2024-02-09

# Strategi 2030

## Vision

Läkare med förutsättningar att erbjuda vård för dagens och morgondagens patienter

## Mål

A Bättre arbetsvillkor för läkare

* Delmål 1: Läkare ska ersättas för all arbetad tid och kompenseras rätt
* Delmål 2: Läkares arbetsmiljö och arbetsliv ska vara hållbara

B En kompetensförsörjning som stärker hälso- och sjukvården

* Delmål 3: Dimensioneringen av utbildningstjänster ska vara tillräcklig
* Delmål 4: En vård i ständig utveckling – goda möjligheter till fortbildning och forskning

C Likvärdig sjukvård av hög kvalitet

* Delmål 5: Ett ökat nationellt ansvar för hälso- och sjukvården
* Delmål 6: En vård med god tillgänglighet och hög kontinuitet

Politiskt program 2030

# A Bättre arbetsvillkor för läkare

Läkare är den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården som har störst medicinsk kompetens. Som ledare i vården och som yrkesgrupp bidrar läkare i hög utsträckning till utvecklingen av hälso- och sjukvården.

En ökad köpkraft är central för att attrahera läkare och få dem att stanna kvar inom yrket.

Att kontinuerligt verka för attraktiva villkor i våra kollektivavtal t ex avtalsförsäkringar, pension och allmänna villkor är en central uppgift för förbundet. En hög grad av kollektivavtalstäckning i alla sektorer- samt en hög organisationsgrad i Läkarförbundet - ger legitimitet åt våra kollektivavtal och ger den enskilde trygghet i arbetslivet.

## 1. Läkare ska ersättas för all arbetad tid och kompenseras rätt

### Nuläge och hinder

Läkare bidrar med sin vetenskapliga och medicinska kompetens till utveckling av hälso- och sjukvården inom alla sektorer. För att säkra kompetensförsörjningen och kvaliteten behöver läkarnas anställningsvillkor vara attraktiva och konkurrenskraftiga genom hela karriären.

Den svenska partsmodellen är viktig att värna och Läkarförbundet strävar efter att alla arbetsgivare, oavsett storlek eller sektor, ska ha kollektivavtal. Arbetsmarknadernas parter ska kunna träffa bransch- och yrkesanpassade kollektivavtal som tillvaratar läkares intressen både som enskild individ och som kollektiv, på central såväl som på lokal nivå.

Frågor om lönesättning hanteras bäst mellan parterna. Lönebildningen hanteras lokalt av förbundet med utgångspunkt i det centrala avtalets riktlinjer. Läkarförbundet anser att konkurrenskraftiga löner för läkare ska vara en viktig del av alla arbetsgivares personalpolitik, från läkarstudent till specialister och chefer. En stor andel av läkarna tidigt i karriären funderar på att lämna yrket. Lönen för läkarna mellan examen och specialist har betydelse för hela yrkeskåren och är en prioriterad fråga för förbundet. Lönerna för läkare som är chefer måste vara betydligt högre än idag för att fler läkare ska vilja ta chefsuppdrag.

Alla läkare, oavsett anställningsform, ska ha rätt till en årlig löneöversyn. Läkares köpkraft måste öka över tid.

Läkare ska ersättas för all arbetad tid. Läkare arbetar många timmar i genomsnitt per vecka utöver normal arbetstid och det måste vara tydligt vilken kompensation som ska utgå för det utförda arbetet. Tjänstgöring utanför ordinarie arbetstid, som jour, beredskap och arbetad övertid, måste värderas högre, liksom ersättningen för beredskap i hemmet. Förutsättningar måste finnas för att all arbetstid ska kunna registreras korrekt, vara synlig samt följas upp av arbetsgivaren.

Det är viktigt att läkare arbetar på rätt befattning utifrån den kompetens de besitter, till exempel att specialistläkartjänst erbjuds den som genomgått specialiseringstjänstgöring.

### Budskap och argument

* Läkarnas medicinska kompetens säkerställer kvalitet och säkerhet inom hälso- och sjukvården och det ska återspeglas i anställningsvillkoren.
* Alla läkare ska omfattas av kollektivavtal som tillvaratar deras intressen och behov inom olika sektorer på arbetsmarknaden.
* Läkares köpkraft ska öka över tid, för att gynna kompetensförsörjningen i hälso- och sjukvården.
* Det krävs mer konkurrenskraftiga löner i början av karriären för att läkare ska vilja stanna kvar i yrket.
* All arbetad tid ska kompenseras och registreras korrekt - läkare ska inte arbeta gratis.
* Tjänstgöring utanför ordinarie arbetstid måste värderas högre och ersättas bättre.

## Läkares arbetsmiljö och arbetsliv ska vara hållbara

### Nuläge och hinder

Läkaryrket ställer höga krav på kompetens, etiskt förhållningssätt och beslutsfattande, med ansvar för människors liv och hälsa. Kraven, i relation till hälso- och sjukvårdens organisering, ledning och resurstillgång leder ofta till en etisk stress för läkarna. Fokus måste därför vara att läkare ges rätt förutsättningar att utöva sitt kärnuppdrag.

Läkare innehar den högsta medicinska expertisen och ska leda hälso- och sjukvården. Förståelsen för läkares arbetsuppgifter blir större när även chefen är läkare.

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

Det är avgörande för en bra arbetsmiljö att arbetsplatser är fria från diskriminering och sexuella trakasserier. Arbetsgivarnas arbete med aktiva åtgärder ska omfatta alla diskrimineringsgrunder och leda till konkreta åtgärder, syftande till en inkluderande arbetsmiljö för alla. Läkarförbundets förtroendevalda är självklara samverkansparters i det arbetet.

Öppna kontorslandskap och aktivitetsbaserade kontorsarbetsplatser kan vara direkt olämpliga för läkare, bland annat på grund av patientkontakter. Besläktat med detta är även att stress och merarbete uppstår till följd av brister i nödvändiga digitala system. Förbundet ska verka för hjärnvänliga arbetsplatser och för att läkare ges inflytande över arbetsplatsens utformning, utifrån behov.

Digitala system som inte fungerar eller är dåligt anpassade till verksamheten är ett arbetsmiljöproblem i hälso- och sjukvården och skapar i värsta fall också risker för patienten. Läkarna måste få ett avsevärt större inflytande över den digitala arbetsmiljön, från deltagande i kravställning vid upphandlingar till implementering av nya it-lösningar.

Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret för arbetsmiljön, men en god arbetsmiljö kommer sällan av sig själv utan bygger på ett förebyggande samarbete mellan Läkarförbundet och arbetsgivaren. Arbetsmiljöfrågorna måste därför alltid vara närvarande och hanteras i dialog och samverkan mellan chefer, arbetstagare, fackligt förtroendevalda och skyddsombud.

När arbetsgivaren brister i sitt ansvar måste Läkarförbundet och skyddsombud agera. Alla anställda läkare bör ha ett skyddsombud på sin arbetsplats att vända sig till när riskerna inte kan hanteras mellan medarbetare och chef. Det är därför angeläget att öka andelen läkare som är skyddsombud och att fler regionala skyddsombud tillsätts för att vaka över arbetsmiljön i mindre verksamheter som inte har egna skyddskommittéer.

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

### Budskap och argument

* För att det systematiska arbetsmiljöarbetet ska ge effekt måste arbetsmiljöfrågorna alltid vara närvarande och hanteras i nära dialog och samverkan mellan chefer, arbetstagare, fackligt förtroendevalda och skyddsombud.
* Läkarprofessionen ska ha ett stort inflytande över arbetsmiljöarbetet. Arbetsmiljön ska kännetecknas av en rimlig arbetsbelastning, arbetstider som medger återhämtning och balans mellan arbete och fritid.
* Läkarkåren behöver vara djupt involverad i den digitala utvecklingen och ska ha ett ökat inflytande över kravställning och implementering av nya it-lösningar. Digitala vårdsystem, som t ex patientjournaler och läkemedelslista, ska underlätta arbetet och måste vara lättanvända, intuitiva och säkra.
* Koncentrationskrävande arbetsuppgifter och höga sekretesskrav medför att läkare ska ha en egen ostörd arbetsplats för administrativt arbete.
* Öka antalet skyddsombud som är läkare och tillsätt fler på regional nivå.
* Det innebär stora vinster för hälso- och sjukvården att läkare också har chefsuppdrag. Fler chefer ska vara läkare. Attraktiva villkor är en nyckelfaktor för att läkare ska vilja vara chefer.

# B En kompetensförsörjning som stärker hälso- och sjukvården

Läkares utbildning pågår fortlöpande under hela yrkeslivet. Det är viktigt att alla läkare, oavsett var i karriären man befinner sig, får kvalitetssäkrad utbildning. För att utbildningen ska hålla hög kvalitet är det viktigt att läkare får goda förutsättningar att undervisa, handleda och vara studierektorer.

Läkare behöver hålla sig uppdaterade på de senaste medicinska rönen för en god och jämlik hälso- och sjukvård. Läkares rätt till kontinuerlig fortbildning måste säkras.

För en välfungerande kompetensförsörjning av hälso- och sjukvården behöver det examineras tillräckligt många läkare för att täcka behovet. Likaså måste antalet utbildningstjänster anpassas efter hälso- och sjukvårdens långsiktiga behov.

## Dimensioneringen av utbildningstjänster ska vara tillräcklig

### Nuläge och hinder

År efter år rapporteras det om brist på specialistläkare. Bristen är stor i de flesta regioner, även om den varierar. Bristen beror dels på pensionsavgångar och dels på att det saknas en nationell plan för vårdens kompetensförsörjning.

Samtidigt är läkares väg från läkarexamen till specialistkompetensbevis alltför lång. Flaskhalsar i utbildningssystemet gör att läkare inte kommer vidare i karriären. Vägen till specialistkompetens drar ut på tiden när läkare tidigt i karriären tvingas gå på osäkra vikariat, i väntan på att erbjudas AT-, BT- eller ST-tjänst. Antalet AT-tjänster är ständigt färre än behovet. Ingen aktör har idag en övergripande bild av hur många ST-tjänster, inklusive BT, som behövs för att möta sjukvårdens framtida behov av specialistläkare inom respektive specialitet.

Utlandsutbildade läkare utgör en stor och viktig del av svensk hälso- och sjukvård men kompetensen tas inte tillvara i tillräckligt hög utsträckning. Vägen till svenskt specialistkompetensbevis tar ofta väldigt lång tid och är komplicerad. Bristen på utbildningstjänster drabbar även utlandsutbildade. Rekrytering av läkare från andra länder behöver ske på ett väl övervägt sätt, så att den inte bidrar till utarmning av läkarkompetensen i de rekryterades hemländer.

Idag har staten ansvaret för grundutbildningen på universiteten, medan regionerna är ansvariga för att tillsättningen av utbildningstjänster (AT, BT och ST) täcker behovet av specialistläkare. Det är uppenbart att detta delade ansvar inte fungerar. För att komma till rätta med problematiken borde staten ta ett övergripande ansvar för att dimensionera och samordna alla delar i läkares utbildning - från antalet platser på grundutbildningen till antalet utbildningstjänster. Dimensioneringen ska styras av det framtida behovet av specialistläkare.

För att kunna bedriva utbildning av god kvalitet måste det också avsättas tillräckligt med tid och resurser till handledning av utbildningsläkare.

Läkarförbundet vill att alla aktörer som bedriver hälso- och sjukvård, oavsett driftsform, har ett likvärdigt utbildningsansvar. Det finns en risk att utbildningsuppdraget missas vid upphandling av privat vård. Det är också viktigt att utbildningen av specialister säkerställs även inom de specialiteter där regionerna inte är huvudmän.

För att kunna göra tillförlitliga prognoser behövs vi ett nationellt dokumentationssystem för utbildningsläkare. Syftet med ett sådant system är dels att underlätta dokumentationen för utbildningsläkare, dels att kunna ta ut statistik på aggregerad nivå om antalet utbildningsläkare (AT, BT och ST) såväl regionalt som nationellt.

### Budskap och argument

* Staten behöver ta ett större ansvar för samtliga delar i läkares utbildning.
* Staten ska dimensionera och samordna antalet utbildningstjänster för att säkra kompetensförsörjningen av specialistläkare.
* Ett nationellt dokumentationssystem för utbildningsläkare ska vara en självklarhet.
* För specialiteter som inte har regionerna som huvudman måste finansiering och huvudmannaskap säkras.
* Alla vårdgivare, oavsett driftsform, ska bidra till utbildningen av läkare och bedriva utbildning av god kvalitet.
* För att säkerställa kompetensförsörjningen av små respektive bristspecialiteter bör vissa regioner få ett särskilt utbildningsuppdrag av staten.

Läs mer i [**Läkarförbundets kompetensförsörjningspolicy**](https://slf.se/publikationer/utbildning-och-forskning/kompetensforsorjningspolicy/)**.**

## En vård i ständig utveckling – goda möjligheter till fortbildning och forskning

### Nuläge och hinder

Läkarnas kompetens har en avgörande betydelse för sjukvårdens kvalitet och säkerhet. En kontinuerlig fortbildning genom hela läkarkarriären är en garant för en högkvalitativ och patientsäker vård. Fortbildning är också en viktig del av utvecklingsarbetet inom vården.

Läkares fortbildning har under många år successivt minskat. Vårdgivare har ett ansvar att möjliggöra läkares fortbildning, men så sker inte idag. Framför allt är det tiden som brister. Krav på systematiserad medicinsk fortbildning försvann 2011.[[1]](#footnote-2) Regionerna har inte levt upp till förväntningarna efter överenskommelserna mellan LIF och dåvarande Landstingsförbundet om att kompensera för industrins minskade ekonomiska stöd till läkares fortbildning.

Läkarförbundet anser att en reglerad fortbildning måste komma till stånd så snart som möjligt och innefatta en individuell fortbildningsplan för varje läkare.

Även forskning trängs idag ofta undan av sjukvårdsproduktion. Det är svårt att hitta tid för forskning, även för många läkare som har forskningstid inskrivet i sina anställningsavtal. Varken fortbildning eller forskning ska behöva ske på fritiden.

Forskande läkare är en länk mellan forskning och vård, och är därmed viktiga för vårdens utveckling. Andelen forskande läkare minskar. En ökad forskningsaktivitet bland läkare skulle på sikt påverka kvaliteten i läkarutbildningen, forskarutbildningen och sjukvården.

Genom att läkarstudenter tidigt får komma i kontakt med forskning och forskande läkare, ökar chansen att de uppfattar forskning som en realistisk och attraktiv karriär.

Läkare som forskar löper stor risk att halka efter lönemässigt, jämfört med om de enbart hade ägnat sig åt klinisk verksamhet. Forskning måste premieras. Ett exempel på hur det kan göras är att likställa forskarutbildning med klinisk karriär genom att ge forskande ST-läkare specialistlön efter fem års tjänstgöring.

### Budskap och argument

* Läkares fortbildning ska regleras. Det ska finnas en fortbildningsbudget och fortbildningen ska redovisas och ingå som krav vid upphandlingar.
* I det dagliga arbetet ska läkare ha en god lärandemiljö med tid för kollegial dialog, eftertanke, kunskapsöverföring och informationssökning.
* Staten behöver genomföra fler satsningar på forskningsintresserade läkarstudenter.
* Inrätta fler forskar-utbildningstjänster.
* Skapa fler förenade anställningar med goda arbetsvillkor för att möjliggöra klinisk forskning. Det ska löna sig att forska – även för läkare.

Läs mer i Läkarförbundets policy om fortbildning

Läs mer i [Forskningspolicy - Sveriges läkarförbund (slf.se)](https://slf.se/publikationer/utbildning-och-forskning/forskningspolicy/)

# C Likvärdig vård av hög kvalitet

Läkarförbundets politik bygger på att svensk hälso- och sjukvård är till för de personer som nyttjar den. Alla invånare i Sverige ska omfattas av den offentligt finansierade vården. Läkarförbundet vill ha en jämlik och likvärdig vård i hela landet, som utgår från den vårdsökandes behov. Läkares arbete ska utgå från ett etiskt förhållningssätt och en värdegrund baserad på respekt för mänskliga rättigheter. Läkarförbundets etiska regler anger grundläggande etiska principer som Läkarförbundet anser att alla läkare ska följa.

Läs mer i [**Läkarförbundets etiska regler**](https://lakarforbundet.se/app/uploads/2018/04/etiskaregler-pamflett-100x100.pdf)

## Ett ökat nationellt ansvar för hälso- och sjukvården

### Nuläge och hinder

Hur hälso- och sjukvården styrs har avgörande betydelse för läkares vardag. Svensk hälso- och sjukvård styrs idag på 21 olika sätt, av 21 olika huvudmän med olika förutsättningar och olika prioriteringar. Regionerna är för många, och flera av dem är helt enkelt för små. Samtidigt är den statliga styrningen svag. Granskning efter granskning visar också att den statliga styrningen av svensk sjukvård präglas av ryckighet och punktinsatser.

Särskilt viktig blir styrningen i händelse av kris. Läkarförbundet anser att myndigheternas roll har stärkts efter pandemin, men ytterligare steg behöver tas för att säkerställa försörjningen av kompetens, läkemedel och sjukvårdsmateriel.

Läs mer om [**Läkarförbundets tio punkter för bättre styrning**](https://slf.se/app/uploads/2022/04/reformagenda-10-punkter-battre-styrning-2022.pdf)

Att erbjuda likvärdig och jämlik vård på lika villkor är en stor utmaning. Förutsättningarna skiljer sig över landet, med på många håll glest befolkade områden med många äldre, liten befolkning och brist på sjukvårdspersonal. Många regioner, inte minst i norr, arbetar dock aktivt med att utveckla servicen i glesbygd genom till exempel glesbygdsmedicin och servicepunkter i glesbygd för att stärka den första linjens hälso- och sjukvård.

### Budskap och argument

* Vårdens styrning behöver bli mer strategisk. Det behövs en sammanhållen nationell styrning av bland annat kompetensförsörjning, vårdplatsdimensionering, primärvård och läkemedelsförsörjning.
* Vårdens styrning behöver bli mer långsiktig. Korta satsningar gagnar inte vården.
* Kommuner och regioner ska vara skyldiga att följa anvisningar för totalförsvarets hälso- och sjukvård och utföra de krisåtgärder som staten bestämt. Hälso- och sjukvården behöver ha utrymme i sin organisation för att kunna utföra krisåtgärder.
* Läkarförbundet vill se en utveckling som främjar framväxten av fler små vårdgivare. Regelverken för vårdgivare måste utformas så att små, medelstora och stora vårdgivare får lika goda möjligheter att etablera sig.
* Det behövs ekonomiska incitament som främjar etablering i glesbygden. Det kan till exempel handla om en särskild taxa vid nyetablering i glesbygden.

## En vård med god tillgänglighet och hög kontinuitet

### Nuläge och hinder

Det är nödvändigt att snarast göra omställningen till en god och nära vård. Hälso- och sjukvården ska sätta patienten i fokus och erbjuda relationell kontinuitet. Både regioner och staten behöver ta sitt ansvar för att finansiera omställningen. En fungerande primärvård i hela landet förutsätter en ökad nationell styrning av vården.

Den enskilt mest betydelsefulla faktorn för en fungerande och tillgänglig nära vård med en god kontinuitet för patienterna är en egen vald fast läkare i primärvården, vilket majoriteten av alla svenskar dessvärre saknar idag.

Kontinuitet i kontakten mellan en patient och en fast läkare ökar effektiviteten i vårdkedjan. Risken att patienten faller mellan stolarna är minimal när det är tydligt vem som är medicinskt ansvarig för patienten.

Läkarförbundet står bakom Socialstyrelsens riktvärde 1 100 invånare per läkare i primärvården. Idag behövs dubbelt så många läkare i primärvården för att nå riktvärdet. Ett rimligt antal invånare är avgörande för att läkaren i praktiken, och inte bara på pappret, ska kunna fungera som fast läkare. Det är också helt avgörande för en god arbetsmiljö och för att vård- och hälsocentraler ska vara attraktiva arbetsplatser.

Primärvården ska vara första linjens sjukvård med ansvar för hela befolkningen i alla delar av Sverige. Det ger bäst förutsättningar att se till hela vårdbehovet hos patienterna.

Primärvården är den del av hälso-och sjukvården som är mest lämplig att arbeta med att förebygga ohälsa och som mest och bäst bidrar till en jämlik hälsa. Levnadsvanor har i detta sammanhang stor betydelse och samhället bör mer aktivt understödja hälsosamma val. Att ha en fast läkare betyder mycket för möjligheterna att bygga upp det förtroende som krävs för samtal om levnadsvanor.

Enligt OECD har Sverige lägst antal slutenvårdsplatser per invånare i EU. Medicinska framsteg ligger bakom en del av detta, liksom den positiva utvecklingen av arbetssätt och vårdformer. Men minskningen är också följdverkningar av besparingar och brist på rätt personal, och är en betydande orsak till de långa vårdköerna och ibland alltför korta vårdtider.

Läkarförbundets medlemmar har pekat ut bristen på vårdplatser som sitt enskilt största arbetsmiljöproblem. Läkaren tvingas välja mellan att skicka hem patienter för tidigt, lägga in dem på redan överfulla avdelningar eller hitta en annan avdelning som kan ta emot, men utan rätt kompetens, kunskap eller utrustning. Den etiska stressen leder till personalflykt som i sin tur leder till ännu färre vårdplatser.

Beläggningsgraden är på många sjukhus över hundra procent, vilket hotar patientsäkerheten. När alltför mycket tid och kraft går åt till att lösa akuta problem blir det svårt att hinna med forskning, utveckling och fortbildning. Det är också så att hälso- och sjukvården behöver ha större marginaler i normalläget, för att kunna trappa upp i händelse av kris.

Väntetiderna i svensk hälso- och sjukvård har varit oacceptabelt långa i decennier. Patienter kan få vänta i många månader på undersökning och behandling. De regionala skillnaderna är oförsvarligt stora.

Det behövs jämförbar statistik och gemensamma nationella mål gällande vårdplatser.

### Budskap och argument

* Det krävs lagstiftning om invånarnas rätt att listas på läkare, och inte enbart på utförare.
* Ansvar för ett rimligt antal invånare kommer locka tillbaka specialister i allmänmedicin till vård- och hälsocentralerna.
* Med kontinuitet i kontakten med primärvården behöver inte patienterna upprepa sin sjukdomshistoria gång på gång för nya läkare.
* En fast läkarkontakt inom primärvården bidrar till effektivare användning av sjukvårdens resurser. Det finns ett samband mellan relationskontinuitet i primärvården och minskat behov av akutsjukvård, färre oplanerade sjukhusinläggningar samt lägre risk för förtida död (SBU 2022).
* Antalet vårdplatser på svenska sjukhus behöver öka kraftigt i närtid. Staten måste ta ett större ansvar för det. Sverige behöver så många vårdplatser att det finns marginaler i vardagen och möjlighet att skala upp i kris.
* Läkarförbundet arbetar för att införa en nationell väntelista så att fler patienter får vård i tid.

1. När Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:11) ersattes 2011, försvann kravet på planer för personalens kompetensutveckling. [↑](#footnote-ref-2)