarförbundet verkar för att seniora forskare får tillgång till arbetsplats och inloggning i universitetens databaser.



## FULLMÄKTIGE 2022

### Svar:

Seniora forskande läkare är mycket viktiga för hälso- och sjukvården. Precis som motionären påpekar är de avgörande för att säkerställa en god återväxt genom handledning av yngre kollegor. Vi delar den oro som framförs angående det sjunkande antalet läkare med docentkompetens. Förbundet har nyligen, i en medlemsundersökning, slagit fast att 16 procent av läkarna som är 66 år eller äldre fortfarande forskar. Möjligheterna för seniora läkare att fortsätta forska och handleda behöver öka.

Det är inte enbart personer anställda vid lärosäten som får söka forskningsanslag. En senior läkare som är anställd av en region kan beviljas forskningsanslag av t.ex. Vetenskapsrådet, VR, förutsatt att övriga villkor är uppfylla. Även Stiftelsen för strategisk forskning har utlysningar av forskningsmedel där det förvaltande organet kan vara en region.

Seniorforskare kan återanställas efter 67 års ålder för anställningar om max ett år i taget. Docenter som efter ordinarie pensionsålder handleder doktorander borde ha tillgång till databaser mm vid den arbetsplats där de fortfarande har sin anställning. När det gäller docenter som har gått i pension anser Läkarförbundet att praxis ska kunna variera lokalt.

Förbundsstyrelsen är noga med att, närhelst vi får möjlighet, påpeka att läkare ska ha möjlighet att forska genom hela karriären. Under hösten 2022 besöker vi lärosäten för samtal om forskande läkares villkor. Att vid dessa tillfällen ta upp villkoren för forskande läkare som passerat pensionsåldern, är för oss både självklart och viktigt.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att motionen anses **besvarad**

## **37 Forska mera för sjukvårdens framtid och då som anställd**

### *Motionär: Sveriges Läkarförbund Student*

I dagsläget pågår en negativ trend där allt färre läkare forskar. På lång sikt resulterar detta i en negativ kompetensförsörjning som kan bidra till att sjukvårdens utveckling blir sämre. Detta är ett händelseförlopp som har pågått alldeles för länge och i samband med pandemin har dessutom forskningsskulden blivit ännu större.

Det finns ett stort intresse för forskning bland läkare och läkarstudenter. Enligt en undersökning som publicerades i läkartidningen (Läkartidningen. 2018;115:E393) vill 70-80% av läkarstudenterna forska men att det finns olika hinder som stoppar forskningen. Dessa



## FULLMÄKTIGE 2022

kan till exempel bero på dåliga arbetsvillkor. Situationen kan verka hopplös och dystert men det finns faktiskt något som kan bidra till att fixa problemet.

Genom att anställa fler läkarstudenter i forskningssyfte kan den negativa trenden brytas. Det finns till exempel ett forskningsprogram på Sahlgrenska Akademin i Göteborg med syftet att öka rekryteringen av läkare till medicinsk forskning. Data och statistik visar på att programmet har ett högt söktryck och att en stor andel fortsätter till forskarutbildningen. Genom detta program erbjuds läkarstudenter en anställning genom vilken de kan undervisa samt forska parallellt med studierna samt under somrarna. Både intresset för denna anställningsform samt den goda förankringen den ger i forskning inför forskarutbildning belyser starkt vikten av att tidigt få in studenter i en trygg anställningsform för att kunna utöva och förkovra sig i forskningen.

Därmed anser vi att man måste arbeta tydligare med att integrera just anställningsmöjligheter inom forskning redan under grundutbildningen. Om ej detta kan göras och trenden med sjunkande antal forskande unga läkare fortsätter har vi, sjukvården och samhället en dystert framtid stundande.

Sveriges Läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges läkarförbund verkar för att fler anställningsformer och tjänster i forskningssyfte införs för läkarstudenter på de lärosäten som bedriver läkarprogrammet.

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen håller med motionären om vikten av att främja forskande läkarstudenter, men anser inte att fler anställningsformer är rätt väg att gå. Läkarförbundet har föreslagit utökade resurser till sommarforskarskolor och att fler läkarstuderande erbjuds sommarjobb inom forskning, med konkurrenskraftiga löner. Förbundet vill, i enlighet med sin forskningspolicy, också främja kombinationsutbildningar, där läkarprogrammet kombineras med forskarutbildning.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **38 Förenade anställningar vid universitet inom ämnesområdet rättsmedicin**

*Motionär: Svensk rättsmedicinsk förening*



## FULLMÄKTIGE 2022

Rättsmedicinalverket (RMV) bildades 1991 och har sedan dess haft övergripande ansvar för utövandet av rättsmedicinska förrättningar i Sverige. Rättsläkare inom RMV utför samtliga rättsmedicinska obduktioner i Sverige samt utfärdar rättsintyg baserade på rättsmedicinska undersökningar av målsägande och misstänkt gärningsperson, och/eller på utredningshandlingar. RMV har dessutom ansvaret för att genomföra medicinska åldersbedömningar inom ramen för både brottmåls- och asylprocessen. Rättsläkares bedömningar kan ha stor betydelse för såväl rättsväsendet som för individer.

Innan Rättsmedicinalverket bildades var varje Statens rättsläkarstation en fristående myndighet med stark universitetskoppling. Denna universitetskoppling har till stora delar monterats ned, och har fram till nyligen bibehållits i form av så kallade förenade anställningar där en akademiskt och kliniskt meriterad rättsläkare anställts av universitet som universitetslektor eller professor för att driva forskning och utveckling inom ämnet samt för att bedriva kvalificerad undervisning av exempelvis läkarstudenter och doktorander. Sådana förenade anställningar är vanliga inom hälso- och sjukvården.

Fram till helt nyligen var dessa tjänster inom ämnet rättsmedicin upplagda på så sätt att innehavaren var anställd av ett universitet och från universitetet lånades personen ut till RMV för klinisk tjänstgöring. Detta garanterade att de akademiska tjänsterna stod fria från politisk eller annan påverkan genom att de var skyddade av universitetens forsknings- och undervisningsfrihet samt den tredje uppgiften att informera samhället om utvecklingen inom ämnesområdet rättsmedicin. Rättsläkare med dessa förenade anställningar har vid flera tillfällen senaste åren varit aktiva i samhällsdebatten, exempelvis då RMV planerade att lägga ned rättsläkarnas jourverksamhet, de lokala rättsmedicinska laboratorierna samt i debatterna kring medicinska åldersbedömningar och skakvåld.

Sedan ett par år har de förenade anställningarna inom området rättsmedicin dock monterats ned på initiativ av RMV. De har ersatts av ett system där rättsläkare med akademisk tjänst på ett universitet tvingas att ha antingen två arbetsgivare, RMV och lärosätet, eller RMV som arbetsgivare med adjungering till universitetet. Förutom att detta medför praktiska problem i form av två av varandra helt oberoende arbetsgivare, uppstår en hel del praktiska problem med bland annat ansvarsfrågor, disponering och planering av arbetstid samt utvärdering av uppnådda resultat. Adjungering utgör det sämsta alternativet då dessa tjänster kan tillsättas utan öppen konkurrens, och saknar den långsiktighet och stabilitet som präglar en fakultetstjänst. Utan möjlighet till förenade anställningar finns således risk för inskränkning av innehavarens fria forskning och undervisning samt av möjligheten att utföra den tredje uppgiften. De förenade anställningarna var en garant för rättsläkarprofessionens oberoende i medicinska frågor.

SRF yrkar



## FULLMÄKTIGE 2022

- att Sveriges Läkarförbund ska arbeta aktivt för att det ska inrättas förenade anställningar, på motsvarande sätt som inom hälso- och sjukvården, mellan universitet och RMV, men även avseende andra svenska så kallade expertmyndigheter där liknande behov kan finnas, såsom Folkhälsomyndigheten;
- att sådana förenade anställningar finansieras av universitetet i fråga och ger tjänsteinnehavaren heltidsanställning vid universitetet, men i tjänsten ges möjlighet till klinisk tjänstgöring vid RMV eller annan myndighet.

### **Svar:**

Läkarförbundet är medveten om problemet som Svensk rättsmedicinsk förening tar upp i sin motion och har påtalat detta för Arbetsgivarverket och inom SACO-S.

11 § i LOA reglerar att man inte får ha två statliga tillsvidareanställningar. Regeringen har tillsatt en utredning, *Uppdrag att se över eventuella hinder mellan högskolan och andra sektorer* (U2022/02088). I uppdragsbeskrivningen tas särskilt upp utmaningar inom det medicinska området och begränsningarna i regleringen av förenade anställningar.

Det finns också en utredning, *En hjälpande hand* (Fi 2021:C), som ska föreslå åtgärder för att underlätta in- och utlån av personal mellan myndigheter.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **39 Huvudmannaskap arbetsmedicin**

*Motionär: Svenska företagsläkarföreningen, SFLF*

Mynak fick av regeringen 2020 i uppdrag att utreda företagshälsovårdens kompetensförsörjning.

ÅTERRAPPORTERING AV UPPDRAG I REGLERINGSBREV 2020: "Mynaks utredning och möjliga lösningar avseende utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården: Uppgiften kräver detaljkunskap om utbildningarnas upplägg och behov, specialistkompetens för att anordna dessa utbildningar digitalt och på distans; professionella avvägningar och möjligen politiska prioriteringar som bedöms ligga utanför myndighetens kompetens och mandat"





## FULLMÄKTIGE 2022

Den nya specialistutbildningen i Arbetsmedicin infördes 2015. Det är brist på läkare inom företagshälsovården och att utbilda nya specialister har försvårats av det begränsade antalet arbets- och miljömedicinska kliniker samt inneburit stora ekonomiska utmaningar, eftersom det till skillnad från alla andra ST-utbildningar är arbetsgivaren som finansierar utbildningen, helt utan offentliga medel.

SFLF, Svenska företagsläkarföreningen, och specialitetsföreningen SAMF, Svensk arbets- och arbetsmiljömedicinsk förening, har därför i samarbete med flera Arbets- och miljömedicinska kliniker startat STAM-grupper (BAS-grupper) för ST i Arbetsmedicin vilket i kombination med intensivveckor på arbets- och miljömedicinsk klinik och deltagande i SFLF:s kurser möjliggjort att fler företagsläkare kunnat ta ut arbetsmedicinsk specialitet.

Idag är närmare ca 900 av Sveriges drygt 1100 företagsläkare i pensionsålder och specialister enligt den gamla företagsläkarutbildningen. För att säkerställa och stärka företagshälsovårdens roll inom organisatorisk och social arbetsmiljö, prevention och arbetslivsinriktad rehabilitering måste kompetensförsörjningen av arbetsmedicinspecialister säkerställas.

SFLF yrkar

- att Svenska Läkarförbundet verkar för ett statligt övertagande av huvudmannaskap och finansiering för specialistutbildningen i Arbetsmedicin

### **Svar:**

Motionärerna pekar på en viktig fråga som ofta aktualiseras för specialiteter som inte alltid verkar i en klassisk klinisk sjukhus- eller vårdcentralsmiljö. Vi har redan idag specialiteter som har andra huvudmän för läkares specialiseringstjänstgöring än hälso- och sjukvårdshuvudmännen.

Sveriges läkarförbund anser att motionärernas förslag ligger väl i linje för att framgent kunna säkra kompetensförsörjningen av specialister i arbetsmedicin och därmed i företagshälsovården. Förbundet bistår, utifrån förmåga, således gärna i Svenska företagsläkarföreningens och Svensk arbets- och miljömedicinskt föreningsarbete för ett förändrat huvudmannaskap för specialiteten arbetsmedicin.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**



## FULLMÄKTIGE 2022

### **40 Nationell slutexamination för att säkra en god kvalitet på den sexåriga läkarutbildningen**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student och Sjukhusläkarna*

Från och med den 21 juli 2021 började den nya sexåriga läkarutbildningen gälla. Det har inneburit att läkarprogrammet blivit en termin längre och att utbildningen leder till en legitimation direkt efter examen.

Tidigare studenter har haft en slutexamination i form av AT-provet, vilket har varit ett slutligt bevis på att studenterna haft de kunskaper som krävts för att gå in i arbetslivet som läkare.

I och med den nya sexåriga läkarutbildningen så kommer ett godkänt AT-prov inte längre vara ett krav för att studenterna skall få sin legitimation. Risken finns då att studenterna får sin legitimation trots allvarligt bristande kunskaper inom sitt framtida yrke.

En nationell slutexamination borde därmed införas i slutet av grundutbildningen på läkarprogrammet för att säkerställa att läkarstudenterna har de förmågor och kunskaper som krävs för att utöva läkaryrket. En sådan slutexamination skulle även kunna påvisa eventuella skillnader i utbildningskvalitet mellan de olika lärosätena, vilket är nödvändigt för att kunna erbjuda alla studenter den bästa möjliga utbildningen oavsett studieort.

Sveriges läkarförbund Student och Sjukhusläkarna yrkar

- att i och med övergången till den sexåriga läkarutbildningen skall Sveriges Läkarförbund verka för införandet av en nationell slutexamination i slutet av grundutbildningen som krav för legitimation

#### **Svar:**

Frågan om en nationell slutexamination diskuterades i utredningsarbetet inför den nya läkarutbildningen. Då fanns inget stöd inom förbundet för att införa en sådan slutexamination. Läkarförbundet och dess utbildnings- och forskningsråd (UFO) var mycket involverade i utformningen av det nya läkarprogrammet, och framförde inte några önskemål om slutexamination under det arbetets gång. Frågan har varit uppe för beslut på Läkarförbundets fullmäktige år 2019. Då beslöt fullmäktige att förbundet inte skulle verka för införandet av en nationell slutexamination.

Läkarprogrammet innehåller en stor mängd examinationer och bedömningar. Förbundsstyrelsen menar att det är tveksamt om en nationell slutexamination av det slag som motionärerna yrkar för skulle medföra några fördelar vare sig som pedagogisk insats



## FULLMÄKTIGE 2022

eller som kontrollfunktion. Läkarförbundet erfar också att det inte heller finns något stöd för införandet av en sådan examination från universitetens håll.

Läkarförbundet har hela tiden varit fullt medvetna om att det nya läkarprogrammet inte skulle avslutas med någon slutexamination. Förbundsstyrelsen anser inte att det finns skäl för förbundet att nu ändra ståndpunkt i frågan, och att dessutom göra det nu när det främsta påverkansfönstret är stängt och implementeringen just har påbörjats.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **41 Ökat inflytande och delaktighet för kliniskt aktiva läkare under hela läkarutbildningen**

### *Motionär: Sjukhusläkarna*

Läkare på olika nivåer och i olika roller har redan nu inflytande över svensk läkarutbildning men Sjukhusläkarna upplever att kliniskt verksamma läkare har för lågt inflytande över hela utbildningens innehåll och praktiska genomförande.

Lärosäten som examinerar läkare har en programnämnd som ansvarar för den grundläggande läkarutbildningen vilken konkretiserar innehållet i utbildningen. Här uppstår en konflikt mellan önskan att lära ut "hårda" fakta och mer "mjuk" samhällsorienterande och förvisso viktig kunskap. Detta tillsammans med begränsningar i möjlighet att schemalägga studenter, som gör att undervisning inklusive inläsning skall rymmas inom en 40-timmars vecka, gör att det blir trångt under de tolv terminer som ska leda till legitimation. Här är det viktigt att kunna integrera hårda och mjuka kunskaper utan att tappa basal nödvändig kunskap som möjliggör en fortsatt klinisk utveckling med "livslångt lärande".

Läkarutbildningen delas historiskt upp i en preklinisk och en klinisk del. Även om gränserna under senare år mjukats upp är det fortfarande tydligt att inflytandet och deltagandet av kliniskt aktiva läkare är mycket ringa under de prekliniska terminerna.

En begränsande faktor är att det är svårt att frigöra kliniskt aktiva läkare för att delta i undervisningen på alla nivåer. Undervisningserfarenhet och pedagogisk vidareutbildning har också ett betydligt lägre meritvärde än klinisk verksamhet och ledningsuppdrag. Det faktum att universiteten är huvudmän för utbildningen försvårar också deltagande av kliniskt aktiva läkare utan kombinationstjänster i framför allt den prekliniska utbildningen. Det verksamhetsförlagda lärandet sker i regionernas verksamhet inom ramen för ALF-avtal



## FULLMÄKTIGE 2022

medan deltagande i preklinisk utbildning är sämre reglerat vilket minskar interaktionen med kliniken.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet verkar för att öka kliniskt verksamma läkares inflytande över läkarutbildningen på alla nivåer
- att Läkarförbundet verkar för att öka meritvärdet för undervisning på såväl preklinisk som klinisk nivå
- att Läkarförbundet verkar för att meritvärdet för pedagogisk utbildning ökar bland kliniskt aktiva läkare
- att Läkarförbundet verkar för att ekonomisk ersättning följer undervisningsuppdraget till aktuell undervisningsenhet

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärernas uppfattning att det är viktigt att kliniskt verksamma läkares inflytande över läkarutbildningen stärks. Däremot anser förbundsstyrelsen att den första att-satsen har en alltför vid definition för att bifallas. Även om förbundsstyrelsen är av uppfattningen att kliniskt verksamma läkares inflytande över läkarutbildningen bör stärkas, rent generellt, är det trots allt en mängd olika faktorer som bör vara styrande för läkarutbildningen och vilka som ges inflytande över denna. Därför föreslår förbundsstyrelsen att den första att-satsen avslås.

I Läkarförbundets Kompetensförsörjningspolicy slår förbundet fast att läkare måste kunna kombinera kliniskt arbete med särskilda forsknings- eller utbildningsuppdrag under ordinarie arbetstid. I samma kompetensförsörjningspolicy skrivs att uppdragen ska ses som lika meriterande och att läkaren ska erhålla ett rimligt lönetillägg för respektive uppdrag. Mot bakgrund av detta anser förbundsstyrelsen att såväl den andra som den tredje att-satsen i motionen kan anses besvarade. Dessa att-satser motsvarar en hållning som förbundet redan har och verkar för.

Förbundsstyrelsen är medvetna om att ekonomisk ersättning för undervisande läkare kan skilja sig åt mellan lärosäten och regioner. Mot bakgrund av hur den fjärde att-satsen är formulerad föreslår förbundsstyrelsen dock att denna att-sats avslås. Att-satsen som sådan är svårtolkad och blir därmed svår att genomföra. Frågan kanske snarast hör hemma i kommande avtalsförhandlingar.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

### **42 Likvärdigt utbildnings-ansvar för aktörer inom hälso- och sjukvården**

#### *Motionär: Östra Skånes läkarförening*

Inom primärvården bedrivs en allt större del i privat regi, där 41% har samtliga listade individer har en privat utförare. I SKR:s senaste utredning kring läkartillgången inom primärvården går att utläsa att antalet ST-läkare inom allmänmedicin har stigit över tid, medan antalet specialisläkare inom allmänmedicin har sjunkit med 15% under samma period mellan 2010–2020 i offentlig regi.<sup>1</sup>

SKR har i sina personalregister, översikt över antalet regionanställda distriktsläkare och ST-läkare, och har som led i utredningen även manuellt inhämtat uppgifter om antalet ST-läkare i allmänmedicin hos de privata aktörerna. Uppgifter från maj/juni 2021 anger antalet regionanställda ST-läkare till 2116 (64,4%), och inom privat regi 1170 (35,6%). Förhållandet mellan antalet distriktsläkare och ST-läkare i allmänmedicin inom offentlig regi ligger på 1,3 distriktsläkare per ST-läkare.

När en större andel av primärvården bedrivs i privat regi, med färre antal distriktsläkare som kan handleda det ökande antalet ST-läkare i offentlig regi, behöver fler ST-läkare utbildas av de privata aktörerna, där troligtvis merparten av de tidigare region-/landstingsanställda distriktsläkare har gått över till.

Inom sjukhusspecialiteterna är väntetiderna långa för ST-läkares sidotjänstgöringar och utgör svåra flaskhalsar, där det har krävts lokala avtal mellan till exempel Region Skåne och Region Sjælland (Danmark), för att möjliggöra fler sidotjänstgöringsplatser inom anesthesi- och intensivvården. När det tillkommer fler skattefinansierade privatdrivna specialistmottagningar, operationsenheter och sjukhus, skall utbildningsansvaret fördelas i förhållande till etableringsgrad, och inkludera samtliga aktörer inom hälso- och sjukvården.

Utebliven ersättning från sjukvårdens huvudmän till de privata vårdgivarna har tidigare gett upphov till debatt, medan vårdenheter inom offentlig sjukvård har en skyldighet att motta ST-läkare som led i deras sidotjänstgöringar utan någon extra ersättning.



## FULLMÄKTIGE 2022

Det är redan Sveriges Läkarförbunds politik att "Staten tar över ansvaret för dimensioneringen och samordningen av antalet BT- och ST-tjänster framöver", men tills det sker behöver mer göras i nuvarande ordning.

[https://skr.se/download/18.eb74a4a17f44902bcea7fc/1646231627191/La%CC%88kare%20i%20prima%CC%88rva%CC%8Arden\\_SKR.pdf](https://skr.se/download/18.eb74a4a17f44902bcea7fc/1646231627191/La%CC%88kare%20i%20prima%CC%88rva%CC%8Arden_SKR.pdf)

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för ett likvärdigt utbildningsuppdrag och utbildningsansvar för alla aktörer inom hälso- och sjukvården, inklusive ackrediterade vårdenheter som ingår i vårdvalssystemet.
- att Sveriges Läkarförbund verkar för nationella ersättningsramar för mottagande vårdenheter där ST-läkare fullgör sin sidotjänstgöring, som skall gälla för både offentliga och privata vårdgivare.

### **Svar:**

Motionärerna pekar på en fråga som kommit att bli allt mer aktuell i ett sjukvårdssystem med både offentliga och privata vårdgivare. Sveriges läkarförbund delar motionärernas syn på att samtliga vårdgivare ska delta i utbildningen av läkare.

I juni 2022 beslutade förbundsstyrelsen att gå vidare med ett förslag om utbildningsregioner. Syftet med utbildningsregionerna är att vissa regioner, utöver det generella utbildningsuppdraget, ska, med särskild finansiering, kunna få ett särskilt utbildningsuppdrag inom angivna specialiteter, för att på så vis säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare nationellt.

I förslaget föreslås bland annat ett tydliggörande i Hälso- och sjukvårdslagen om att samtliga vårdgivare ska delta i utbildningen av läkare på anmodan av hälso- och sjukvårdshuvudmannen, staten eller den enskilda vårdgivaren. Genom en sådan ändring skulle samarbete kring läkares utbildning, mellan både offentliga och privata vårdgivare, såväl understrykas som göras tvingande i lag.

Förslaget om utbildningsregioner ska under hösten 2022 presenteras för beslutsfattare. Vissa delar behöver fortsatt utredas. I ett senare skede skulle till exempel nationella ersättningsramar för läkares sidotjänstgöring kunna vara ett ytterligare område att belysa.

**Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**



## FULLMÄKTIGE 2022

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

### 43 Ökade ALF-medel väsentligt för fortsatt bibehållen utbildningskvalité

*Motionär: Sveriges Läkarförbund Student*

God klinisk utbildning är en essentiell aspekt av en läkares utbildning. Fundamentet läggs redan i grundutbildningen; placeringar där studenter känner sig ovälkomna eller inte ges chans att lära sig kan avskräcka studenten från specialiteten som helhet.

Ansvar för den kliniska utbildningen delas av lärosäten och regioner, och för att det ska vara kostnadsneutralt för regionerna betalar Utbildningsdepartementet ut s.k. ALF-medel. Bidragets storlek beslutas av riksdagen, och enligt 2022 års budget betalades 80 387 kronor ut per helårsstuderande. Regionerna själva uppskattar att kostnaden i dagsläget uppgår till 128 492 kronor, men att kostnaden förväntas stiga till 145 225 kronor i takt med att studenter på 6-åriga läkarprogrammet kommer ut på kliniska placeringar.

Frågar man läkarstudenter är tidsbrist för handledaren en viktig anledning till att de inte får möjlighet att öva på praktiska moment under sin VFU. Det 6-åriga läkarprogrammet kommer ställa högre krav på att studenter får tillfälle att delta i det kliniska arbetet; således kommer kraven på handledarna förändras. För att tillgodose behoven av handledning krävs plats i budget, och scheman, annars riskerar vi sämre arbetsmiljö för de läkare som ska handleda. Grundutbildningens budget berör läkare i alla steg av karriären, både nu och i framtiden.

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges läkarförbund verkar för ökade ALF-medel för grundutbildningen för att spegla de reella kostnaderna av att tillhandahålla klinisk utbildning av läkarstudenter.

#### **Svar:**

Det är dessvärre väl känt att läkarutbildningens kliniska delar redan idag är underfinansierade. Med en tolfte termin kommer detta problem att förvärras ytterligare. Förbundsstyrelsen delar motionärernas uppfattning om att ALF-medlen behöver utökas, för att spegla de reella kostnaderna.

#### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen



## FULLMÄKTIGE 2022

### **44 Utökade platser på läkarutbildningen ger sämre utbildningskvalitet och gör att väntetiden till läkarlegitimation fortsätter att öka**

*Motionär: Sveriges Läkarförbund Student*

För att säkra kompetensförsörjningen av läkare och komma i bukt med bristen på verksamma specialister inom sjukvården har regeringen beslutat att utöka läkarutbildningen med 440 platser från 2017 till 2023. Samtidigt har universiteten och regioner misslyckats med att möta det ökade behovet av utbildningstjänster. Brist på lokaler, material, lärare har lett till schemasvårigheter samtidigt som den nationella handledarbristen har lett till större studentgrupper med färre patientmöten per student. Dessa organisatoriska och 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.

Därutöver har den obalanserade utbyggnaden av grundutbildningen till läkare förvärrat flaskhalsproblematiken kring AT-tjänster, där köerna växer för varje år. Det stora glappet mellan behovet av AT platser och det existerande antalet AT-platser leder till att tiden till färdig specialistläkare ökar eftersom olegitimerade läkare tvingas jobba i genomsnitt ett år extra i väntan på AT. Att öka antalet utbildningsplatser är alltså ingen lösning till ursprungsproblematiken med bristen på specialistläkare, utan skapar i stället en större press och sämre arbetsmiljö bland läkarstudenter som tvingas konkurrera över de få AT-platserna samt ST-platser som finns.

Därmed är det av oerhörd vikt både för utbildningskvalitén, arbetsmiljön och den framtida patientsäkerheten att dimensioneringen av utbildningsplatserna på de svenska läkarutbildningarna görs samordnat efter regionens kapacitet. Att utöka platserna på läkarprogrammet utan att säkerställa att kvalitén på utbildningen behålls och att de som utbildats har någonstans att ta vägen efter examen är ohållbart.

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för att antalet utbildningsplatser på grundutbildningen till läkare i Sverige inte utökas.
- att Sveriges Läkarförbund verkar för en minskning av antalet utbildningsplatser på grundutbildningen för läkare i Sverige

**Svar:**





## FULLMÄKTIGE 2022

Förbundsstyrelsen delar helt och hållet motionärernas problembeskrivning: regionerna har misslyckats med att möta behovet av utbildningstjänster. Det är ett stort problem. Just därför är det förbundets mål att staten ska ta ett helhetsansvar för samtliga delar i läkares utbildning. Antalet utbildningsplatser behöver dimensioneras och samordnas nationellt för att möta behoven. Arbete i denna riktning pågår, bland annat genom det Nationella vårdkompetensrådet. Läkarförbundets mål är alltså att staten ska ta ansvar inte bara för platserna på läkarutbildningen, utan också för de senare delarna i läkares utbildning genom AT-, BT- och ST-tjänster.

För att nå en kompetensförsörjning i balans måste vi utbilda tillräckligt många läkare, under samtliga delar av läkares utbildning. Att minska antalet platser på grundutbildningen eftersom regionerna misslyckats med att erbjuda tillräckligt med utbildningstjänster är fel väg att gå, enligt förbundsstyrelsen. Det råder brist på specialistläkare inom samtliga regioner idag. Fokus bör läggas just på det arbete som nu pågår kring att få fram fler utbildningstjänster.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **45 Fler distriktsläkare till folket**

*Motionär: Svenska distriktsläkarförbundet*

För att nå målet om en god och nära vård i hela landet, har Socialstyrelsen kommit ut med ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården på 1100 invånare per specialist i allmänmedicin. Sverige behöver därför påtagligt öka antalet specialistläkare i allmänmedicin genom att utbilda fler.

I slutet av förra året inrättade Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) och Distriktsläkarförbundet en särskild »tänkargrupp« som fick i uppdrag att ta fram en strategi och handlingsplan för att ett system med fast läkare till alla invånare införs i Sverige.

Enligt tänkargruppens utredning är det möjligt för alla invånare i Sverige att ha en fast läkare i primärvården till 2027, men för att nå målet bör minst en tredjedel av de nyutexaminerade läkarna välja allmänmedicin som specialitet.

<https://lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2022/03/tankargrupp-sa-kan-alla-fa-fast-lakare-om-fem-ar>

Regionerna behöver nu avsätta ett kraftigt ökat antal ST- och integrerade BT-tjänster för allmänmedicin.



## FULLMÄKTIGE 2022

### DLF yrkar

- att Läkarförbundet ska verka för att minst en tredjedel av BT-tjänster i regionerna ska avsättas för en integrerad bastjänstgöring inom specialiteten allmänmedicin.
- att Läkarförbundet ska verka för att minst en tredjedel av ST-tjänsterna i regionerna ska avsättas för allmänmedicin.

### Svar:

Motionärerna pekar på en viktig aspekt för att kunna kompetensförsörja primärvården framgent, det vill säga att säkra tillgången på specialistläkare och ST-läkare i allmänmedicin. Det finns dock en rad andra specialiteter som också har en skriande brist på specialistläkare och som inte ska förbises. Förbundsstyrelsen ser en risk med att motionärernas förslag skulle kunna leda till en ännu större bristsituation i dessa specialiteter.

Dessutom synes det som att bastjänstgöringen, för de läkare som redan idag omfattas av den nya föreskriften, lämpar sig bäst som en separat tjänst om 12 månader, för att BT-läkarna på ett ordnat och tryggt sätt ska komma in i den svenska hälso- och sjukvården. Detta kan komma att ändras när de svenskutbildade studenterna examineras från år 2027, eftersom de redan under grundutbildningen exponerats för den svenska hälso- och sjukvården.

Det ska även poängteras att Sveriges läkarförbund redan arbetar aktivt med kompetensförsörjningsfrågorna och driver sedan 2021 ståndpunkten att det är staten som ska ha det övergripande ansvaret för dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning. Förbundet vill dessutom att staten, varje år, ska ta fram ett prognosunderlag över tillgång och efterfrågan på specialistläkare och ST-läkare inom respektive specialitet och region.

Just nu pågår ett stort regeringsuppdrag om primärvårdens kompetensförsörjning. Uppdraget genomförs av Socialstyrelsen i samarbete med Nationella vårdkompetensrådet och ska slutredovisas i slutet på 2022. I uppdraget ingår bland annat att fram en bedömning av tillgång och efterfrågan på ST-tjänster inom allmänmedicin och ge en rekommendation om hur många ST-tjänster som behövs. Sveriges läkarförbund är högst involverade i detta arbete och har goda möjligheter att bedriva påverkan via denna utredning, bland annat genom förbundets representant i utredningens referensgrupp. Det är förbundsstyrelsens uppfattning att påverkan i dessa frågor bör ske inom ramen för det arbete som redan pågår.

Därtill beslutade förbundsstyrelsen i juni 2022 att gå vidare med ett förslag om så kallade utbildningsregioner. Syftet med utbildningsregionerna är att vissa regioner, utöver det



## FULLMÄKTIGE 2022

generella utbildningsuppdraget, ska, med särskild finansiering, kunna få ett särskilt utbildningsuppdrag inom angivna specialiteter, för att på så vis säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare nationellt.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **46 Ledarskapsutbildning**

*Motionär: Stockholms läkarförening*

Läkaryrket innehåller moment av att leda andra.

Vi har länge påtalat att andelen läkare som chefer borde öka. Tidigare motion har önskat inventering av detta, men vi har ännu inte sett resultatet.

Ledarskaps-ST finns i några regioner, men intresset för att bli chef kanske vaknar senare under utbildningen.

Det man sår tidigt kan skördas längre fram. Med en strimma av ledarskap genom hela karriären, kan basen breddas för att ge fler möjliga och villiga chefsämnen i läkarkåren.

Stockholms läkarförening yrkar

- att Läkarförbundet ska sammanställa vilka moment av ledarskapsutbildning som finns i hela läkarutbildningen, från grund- t o m ST-utbildningen
- att Läkarförbundet ska identifiera behoven av kompletterande utbildning i ledarskap under hela utbildningsprocessen
- att Läkarförbundet sammanställer förslag till förbättringar och verkar för dess genomförande.

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärernas ambition om att fler läkare ska bli chefer. Förslagets riktning är helt i linje med de målsättningar som förbundet har gällande att öka graden av chefer med läkarutbildning. Läkarförbundet arbetar idag på flera fronter för att fler läkare ska bli chefer. Ledarskaps-ST och Ledarskapsraketen är två exempel som förbundet länge har drivit på för att förverkliga. Förbundet gör även undersökningar och kartläggningar när det



## FULLMÄKTIGE 2022

finns behov av informationsunderlag. Under 2022 genomfördes en enkät om chefskap i vården. Enkäten bekräftade vår bild av att chefer med högre medicinsk kompetens är bättre för arbetsmiljö, patientsäkerhet och så vidare än chefer helt utan medicinsk bakgrund. Resultatet kommer att kunna användas i vårt fortsatta påverkansarbete. I enkäten ställde vi också frågan om vad för stöd man önskar från Läkarförbundet och Chefsföreningen. Just nu pågår ett arbete med att se över hur dessa förslag kan omvandlas i konkreta aktiviteter.

Att få fler läkare att vilja bli chefer är i grund och botten ett långsiktigt påverkansarbete där resurserna för vilka insatser som ska göras behöver prioriteras. Förbundsstyrelsen anser att förbundet på olika sätt redan verkar i motionens anda, utifrån de förutsättningar förbundet har att påverka i frågan.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att anse motionen **besvarad**

### **47 Fortbildningen måste kunna mätas**

*Motionär: Sjukhusläkarna*

Fortbildning är eftersatt med många exempel på indragen tid, ingen avsatt budget och inga formella krav för läkare att hålla sig uppdaterade. Detta faktum uppmärksammas alltmer av alla partier, många beslutsfattare och allmänhet. Rimligen bör det komma en föreskrift om obligatorisk fortbildning för vårdpersonal de närmaste åren.

Risken finns att det bara blir en papperstiger utan något verkligt värde eller att det bara kommer att "fyllas i papper". Flera representanter för specialitetsföreningarna och även många kollegor efterfrågar därför ett CME-liknande system med poänguppföljning på individnivå efter definierade kriterier.

Läkarförbundet har i stället sedan många år förespråkat CPD, dvs kontinuerligt professionellt lärande, där vi efterfrågar individuella utbildningsplaner baserat på såväl verksamhetens som individens behov, avsatt budget och att efterlevnad ska redovisas i verksamhetsberättelse.

Med bakgrund i den krassa verkligheten är det tydligt att denna politik inte har burit frukt. I takt med att de ekonomiska och tidsmässiga ramarna snävas åt och att allt fler chefer är av icke medicinsk bakgrund, och därför har sämre insikt i verksamhetens behov, ser vi att denna politik inte är realistiskt framkomlig.



## FULLMÄKTIGE 2022

Vid ett kommande obligatoriskt fortbildningskrav måste någon typ av mätbar och enklare kvantifiering tillkomma både avseende mängd och innehåll, kanske lite liknande CME-poängssystemet.

Oavsett måste läkarprofessionen vara ledande i utformning och ligga steget före i arbetet om hur ett obligatoriskt fortbildningskrav ska utformas, efterlevas och följas upp. Läkarförbundet i samarbete med specialitetsföreningarna bör omedelbart starta denna typ av diskussion.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet ska påbörja arbetet med att utforma ramarna för ett mätbart obligatoriskt fortbildningskrav
- att Läkarförbundet utreder nyttan av CME-poäng

### **Svar:**

CME-poäng används i länder där fortbildning krävs för att läkare ska behålla sin läkarlicens och är baserat på antal timmar en läkare deltagit i en godkänd fortbildning. Forskning kring CME-poäng visar att det inte bidrar till kvalitetseffekter i hälso- och sjukvården.

Läkarförbundet har därför tidigare landat i att CME-poäng inte bidrar till det vi vill uppnå.

Eftersom läkare i Sverige huvudsakligen är anställda, och det är arbetsgivarens ansvar att säkerställa att de får den fortbildning de behöver, förespråkar Läkarförbundet i stället en modell där fortbildning regleras, till exempel så som i Finland, där arbetsgivare förväntas möjliggöra för 10 dagar extern fortbildning per år. Här har vi kommit en bit på väg. Den 27 april 2022 röstade riksdagen igenom socialutskottets tillkännagivande om fortbildning för personal inom hälso- och sjukvården. Man vill att regeringen ska se över frågan om ett införande av ett krav på - och rätt till - en kontinuerlig fortbildning. Regeringen är inte bunden att agera enligt ett tillkännagivande, men rådande praxis är att följa riksdagens vilja. Därför har Sveriges Läkarförbund och Svenska Läkaresällskapet tillsammans uppmanat den förra regeringen att agera i enlighet med tillkännagivandet. Detta kommer vi att fortsätta med även gentemot den kommande regeringen.

Läkarförbundet förespråkar även ett ramverk i form av individuell fortbildningsplan, budget för fortbildning, redogörelse i verksamhetsberättelse samt krav på fortbildning vid upphandling av vård. Mer detaljer om detta finns i Läkarförbundets Fortbildningspolicy. Om det är vad Sjukhusläkarna avser med att Läkarförbundet ska påbörja arbete med att utforma ramarna för ett mätbart obligatoriskt fortbildningskrav, är det alltså något som redan har gjorts. Avser Sjukhusläkarna däremot att vi ska eftersträva ett obligatoriskt mätbart fortbildningskrav för läkare för att de ska få behålla sin läkarlicens, är det något som vi är emot.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **48 Förläng läkarstudenters studiemedel**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*

Det finns en stor ekonomisk stress bland läkarstudenter. Allra tuffast är det för de studenter som nekas mer studiemedel då de redan utnyttjat sina 240 veckors studiemedel hos Centrala Studiestödsnämnden (CSN), motsvarande 6 års heltidsstudier. Det finns nämligen inte utrymme för läkarstudenter att studera annat på universitetet innan sina läkarstudier. Det rentav straffar sig att ha läst högre studier inom ledarskap, ekonomi, statistik eller annat som kan bidra till ett tvärvetenskapligt förhållningssätt hos framtidens läkare.

Den ekonomiska stressen inverkar på studenternas förmåga att tillgodose sig utbildningsinnehåll. Många finansierar fortsatta studier via anställning eller näringsverksamhet. Att arbeta i den utsträckning som krävs för sin försörjning är dock inte bara dåligt för inlärning, utan ger även en ohållbar psykisk situation samt förlängd tid till yrkesverksamhet på grund av studieuppehåll.

2016 var det ca 6,2 % av läkarstudenter som tog CSN som nådde maxtaget om 240 veckor.<sup>1</sup> Denna siffra kan förväntas vara mycket högre idag i takt med fler studieplatser per utbildning och den nya läkarutbildningen. Extra veckor med studiemedel för synnerliga skäl är extremt svårt att få och därför finns det framför allt för läkarstudenter ett stort behov av förändring. Det bör finnas möjlighet att efter individuell bedömning beviljas förlängt studiemedel.

Som fackförbund är det av stor vikt att vi står upp för våra medlemmar och på så vis säkerställer en god kompetensförsörjning hos framtidens läkare.

Sveriges läkarförbund student yrkar

- att Sveriges läkarförbund verkar för att CSN skall möjliggöra för läkarstudenter att beviljas förlängt studiemedel via dispensbedömningar.
- att Sveriges läkarförbund verkar för att CSN erbjuder mer än 240 veckor med studiemedel för läkarstudenter.



## FULLMÄKTIGE 2022

### Svar:

I Läkarförbundets Kompetensförsörjningspolicy finns ett förslag om att läkarstudenter ska ha möjlighet att ansöka om studiemedel för 280 veckor i stället för dagens 240 veckor. Detta är någonting som förbundet nyligen bedrivit opinionsbildning kring (genom bland annat debattartiklar) och kommer att fortsätta verka för.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

att anse motionen **besvarad**

## 49 Öka understödsfonden för studenter i behov

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*

Läkarstudenter kan få studiemedel för 240 veckor från Centrala Studienämnden, vilket motsvarar 6 års heltidsstudier. Det gör att det finns små marginaler för de studenter som studerat på universitetet tidigare. Eftersom läkarstudierna är heltid, finns det få **möjligheter** för dessa studenter att skaffa inkomst på annat sätt. Detta innebär en stor ekonomisk stress som bidrar till psykisk ohälsa och bristande inlärningsförmåga hos framtidens läkare. Studenter som inte längre beviljas statliga studiemedel och som i övrigt saknar medel till sin försörjning kan ansöka till SLF Understödsfond. En engångssumma om 25% av prisbasbeloppet kan beviljas medicine studerande som uppfyller en mängd villkor. Bland annat att studenten inte har mer än 10 veckor CSN kvar och att denna läser termin 7 eller högre. Förtroendeuppdrag i SLF är meriterande för att bli beviljad stöd, vilket i sin tur ger mervärde för SLF. Att ha en stark understödsfond är för många studenter en bra anledning till att inte bara bli medlem i SLF, utan även engagera sig aktivt för förbundet. Understödsfonden är en stark anledning till att många studenter inte bara är medlem i SLF utan även engagerar sig förbundet.

Sveriges läkarförbund Student yrkar

- att Sveriges Läkarförbund skall avsätta och investera ytterligare finansiella medel till Förbundets understödsfond
- att Sveriges Läkarförbund verkar för att Understödsfondens utbetalningar till studenter i framtiden utgör en större andel av prisbasbeloppet än i dagsläget.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Svar:**

Att förbättra läkarstudenters ekonomi, och minska deras ekonomiska stress, är en viktig fråga för Läkarförbundet. Förbundsstyrelsen delar motionärernas uppfattning om att Understödsfonden fyller en mycket viktig funktion. Inte bara för de enskilda studenter som beviljas medel, utan även för förbundet i stort, precis som motionärerna beskriver.

Understödsfonden bör dock ses som ett komplement, inte som en lösning på grundproblemet. Det främsta sättet att förbättra läkarstudenters ekonomi är enligt förbundsstyrelsen att utöka antalet veckor med studiemedel för läkarstudenter från dagens 240 till 280 veckor.

Stiftelsen Sveriges läkarförbunds understödsfond delar årligen ut medel från Understödsfonden samt Bokelundska fonden. Fonderna bygger på donationer som gjordes för en mycket lång tid sedan. De medel som delas ut består uteslutande av avkastning från dessa äldre fonder. Samtliga medel som är disponibla enligt stiftelsens stadgar delas ut två gånger per år. I våras innebar det att drygt hälften av de sökande beviljades medel.

Med befintliga regler är det fullt möjligt att dela ut ett högre belopp. Dock skulle det leda till att färre studenter än idag får ta del av medlen. Om beloppen ska höjas, utan att färre får ta del av dem, behöver helt nya medel tillsättas. Det är inte säkert att förbundet kan avsätta nya medel i stiftelsen på grund av stiftelsens konstruktion, detta behöver i så fall utredas. Vidare skulle det även innebära att resurser måste tas från någon annan del av verksamheten. Att politiskt verka för utökade studiemedel är enligt förbundsstyrelsen därför en bättre väg att gå.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **50 Uppföljning av rapporten Jämställt specialitetsval**

*Motionär: Sveriges kvinnliga läkares förening*

Forskning och läkarförbundets egna rapporter har konstaterat att flera specialiteter är kraftigt mansdominerade.<sup>1,2</sup> Saima Diderichsen visade i sin avhandling att det är ett manligt privilegium att välja specialitet efter intresse och att kvinnliga läkare valde bort specialiteter utifrån arbetsplatsens kultur och möjlighet att förena arbetsliv med familjeliv.<sup>3</sup> Efter Kvinnliga Läkares Förenings motion 2004 genomfördes en mycket välgjord rapport om kvinnor och mäns specialitetsval och en handlingsplan uppfördes.<sup>4</sup>

Målen för handlingsplanen var bland annat





## FULLMÄKTIGE 2022

- Läkarförbundet ska arbeta för att det statistiska underlaget fördelat på kön och per specialitet förbättras.
- Läkarförbundet ska arbeta för att utveckla metoder för och möjligheter till att mäta och föra statistik över jämställdhetsarbetet.

År 2013 presenterades en utvärdering av mål och delmål, vissa av de vinsterna presenterade verkar dock nu vara förlorade, bland annat systematiska inkluderingen av frågor om jämställdhet och mångfald i SPUR-rapporterna. Har det skett någon förändring sedan senaste rapporten och utvärderingen? Utan att ta fram ny statistik kan vi omöjligt veta. Den segregerade arbetsplatsen riskerar att bidra till försämrade kompetensförsörjning, en förlust för patienter, negativa effekter på arbetsmiljö, effektivitet och yrkeskårens anseende. På sidan 14 i Läkarförbundets politiska program står "Arbetsgivarna måste garantera en god arbetsmiljö".<sup>4</sup> Ett jämställt specialiseringsavtal är en del av en god arbetsmiljö.

KLF ser allvarligt på att läkares specialistval är ojämsställda och påverkas av könsdiskriminering,

<sup>1</sup> Einarsdottir, T. (1997). Läkaryrket i förändring. En studie av den medicinska professionens heterogenisering och könsdifferentiering. Kompendiet, Göteborg. ISSN 1100-3618.

<sup>2</sup> Diderichsen, S. (2017). It's just a job: a new generation of physicians dealing with career and work ideals (PhD dissertation, Umeå universitet). Retrieved from <http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-139976>

<sup>3</sup> Jämställt specialitetsval – handlingsplan, Läkarförbundet, 2008, <https://slf.se/app/uploads/2018/05/jamstalltspecval-1.pdf>

<sup>4</sup> Politiskt program 2025 <https://slf.se/app/uploads/2021/03/slf-politiskt-program-2025.pdf>

KLF yrkar

- att Läkarförbundet gör en uppföljning av enkäten Jämställt specialitetsval från 2008
- att Läkarförbundet genomför en ny utvärdering av mål och delmål presenterade i handlingsplan för jämställt specialitetsval 2008 samt uppföljningen från 2013

### **Svar:**

Läkarförbundet jobbar med jämställdhet på många olika sätt. Arbetet med de frågor som tas upp i enkäten från 2008 och i handlingsplanen är en naturlig del i Strategi 2025. Bland annat pågår ett omfattande arbete kring arbetsmiljö för kvinnor och män, där även frågan kring specialitet kommer ingå. Detta material kommer sedan att kunna användas inom både avtalsarbetet, kompetensförsörjningen och i det lokalfackliga arbetet.



## FULLMÄKTIGE 2022

Sedan ett par år tillbaka arbetar Läkarförbundet med färre strategiska mål och med större fokus på att få igenom förändringar som tar oss i riktning mot dessa mål. Detta sker ofta genom snabba insatser när vi ser möjlighet till en förändring.

Detta kan jämföras med arbetssättet vi hade tidigare, då det var vanligt att Läkarförbundet tog fram omfattande utredningar. Dessa var ofta tids- och resurskrävande och inte alltid kopplade till en konkret strategi för hur materialet som samlades in skulle användas i det fackliga arbetet eller som grund för att bilda opinion.

Så även om frågorna i enkäten från 2008 och handlingsplanen fortfarande är aktuella, viktiga och i allra högsta grad levande i Läkarförbundet, är det inte en klok användning av förbundets resurser att göra om detta arbete, på samma omfattande sätt som vi gjorde då.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **51 En klinisk vardag för internationella läkare**

*Motionär: Internationella läkarföreningen i Sverige*

Praktiktjänstgöringen (PT) är ofta en internationell läkares (läkare utbildade utanför EU) första kontakt med den svenska sjukvårdssystemet. Vanligtvis har man inte varit klinisk verksam under de flera år det tar att komma igenom legitimationsprocessen.

En av de största utmaningar med vägen till legitimation är att internationella läkare ska få tillgång till en bred exponering till svensk sjukvårdssystem innan de blir legitimerade.

Att förstå sig på den svenska sjukvårdskulturen, svenska riktlinjer och vilka möjligheter för utredning och behandling finns på olika vårdnivåer i Sverige, utan att ha haft praktik eller auskulterat på ett vårdcentral eller sjukhus är minst sagt svårt, speciellt om man har läkarlegitimation i ett annat land där möjligheterna till behandling och utredning kan se annorlunda ut.

Att få en klinisk vardag innan teoretisk- och praktisk provskrivning kommer göra att betydligt mer klarar legitimationsprocessen och på mindre tid. Samtidigt blir det en mer patientsäker och sammanhängande övergång till praktiktjänstgöring och sedan legitimation.

Exponering till sjukvårdssystemet och svenska riktlinjer kan vara i olika former beroende hur långt man har kommit i legitimationsprocessen: språkpraktik, auskultation, praktik, läkarassistenttjänster och även tillgång till KTC genom kurser och workshops.



## FULLMÄKTIGE 2022

Internationella läkarföreningen i Sverige (ILF) yrkar

- att Läkarförbundet verkar för att internationella läkare ska få en klinisk vardag under vägen till legitimation
- att Läkarförbundet verkar för att internationella läkare ska få dra nytta av möjligheterna på KTC

### **Svar:**

Läkarförbundet arbetar aktivt för att göra det lättare för läkare med utbildning från ett annat land att ta sig in i den svenska sjukvården. Tillsammans med SKR gjordes en utredning "Vägen till svensk legitimation inom hälso- och sjukvård – en kartläggning av behov och insatser" 2017 som visade att förutsättningarna i legitimationsprocessen behövde förbättras inom flera områden. Därför initierade Läkarförbundet flera insatser bl a en webbaserad introduktionskurs till svensk hälso- och sjukvård i samarbete med KI och en kommunikationssatsning "vägentilljobben.se" som skulle få fler arbetsgivare att erbjuda praktik/praktisk tjänstgöring och ge stöd till handledare i att utföra sina uppdrag. Därutöver startade Läkarförbundet ett eget fadderprogram 2019 där ett av huvudsyftena var att adeptererna skulle få auskultera på fadderns arbetsplats och få ta del av den kliniska vardagen. Programmet är väldigt uppskattat och nuförtiden en del av förbundets ordinarie verksamhet.

Läkarförbundet har också antagit en ny kompetensförsörjningspolicy 2021 som innehåller flera förslag för att förbättra förutsättningar för utlandsutbildade läkare. Ett av förslagen är att universiteten ska erbjuda nationella preparandkurser inför kunskapsprovet. För detta ändamål beviljades förbundet medel från Arbetsförmedlingen i år och ett pilotprojekt med en digital nationell preparandkurs startade i våras med 62 aktiva deltagare. I höst kunde också 200 extra åhörarplatser erbjudas för den kliniska delen av kursen då det ansågs viktigt att så många som möjligt kunde få ta del av föreläsningar om läkares kliniska vardag inom alla de medicinska områden som ingår i kunskapsprovet. Förbundet arbetar också för att tredjelandsläkare ska kunna erbjudas läkarassistenttjänster för att komma in på arbetsmarknaden för att bibehålla den kliniska kompetensen.

Förbundet ställer sig positivt till att undersöka möjligheterna för att utlandsutbildade läkare skulle få tillgång till de 65 etablerade KTC/simuleringsenheter som finns i Sverige för att ytterligare underlätta klinisk träning för utlandsutbildade läkare.



## FULLMÄKTIGE 2022

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

### **52 Användande av rättsintyg vid brottsmål i svenska domstolar**

*Motionär: Nordvästra Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening*

2006 blev Rättsmedicinalverket av Sveriges regering utsedd till att vara den medicinska länken i rättskedjan och en expertmyndighet inom rättsväsendet. Bland flera uppgifter ingår att utfärda rättsintyg. Enligt information från Rättsmedicinalverket har andelen rättsintyg utfärdade från myndigheten minskat stort över tid.

I stället för rättsintyg använder polis och åklagare idag allt oftare sjukvårdens journalanteckningar som bevismaterial vid domstolsförhandlingar. Dagens journalanteckningar har inte till syfte att användas vid domstolsförhandlingar och kan både avsiktligt och oavsiktligt misstolkas och ge polis, advokater och åklagare fritt utrymme för egen tolkning vid bevisföringen.

Rättsintyg är ur rättssäkerhet ett viktigt dokument då de till skillnad från sjukvårdens journalanteckningar kan dra slutsatser kring hur skador uppstår. Vidare skrivs rättsintyg på svenska, det vill säga latinska och grekiska uttryck översätts till ett språk som allmänheten förstår.

Vi lever i en tid när politiker ställer krav på hårdare straff och ökad effektivitet vilket bidrar till ökad stress och arbetsbörda på polisväsen och domstolar. Frågan måste ställas om polismyndigheten väljer bort viktig saklig information genom rättsintyg till förmån för lätt manipulerade och fritt av åklagaren tolkade journaluppgifter. Ett krav kan vara att kräva rättsintyg om påföljden i ett mål innebär ett längre fängelsestraff?

Nordvästra Skånes läkareförening och Malmö Läkareförening yrkar

- att Läkarförbundet i sitt förbundspolitiska arbete verkar för att rättssäkerheten stärks genom användandet av rättsintyg i högre utsträckning.

### **Svar:**

Rättsintyg är skriftliga medicinska utlåtanden av läkare som inhämtas av polis eller åklagare för att användas i en brottsutredning eller som bevis i rättegång i anledning av brott. Huvudregeln är att rättsintyg inhämtas av Riksmedicinalverket där rättsläkare i många



## FULLMÄKTIGE 2022

ärenden utför både kroppsundersökning samt utfärdar ett rättsintyg. Lagen tillåter dock också att polis, åklagare och domstolar begär in rättsintyg från andra legitimerade läkare, om det finns särskilda skäl för det. Hur många rättsintyg som kommer från hälso- och sjukvården vet ingen exakt, eftersom ingen har ett övergripande ansvar för dessa intyg. Legitimerade läkare som arbetar inom den offentligt bedrivna sjukvården är skyldiga att utföra kroppsundersökningar samt skriva rättsintyg på begäran av polis och åklagare. Rättsintyg kan även skrivas utifrån uppgifterna i en patientjournal. Dessa intyg kallas då i stället yttranden.

Antalet rättsintyg från Riksmedicinalverket har som motionären anger minskat under de senaste åren. Vid grövre brott är det dock fortfarande betydligt vanligare att polis och åklagare använder sig av rättsintyg.

Polis och åklagare kan begära, förutom rättsintyg, journaler från hälso- och sjukvården i en pågående brottsundersökning. Som motionären beskriver kan detta innebära en risk att man med journalhandlingar inte kan utläsa viktig information som framkommer i ett rättsintyg och som kan tjäna som bevis. Rättsintygen är speciellt framtagna för att ingå en brottsutredning. Skadornas samband med föregiven händelse och tidpunkten för händelsen framgår t. ex inte i en journalhandling.

Syftet enligt patientdatalagen med att föra patientjournal är i första hand att bidra till en *god och säker vård av patienten*. Journalen skrivs av den behandlande läkaren inom sjukvården enbart för sjukvårdens syften. Detta kan leda till vid fråga om tex uppkommen skada hos en patient efter misshandel, att sådana kan bli summariskt beskrivna, och ingen bedömning görs av hur skadorna kan ha uppkommit eller hur allvarliga de varit.

Utifrån ovan anser förbundsstyrelsen det vara viktigt att Läkarförbundet bidrar till en stärkt rättssäkerhet genom att få andelen rättsintyg att öka i stället för att minska.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

### **53 Ställningstagande avseende privata sjukvårdsförsäkringar**

*Motionär: Örebro läns läkarförening, Sörmlands läkarförening, Upplands allmänna läkarförening och SYLF*



## FULLMÄKTIGE 2022

*“Läkaren ska i sin gärning bidra till att medicinska resurser används på bästa sätt till gagn för patienterna. Läkaren ska aldrig medverka till otillbörlig prioritering av enskilda patienter eller patientgrupper eller till att ge dem otillbörlig ekonomisk eller annan fördel.”*

### *Punkt 17, Läkarförbundets etiska regler*

Privata sjukvårdsförsäkringar växer kraftigt i Sverige. 2021 hade drygt 14% av den sysselsatta andelen av befolkningen en sådan försäkring (svenskforsakring.se). Syftet är att gå förbi de vanliga vårdköerna. De med försäkring får därför snabbare vård utan att större medicinska behov föreligger, vilket Myndigheten för vårdanalys konstaterar i sin rapport från 2020.

Läkarförbundets styrelse har tidigare korrekt identifierat detta hot mot det svenska sjukvårdssystemet med behovsprövad vård. Dåvarande ordförande Heidi Stensmyren uttryckte det tydligt: Privata sjukvårdsförsäkringar går rakt emot tanken om jämlik vård, utvecklingen underminerar offentlig vård och måste brytas. Försäkringarna bidrar inte till avlastning, utan leder ofta till en ökad vårdkonsumtion som belastar gemensamt finansierad vård. (DN Debatt, 2019-12-09)

Frågan har åter aktualiserats i och med att Läkarförbundet i februari 2022 lämnade synpunkter på ett betänkande om reglering av privata sjukvårdsförsäkringar. I sitt svar framhåller förbundsstyrelsen att man är positiva till att inte förbjuda privata sjukvårdsförsäkringar och ser risker med förslaget om ökad kontroll. Man skriver även att *“det förefaller egendomligt att utredaren ser den privatfinansierade sjukvården som ett hot som urholkar tilltron till den offentliga sjukvården. Den privatorganiserade sjukvården fungerar i själva verket många gånger som en avlastning för den rent offentliga sjukvården.”* Det är här mycket angeläget att skilja på *privatorganiserad* och *privatfinansierad* vård, där privata utövare som finansieras med gemensamma medel mycket väl kan bidra till att effektivisera vården. Att kunna köpa sig förbi en kö är däremot en förtroendefråga såväl för sjukvårdssystemet i stort som för oss läkare.

Många har reagerat på denna till synes ändrade politik och vi har mött flertalet medlemmar som upprört överväger att lämna förbundet. Deras reaktioner måste tas på allvar. Vilka avkall på vår etiska grund kan vi göra? Är en god arbetsmarknad med en mångfald av arbetsgivare det som alltid ska komma i första rummet? Den största medlemsgruppen i SLF består av läkare som arbetar i den gemensamt finansierade vården. Eftersom den viktigaste resursen i vården är personal, bidrar inte sjukvårdsförsäkringar till “avlastning” av offentlig vård - den omfördelar bara personal. Vi behöver ha kvar våra kollegor för att både kunna erbjuda en god, tillgänglig vård och en god arbetsmiljö.

Örebro läns läkarförening, Sörmlands läkarförening, Upplands allmänna läkarförening och SYLF yrkar



## FULLMÄKTIGE 2022

- att SLF i sitt politiska arbete verkar för att patienter med privata sjukvårdsförsäkringar inte prioriteras till offentligt finansierad vård före andra patienter med större medicinska behov

### Svar:

Den ojämförligt största bristen i den svenska hälso- och sjukvården är den dåliga tillgängligheten. Den visar sig i primärvården framför allt i fråga om brist på kontinuitet och en egen vald fast läkare för hela befolkningen och den visar sig i de allt längre värdköerna till operation och behandling. De privata sjukvårdsförsäkringarna utgör en mycket liten del av den totala vården i Sverige, endast någon procent. I det perspektivet är frågan om privata sjukvårdsförsäkringar liten.

Den huvudsakliga orsaken till en ökning av de privata sjukvårdsförsäkringarna är att den offentliga vården inte har rätt förutsättningar för att leverera vård i tid. När vården inte klarar sina åtaganden eller det finns en oro för att den inte gör det vänder sig fler till andra alternativ. Det är vårdens dåliga tillgänglighet som skapar en efterfråga på andra alternativ.

Även om Läkarförbundet ser risker med privata sjukvårdsförsäkringar är vi för en mångfald av vårdgivare, och vi anser att privata alternativ bidrar till hälso- och sjukvårdens kvalitet och utveckling. I till exempel glesbygd och på landsbygden är en mångfald av vårdgivare en förutsättning för att en nationell primärvårdsreform ska lyckas.

Om vi får en vård som människor känner tillit till, och vet att den finns när man behöver den, kommer behovet av privata alternativ att minska.

Det har, inte minst i sociala media, målats upp en bild av att Läkarförbundet gjort en 180-graders vändning i frågan om privata sjukvårdsförsäkringar. Det stämmer inte. Läkarförbundets hållning har hela tiden varit att Behovs- och solidaritetsprincipen gäller, den med störst behov ska gå före.

Den debattartikel i DN (från DN DEBATT 6/12 2019) som Läkarförbundets tidigare ordförande Heidi Stensmyren och LOs före detta ordförande Karl-Petter Thorwaldsson skrev under har ibland tolkats som att vi förespråkade ett förbud mot privata sjukvårdsförsäkringar. Av ingressen till artikeln framgår det att vi föreslår en primärvårdsreform med listning på fast namngiven läkare, en formalisering av undersköterskans roll och en jämlik vård där privat finansierade genvägar inte upplevs som nödvändiga.

Heidi Stensmyren skrev år 2020 i Läkartidningen att: "Läkarförbundet vill inte förbjuda sådana försäkringar, och det har vi inte heller framfört, men vi anser att det är ett problem om de med privata sjukvårdsförsäkringar går före i kön eller tränger ut vård som andra patienter väntar på." Vi vet dock inte om så är fallet. Utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar



## FULLMÄKTIGE 2022

konstaterar att det inte finns särskilt mycket forskning eller annat underlag som beskriver privata sjukvårdsförsäkringar och deras påverkan på hälso- och sjukvården.

Vid fullmäktige 2020 debatterades också privata sjukvårdsförsäkringar i samband med motionen: "Etiska regler och privata sjukvårdsförsäkringar". Fullmäktige beslöt att anse motionen vara besvarad. Skälet var bl.a. att "den huvudsakliga orsaken bakom ökningen av sjukvårdsförsäkringarna är att vården inte klarar sina åtaganden och att vi behöver fokusera på att förbättra vården för att minska behovet av privata sjukvårdsförsäkringar".

Läkarförbundets politiska program som antogs av FUM 2020 fastställer att vård ska ges efter medicinska prioriteringar, och det är inte oproblemiskt att tillgången till vård skiljer sig åt mellan olika individer.

Som motionären också påtalar så finns det etiska principer som förbundet givetvis anser att alla läkare ska följa. Läkarförbundets etiska regel nr 17 är en uppmaning till oss läkare att undvika att prioritera vård på ovidkommande grunder som icke medicinska. Vi arbetar kontinuerligt, bland annat genom Etik- och ansvarsrådet (EAR), för att lyfta och stimulera till diskussion i etiska frågor.

Läkarförbundets remissvar från januari 2022 på utredningen om privata sjukvårdsförsäkringar håller samma linje och inleds med "Läkarförbundet instämmer helt i att medicinska behov ska styra, i enlighet med HSL (2012:30), oavsett privat eller offentligt finansierad vård. Vi vill se en solidariskt finansierad sjukvård via skattsedeln där sjukast går före." Vidare står det i remissvaret att det ofta är den dåliga tillgängligheten i svensk vård som bidrar till att fler önskar teckna privata försäkringar. Vill man minska efterfrågan på privata försäkringar behöver man öka tillgängligheten till vård. Mot bakgrund av detta förefaller det egendomligt att utredaren ser den privatfinansierade sjukvården som ett hot som urholkar tilltron till den offentliga sjukvården.

Socialdepartementet har under sommaren kommit med förslag på förbud för privata sjukvårdsförsäkringar som nu också remitteras brett inom förbundet. Det är dock inte helt enkelt att införa ett förbud. Ett av förslagen innebär att privata vårdgivare som tar emot försäkringspatienter ska vara förbjudna att remittera patienter till den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. Det är svårt att se att det är etiskt riktigt att den privata vårdgivaren, ifall en patient behöver fortsatt omhändertagande hos offentlig vårdgivare, ska tvingas uppmana patienten att söka på nytt inom den offentliga vården.

Läkarförbundet anser att det bästa sättet att hanterar den ökande efterfrågan på privata sjukvårdsförsäkringar är genom den politik som förbundet långsiktigt bedriver. Genom krav på listning på fast läkare, fler vårdplatser, kompetensutveckling, bättre styrning, med flera andra förslag skapar vi förutsättningar för vården att klara sina åtaganden. Vi tror inte att vi





## FULLMÄKTIGE 2022

löser det genom förbud och att underminera situationen för de läkare som idag behandlar patienter med privata sjukvårdsförsäkringar.

Vi anser att det går att både ha ett etiskt förhållningssätt och samtidigt förespråka mångfald i vården.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **54 Förbundets inställning till privata sjukförsäkringar**

*Motionär: Sveriges kvinnliga läkares förening*

SLF säger sig verka för en jämlik vård.<sup>1</sup> Det är viktigt att vi som förening agerar för att försvara och uppnå detta. I ett remissvar till regeringen har Läkarförbundet ställt sig positiva till fortsatta privata sjukförsäkringar och skriver »utredaren ser den privatfinansierade sjukvården som ett hot som urholkar tilltron till den offentliga sjukvården. Den privatorganiserade sjukvården fungerar i själva verket många gånger som en avlastning för den rent offentliga sjukvården«.<sup>2</sup>

I Sverige tecknas privata sjukvårdsförsäkringar antingen som en individuell försäkring eller som en gruppförsäkring, exempelvis via arbetsgivaren eller ett fackförbund. Personer med privat sjukvårdsförsäkring får i genomsnitt vård snabbare än personer som får vård inom den offentligt finansierade vården. Försäkringstagarna har i genomsnitt längre utbildning och är arbetsför ålder varför det är rimligt att anta att personer med försäkring i genomsnitt har en bättre hälsa än övriga befolkningen. Nästan två tredjedelar av de med privata sjukvårdsförsäkringar är män. En av förklaringarna till detta är att kvinnor och män är verksamma i olika sektorer. De försäkrade är tydligt underrepresenterade i sektorer som utbildning, hälso- och sjukvård samt offentlig förvaltning - sektorer där kvinnor är överrepresenterade.<sup>3</sup>

Det är sedan tidigare känt att hälsa skiljer sig mellan olika grupper i befolkningen och att kvinnor upplever sämre hälsa än män. Personer med funktionsnedsättning rapporterar betydligt sämre hälsa än befolkningen i övrigt och förvärvsarbetar i mindre utsträckning, detta är särskilt utmärkande bland kvinnor.<sup>4</sup>

KLF anser att privata sjukvårdsförsäkringar riskerar att hota jämställd och jämlik tillgång till hälsa och vård.



## FULLMÄKTIGE 2022

<sup>1</sup> Läkarförbundet, Politiskt program 2025, <https://slf.se/app/uploads/2021/03/slf-politiskt-program-2025.pdf>

<sup>2</sup> Läkarförbundets remissvar till Socialdepartementet 2022-02-02, Gem 2021/0228. Reglering av privata sjukvårdsförsäkringar – ökad kunskap och kontroll (SOU 2021:80). [sverigeslakarforbund.pdf](https://www.sverigeslakarforbund.se/medlemsomraden/privata-sjukvardsforsakringar) (regeringen.se)

<sup>3</sup> Privata sjukvårdsförsäkringar Ett kunskapsunderlag om möjliga konsekvenser för patienter och medborgare. Rapport 2020:3. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys.

<sup>4</sup> SOU 2016:55, Folkhälsomyndigheten 2016

KLF yrkar

- att Läkarförbundet ska revidera sitt ställningstagande till privata sjukvårdsförsäkringar utifrån ett jämställdhets- och jämlikhetsperspektiv

### **Svar:**

Som motionären anger så var nästan två tredjedelar av de försäkrade män. Andelen män hade dock minskat något sedan 2006. Det finns ingen aktuell statistik på området, utan dessa uppgifter är från 2015.

Det finns även stora geografiska skillnader. De försäkrade är överrepresenterade i Stockholms län, framför allt när det gäller arbetsgivarbetalda försäkringar, och i Västra Götaland. Mätt som andel av den förvärvsarbetande befolkningen är sjukvårdsförsäkringar vanligast i Jämtland, där 18 procent av de sysselsatta har en privat sjukvårdsförsäkring.

Den huvudsakliga orsaken till en ökning av de privata sjukvårdsförsäkringarna är att den offentliga vården inte har rätt förutsättningar för att leverera vård i tid. När vården inte klarar sina åtaganden eller det finns en oro för att den inte gör det vänder sig fler till andra alternativ som privata försäkringar. Om vi får en vård som människor känner tillit till, och vet att den finns när man behöver den, kommer behovet av andra alternativ att minska.

Läkarförbundet anser att genom att fortsätta att driva vår politik med krav på listning på fast läkare, fler vårdplatser, bättre styrning etc. så har vi bästa förutsättningen att få en god vård med hög kvalitet och tillgänglighet.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen är **besvarad**



## FULLMÄKTIGE 2022

### 55 Uppgiftsväxling – task shifting

*Motionär: Svenska företagsläkarföreningen, SFLF*

I en komplex kunskapsorganisation är det naturligt att arbetsuppgifter av och till flyttas över från en yrkesgrupp till en annan. I hälso- och sjukvården är det av vikt att sådana växlingar sker utan risk för patientsäkerhet eller medför risker avseende arbetsmiljö eller framtida kompetensförsörjning. Så länge verksamhetscheferna alltid var läkare fanns en naturlig kontrollmekanism som minimerade risken för ovanstående. Det logiska vore att det alltid är den medicinskt högre utbildade yrkesgruppen som får avgöra vilka arbetsuppgifter som är möjliga att överlåta till en annan yrkesgrupp.

Vi som företagsläkare ser indikationer på att uppgiftsväxling används alltmer problematiskt. Läkaren tvingas bort från sin professionsautonomi in i färdigkonstruerade arbetssätt och processer där andra yrkesgrupper utför utvalda arbetsuppgifter som de i många fall, på gruppnivå, saknar kompetens för. Ofta hamnar läkaren "i baksätet" och tvingas agera och stå som medicinsk garant för processer som man själv inte har kontroll över. Ett exempel är användandet av rehabiliteringskoordinatorer som på vissa enheter sköter såväl viss anamnesupptagning som författandet av medicinska utlåtanden. Psykologer tillåts ställa psykiatriska diagnoser trots uppenbar oförmåga till somatisk differentialdiagnostik.

Eftersom det är ytterst få av läkares arbetsuppgifter som är i lag reglerade (vissa intyg och recept samt tvångsåtgärder) så står det chefen fritt att leda och fördela arbetsuppgifter. Det finns då ett incitament, i managementlogiken, att låta en billigare yrkesgrupp ta över arbetsuppgifter men även viljan att tillmötesgå grupper som vill höja sin status spelar sannolikt in.

Vi ser risker med äventyrad patientsäkerhet men även negativ påverkan på läkares psykosociala- och organisatoriska arbetsmiljö när professionsautonomin kringskärs. Dessutom riskerar utbildningen av nya specialister att försvåras när uppgifter försvinner från kårens kontroll men man ändå förväntas stå som ansvarig för processerna eller kunna utföra dem när det blir för komplicerat.

SFLF yrkar

- att SLF utreder och genomlyser fenomenet uppgiftsväxling, dess bevekelsegrunder, vem som tar initiativet samt hur det påverkar läkarna
- att SLF uppmärksammar läkare på fenomenet samt att de rapporterar till förbundet när man anser att patientsäkerhet, arbetsmiljö eller läkares kompetensutveckling äventyras av en genomförd eller föreslagen uppgiftsväxling



## FULLMÄKTIGE 2022

- att SLF ställer krav på Socialstyrelsen att tydligare definiera vilka arbetsuppgifter som skall utföras av läkare

### **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 ett sätt att göra andra professioner mer attraktiva.

Sveriges läkarförbund kommer under hösten 2022 att genomföra en enkät för att kartlägga förekomsten av uppgiftsväxling och hur densamma påverkat läkarrollen samt reda i om läkarkåren involverats/involveras i ett sådant arbete lokalt av arbetsgivaren. Utifrån inkomna svar kommer Läkarförbundet sedan att vidta de åtgärder som kan anses vara adekvata och genomförbara.

Det är Läkarförbundets uppfattning att uppgiftsväxling ska ske på medicinska grunder, utifrån en konsekvensanalys med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Det får inte ske för att det råder brist på andra kompetenser eller för att andra yrkeskategorier vill utveckla sig själva.

Läkarförbundets ska alltid uppmärksamma när patientsäkerheten, arbetsmiljön eller läkares kompetensutveckling äventyras, oavsett orsak. FS anser att uppgiftsväxling bör bevakas som en av flera ibland samverkande faktorer.

Det är viktigt att uppgifter i hälso- och sjukvården utförs av den profession som har bäst kompetens. Ett detaljerat regelverk för vad läkares arbetsuppgifter bör vara har dock troligen fler nackdelar än fördelar. Det skulle skapa en ohanterlig byråkrati som ständigt skulle behöva uppdateras.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

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

## **56 Task shifting**

*Motionär: Östra Skånes läkarförening*



## FULLMÄKTIGE 2022

Läkares legitimation och specialistkompetens granskas och godkänns av Socialstyrelsen, vilket säkerställer läkares kompetens att bedöma och handlägga medicinska frågeställningar enligt fastställda kriterier.

Task shifting, där en del av läkares arbetsuppgifter tas över av andra yrkeskategorier, som varken har kunskap eller kompetens, att utföra dessa med självständigt medicinskt helhetsansvar, blir allt vanligare. Detta ska inte förväxlas med teamarbete där andra yrkeskategorier bidrar med sin yrkesspecifika kompetens i teamarbetet. Task shifting leder till ökad mängd arbete för läkarna, som får agera som stödfunktion, och tvingas ta helhetsansvaret utan att ha varit delaktiga i hela bedömningen. Oftast är det de mer okomplicerade uppgifterna som skiftas bort, varför läkarna får hantera de tyngre och mer komplexa uppgifterna. Detta innebär en minskad mängdträning av de enklare uppgifterna, och därmed risk att tappa grundkompetens, och förmåga att hantera svårare uppgifter. Slutligen inkräktar detta på blivande specialisters utbildning, då dessa framför allt behöver just mängdträning av mer okomplicerade uppgifter.

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbund i samråd med berörda yrkes- och specialitetsföreningar verkar för att tillräckligt många specialistläkare utbildas inom de områden där Task shifting motiveras med att läkarkompetens saknas
- att Sveriges Läkarförbund i samråd med berörda yrkes- och specialitetsföreningar verkar för att läkare ska sammanhållet och komplett bedöma, och utföra de läkaruppgifter där kompetens för självständigt medicinskt helhetsansvar behövs.

### **Svar:**

Task-shifting eller uppgiftsväxling är ett begrepp som understundom 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 ett sätt att göra andra professioner mer attraktiva.

Sveriges läkarförbund kommer under hösten 2022 att genomföra en enkät för att kartlägga förekomsten av uppgiftsväxling och hur densamma påverkat läkarrollen samt reda i om läkarkåren involverats/involveras i ett sådant arbete lokalt av arbetsgivaren. Utifrån inkomna svar kommer Läkarförbundet sedan att vidta de åtgärder som kan anses vara adekvata och genomförbara.



## FULLMÄKTIGE 2022

Det är Läkarförbundets uppfattning att uppgiftsväxling ska ske på medicinska grunder, utifrån en konsekvensanalys med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Det får inte ske för att det råder brist på andra kompetenser eller för att andra yrkeskategorier vill utveckla sig själva.

Sveriges läkarförbund arbetar sedan länge aktivt med kompetensförsörjningsfrågorna och driver att det är staten som ska ha det övergripande ansvaret för dimensioneringen och samordningen av samtliga delar i läkares utbildning. Det gäller såväl när man försöker reparera bristen på specialister med uppgiftsväxling som i andra situationer.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **57 Vem vinner egentligen på task shifting?**

*Motionär: Sveriges läkarförbund Student*

Task shifting eller uppgiftsväxling är ett mer och mer förekommande begrepp och fenomen inom sjukvården som betyder omfördelning av uppgifter, ofta till personal med lägre utbildningsgrad. I dagsläget är task shifting betydligt mindre utbrett än i andra länder som USA, där vidareutbildade sjuksköterskor (sk nurse practitioners) har olika grad av förskrivarrätt – i vissa stater till och med fri förskrivarrätt.

Intåget av detta fenomen har dock tyvärr redan nått Sverige där regionerna väljer att ex. vidareutbilda sjuksköterskor som endoskopister. Detta samtidigt med stor sjuksköterskebrist, och långa väntetider till utbildningstjänster (AT och ST) för nyexaminerade läkare. Det finns en risk att läkare därmed inte får den utbildningstid de behöver för olika uppgifter. Detta riskerar att leda till en erodering av innebörden av Läkarkårens medicinska ansvar som kommer ge stora negativa konsekvenser i framtiden. Dessutom saknas det idag evidens för att vårdkvaliteten förblir den samma efter taskshifting.

Många argument dras kring det positiva av Taskshifting; Nämligen att det är kostnadseffektivt, ökar status och kompetens hos övrig personal, och att det kan överbrygga brist på specialister inom vissa områden (ex vårdkö till Skopiundersökningar). Vi anser däremot att problemet är att man inte utbildar tillräckligt med specialister och att unga läkare väntar för länge på sin specialistkompetens (bl.a. pga AT-köerna). Vi är också oroliga för att ökad taskshifting, innan man ordentligt har undersökt dess konsekvenser på vårdkvalitet, kan leda till sämre vård i framtiden.

Sveriges Läkarförbund Student yrkar



## FULLMÄKTIGE 2022

- att Sveriges Läkarförbund verkar för att läkaruppgifter utförs enbart av läkare och ej av andra yrkeskategorier inom och utanför hälso- och sjukvården.

### **Svar:**

Motionärerna pekar på en viktig och komplex fråga. Task-shifting eller uppgiftsväxling är ett begrepp som understundom 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 ett sätt att göra andra professioner mer attraktiva.

Sveriges läkarförbund kommer under hösten 2022 att genomföra en enkät för att kartlägga förekomsten av uppgiftsväxling och hur densamma påverkat läkarrollen samt undersöka om läkarkåren av arbetsgivaren involveras i ett sådant arbete lokalt. Utifrån inkomna svar kommer Läkarförbundet sedan att vidta de åtgärder som kan anses vara adekvata och genomförbara.

Det är Läkarförbundets uppfattning att uppgiftsväxling ska ske på medicinska grunder, utifrån en konsekvensanalys med fokus på kvalitet och patientsäkerhet. Det får inte ske för att det råder brist på andra kompetenser eller för att andra yrkeskategorier vill utveckla sig själva.

Det är viktigt att uppgifter i hälso- och sjukvården utförs av den profession som har bäst kompetens. Ett detaljerat regelverk för vad läkares arbetsuppgifter bör vara, har dock troligen fler nackdelar än fördelar. Det skulle skapa en ohanterlig byråkrati som ständigt skulle behöva uppdateras.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **58 Pengarna till vården – inte till mer administration**

*Motionär: Distriktsläkarföreningen Västra Götaland, DLF VG*

Mellan 2008 och 2020 har antalet administratörer i sjukvården ökat oerhört mycket mer än själva vårdpersonalen. Bland enskilda personalgrupper har handläggarna blivit 84 procent fler i landet, läkarna 31 procent fler medan sjuksköterskor och undersköterskor endast ökat med 7–8 procent. Skillnaderna varierar mellan landets regioner men den storskaliga trenden är helt tydlig – byråkrati genererar byråkrati.



## FULLMÄKTIGE 2022

Läkare och sjuksköterskor lägger en stor del av sin arbetstid på dokumentation, schemaläggande och rapporter till regionerna. I en avhandling från Linköpings universitet kom man fram till att endast 37 procent av vårdcentralsarbetet gick åt till patientarbete. Vi har alltså ett skriande behov av minskning av onödiga administrativa pålagor fjärran från "golvet". Trots detta minskar administratörer som arbetar verksamhetsnära.

En viss mängd byråkrati i sjukvården behövs för grundläggande funktioner och för att ge direkt stöd åt vårdpersonalen. Men när byråkratin på ett patologiskt sätt sväller över en viss gräns blir den ett hinder som dessutom tar resurser i en situation där vården ständigt ska effektivisera. Ökningen av byråkrater i sjukvården är både en fara för patientsäkerheten och ett stort pengaslukande hål.

NHS i Storbritannien har lanserat ett system för direkt rapportering av onödig byråkrati. På ett enkelt sätt önskar man möjliggöra konkret förändring av sjukvårdens administration, direkt utgående från "golvet" i sjukvården. Vi önskar att liknande förslag införs för att förändra vården underifrån i stället för via mer administration.

Distriktsläkarföreningen Västra Götaland yrkar

- att SLF arbetar för en minskning av antalet icke patientnära administratörstjänster i våra regioner med 25%
- att SLF arbetar för att regionerna inför ett rapportsystem där den enskilda doktorn kan rapportera onödig byråkrati i den kliniska vardagen
- att SLF detaljerat utreder omfattningen av onödig byråkrati på regionnivå för att få en aktuell lägesbild och till stöd för lokalavdelningarnas påverkansarbete

### Svar:

Läkarförbundet arbetar i enlighet med sitt politiska program för att läkare ska få det administrativa stöd som krävs för att de ska kunna göra sitt jobb. Viss administration är nödvändig och viktig för att vården ska kunna fungera på bästa sätt. All tid som läkare måste lägga på att hantera administrativa uppgifter är tid som tas från patienterna.

För att det patientnära administrativa stödet ska kunna stärkas, håller förbundet med om inriktningen i motionen om färre icke vård-relevanta administratörer. Det är dock svårt att finna stöd för en exakt procentsats. Regionerna är organiserade olika och hanterar inte enbart hälso- och sjukvård.

Den brittiska myndigheten NHS genomförde juli-september 2020 en inrapportering av onödig byråkrati. De fick ta emot drygt 600 rapporter från personal och 23 från organisationer. De





## FULLMÄKTIGE 2022

genomförde också strukturerade intervjuer och använde sig av fokusgrupper. Det är ett omfattande arbete och som NHS skriver är det svårt att kvantifiera onödig byråkrati (Busting Bureaucracy, NHS 2020). Läkarförbundet bör i stället prioritera arbetet enligt Strategi 2025 och arbeta för en bättre styrning och effektiv vård.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **59 Hellre vårda patienter än siffror**

*Motionär: Sjukhusläkarna*

Det har på senare år uppmärksammats i media att antalet administratörer ökat inom regionerna. Här ett litet axplock:

- 2018 gjorde tidningen Vårdfokus en sammanställning där man visade att antalet chefer, handläggare och administratörer inom vården mellan 2010 och 2017 ökat med 8000 (36%) medan antalet läkare under samma period ungefär hälften så mycket.
- SVT och Uppdrag granskning visade under titeln "De okända regionpolitikerna" att det är få som vet vilka som styr Sveriges 21 regioner och att de var fler än den officiella statistiken och till antalet 5182 individer.
- Västerbottenkuriren skrev den 26 augusti 2022 att Region Västerbotten i slutet av augusti med sina 490 chefer anställda hade fler chefer än vårdplatser som bara var 403 till antal.

Det föreligger stora skillnader inom landet och det kan vara svårt att definiera vad som är en administratör men att den administrativa överbyggnaden och att kontrollbehovet gått överstyr med ett otal olika modeller av new public management som passerat revy under några årtionden tycks vara ett faktum. Denna utveckling tycks leva ett eget självgående liv utan direkt koppling till patienternas och sjukvårdens behov. Det skapas allt fler chefer och allt fler chefsled.

Dels drar den administrativa överbyggnaden resurser i sig, dels alstrar den krav på dokumentation och rapporter från de som är verksamma i kärnverksamheten och begränsar deras möjligheter att arbeta med kärnverksamheten. Det interna marknadssystemet påbjuder vidare att de beställer av och fakturerar varandra och internfaktureringsinförandet roterar vidare.

Sjukhusläkarna yrkar



## FULLMÄKTIGE 2022

1. Att Läkarförbundet mer aktivt verkar för att regionernas administrativa överbyggnad minskar
2. Att Läkarförbundet verkar för att minska internfakturering inom sjukvården
3. Att Läkarförbundet verkar för att riva pyramiderna och minska antalet chefsled

### Svar:

Självklart ska vi vårda patienter och inte siffror. De problem som motionärerna lyfter är en viktig del i Läkarförbundets Strategi 2025. Där ingår "Bättre styrning" som ett strategiskt mål. Från början var målet formulerat "Ökad statlig styrning", men fullmäktige 2021 ansåg att denna formulering var för snäv och ville då bredda den till "Bättre styrning". Utöver att detta är ett mål i sig, är det också ett mål som genomsyrar övriga mål, som till exempel kompetensförsörjning, arbetsmiljö och så vidare som hanteras på nationell nivå.

Vi kan också tycka till i regionala frågor, som att den administrativa bördan för läkarna behöver minska, vilket inte handlar om att låta den administrativa överbyggnaden svälla okontrollerat, eller att styrningen inte får ske på bekostnad av vården. Det stora förändringsarbetet i sådana frågor behöver dock oftast ske på lokal nivå, nära beslutsfattarna. Här kan vi till exempel stötta lokalföreningar i deras påverkansarbete. Läkarförbundets ambition är därför i linje med Sjukhusläkarnas motion.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att motionen anses **besvarad**

## 60 Statliga universitetssjukhus

### *Motionär: Sjukhusläkarna*

Regionerna ansvarar för sjukvården inklusive universitetssjukhusen. Tidigare hade universitetssjukhusen statlig huvudman, det sista statliga universitetssjukhuset övergick i regional regi år 1983. Universiteten har statligt huvudmannaskap.

Universitetssjukhusen ansvarar för högspecialiserad vård som i allt större utsträckning centraliseras. Vi vet att vi inte har en jämlik vård över landet. Patienter som skickas från andra regioner blir en inkomstkälla, eller en utgift för regionen som skickar. Ekonomisk påverkan för den egna regionen riskerar att påverka medicinska beslut. Läkarna hamnar i ett etiskt dilemma. Universitetssjukhusen behandlas olika i olika regioner.



## FULLMÄKTIGE 2022

Universitetssjukhusen är också navet för forskning och utbildning. Många läkare har dubbla anställningar, och forskning, fortbildning och utbildning riskerar att få stå tillbaka för produktion.

Historiskt har ett statligt huvudmannaskap inte setts som odelat positivt, en central styrning riskerar att beslut hamnar än mer från professionen. Ett problem har varit eftersatt underhåll av sjukhusen. Sofia Wallströms utredning om ökade förutsättningar för hållbara investeringar i framtidens hälso- och sjukvård lyfter dock ett statligt ägande av vårdinfrastrukturen för att garantera en jämlik tillgång. Man nämner i den utredningen också forskning som ett riksintresse där ökad statlig styrning behövs och ser att Socialstyrelsen bör få en ökad roll.

Vi anser att det är dags att se över frågan med fokus på hur man skulle kunna få till en professionsstyrd universitetssjukvård med statligt huvudmannaskap.

Sjukhusläkarna yrkar

- att Läkarförbundet utreder statligt huvudmannaskap för universitetssjukhusen

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen håller med motionären om att styrningen av hälso- och sjukvården måste förbättras, i enlighet med mål C4 i Strategi 2025. Läkarförbundets linje är att regeringen måste ge Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram riktlinjer för och preciseringar av riksintressen för hälso- och sjukvården. Det framgår i förbundets program *Tio punkter för bättre styrning* (2022) att sjukhusstrukturen är ett sådant riksintresse.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**

## **61 Ökad statlig styrning av nyetablering av vårdcentraler och införande av incitament inom primärvården**

*Motionär: Östra Skånes läkarförening*

Primärvårdsreformen har antagits av Sveriges riksdag i april 2022, och patienter kan nu lista sig hos vårdcentraler och motsvarande vårdenheter, som bedrivs i en regions regi, eller som har ett kontrakt med en region. Byte får genomföras högst två gånger under en ettårsperiod. Samma månad utkom Socialstyrelsen med ett nationellt riktvärde för fast läkarkontakt i primärvården om 1100 invånare per specialist i allmänmedicin, och 550 invånare per ST-



## FULLMÄKTIGE 2022

läkare i allmänmedicin. Båda delar som är helt i linje med Läkarförbundets politik. Samtidigt saknas uppemot 6000 allmänspecialister i Sverige, där vi idag ligger under EU-snittet för antalet allmänspecialister per 1000 invånare.

Det kvarstår dock en del utmaningar relaterade till ersättningssystem och nyetablering av vårdenheter inom primärvården. Ersättningssystemen skiljer sig åt regionalt och även om viktningen med ACG och CNI-index påverkar ersättningsnivåerna till varje enskild vårdcentral idag, är resursbristen mer påtaglig för vårdcentraler i socioekonomiskt utsatta områden. Antalet vårdcentraler i privat regi har ökat till strax över 40% sedan vårdvalet infördes. Störst andel har Region Stockholm med 67,7% (2020).<sup>i</sup> Inom primärvården sker 49% av alla patientbesök hos privata vårdgivare.<sup>ii</sup> Enligt uppgifter är antalet listade patienter per allmänläkare väsentligt fler i socioekonomiskt utsatta områden jämfört med områden med högre medelinkomst.<sup>iii</sup>

Samtidigt är etableringsmöjligheterna fria för vårdgivare så länge regionernas villkor och krav är uppfyllda. Risken för cementering av en ojämlik vård i Sverige är stor, där tillgången till hälso- och sjukvård är sämre för medborgare i mer socioekonomiskt utsatta områden. Invånare i norra Sverige har också längre avstånd till närmaste vårdcentral. I delbetänkandet av utredningen "Styrning för en mer jämlik vård", stycke 4.3.2. finns att läsa att "det råder inte enighet om huruvida socioekonomiska faktorer isolerat har en inverkan på etableringen.", men i Riksrevisionens granskning (2014) finns tendenser till "att nyetableringar samvarierar positivt med befolkningstäthet, områdets medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år".<sup>iv</sup>

Utgångspunkten i Hälso- och Sjukvårdslagen är en vård på lika villkor för hela befolkningen, och den som har störst behov ska ges företräde till vården.

<sup>i</sup> <https://www.ekonomifakta.se/Fakta/Valfarden-i-privat-regi/Vard-och-omsorg-i-privat-regi/vardcentraler-i-privat-regi/>

<sup>ii</sup> <https://www.almega.se/app/uploads/sites/3/2021/09/vardfakta-2021.pdf>

<sup>iii</sup> <https://www.expressen.se/debatt/darfor-slutar-jag-pa-tensta-vardcentral/>

<sup>iv</sup>

[https://www.regeringen.se/49d7ae/contentassets/f1d57f2dcc63420bbda371eba400bd05/styrning-och-vardkonsumtionur-ett-jamlikhetsperspektiv--kartlaggning-av-socioekonomiska-skillnader-i-vardutnyttjande-och-utgangspunkter-for-battrestyrning-sou\\_2018\\_55.pdf](https://www.regeringen.se/49d7ae/contentassets/f1d57f2dcc63420bbda371eba400bd05/styrning-och-vardkonsumtionur-ett-jamlikhetsperspektiv--kartlaggning-av-socioekonomiska-skillnader-i-vardutnyttjande-och-utgangspunkter-for-battrestyrning-sou_2018_55.pdf)

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för ersättningssystem inom primärvården som är nationellt likartade, dimensionerade för uppdraget.



## FULLMÄKTIGE 2022

- att Sveriges Läkarförbund verkar för incitament till läkare som väljer att arbeta i socioekonomiskt utsatta områden och i glesbygden.
- att Sveriges Läkarförbund verkar för en ökad statlig styrning av nyetablering av vårdcentraler för att tillgången till specialistläkarkompetens inom allmänmedicin blir lika för alla medborgare

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärernas beskrivning av bristen på specialister i allmänmedicin. Det är något som Läkarförbundet arbetat med att åtgärda under lång tid. Förbundet verkar för ett enhetligt ersättningssystem inom primärvården; ett system som kan möjliggöra vissa lokala avvikelser men framför allt erbjuder långsiktighet. Det skulle underlätta inte minst för mindre, läkar drivna enheter som vill etablera sig inom Vårdval primärvård.

Läkarförbundet driver också frågan om ett nationellt system för småskalig vård, tillsammans med SKR och Fysioterapeuterna. Systemet är tänkt att ersätta den så kallade nationella taxan (LOL och LOF). Just nu tittar en statlig utredare på detta, i syfte att föreslå åtgärder som möjliggör bättre hälso- och sjukvård i hela landet. SLF, SKR och Fysioterapeuterna föreslår gemensamt att staten ska gå in och delfinansiera primärvård i glesbygd och socioekonomiskt utsatta områden i just detta syfte.

Ett mer enhetligt ersättningssystem, bättre villkor för små professionsledda vårdenheter i synnerhet i glesbygd och på landsbygd samt en bättre styrning skulle sammantaget skapa en mer likvärdig vård.

Läkarförbundet antog 2021 en [kompetensförsörjningspolicy](#) med bland annat ett antal förslag för att säkra kompetensförsörjningen i glesbygd. Vi verkar därigenom för incitament till läkare som väljer att arbeta i glesbygd. Vi föreslår

- nedskrivning av studielån vid arbete som legitimerad läkare i glesbygd,
- införande av en särskild taxa vid nyetablering i glesbygd,
- möjlighet att inkludera resa till och från arbetet inom ramen för arbetstiden,
- riktade årliga satsningar inom specialiteter där det råder en tydlig brist och inom specialiteter som står inför stora pensionsavgångar samt
- fler ST-tjänster i allmänmedicin med inriktning glesbygdsmedicin.



## FULLMÄKTIGE 2022

Motionen framför ett intressant förslag i att-sats tre, men vi är inte säkra på att staten är rätt aktör att bedöma behovet av vårdcentraler på regional och lokal nivå.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse första och andra att-satserna **besvarade**
- att **avslå** att-sats tre

## **62 Inrätta patientsäkerhetsombud för att säkra patientsäkerheten**

*Motionär: Seniora läkare*

När arbetsmiljön är dålig äventyras patientsäkerheten. Under sommaren har rapporter kommit från hela landet om kaos på akutmottagningarna med oroande dålig arbetsmiljö. Det har blivit stockning av patienter på akutmottagningarna pga. brist på vårdplatser. Patientsäkerhetsarbetet behöver stärkas. IVO har ansvar för tillsynen över hälso- och sjukvården. Denna tillsyn har inte varit tillräckligt skarp.

Som exempel på hur IVO:s tillsyn har varit otillräcklig kan nämnas att läkare i Uppsala har kontaktat IVO under många år och påtalat att patientsäkerheten brustit på bl.a. akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. Först i slutet av förra året lade IVO ett vite mot Akademiska på 20 miljoner kronor och krävde fler vårdplatser. Tyvärr upphävdes IVO:s beslut efter överklaganden med motiveringen att IVO inte formulerat sig tillräckligt tydligt.

I juni lade IVO ett nytt vite och kräver återigen att Akademiska skulle öppna fler vårdplatser. Region Uppsala har överklagat även detta föreläggande till förvaltningsrätten och framhåller bl.a. att regionen inte har möjligheter att rekrytera och introducera sjuksköterskor och undersköterskor för att kunna öppna så många vårdplatser.

Hade IVOs tillsyn varit mer kraftfull tidigare hade situationen på akutmottagningen sannolikt varit lättare att vända. Hur kommer IVO att se på Akademiskas oförmåga att rekrytera personal? Jämför med hur Arbetsmiljöverket har riktat skarp kritik mot Region Skåne som arbetsgivare. Arbetsmiljöverket framhåller att bristen på sjuksköterskor som Region Skåne gör gällande inte är absolut – utan är en brist på sjuksköterskor som vill arbeta hos Region Skåne pga. dålig arbetsmiljö.

Arbetsmiljöverket verkar emellertid inte ensamma i sitt arbete för att förbättra arbetsmiljön utan har stöd av ca 100 000 skyddsombud, som bl.a. enligt Arbetsmiljölagen har rätt att överklaga beslut från Arbetsmiljöverket. IVO saknar ett sådant stöd. IVO behöver stöd av patientsäkerhetsombud på samma sätt som Arbetsmiljöverket har stöd av skyddsombud. Ett patientsäkerhetsombud kan förslagsvis få liknande ställning och rättigheter som



## FULLMÄKTIGE 2022

skyddsombud med bl.a. rätt att kräva åtgärder av arbetsgivaren för att förbättra arbetsmiljön, rätt att ta in IVO på inspektion om arbetsgivaren inte uppfyller kraven samt rätt att överklaga IVO:s beslut. En möjlighet är att till de nuvarande skyddsombudens uppdrag addera uppgiften som patientsäkerhetsombud.

Seniora läkare yrkar

- att Läkarförbundet arbetar för att tillskapa patientsäkerhetsombud
- att Läkarförbundet utreder om patientsäkerhetsombud kan vara ett lämpligt sätt att förbättra patientsäkerheten och därmed arbetsmiljön

### Svar:

Svensk författningsreglering på patientsäkerhetsområdet är omfattande och detaljerad. Grundläggande bestämmelser finns i hälso- och sjukvårdslagen och i patientsäkerhetslagen (PSL). Därutöver finns andra lagar, förordningar och myndighetsföreskrifter som helt eller delvis syftar till att främja hög patientsäkerhet och god vård. Patientsäkerhetsarbetet bygger på flera delar, där vårdgivare, personal, myndigheter och andra instanser har viktiga roller.

Vårdgivaren har enligt PSL det samlade ansvaret för patientsäkerheten. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten så att kravet på god vård upprätthålls samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga vårdskador och utreda negativa händelser i verksamheten. Vårdgivaren ska även dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat inom verksamheten. Många vårdgivare, t.ex. större sjukhus, har chefläkare med uppdrag inom patientsäkerhetsområdet. FS anser att chefläkarens mandat på området ska vara starkt. Utöver chefläkaren har ofta även verksamhetschefer och medicinskt ledningsansvariga visst patientsäkerhetsansvar. Även hälso- och sjukvårdspersonalen ska bidra till att hög patientsäkerhet upprätthålls och i detta syfte rapportera risker för vårdskador till vårdgivaren. Vårdgivaren ska också ta emot och besvara klagomål och synpunkter från patienter och deras närstående.

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ett övergripande tillsynsansvar över hälso- och sjukvården. Regelverket kring IVO:s tillsynsuppdrag har ändrats över tid. Myndighetens skyldighet att utreda enskilda patienters klagomål har i viss mån begränsats, bl.a. i syfte att frigöra resurser för riskbaserad tillsyn. IVO kan ta emot anmälningar från flera olika håll och kan även på eget initiativ inleda tillsyn av t.ex. en vårdgivare. IVO har rätt att från vårdgivaren begära in det underlag som behövs för tillsynen och har långtgående möjligheter att vidta åtgärder ifall brister som kan hota patientsäkerheten identifieras. Myndigheten kan förelägga vårdgivaren att vidta rättelse och föreläggandet kan förenas med vite. Ytterst kan IVO helt



## FULLMÄKTIGE 2022

eller delvis förbjuda en vårdgivares verksamhet. Myndigheten kan även göra anmälan till åtal.

Därutöver har patientnämnden i uppdrag att rapportera iakttagelser och avvikelser till vårdgivaren och uppmärksamma IVO på förhållanden av relevans för myndighetens tillsyn.

FS anser inte att det redan detaljerade och mångfacetterade systemet för patientsäkerhetsarbete och -tillsyn bör kompliceras med ytterligare en instans vid sidan av de ovan beskrivna och då särskilt IVO. FS befarar att det rentav skulle kunna bidra till ökad administration och otydlighet i fråga om roller och ansvar.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

### **63 Patientsäkerheten kräver**

*Motionär: Västerbottens läns läkareförening*

Flygvapnet har sedan 60-talet utvecklat en flygsäkerhetsorganisation som över tid kraftigt reducerat antalet flyghaverier. Central i denna organisation är den flygsäkerhetschef som finns på alla svenska flygflottiljer. Denne person har alltid flygbakgrund och relativt hög grad, överstelöjtnant eller högre. Flygsäkerhetschefen har tillsammans med hela flygsäkerhetsorganisationen ett avgörande inflytande i alla frågor, tex byggnationer i närheten (även civila) där man kan se risk för att det kan påverka flygsäkerheten och kan med begreppet "Flygsäkerheten kräver" tvinga fram förändringar i planerna.

På samma sätt behöver svensk sjukvård seniora läkare med mandat att utifrån patientsäkerheten tvinga chefer och tjänstemän att agera med patientsäkerheten i fokus i alla vårdrelaterade frågor. Exempelvis skulle det mandatet kunna ges till chefläkarna som ju redan idag har det övergripande ansvaret för patientsäkerheten men som regel saknar mandat att agera tillräckligt kraftfullt. Om en chefläkare inför en förändring ser patientsäkerhetsrisker måste den chef som vill genomföra förändringen visa på vad sätt de kan motverkas och innan chefläkaren är nöjd med åtgärderna kan förändringen inte genomföras.

Västerbottens Läns Läkareförening yrkar

- att SLF verkar för att begreppet "Patientsäkerheten kräver" införs inom svensk sjukvård.
- att SLF verkar för att det blir tydligt för regionerna att begreppet "Patientsäkerheten kräver" är något de måste förhålla sig till.





## FULLMÄKTIGE 2022

- att SLF verkar för att läkare med övergripande patientsäkerhetsansvar får det mandat begreppet "Patientsäkerheten kräver" innebär.

### **Svar:**

Grundläggande reglering vad gäller patientsäkerhet och ansvar för patientsäkerhetsarbete finns i patientsäkerhetslagen (PSL). Övrig reglering på området baseras till stor del på den lagen. I PSL anges att med patientsäkerhet avses skydd mot vårdskada. Med vårdskada avses lidande, kroppslig eller psykisk skada eller sjukdom samt dödsfall som hade kunnat undvikas om adekvata åtgärder hade vidtagits vid patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Vårdgivaren ska enligt 3 kap 2 § PSL vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador.

För åtgärder som inte kan vidtas omedelbart ska en tidsplan upprättas. Vårdgivare ska även, enligt 3 kap 3 §, utreda händelser i verksamheten som har medfört eller hade kunnat medföra en vårdskada. PSL ställer alltså redan idag krav på att vårdgivare ska bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete och agera för att upprätthålla god patientsäkerhet. Exakt hur vårdgivaren ska organisera sin verksamhet – t.ex. med olika befattningar, som chefläkare – regleras inte i PSL, utan vårdgivaren har möjlighet att anpassa detta efter lokala förhållanden så länge som PSL:s och hälso- och sjukvårdslagens krav på god vård upprätthålls. Vårdgivaren är dock skyldig att dokumentera hur det organisatoriska ansvaret för patientsäkerhetsarbetet är fördelat i verksamheten. Ifall vårdgivaren inte lever upp till PSL:s krav kan det medföra åtgärder från Inspektionen för vård och omsorg.

FS bedömer att det inte är en framkomlig väg att verka för en omskrivning av PSL så att begreppet "patientsäkerheten kräver" införs. FS bedömer även att införande av det begreppet i PSL inte skulle innebära någon egentlig ändring i sak i förhållande till de skakrav som lagen redan idag ställer på vårdgivaren.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **avslå** motionen

## **64 Vårdvalens villkor bör förhandlas**

*Motionär: Svenska distriktsläkarföreningen*

Alltmer vård bedrivs inom vårdval, där regionerna ensidigt tar fram villkor och uppdrag, som privata och offentliga vårdgivare inom berört vårdvalsområde har att rätta sig efter.



## FULLMÄKTIGE 2022

Processen äger rum helt utan förhandling och den vårdgivare som inte gillar ändringar har endast som alternativ att lämna vårdvalet. Systemen ändras årligen, där både uppdrag och ersättningar justeras – ofta efter mer eller mindre nyckfulla infall. Systemet blir ryckigt utan långsiktighet och förutsägbarhet. Då professionen inte heller är med i processen, riskerar evidensbaserad vård få en underordnad roll, vilket underminerar förtroendet för vårdvalen. Detta kan också skapa etiska konflikter hos läkare, när man tvingas göra saker av tveksamt medicinskt värde eller när prioriteringar inte överensstämmer med hälso- och sjukvårdslagens portalparagraf om vård efter behov.

DLF yrkar

- att förbundet verkar för att innehåll och villkor som tas fram för regionernas vårdval är föremål för förhandling med de lokala läkarföreningarna.

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen har förståelse kring att det finns utmaningar i att påverka vårdvalet och motionärens yrkande är därför viktigt. Idag styrs vårdvalet av reglerna om offentlig upphandling och valfrihetsystem (LOU och LOV). Det finns även en förhandlingsordning i §38 MBL som reglerar arbetsgivarens förhandlingsskyldighet inför anlitande av annan arbetskraft än den ordinarie för att utföra arbete. Förhandlingsskyldigheten gäller såväl förfrågningsunderlaget som tilldelningsbeslut. Hur denna förhandlingsskyldighet genomförs inom varje region ser olika ut, dels beroende på hur regionen har valt att organisera sin verksamhet men också beroende av hur det samverkansavtalet är formulerat i regionen.

Förbundet centralt stödjer lokalföreningen i frågor när dylika situationer uppstår. Detta sker genom kontaktombudsmän och medlemsrådgivning. Därutöver har förbundet som stöd till förtroendevalda tagit fram en skrift om bättre offentlig upphandling.

Förbundsstyrelsen är enig med motionären om vikten av att kunna verka för att vård ges efter behov, och vikten av förtroendet av vårdval inte undermineras och arbetar fortsatt vidare med frågan.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**



## FULLMÄKTIGE 2022

### 65 Uppdatera marknadsföringsreglerna

*Motionär: Stockholms läkarförening*

*»Hej förskolesmittor, dagissjukdomar, höståkommor och förkylningstider. Träffa läkare inom 30 minuter – utan att lämna hemmet.«*

Reklam för enskilda mottagningar med kräk-emojis som symbol för övriga vården.

Detta är två exempel på hur marknadsföringen av läkartjänster har blivit mer aggressiv under de senaste åren.

Läkarförbundet har sedan många år marknadsföringsregler, men dessa förefaller inte ha haft någon hämmande effekt på den aggressiva marknadsföringen, kanske för att reglerna riktar sig direkt till individuella läkare och inte till exempelvis de bolag som står bakom reklamen.

Läkarförbundets marknadsföringsregler har sin grund i Läkarförbundets etiska regler. I de etiska reglerna finns de grundläggande värderingarna inom den medicinska etiken. Där anges bland annat att läkare ska avhålla sig från påträngande marknadsföring och från att på annat olämpligt sätt fästa uppmärksamhet på sin person och läkargärning.

Stockholms läkarförening yrkar att:

- Läkarförbundet ser över de etiska reglerna för marknadsföring för att se om de kan justeras för att bättre stävja de avarter vi sett de senaste åren.

#### **Svar:**

Sveriges läkarförbunds regler för marknadsföring av läkarverksamhet m.m. (Marknadsföringsreglerna) med kommentarer syftar till att garantera allmänheten god information och att upprätthålla en god och värdig anda i marknadsföringen av läkarverksamhet. FS uppfattar motionen som att den handlar om översyn av dessa Marknadsföringsregler. Läkarförbundets etiska regler är ett annat dokument som innehåller övergripande etiska principer och som inte lämpar sig för detaljerade skrivningar.

I inledningen till Marknadsföringsreglerna anges att de "riktar sig till alla som marknadsför läkarverksamhet i Sverige och gäller lika oavsett medium. För medlem i Sveriges läkarförbund är reglerna bindande. Reglerna gäller även för juridiska personer där medlem har bestämmandeinflytande som ägare. Vidare riktar sig reglerna till alla vårdgivare, såväl offentliga som privata. Läkarförbundet anser att marknadsföring av anställda läkare ska ske enligt dessa regler även om arbetsgivaren står som avsändare."



## FULLMÄKTIGE 2022

Marknadsföringsreglerna uppdaterades senast i september 2018 genom beslut av FS. Reglerna är, liksom Läkarförbundets etiska regler, inte juridiskt bindande och Läkarförbundet kan inte vidta några skarpa åtgärder mot den som inte följer dem. (Uteslutning ur Läkarförbundet enligt § 17 i förbundets stadgar är förbehållet mycket allvarliga händelser, normalt att vederbörande dömts för allvarlig brottslighet.) Det är därför sannolikt inte realistiskt att förvänta sig att en uppdatering av Marknadsföringsreglerna skulle leda till att olämplig marknadsföring upphör. Inget hindrar dock att Läkarförbundet, i första hand genom Etik- och ansvarsrådet, ser över Marknadsföringsreglerna med kommentarer och tar ställning till om de bör uppdateras i något avseende.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att **bifalla** motionen

### **66 Kollegialt stöd**

*Motionär: Svenska företagsläkarföreningen, SFLF*

Sjuktalen för läkare har länge varit i ökande och nyligen presenterades siffror på att var femte läkare vill sluta. Detta är nära kopplat till den psykosociala och organisatoriska arbetsmiljön inom medicinska verksamheter. Bland företagsläkare finns praktisk erfarenhet av stora svårigheter med rehabilitering till arbetsåtergång av sjukskrivna kollegor när ledningen saknar förståelse för och egen erfarenhet av läkares arbetsmiljöfaktorer i en komplex kunskapsorganisation. Många naturliga professionsfora har minskat eller helt försvunnit när managementstyrning vuxit sig stark. Röntgenrönder, jourrapporter och läkarmöten ifrågasätts ur effektivitetssynpunkt av chefer som exempelvis saknar förståelse för vikten av kollegialt stöd i komplicerade beslut för att minska den etiska stressen.

Professionsfora har i många fall ersatts med allmänna arbetsplatsträffar för all personal. Det finns vidare exempel på verksamheter där ST-läkare arbetar helt ensamma utan erfaren specialist på plats för medicinskt mentorskap. Informella, funktionella professionsnätverk som historiskt löst många medicinska och medicin-etiska problem motverkas av dagens managementkultur.

SFLF yrkar

- att SLF verkar för att medicinska verksamheter inte får bedrivas med enbart underläkare och ST-läkare utan klinisk handledning på plats.



## FULLMÄKTIGE 2022

- att SLF ställer krav på arbetsgivaren att tillse att verksamheten medger adekvata professionsforum.
- att SLF verkar för att alla läkare, oavsett offentligt eller privat anställda, vid misstänkt arbetsrelaterad ohälsa ska ges möjlighet att träffa en företagsläkare för bedömning.

### Svar:

I februari 2023 träder skärpta regler för handledning i kraft. Sveriges läkarförbund har i sitt remissvar ställt sig positivt till att underläkare före AT och AT-läkare alltid ska ha tillgång till handledning, råd och stöd. Förbundet hade dock velat ha ännu skarpare krav på att handledaren även ska vara namngiven och finnas fysiskt på plats. När det kommer till ST-läkare ska de givetvis ha handledning utifrån behov, vilket även stipuleras i de båda gällande föreskrifterna för läkares specialiseringstjänstgöring. Samtidigt kan, inom många specialiteter, ST-läkare under de senare delarna av sin specialiseringstjänstgöring ofta verka relativt självständigt. ST-läkare handleder ofta underläkare och kan idag även vara handledare åt både AT- och BT-läkare.

Vi anser därutöver att underläkare, samt läkare under vidareutbildning, alltid ska ha tillgång till en mer erfaren kollega som vid behov kan ge instruktion. Instruktion syftar på den dagliga anvisningen om verksamhetsspecifika tekniker, tillvägagångssätt och lösande av patientfall. Till skillnad från en handledare har en instruktör inget särskilt ansvar för läkares professionella utveckling. Handledningen utgörs av schemalagda och återkommande samtal med en handledare. Handledarens uppgift är att kontinuerligt utvärdera och stödja AT-, BT- eller ST-läkarens professionella utveckling.

När det gäller krav på professionsforum och att förbundet bör verka för att alla läkare ska ha möjlighet att träffa företagsläkare, försvåras förbundets önskade agerande av att dessa företeelser är kopplade till arbetsgivarnas arbetsledningsrätt. Såväl vilka fora som är behövliga, som företagshälsovårdens utformning är frågor som arbetsgivaren ensidigt äger. Så långt det är möjligt, exempelvis genom aktivt påverkansarbete, bedrivs dock redan i dag de efterlysta åtgärderna av förbundets lokalföreningar.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse motionen **besvarad**



## FULLMÄKTIGE 2022

### 67 Läkarförbundets sjukskrivningsarbete måste vara kunskapsbaserat

*Motionär: Läkarförbundets förening för försäkringsmedicin*

Enligt förbundets sjukvårdspolicy, *Läkares arbete med sjukskrivningsärenden*, så ligger tyngdpunkten i förbundets arbete med att förbättra förutsättningarna för den sjukskrivande läkaren inom dagens system. Förbundet yrkar med all rätt på adekvata resurser inom vården för detta arbete, ökad ekonomisk kompensation för komplexa bedömningar och intyg, ökad kontakt med Försäkringskassan, differentierade läkarintyg samt behovet av andra resurser för att ta över och hjälpa till vid långvariga och komplexa fall (rehab-team, företagshälsovård). Allt för att nuvarande system ska kunna hanteras av läkaren och vården. Ett system som i många delar är dysfunktionellt för den sjukskrivne och läkaren och inte är kunskapsbaserat och där läkarens roll skulle behöva omvärderas. Ett system där det är viktigt att läkaren utifrån sin kunskap är den som måste ansvara för de medicinska insatserna och bedömningarna inom sjukförsäkringen.

Läkarförbundets Förening för FörsäkringsMedicin (LFFM) kan i förbundets sjukskrivningspolicy inte se något som tydligt tar avstamp i känd kunskap om det som läkare gör och tillför inom svensk sjukförsäkring och andra internationella sjukförsäkringssystem. Detta gör att policyn inte lyfter läkarens uppdrag på ett konstruktivt sätt.

Genom att bevaka och lyfta nationell och internationell försäkringsmedicinsk kunskap och forskning skulle Sveriges läkarförbund göra läkarens roll tydligare och visa när, hur och gällande vad, den sjukskrivande läkarens kompetens och bedömning gör nytta och när den inte gör nytta inom försäkringen. Just detta sista perspektiv kan behöva lyftas då vår bedömning är att just nu används läkaren i alltför hög grad till att legitimeras försäkringens behov och för att säkerställa juridisk likformighet inom försäkringen. Ofta med tveksam nytta gällande rehabilitering och återgång till arbete för alla parter i komplicerade fall. Ofta med tveksam nytta för den sjukskrivne, läkaren och Försäkringskassan

Förbundet behöver vara en mycket tydligare part med att visa på att dagens sjukförsäkring, ur ett kunskapsperspektiv, är dysfunktionellt när det gäller många delar av läkarens uppdrag. Ett tydligt sätt vore därför att förbundets sjukskrivningsarbete tydligare borde utgå från försäkringsmedicinsk kunskap och grund. Utan detta förhållningssätt så är vår bedömning att förbundets nuvarande policy inte kommer att förändra intygsproblematiken och att rollen som sjukskrivande läkare inte kommer att förändras.

För att kunskap ska vägleda utvecklandet av sjukförsäkringen så behöver förbundet också verka för att Försäkringskassan som ansvarig myndighet bygger upp sin egen kompetens inom området. Myndighetens försäkringsmedicinska kunskap och kompetens har demonterats sedan snart 10 år och främst ersatts av en ökad juridisk kompetens.



## FULLMÄKTIGE 2022

Försäkringsmedicinsk sakkunniga på myndigheten tillmäts allt mindre värde vilket gör att de medicinska perspektiven får en mer undanträngd plats i bedömning av sjukintyg mm. Det som prioriterats av Försäkringskassan under denna period har primärt varit juridiska behov för att säkerställa en likformig hantering. Att optimera hanteringen. Ofta med diskutabel medicinsk relevans och med tveksam grund i försäkringsmedicinsk kunskap. Av det skälet är det också nödvändigt att Sveriges läkarförbund behöver bli tydligare med att företräda försäkringsmedicinsk kunskap.

För att denna utveckling är det också nödvändigt att det i förbundets arbete ingår att verka för att utbildning och kunskapsstöd i försäkringsmedicin och ett försäkringsmedicinskt förhållningssätt är kunskapsbaserade för sjukskrivande läkare under alla faser av utbildningen. Idag handlar aktuella utbildningar och kunskapsstöd i hög grad bara om tillämpning av försäkringsmedicin utifrån sjukförsäkringens regelverk och krav.

Vi vill i det här sammanhanget påpeka att LFFM är den enda organisation i Sverige som för närvarande systematiskt följer försäkringsmedicinsk forskning, bland annat inom [EUMASS](#), en europeisk samarbetsorganisation som stödja och dela försäkringsmedicinsk kunskap och forskning inom Europas socialförsäkringssystem. Vi vill gärna bidra till Läkarförbundets fortsatta arbete inom området.

Läkarförbundets förening för försäkringsmedicin yrkar

- att läkarförbundets sjukskrivningspolicy gällande läkarens roll, uppdrag och ansvar inom sjukskrivningen i möjligaste mån ska utgå från medicinsk och försäkringsmedicinsk kunskap och forskning.
- att förbundet utifrån aktuell relevant medicinsk och försäkringsmedicinsk kunskap tar fram ett förslag över läkarens framtida roll, ansvar och uppdrag inom den svenska sjukförsäkringen
- att förbundet i sin dialog med regering och myndighet aktivt arbetar för att Försäkringskassan måste stärka sin försäkringsmedicinska kompetens och strategi för att utveckla försäkringen och stödet till den sjukskrivne.

### **Svar:**

Sveriges Läkarförbund deltar vid ett flertal olika forum där försäkringsmedicin diskuteras och vi har också en mycket god dialog med Socialdepartementet. Under våren 2022 resulterade det i att Marina Tuutma tillsattes som utredare i utredningen om läkarintygets betydelse i sjukpenningärenden (S 2022:06).



## FULLMÄKTIGE 2022

Utredaren ska bland annat analysera orsakerna till att sjukskrivande läkare och Försäkringskassan i vissa fall gör olika bedömningar av arbetsförmågans nedsättning. Utredningen ska även analysera om läkarens bedömning av arbetsförmågans nedsättning behöver ges större tyngd i sjukpenningärenden och om samarbete mellan flera professioner inom hälso- och sjukvården kan stärka bedömningen av patientens arbetsförmåga, behov av sjukskrivning och behov av rehabiliterande insatser. Utredningen ska redovisa sitt uppdrag senast den 7 juni 2023.

Det kan finnas anledning att se över Läkarförbundets policy på området, men förbundsstyrelsens bedömning är att ett sådant arbete i så fall ska utgå ifrån de förslag som utredningen lämnar vilket gör att det inte är aktuellt förrän tidigast om ett år.

Läkarförbundet har också en god dialog med Försäkringskassan, dels löpande inom ramen för bland annat Nationellt försäkringsmedicinskt forum (NFF), dels fördjupade möten på GD-nivå om Försäkringskassans förnyelseprogram inom sjukförsäkringsområdet. I dessa sammanhang är vi en aktiv aktör, vi har framfört och kommer att framföra de större och strukturella problem- och utvecklingsområden i sjukskrivningsprocessen som vi identifierar.

LFFM är en viktig förening med stor kompetens inom det försäkringsmedicinska området och det är bra att förening fortsätter att så systematiskt följer försäkringsmedicinsk forskning. Det är också positivt att föreningen vill bidra till Läkarförbundets arbete på detta område, inte minst vid internremisser.

### ***Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige***

- att anse motionen **besvarad**

## **68 Medicinskt ansvar för läkare i regionens hälso- och sjukvård**

*Motionär: Stockholms läkarförening*

Skulle du flyga om kabinpersonalen styr?

Det saknas reglering i lag av medicinskt ansvar för läkare i regionens hälso- och sjukvård.

I hälso- och sjukvården skall det finnas en verksamhetschef (VC) som ansvarar för verksamheten. I lag definieras de enda två verksamheter där det krävs en specialistläkare för visst ledningsansvar; psykiatrisk tvångsvård och smittskydd.

VC får bestämma över diagnostik, vård och behandling av enskilda patienter endast om han eller hon har tillräckligt kompetens för detta. Lagen/förordningen säger inget om ansvaret vid





## FULLMÄKTIGE 2022

förändring av vård för hel patientgrupp, där kan alltså vem som helst fatta beslut som påverkar möjligheten för oss som legitimerade läkare att ta vårt legitimationsansvar för patienterna.

Det är för oss mycket ologiskt att medicinskt ansvarig MAS/MAR (medicinskt ledningsansvarig sjuksköterska inom kommunal vård) har ett tydligt reglerat ansvar med aktuellt mandat i lag/förordning, när det medicinska ansvarsområdet för läkare i regional hälso- och sjukvård knappt regleras alls.

Om det medicinska ansvaret inte tydligare kopplas till medicinsk kompetens i lag/förordning befarar vi att patientsäkerheten alltmer urholkas med en tilltagande etisk stress för läkargruppen.

Stockholms läkarförening yrkar

- att förbundet verkar för att det medicinska ansvaret i alla verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård ska ägas av specialistläkare
- att förbundet ska verka för att tydliggöra medicinskt ansvar då verksamhetschefen inte är specialistläkare.
- att förbundet i all kommunikation poängterar vikten av medicinsk kompetens vid ledning av och i hälso- och sjukvård!

### **Svar:**

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att det behövs en större tydlighet kring läkares uppdrag. Läkarförbundet motsatte sig att Socialstyrelsens allmänna råd om detta upphävdes 2015, och pekade då särskilt på betydelsen av skrivningarna om medicinskt ledningsansvar.

Verksamhetschefen har alltid det samlade ledningsansvaret för verksamheten, men kan uppdra åt befattningshavare inom verksamheten med tillräcklig kompetens och erfarenhet att fullgöra enskilda ledningsuppgifter, t.ex. medicinskt ledningsansvar. Läkarförbundet anser fortsatt att regelverket kring uppdrag som medicinskt ledningsansvarig läkare (MLA) behöver förtydligas. Efter ett beslut vid FUM 2021 verkar vi för att Socialstyrelsen ska ta fram föreskrifter eller allmänna råd om uppdrag som MLA.

Med det sagt, anser vi också att läkare i större utsträckning ska vara chefer. Ett av många skäl är att inom verksamheter som har en läkare som chef upplever medarbetarna väsentligt bättre förutsättningar att ge en patientsäker vård.



## FULLMÄKTIGE 2022

Förbundsstyrelsen anser att förbundet i många sammanhang bör poängtera vikten av medicinsk kompetens vid ledning av hälso- och sjukvård. Vi kan dock inte föreslå bifall till motionärens förslag att göra det i all vår kommunikation. Frågan ryms i flera av de elva frågor som är prioriterade i vår strategi, men den är inte överordnad dessa.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

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

### **69 Dimensionering av primärvården**

#### *Motionär: Östra Skånes läkarförening*

Sverige har en relativ hög läkartäthet med 4,3 läkare per 1000 invånare, och ligger över EU-snittet, men antalet allmänläkare utgör endast ca 14% av läkarkåren och ligger tydligt under EU-snittet.<sup>i</sup> Antalet patienter per heltidsarbetande allmänläkare uppgår till 1950 och kontinuiteten är bristande när 20% utgörs av hyrläkare/vikarier.<sup>ii</sup> Sveriges läkarkår är mer sjukhustungt jämfört med andra länder, och antalet specialister i förhållande till generalister har ökat över tid.<sup>iii</sup> Men för att kunna arbeta hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande behövs fler generalister inom primärvården.

Samtidigt åligger det primärvården att öka tillgängligheten enligt vårdgarantin, fler uppdrag från specialistvården flyttas över till primärvården, och fler ST-läkare och färdiga specialister inom allmänmedicin väljer att lämna primärvården på grund av dålig arbetsmiljö och hög arbetsbelastning.

Det är redan Sveriges Läkarförbunds politik att verka för fler ST-läkare inom allmänmedicin och Socialstyrelsens nationella riktvärde för antal listade patienter per läkare är ett steg på vägen mot en rimligare arbetsbörda, och förhoppningsvis en förbättrad arbetsmiljö på sikt. Men det kommer att ta tid att utbilda och rekrytera tillräckligt många till primärvården. Vi behöver en bättre samordning mellan primärvården och sjukhusvården på nationell nivå i likhet med regionala Allmänläkarkonsultorganisationer (AKO), i tillägg till "Nationellt Kliniskt Kunskapsstöd (NKK)", som drivs av Sveriges kommuner och regioner.

<sup>i</sup> [https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021\\_chp\\_sv\\_swedish.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-12/2021_chp_sv_swedish.pdf)

<sup>ii</sup> <https://www.dagensmedicin.se/specialistomraden/allmanmedicin/var-femte-lakare-ar-hyrlakare-eller-vikarie/>



## FULLMÄKTIGE 2022

iii [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare\\_personnel\\_statistics\\_-\\_physicians#Healthcare\\_personnel](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians#Healthcare_personnel)

Östra Skånes läkarförening yrkar

- att Sveriges Läkarförbund verkar för att andelen allmänspecialister ökar i förhållande till hela läkarkåren långsiktigt.
- att Sveriges Läkarförbund verkar för etableringen av AKO i samtliga regioner, för att främja samarbetet och ökad samverkan mellan primär- och sjukhusvården, med lokala anpassningar av NKK.

### **Svar:**

Som motionen nämner är det redan Läkarförbundets politik att verka för fler ST-läkare inom allmänmedicin. Vi driver på för en utbyggd primärvård, vilket innebär att andelen allmänspecialister måste öka i förhållande till hela läkarkåren på sikt.

Socialstyrelsen och Nationella vårdkompetensrådet har ett pågående uppdrag att ta fram förslag för att stärka medarbetarna och säkra den framtida kompetensförsörjningen i primärvården. Läkarförbundet är delaktiga i och bidrar till det arbetet. Förslaget om allmänläkarkonsultorganisationer (AKO) i samtliga regioner kan föras vidare, men är för specifikt för att vi ska vilja låsa oss vid den lösningen i dagsläget.

### **Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige**

- att anse att-sats ett **besvarad**
- att **avslå** att-sats två