INTERPELLATIONER OCH MOTIONER MED SVAR FRÅN FÖRBUNDSSTYRELSEN



I1. Fortbildning är ingen fort-bildning utan kompetensutveckling under hela karriären 5
I2. Rätten och skyldigheten till fortbildning och hur detta ska regleras 6
Svar till I1 och I2 6
I3. Akademiska meriter 9
Svar till I3 10
I4. Urspårat: Vart är vi på väg? 11
Svar till I4 14
I5. Hälsokontroller 15
Svar till I5 16
A1. Kompetensbaserad lön 17
Svar till A1 18
A2. Fyllnadslön för Läkare som tjänstgör inom Totalförsvaret 18
Svar till A2 19
A3. Osakliga löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare 20
Svar till A3 21
A4. Frångå märket i avtalsrörelsen 2027 för att säkra professionens reallöneutveckling 22
Svar till A4 23
A5. Ökad valfrihet och transparens i läkarnas tjänstepension 24
Svar till A5 25
A6. Inför regelbunden yrkanderemiss för Vårdföretagarnas kollektivavtal 26
Svar till A6 27
A7. Läkarförbundets behöver ett nytt kollektivavtal med Vårdföretagarna Almega 28
Svar till A7 29
A8. Att Läkarförbundet övertar förhandlingsansvaret för läkare anställda i Försvarsmakten 30
Svar till A8 31
A9. Hur många brandmän och poliser skulle vi ha i Sverige om de bara fick betalt när det brinner, eller när de griper någon? 32
Svar till A9 32
A10. Reversera karenstiden, nu! 33
Svar till A10 34
A11. Övertid och flexibel arbetstid 35
Svar till A11 36
A12. Stärk stödet till läkare kring registrering av övertid 38
Svar till A12 39
A13. AI ska avlasta läkarnas administration - med professionen som kravställare 40
Svar till A13 41
A14. Ge oss en kompass i den digitala snårskogen 42
Svar till A14 42
A15. Genomgång av villkor vid sidotjänstgörning 43
Svar till A15 44
A16. Stärk skyddsombudsarbetet för en bättre arbetsmiljö för läkare 45
Svar till A16 46
A17. Gravidanpassade arbetskläder till alla 47
Svar till A17 47
A18. Nationellt likvärdiga arbetsmiljöförutsättningar för läkare 48
Svar till A18 49
B1. Vilken utbildningsinsats stryks idag? 50
Svar till B1 51
B2. Krav på fortbildning för specialistläkare. 52
Svar till B2 52
B3. Ingen utbildning utan tid - kräv redovisning av schemalagd handledningstid 53

Svar till B3 54
B4. Läkarutbildningen är lång, men studerandemedlemskapet kan inte vara livslångt 55
Svar till B4 56
B5. Säkerställande av lämplighet vid legitimation efter ny läkarutbildning 57
Svar till B5 58
B6. Föräldraledighetslagen - dispositiv lag? 59
Svar till B6 59
C1. Stärk förutsättningarna för bedömning av arbetsförmåga. 61
Svar till C1 62
C2. Läkare kan inte och ska därför inte bedöma arbetsförmåga 62
Svar till C2 63
C3. Vi är alla överens, men verksamhetschefen är fortfarande inte läkare? 64
Svar till C3 65
C4. Medicinskt ledarskap och patientsäker uppgiftsväxling 66
Svar till C4 66
C5. Vikten av att läkare leder och ansvarar för vård samt medicinsk uppföljning. 68
Svar till C5 68
C6. Läkare ska betyda läkare – frågan handlar om titeln 69
Svar till C6 70
C7. Läkare - världens bästa yrke? 71
Svar till C7 72
C8. En mer flexibel sjukvårdsorganisation 73
Svar till C8 74
C9. Sverige behöver fler etableringar enligt lagen om läkarvårdsersättning 75
Svar till C9 76
C10. Vikten av att behålla akutsjukhus med hänsyn till rådande världsläge 77
Svar till C10 78
C11. Patientsäkerhet före produktion 79
Svar till C11 80
C12. Begränsning av möjligheten att utfärda egenvårdsremiss till viss specialiserad och all högspecialiserad vård 81
Svar till C12 82
C13. Utvisningarna måste få ett slut. Stärkt stöd till internationella läkare 82
Svar till C13 84
C14. Läkares förtroende för rättsväsendet 85
Svar till C14 87
Ö1. What the fax? Tillbaka till framtiden 89
Svar till Ö1 90
Ö2. GDPR stannar inte på Villagatan, nationellt enkätstöd åt delföreningarna! 90
Svar till Ö2 91
Ö3. Kostnadsfria digitala lösningar för det löpande fackliga arbetet 92
Svar till Ö3 93
Ö4. Stärk det interna samarbetet 93
Svar till Ö4 94
Ö5. Närmare förbundet – starkare lokalföreningar 94
Svar till Ö5 95
Ö6. Mer information om kollektivavtalade försäkringar och efterlevandeskydd 97
Svar till Ö6 98
Ö7. Kvalitetschecken - hur bra är vi på att vara bra? 99
Svar till Ö7 100
Ö8. Motion om hantering och uppföljning av motioner 100
Svar till Ö8 101

I. Interpellationer

I1. Fortbildning är ingen fort-bildning utan kompetensutveckling under hela karriären

Sverige tillhör den minoritet av länder i Europa som inte kräver extern fortbildning av läkare och där det ännu inte finns något lagstadgat i frågan. Samtidigt så har läkarförbundet varit tydliga med att man anser att specialister ska ha 10 dagars fortbildning årligen.

I läkarförbundets egen rapport från 2023 ser verkligheten dock annorlunda ut där antalet externa fortbildningsdagar per år de senaste 20 åren hade sjunkit till hälften (från 8,5 till 4,2)[1].

Runt om i landet satte man stor tilltro till den utredning som genomfördes 2025 ”Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov” SOU 2025:63[2] där det också framgår att man bör se över hur man identifierar behov av fortbildning och tillse att de som behöver denna får den.

Vi har ett stort intresse i att höra hur arbetet fortgår i frågan. Som läkare vill man kunna ge god och patientsäker vård, vilket kräver fortbildning.

[1] Läkares fortbildning fortsätter att minska – Sveriges läkarförbund

[2] https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2025/06/sou-202563/

Vår fråga till förbundsstyrelsen är:

- Hur arbetar läkarförbundet centralt vidare med frågan?
- Tror förbundsstyrelsen att löpande fortbildning för läkare kommer att bli nationellt reglerat?

Frågeställare:
Hallands läkarförening
Gotlands Läkarförening
Blekinge läkarförening
Kalmar läns läkarförening
Kronobergs läkarförening
Jönköpings läns läkarförening
Östergötlands läkarförening

I2. Rätten och skyldigheten till fortbildning och hur detta ska regleras

Sjukhusläkarna har länge drivit frågan om läkares rätt och skyldighet till fortbildning samt regleringen av denna.

Den tidigare sjukvårdsministern Acko Ankarberg gav Harriet Wallberg i uppdrag att utreda frågan (SOU 2025:63), och ett delbetänkande redovisades den 3 juni 2025.

Utredningen har dragit ut på tiden. Läkarförbundet har tidigare lämnat ett remissvar där man krävde kvantitativa *riktlinjer* för fortbildning. Frågan ligger sjukhusläkare ytterst varmt om hjärtat.

- Hur driver Sveriges läkarförbund denna fråga vidare?
- Har påverkansarbetet lett till några konkreta resultat?

Enskild frågeställare:
Gunnar Söderqvist, Sjukhusläkarna

Svar till I1 och I2

Det har inkommit två interpellationer rörande fortbildning. Eftersom de innehåller likartade frågeställningar besvaras de i ett gemensamt svar.

Våren 2022 var Kristdemokraterna genom Acko Ankarberg Johansson pådrivande i att få till ett tillkännagivande om krav på – och rätt till – regelbunden fortbildning av god kvalitet för hälso- och sjukvårdspersonal. När Acko Ankarberg senare blev sjukvårdsminister tillsatte hon den utredning som ledde till betänkandet ”*Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov*” (SOU 2025:63).

Utredaren Harriet Wallberg var mycket noga med att säkerställa att de förslag hon lade inte skulle innebära några ökade kostnader för regionerna jämfört med de redan existerande kraven på att säkerställa att sjukvårdspersonalen har den kompetens de behöver. Orsaken var att finansieringen sannolikt varit orsaken till att tidigare förslag om reglerad fortbildning fallit. Till och med SKR gjorde tummen upp för utredningens regleringsförslag i sitt remissvar. Den enda kostnadsökning som de krävde ersättning för var den administrativa kostnaden för att ta upp fortbildning i patientsäkerhetsberättelsen.

Därför var det väldigt förvånande när Acko Ankarberg Johanssons efterträdare, Elisabet Lann, på Sjukhusläkarnas fullmäktige i våras uttalade sig tveksam till utredningens förslag eftersom ”Då ska staten betala för alla läkares fortbildning på deras arbetsplats, trots att det egentligen är ett arbetsgivaransvar.”

- **Har påverkansarbetet lett till några konkreta resultat?**

Läkarförbundets förtroendevalda och kanslipersonal har sedan dess vid flertalet tillfällen försökt få klarhet i hur detta missförstånd har uppstått, både i kontakt med ministern och tjänstepersoner från departementet. Vi har vid dessa tillfällen fått en mängd olika svar som att det inte fanns tid att lägga en proposition, att det fanns professionsförbund som önskade sig mer långtgående regler och därför är utredningens förslag otillräckliga och olika förklaringsvarianter kopplade till kostnaderna, som i några fall skulle kunna tyda på att man blandat ihop fortbildning med de vidareutbildningar som också behandlas i utredningen. Förbundet har även varit i kontakt med Moderaterna och Liberalerna, och inte heller där fått någon förklaring till varför regeringen landat i att inte gå vidare med utredningens förslag.

Läkarförbundet har efter detta fokuserat på de dåvarande oppositionspartierna, och då framför allt Socialdemokraterna, vars intresse i frågan under tidigare perioder varit svalt.

- **Hur arbetar läkarförbundet centralt vidare med frågan? Hur driver Sveriges läkarförbund denna fråga vidare?**

Läkarförbundet avser att fortsätta hålla kontakt med flera av partierna, både utifrån de maktpositioner de har och hur de tidigare arbetat med frågan om fortbildning. Vi kommer också fortsätta vårt goda samarbete med Svenska Läkaresällskapet och övriga professionsförbund inom hälso- och sjukvård, som utgjort ett ovärderligt stöd i att få en utredning till stånd, och i hur utredningens förslag formulerades.

- **Tror förbundsstyrelsen att löpande fortbildning för läkare kommer att bli nationellt reglerat?**

Det är i nuläget för tidigt att sia om. En central knäckfråga lär vara finansieringen, som trots att Harriet Wallberg ansträngde sig för att gå SKR till mötes i sina förlag på reglering, har varit det hinder som sjukvårdsministern refererat till mest – om än i väldigt olika former. En annan knäckfråga är hur Socialdemokraterna ställer sig till en reglering av fortbildning. Socialdemokraterna har historiskt varit motståndare till en reglerad fortbildning för läkare. Å andra sidan har de drivit igenom en reglerad fortbildning för lärare – nationella professionsprogrammet – efter påtryckningar från dåvarande Lärarnas Riksförbund och Lärarförbundet. Det är därför viktigt att förbund som Kommunal och Vårdförbundet, som står Socialdemokraterna nära, också lyfter frågan om fortbildning.

Förbundsstyrelsen är glada för det stora engagemang som syns i motioner och interpellationer, och kan inte nog betona vikten av att detta engagemang också kanaliseras i de kontakter alla delföreningar har med politiker, under de kommande månaderna. Fortbildning är helt avgörande för sjukvårdens kvalitet, säkerhet och jämlikhet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att lägga interpellationer I1 och I2 till handlingarna

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Emelie Hultberg

I3. Akademiska meriter

Forskning och andra akademiska meriter tenderar att nedprioriteras då arbetsgivare inte ser värdet i detta till förmån för produktionen. Forskning på t.ex. deltid ses som ett produktionstapp och inte som en viktig utveckling för arbetsplatsen och samhället. Vi ser med oro på hur läkare med akademiska meriter nedprioriteras i lönerevisionen, då de anses frånvarande och inte hjälpa till med arbetsbördan.

Vissa regioner har ett lönetillägg eller lönepåslag vid t.ex. disputation eller docentur. Vid lönetillägg brukar dessa inte justeras i lönerevisionen utan kvarstå år efter år på samma nivå. Vid lönepåslag har dessa en tendens att försvinna över tid, de suddas ut lite i taget vid varje lönerevision. Dessutom råder det stora regionala skillnader. Då tilläggen/påslagen är oberäkneliga leder det till upplevd och reell orättvisa.

Avsaknaden av nationella principer riskerar att minska incitamenten för långsiktig akademisk meritering, försvaga regionernas konkurrenskraft inom klinisk forskning och skapa osakliga löneskillnader mellan likvärdigt meriterade läkare.

Genom att arbeta fram nationella rekommendationer för hur akademiska meriter bör värderas, principer för att tillägg ska vara pensions- och löneutvecklande eller tydlighet i att ersättning ska baseras på kompetens och funktion, inte när meriten uppnåtts skulle innebära ett mer jämlikt handläggande av akademiska meriter.

Vår fråga till förbundsstyrelsen är således:

- Vilka riktlinjer/rekommendationer finns från Läkarförbundet avseende ersättning för akademiska meriter?
- Finns någon sammanställning av hur akademiska meriter ersätts olika från region till region?
- Hur jobbar ni med rättvis ersättning för akademiska meriter? Kom gärna med exempel.
- Finns det någon skrivning i vårt kollektivavtal kring reglering av ersättning vid akademiska meriter?
- Arbetar ni med att detta ska speglas i den disputerades lön under hela karriären?

Frågeställare:
Hallands läkarförening
Blekinge läkarförening
Kalmar läns läkarförening
Jönköpings läns läkarförening
Kronobergs läkarförening
Östergötlands läkarförening
Gotlands Läkarförening

Svar till I3

Vilka riktlinjer/rekommendationer finns från Läkarförbundet avseende ersättning för akademiska meriter?

Lönebildningen sker i huvudsak lokalt. Det är de lokala läkarföreningarna som diskuterar lön med respektive arbetsgivare och har möjlighet att påverka arbetsgivarnas lönepolitik. Respektive arbetsgivare har ansvaret att värdera sina anställda vilket ser olika ut i olika delar av landet.

Akademiska meriter är en del av den kompetens som kan vara relevant vid lönesättningen. Förbundets utgångspunkt är att ökad kompetens, erfarenhet och ansvar ska kunna avspeglas i läkarens löneutveckling. Förbundet har däremot inte någon nationell rekommendation om ett visst lönepåslag eller lönetillägg vid exempelvis disputation eller docentur.

Som stöd till de lokala läkarföreningarna antog förbundsstyrelsen 2025 Läkarförbundets lönepolicy (LÖP), som beskriver förbundets syn på lönebildning. Förbundet arbetar nu med en handlingsplan för lönepolicyn som ska färdigställas under 2027 och konkretisera hur de lönepolitiska målen ska omsättas i förbundets arbete.

Från förbundets lönepolitiska policy:

Läkare ska anställas med konkurrenskraftig lön
Lönen ska vara konkurrenskraftig i alla karriärsteg, särskilt tidigt i yrket. Löneutveckling ska följa kompetens och ansvar, och utbildningstjänster ska finnas och dimensioneras efter vårdens behov.

Finns någon sammanställning av hur akademiska meriter ersätts olika från region till region?

Ja, Universitetsorternas läkarföreningar (ULF) som har möten två gånger per år, gör regelbundet sammanställningar över hur ersättningen för akademiska meriter ser ut på de enskilda universitetsorterna.

Hur jobbar SLF med rättvis ersättning för akademiska meriter? Kom gärna med exempel.

Frågan hanteras inom ramen för förbundets bredare arbete med lönebildning och kompetens. Lönepolicyn utgår från att löneutvecklingen ska följa kompetens och ansvar. Det innebär att även akademisk kompetens ska kunna värderas i lönesättningen när den bidrar till läkarens kompetens, arbetsuppgifter och ansvar. Handlingsplanen för lönepolicyn ska ytterligare konkretisera hur förbundet arbetar för att omsätta dessa principer i praktiken. Lönebildning sker lokalt och för detta arbetar lokalföreningarna med att de akademiska meriterna avspeglas i lönen i samband med lokala löneförhandlingar.

Finns det någon skrivning i vårt kollektivavtal kring reglering av ersättning vid akademiska meriter?

Nej, någon sådan skrivning finns ej. Förmåner som regleras i centrala kollektivavtalen gäller kompensation för olika typer av arbete utöver fastställd ordinarie arbetstid, vissa typer av frånvaro osv. Förbundets centrala kollektivavtal innehåller alltså inte någon särskild reglering som anger vilken ersättning en läkare ska få utifrån akademiska meriter. Lönesättningen sker inom ramen för löneavtalets principer och den lokala lönebildningen.

Arbetar SLF med att detta ska speglas i den disputerades lön under hela karriären?

Ja, Läkarförbundets lönepolitiska utgångspunkt är att löneutvecklingen under hela karriären ska följa bland annat kompetens och ansvar. Akademisk meritering är en del av läkarens samlade kompetens och bör därför kunna avspeglas i lönen även över tid, inte enbart genom ett påslag eller tillägg vid den tidpunkt då meriten uppnås. Vid lokala löneförhandlingar utgör den akademiska meriteringen en av flera faktorer, som kompetens, produktion, ledningsuppdrag med mera. Den individuella lönen avgörs inom ramen för den lokala lönebildningen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att lägga interpellation I3 till handlingarna

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Anna Rask-Andersen

I4. Urspårat: Vart är vi på väg?

År 2018 kom en debattartikel i SvD som innehöll statistik om reallöner från 70-talet till och med 2016. Av den framkom att medan tjänstemän inom svenskt näringsliv och anställda inom gruv- och tillverkningsindustrin hade sett kraftiga löneökningar på 80 respektive 40% hade läkarlönerna sjunkit. Det som var anmärkningsvärt var att bland läkare var den en specifik grupp, underläkare innan specialistbevis, som förlorat hela 25% i reallön medan förlusterna inte alls varit lika omfattande för överläkare och specialistläkare (4%) **(1).**

Den presenterade statistiken visade redan 2016 med all tydlighet att Läkarförbundet under flera decennier inte gjort tillräckligt för att skydda medlemmarna, synnerhet de mest juniora, från enorma ekonomiska förluster.

Sveriges yngre läkares förening har gjort en genomgång av beslut från Läkarförbundets fullmäktige under perioden 2010 – 2025. År 2015 beslutades det att man skulle kartlägga löneutvecklingen för underläkare och att en handlingsplan skulle tas fram för en god löneutveckling för gruppen. Samma år som Östlings och Rosengrens debattartikel publicerades, 2018, beslutades det att underläkares löner skulle vara en prioriterad fråga för förhandlingsdelegationen i kommande förhandling. Mellan 2016 och

2018 sjönk dock reallönerna för läkare innan specialistbevis med ytterligare 2,5% och hade totalt sjunkit med 27,5% sedan 70-talet.

Åren 2022 och 2023 beslutades att befintliga lönetrappor för utbildningsläkare skulle utvärderas och att svenska underläkares löneutveckling i förhållande till nordiska länder skulle undersökas. År 2024 beslutades att en reglering av ingångslöner för ST-läkare skulle utredas och 2025 beslutades att en utredning om minimilöner skulle tillsättas för att undersöka om det kunde vända den negativa löneutvecklingen.

Då hade reallönen sjunkit ytterligare och underläkare hade totalt tappat 30% i reallön sedan 70-talet, medan specialistläkare enbart tappat 5%.

Med anledning av denna dystra statistik önskar Sveriges yngre läkares förening därför svar på följande:

1. Hur kan förtroendevalda ta del av de utredningar som nämns ovan och dess slutsatser?

2. Givet att kartläggningar, prioriteringar, utvärderingar, jämförelser, undersökningar och utredningar inte vänt den negativa lönetrenden, vad anser förbundsstyrelsen ska vara de nästa stegen för att faktiskt göra det?

3. Hur ser förbundsstyrelsen på den anmärkningsvärt ojämlika löneutvecklingen och de riskerna den kan innebära avseende viljan att vara kvar som medlem/bli medlem om man är läkare innan specialistbevis?

(1) *Östling, L. & Rosengren, B. (2018). ”Politikerna är vårdens stora problem”. Svenska Dagbladet, 21 april.*

Nedan presenteras ett urval av beslut från fullmäktigemöten som rört underläkares löner under den undersökta perioden 2010–2025. Att något är besvarat betyder att man redan idag verkar i enlighet med motionens att-sats eller att förbundet avser verka i motionens anda.

2014 – Fullmäktige beslöt att lägga till följande i verksamhetsplanen: ”Följa upp och utvärdera lägstalönens avskaffande i Med stud-avtalet.” En motion bifölls även med lydelsen att ett arbete som kartlägger konsekvenserna av lägstalönens avskaffande initieras inför nästkommande avtalsrörelse.

2015 – det bifölls att Läkarförbundet kartlägger löneutvecklingen för underläkare från läkarexamen till specialistkompetens och tar fram en handlingsplan för hur man ska verka för en god och jämlik utveckling av underläkares löner.

2018 – det bifölls att underläkares löner blir en prioriterad fråga för förhandlingsdelegation så att hela läkarkollektivets löner fortsätter att öka.

2018 – det bifölls att Läkarförbundet kartlägger förekomsten av förlängda AT och vilken lönekompensation som i nuläget föreligger vid inom dessa tjänstgöringar, **SAMT** att

Läkarförbundet ger en tydlig information till sina medlemmar om hur förlängd AT kan påverka läkarens ekonomi på kort och på lång sikt.

2018 – det bifölls att Läkarförbundet kartlägger förekomsten av förlängda ST och vilken lönekompensation som i nuläget föreligger inom dessa tjänstgöringar, **SAMT** att Läkarförbundet ger en tydlig information till sina medlemmar om hur förlängd ST kan påverka läkarens ekonomi på kort och på lång sikt.

2019 – ansågs det besvarat att Förhandlingsdelegationen verkar för införandet av ett nationellt kollektivavtal för ej legitimerade ej examinerade läkare under avtalsrörelsen 2020 **SAMT** att Förhandlingsdelegationen verkar för ett införande av lägsta månadslön på 35 000 kronor för ej legitimerade ej examinerade läkare under avtalsrörelsen 2020 **SAMT** att om dessa krav inte lyckas genomföras under avtalsrörelsen 2020 får Förhandlingsdelegationen i uppdrag att verka för dessa krav vid nästkommande avtalsrörelse

2022 – det bifölls att Sveriges Läkarförbund utvärderar befintliga lönetrappor för AT- och ST-läkare, för att kunna tillämpas lokalt

2023 – det bifölls att ge Läkarförbundet i uppdrag att jämföra svenska underläkares löneutveckling i förhållande till våra nordiska grannländer

2023 – det ansågs besvarat att ge Läkarförbundet i uppdrag att analysera underläkarnas löneutveckling under perioder med och utan miniminivåer inskrivna i det nationella kollektivavtalet och jämföra mot industrimärket och den generella löneutvecklingen i Sverige.

2024 – det bifölls att Sveriges läkarförbund ska verka för att ST-läkare som, under tiden för specialistutbildningen, ägnar sig åt forskning, facklig verksamhet, eller har ledande befattning, inte ska få förlängd tid till specialistlön.

2024 – det bifölls att SLF undersöker hur läkares ingångslöner kan regleras på ett sätt som förhindrar att löneutvecklingen understiger märket samtidigt som individuell förhandling bibehålls.

2025 – det bifölls att Sveriges Läkarförbund utreder förutsättningar för och, om det bedöms lämpligt, tar fram rekommenderade lönenivåer för nyanställningar för läkare innan specialistbevis **SAMT** att utreda om minimilöner, eller liknande modeller, kan vara ett verktyg för att bryta den negativa utvecklingen på ingångslönesidan för läkare före specialistbevis.

2025 – det bifölls att Sveriges läkarförbund ska verka för att lön vid nyanställning ska följa med övriga samhällets löneutveckling både med påverkansarbete och i faktiska förhandlingssituationer

Frågeställare:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)

Svar till I4

Frågeställaren lyfter en viktig fråga och förbundsstyrelsen delar fullt ut oron över underläkarnas köpkraft och den negativa utveckling vi sett. En av Läkarförbundets mest prioriterade frågor är att läkares köpkraft ska öka över tid. Våra medlemmar ska ha rätt lön för det livsavgörande arbete de utför varje dag. De ska dessutom ha samma – eller bättre – löneutveckling som resten av arbetsmarknaden. Det fastställs bland annat i förbundets lönepolitiska policy från 2025.

Förbundsstyrelsen ser att regionerna har satt i system att underdimensionera antalet utbildningstjänster vilket får som konsekvens att individens löneutveckling fördröjs. Förbundet har i flera sammanhang lyft frågan med SKR och Socialstyrelsen och driver politiskt påverkansarbete för att staten ska ta ansvar för dimensionering och samordning av utbildningstjänster för att säkra kompetensförsörjningen.

Läkare i början av karriären lönesätts betydligt lägre än motsvarande yrkesgrupper och att det påverkar medlemmarnas livslöner negativt. Om vi ska säkerställa framtidens kompetensförsörjning av läkare måste både förbundet och arbetsgivarna prioritera lönefrågan.

Förbundet behöver bli bättre på att samtala om lön och få en samlad bild över det lönepolitiska läget för att ge så bra stöd som möjligt till våra medlemmar. Utöver det måste förbundet kunna förklara hur löneprocessen går till och vad förbundets politik är.

Som en del av förbundets lönepolitiska projekt skrevs rapporten *Nulägesanalys*. Rapporten är en del av förbundets långsiktiga strategi för att komma till rätta med lönebildningen, där vi tydligt ser att läkare tidigt i karriären har sämre utveckling än seniora kolleger. Rapporten kommunicerades till lokalföreningarna 2023.

I de senaste avtalsrörelserna har frågan aktualiserats och förbundet har i förhandlingar fått nya skrivningar om lönerna för läkare tidigt i karriären där lokala parter ska ha en dialog om arbetsgivarens lönepolitiska grunder och hantering vid nyanställning. Uppföljning skedde via yrkanderemissen som delföreningarna fått ta del av.

Förbundet har också tagit fram ett verktyg för rekommenderade ingångslöner. Förbundsstyrelsen bedömer att det är ett mer ändamålsenligt och praktiskt genomförbart verktyg för att stärka medlemmarnas position vid nyanställning än ett återinförande av centralt reglerade minimilöner. Information till lokalföreningarna om verktyget och hur det ska användas kommer att påbörjas inom kort.

Förbundsstyrelsen har också tillsatt en arbetsgrupp för läkare tidigt i karriären med fokus på anställningsformer. Arbetsgruppen har kommit fram till att tillsvidareanställning med provanställning vid behov ska vara norm för läkare tidigt i karriären. Därtill ska förbundet verka för att arbetsgivare framgent använder vikariat och särskilda visstidsanställningar på ett korrekt sätt. Det fortsatta arbetet ska ske genom en riktad informationsinsats från förbundet.

Ett återinförande av minimi- eller tarifflön som frågeställaren är inne på skulle innebära flera principiella och praktiska utmaningar. Bland annat skulle parterna behöva enas om

vilka grupper som ska omfattas, på vilka nivåer lönen ska ligga på och har nivåerna därefter ska räknas upp. Andra frågor som kan bli problematiska är hur man hanterar detta systemskifte. Övergångsregler och parallella system är sannolikt, samt frågan om vilka nivåer man ska förhålla sig till i och med löneavtalets grundläggande princip om individuell och differentierad lön.

Förbundets bedömning är att ett krav på centralt reglerade lönenivåer skulle innebära ett högt förhandlingspris i en avtalsrörelse. Möjligheten finns också för lokala parter att teckna lokala avtal. Sammantaget bedömer förbundsstyrelsen därför att rekommenderade ingångslöner i nuläget kan vara mer ändamålsenlig och framkomlig väg.

Sammanfattningsvis vill förbundsstyrelsen understryka att utvecklingen inte har varit god. Förbundet kommer att fortsätta jobba med frågan långsiktigt och strategiskt på flera sätt. Förbundet avser också att tydligare kommunicera underlag.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att lägga interpellation I4 till handlingarna

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Hanna Kataoka

I5. Hälsokontroller

Vid fullmäktige 2025 bifölls en motion som uppdrog åt Sveriges läkarförbund att verka för hälsokontroller för läkare.

- Hur fortskrider arbetet?
- Vilken är planen för dessa hälsokontroller?
- Hur fortskrider arbetet? Vilken är planen för dessa hälsokontroller?

Frågeställare:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild frågeställare)

Svar till I5

Att upptäcka ohälsa på grund av bristande arbetsmiljö är en viktig faktor för ett hållbart arbetsliv. Förbundsstyrelsen uppskattar att motionären engagerar sig i att följa upp motionen från FUM 2025.

Enligt *Arbetsmiljöverkets författningssamling* (AFS) 2023:15 ska medicinska hälsokontroller göras i vissa fall och det inkluderar nattarbete. Läkare har ofta jour och beredskap under natten men är inte regelrätt schemalagda under nattetid. I 2 kap §4 och 9 kap. 1 § i AFS 2023:15 framgår också att medicinska kontroller ska anordnas vid annat arbete om en riskbedömning visar att det är motiverat. Det ska vara naturligt att nattlig jour och beredskap ska ingå i det systematiska arbetsmiljöarbetet och därmed riskbedömas. Om riskerna är allvarliga utifrån riskbedömningen ska medicinska hälsokontroller göras. Det är därmed en sakfråga för lokalföreningarna att driva gentemot arbetsgivaren. Arbetsmiljöverket, Prevent och flera regioner har bra material och checklistor för detta.

I förbundets kontakt med Arbetsmiljöverket har myndigheten framfört att det inte finns skäl i nuläget att ändra i AFS 2023:15 om medicinska hälsokontroller då inga signaler kommer från läkarnas skyddsombud att det skulle behövas en förändring. I och med §4 i AFS 2023:15 ska redan hälsokontroller vid jour och beredskap göras om riskbedömningen visar att det finns risker. Genom bestämmelserna i 2 kap. 4 § och 9 kap. 1 § finns redan möjlighet till medicinska kontroller vid jour och beredskap om riskbedömningen visar att det är motiverat.

För att stötta förbundets lokalföreningar och skyddsombud kan information från olika myndigheter och organisationer sammanfattas till en vägledning som ska finnas på Läkarförbundets webbplats.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att lägga interpellation I5 till handlingarna

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Annika Östling

A. Läkares ställning och villkor

A1. Kompetensbaserad lön

Läkaryrket har under de senaste decennierna upplevt en snabb utveckling både på det medicinska och tekniska området. Detta ställer följaktligen allt större krav på uppdatering, fortbildning och implementering av nya metoder.

Samtidigt diskuteras allt mer vikten av fortbildning och dokumentation av denna för att kunna bibehålla sin kompetens.

För att kunna attrahera de bästa och mest lämpade och fortsätta den nödvändiga utvecklingen av vården måste det också finnas incitament för att utvecklas som läkare. Detta innebär att den kompetens som man hela tiden förväntas utveckla och omsätta i praktiska förbättringar av vården också måste ersättas på ett adekvat sätt.

Således ska varje uppnådd nivå lönesättas efter det arbete som utförs och det ansvar som följer med detta. Lön ska motsvara uppnådd kompetens. Titlar som specialistläkare, distriktsläkare, biträdande överläkare eller överläkare ska motsvara kompetens och arbetsuppgifter, och inte vara avhängiga av besparingar eller HR:s syn på vad man vill betala i lön. Ambitionen ska vara att man alltid ska erbjudas en position och lön motsvarande uppnådd kompetens.

Läkare ska ha möjlighet till fortsatt löne- och karriärutveckling under hela yrkeslivet. Ökad kompetens, erfarenhet och ansvar ska avspeglas i lönen även när dessa inte är knutna till en formell ny befattning. Det ska vara möjligt att ha en långsiktig löneutveckling som kliniskt verksam läkare utan att behöva bli chef eller byta arbetsplats.

En arbetsgivare som inte erbjuder detta kan i rimlighetens namn inte ställa krav på kompetensen hos sina medarbetare och kommer inte heller att kunna attrahera läkare som är intresserade av att fortsätta driva utvecklingen för sig själv och kliniken framåt. Kompetensutveckling är en allt viktigare del av en läkares gärning och måste också säkerställas samt ersättas adekvat.

Vi vill att Läkarförbundet med krafttag arbetar för att kompetens ska ersättas på ett likvärdigt sätt och ersättningen ska också följa med den anställdes kompetensutveckling. Detta säkerställer en fortsatt hög och ökande kvalitetsnivå inom läkarkåren och därmed sjukvården som helhet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för att kompetens tydligare ger rätt befattning och lön under hela läkarkarriären

Motionär:
Sjukhusläkarna

Svar till A1

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att läkares kompetens, erfarenhet och ansvar ska avspeglas i lön och löneutveckling under hela yrkeslivet.

Läkarförbundets lönepolicy (LÖP), som antogs av förbundsstyrelsen 2025, slår fast att läkare ska ha en god löneutveckling under hela karriären och att ökad kompetens, erfarenhet och ansvar ska avspeglas i lönen.

Förbundsstyrelsen delar också uppfattningen att det ska finnas möjligheter till fortsatt löne- och karriärutveckling under hela yrkeslivet. Läkare ska kunna utvecklas i sin profession och få sin ökade kompetens och sitt ansvar värderade utan att löneutvecklingen förutsätter att man byter arbetsgivare eller går vidare till en chefsbefattning.

Förbundet arbetar nu med en handlingsplan för lönepolicyn som ska färdigställas under 2027. Handlingsplanen ska konkretisera hur lönepolicyn ska omsättas i förbundets arbete. Motionens intention ligger därmed väl i linje med den beslutade lönepolitiken och det arbete som redan pågår.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A1 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Johan Gustafsson

A2. Fyllnadslön för Läkare som tjänstgör inom Totalförsvaret

Läkare innehar en nyckelkompetens i totalförsvaret vilket bekräftas med att SKR varit mycket snabba att krigsplacera sin legitimerad personal.

I en alltmer tilltagande hotbild och beredskapsåteruppbyggnad behövs mer Läkarkompetens både i den civila som i den militära sjukvården. Läkare kan som värnpliktig eller kontraktsanställd reservofficer eller tidvis anställd (RO-,T-anställd) kallas in för både utbildning och övning. Detta behov kommer öka, intervaller förtätas samt antal inkallade kollegor kommer bli allt fler. Fram till 2020 fanns ett avtal om fyllnadslön där arbetsgivaren stöttade med större delen av den mellanskillnad som blev mellan den lön man har civilt samt den ersättning/lön man erhöll under tjänstgöringstiden. Kvar idag finns ett avtal som endast gäller för Hemvärnssoldater. Övriga avtalades bort under 2020. Diskrepansen mellan civil lön och värnpliktsersättning alternativt lön som RO-/T-anställd är idag avsevärd vilket skapar ekonomiska konsekvenser för den enskilde. Förutom lönetapp blir det även ett tapp i pensionsgrundande inkomst samt

tjänstledighet som inte är pensionsgrundande alls. Detta gäller inte minst de Läkare som är RO-/T-anst och som regelbundet tjänstgör inom totalförsvaret (tex längre tid som stabsstöd tlll SoS under Covd19 krisen).

En värnpliktig kan ju inte neka men en T-anställd eller Reservofficer kan tacka nej till att tjänstgöra vilket medför nedsatt förmåga i totalförsvaret. Dessutom tappar arbetsgivaren(ag) en välövad Läkare som inhämtar-, tränar och återför både nyckelkompetens och nätverk på ett sätt som en ag varken har eller svårligen kan skapa på egen hand. Särskild kompetens vad gäller militär sjukvårdsorganisation samt stabsarbete inom NATO och andra myndigheter kan svårligen tillgodoses på annat sätt.

Jag önskar:

Fyllnadslön för tjänstgöring inom totalförsvaret ges sedan länge till anställda i näringslivet och för anställd i en myndighet som tjänstgör inom annan myndighet inom totalförsvaret, där samma lön erhålls som man har in egen myndighet.

En speciell grupp är Läkare som också är reservofficerare (RO) dennes lön förhandlas inte av Läkarförbundet, utan av SACO som förhandlar för alla Officerare(OF). Läkare är ett ringa antal inom Försvarsmakten(FM) och har under senare 10 år halkat efter avsevärt när FM prioriterat andra officerare.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet vid nästa avtalsförhandling (mars 2027) ska verka för att återinföra fyllnadslön via SKR.

Att Läkarförbundet via SACO (som representerar läkare som är reservofficerare) att driva frågan om fyllnadslön via Försvarsmakten.

Att Läkarförbundet verkar för kompensation för pensionsbortfallet vid tjänstgöring inom totalförsvaret**.**

Motionär:
Jan-Olof Svärd, Jönköpings läns läkarförening (enskild motionär)

Svar till A2

Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning och oro kring kompetensförsörjningen kopplat till den allmänna beredskapen och totalförsvaret. Vi har för närvarande inte en tillfredställande reglering kring löneutfyllnad, särskilt för reservofficerare med anställning inom regionerna och det kan påverka den allmänna viljan att ta på sig viktiga uppdrag inom Försvarsmakten. Bestämmelsen i Allmänna bestämmelser (AB) – kollektivavtal inom kommuner och regioner – hade som motionären beskriver fram till 2020 en reglering som gav denna grupp en ekonomisk utfyllnad från regionen motsvarande 25 procent av den lön läkaren skulle ha haft om man hade tjänstgjort samma tid- utöver ersättningen från staten som officer.

På det statliga området finns liknande villkor som 2026 ändrades så att reservofficerare får utfyllnad på 100 procent i upp till 25 dagar per kalenderår. Läkarförbundet kan inom ramen för samarbetet inom Saco verka för att frågan om villkoren för läkare som tjänstgör som reservofficerare uppmärksammas.

Läkarförbundet kan genom sitt deltagande i olika pensionsgrupper driva frågan om pensionsbortfall vid tjänstgöring i totalförsvaret.

Förbundsstyrelsen anser däremot inte att förbundet på förhand bör binda kommande avtalsförhandlingar till ett specifikt yrkande utan frågan om löneutfyllnad bör, tillsammans med övriga avtalsfrågor, hanteras inom ramen för förbundets ordinarie yrkandeprocess.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion A2 att-sats 1

Att bifalla motion A2 att-sats 2

Att bifalla motion A2 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Johan Gustafsson

A3. Osakliga löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare

Frågan om löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare har tidigare behandlats i detta forum. Trots detta kvarstår betydande skillnader. Kvinnliga läkare har i genomsnitt lägre lön än manliga läkare på motsvarande befattnings- och kompetensnivå, vilket utgör en central facklig och jämställdhetsrelaterad fråga.

Löneskillnaderna kan delvis förklaras av flera samverkande strukturella faktorer:

- att fler manliga läkare innehar överläkarbefattningar och chefspositioner,
- att vissa specialiteter, exempelvis kirurgi, är mansdominerade och historiskt har haft högre lönenivåer,
- att kvinnliga läkare i högre utsträckning tar ut föräldraledighet.

Såväl Läkarförbundet som läkarkåren bör verka för att lönesättningen grundas på sakliga kriterier och inte påverkas av kön, diskriminerande föreställningar eller andra omständigheter som strider mot lag, avtal eller principen om saklig lönesättning.

Läkarförbundet har tidigare framhållit att lokalföreningarna har en central facklig roll i detta arbete. De lokala föreningarna bör, i samverkan med arbetsgivaren, aktivt delta i och vara pådrivande i det lokala jämställdhetsarbetet genom jämställdhetsplaner, lönekartläggningar, löneanalyser och handlingsplaner för jämställda löner.

Det kan emellertid konstateras att detta arbete inte har fått tillräckligt genomslag i samtliga lokalföreningar. Det finns därför behov av ett tydligare, mer systematiskt och samordnat arbete för att minska osakliga löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för att osakliga löneskillnader mellan kvinnliga och manliga läkare identifieras, synliggörs och minskar påtagligt.

Att Läkarförbundet verkar för ett återinförande av en tydlig lönestruktur som främjar små, sakligt motiverade och transparenta löneskillnader mellan specialiteter.

Att Läkarförbundet verkar för att läkarlöner inom olika regioner och specialiteter analyseras utifrån sakliga och transparenta kriterier.

Motionär:
Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till A3

Förbundsstyrelsen håller med motionären att arbetet med jämställda löner är en viktig facklig fråga, och att förbundet både centralt och lokalt behöver arbeta aktivt och samordnat med frågan.

Det pågående arbetet involverar framtagandet av en lönepolitisk policy men även yrkanden i avtalsförhandlingar, bland annat. Förbundet utbildar förtroendevalda i lönebildningsfrågor, lönediskriminering och lönekartläggning. Vidare, så deltar förbundet i ett partsgemensamt arbete att omhänderta de bestämmelser i Lönediskrimineringsdirektivet som anses ha direkt effekt, vilket inkluderar en förstärkt rätt till information om löner, lönenivåer och löneutveckling, bland annat.

Vidare, så arbetar förbundet med rekommenderade ingångslöner för de olika tjänstegrupperingarna som ett verktyg för att kunna motverka löneskillnader som bygger på kön.

Slutligen analyserar förbundet noggrant resultaten av löneenkäten för att kunna följa löneutvecklingen och ge medlemsrådgivningen korrekt lönestatistik i den lönerådgivning som erbjuds förbundets medlemmar. Förbundet kommer att fortsätta arbetet med att vidareutveckla egna analyser för att kunna upptäcka strukturella skillnader i lönesättningen för olika grupper. I detta arbete ingår att analysera läkarlöner utifrån bland annat region, specialitet och andra relevanta faktorer.

Läkarförbundet råder inte ensamt över frågan om lönestrukturer på arbetsplatser. Läkarförbundets förtroendevalda har rätt till insyn i lönesättning och lönekriterier enligt vid var tid gällande kollektivavtal och lagregler. Arbetsgivarare med minst 10 anställda ska årligen genomföra en lönekartläggning i syfte att upptäcka, åtgärda och förhindra osakliga löneskillnader mellan män och kvinnor. Sådan lönekartläggning ska göras inom samverkan.

Förbundsstyrelsen delar däremot inte motionärens uppfattning att målet bör vara små löneskillnader mellan olika specialiteter. Läkarförbundets lönepolitik utgår från en individuell och differentierad lönesättning, där löneskillnader ska vara sakligt motiverade. Det centrala är därför att motverka osakliga löneskillnader, inte att löneskillnader mellan olika specialiteter i sig ska vara små.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A3 att-sats 1 besvarad

Att avslå motion A3 att-sats 2

Att bifalla motion A3 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Johan Gustafsson

A4. Frångå märket i avtalsrörelsen 2027 för att säkra professionens reallöneutveckling

Denna motion föreslår att Sveriges läkarförbund formellt och strategiskt överger industrins märke som normerande tak i kommande avtalsrörelser, med start inför tecknandet av nytt kollektivavtal (HÖK 27). Syftet är att möjliggöra en strukturell uppvärdering av läkaryrket och bryta den pågående reallönesänkningen.

Enligt Sveriges läkarförbunds stadgar § 1 är förbundets grundläggande uppgift att "tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen" samt att "befordra hälso- och sjukvårdens ändamålsenliga utveckling". För att uppfylla detta uppdrag måste förbundet agera kraftfullt mot den ekonomiska urholkning som vår profession nu utsätts för.

Svensk hälso- och sjukvård befinner sig i en djup kompetensförsörjningskris, drivet av en oacceptabel arbetsmiljö och en lönestruktur som inte längre premierar kliniskt ansvar och medicinsk spetskompetens. Under de senaste avtalsperioderna har medlemmarna tvingats acceptera kännbara reallönesänkningar.

Märket är en ekonomisk modell skapad för att skydda svensk exportindustris internationella konkurrenskraft. Det är inte ett verktyg för att hantera en krisande, skattefinansierad välfärdssektor med skriande personalbrist. När arbetsgivarparten (SKR) i praktiken tillåts använda märket som ett absolut tak i stället för ett golv, låses lönebildningen fast i en struktur som omöjliggör de relativa löneökningar som krävs för att läkaryrket ska uppvärderas.

Ett vanligt motargument är att hela den svenska arbetsmarknadsmodellen bygger på märket och att avsteg skulle driva upp inflationen. Men som professionens organisation kan vi inte låta makroekonomisk hänsyn till exportsektorn trumfa vår uppgift att säkerställa medlemmarnas ekonomiska intressen och vårdens överlevnad. Målet måste otvetydigt vara att bryta märkets begränsning. Om förbundet ska förbli en stark, relevant

kraft för läkarkåren måste vi ge förbundsstyrelsen och avtalsdelegationen mandatet att utmana normen.

Med anledning av ovanstående yrkar jag:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund inför avtalsrörelsen 2027 (HÖK 27) beslutar att det strategiska målet är en löneutveckling för läkarkollektivet som överstiger industrins märke.

Att avtalsdelegationen ges i uppdrag att i förhandlingarna inte acceptera industrins märke som ett tak för strukturella lönesatsningar.

Att förbundsstyrelsen aktivt och offentligt driver opinion för att läkarkårens lönebildning inte ska begränsas av exportindustrins normering.

Motionär:
Richard Millqvist, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till A4

Förbundsstyrelsen delar motionärens ambition att stärka läkarnas löneutveckling och säkerställa att läkaryrkets ansvar, kompetens och betydelse för hälso- och sjukvården avspeglas i lönen.

Förbundsstyrelsen delar också ambitionen att märket inte ska betraktas som ett absolut tak för läkarnas löneutveckling. Denna inriktning kom också till uttryck i avtalsrörelsen 2025, då förbundets utgångspunkt var en centralt angiven lägsta nivå motsvarande den konkurrensutsatta sektorn (märket), samtidigt som Läkarförbundet yrkade på särskilda lönesatsningar därutöver. Det innebär däremot inte att förhandlingsdelegationen på förhand bör bindas vid att inte acceptera en viss avtalsuppgörelse. En sådan instruktion skulle kunna begränsa delegationens möjligheter att utifrån det samlade förhandlingsresultatet och det aktuella förhandlingsläget bedöma vad som bäst tillvaratar medlemmarnas intressen.

Förbundsstyrelsen anser vidare att det är viktigt att skilja mellan förbundets långsiktiga lönepolitiska inriktning och de konkreta yrkanden, prioriteringar och förhandlingsmandat som ska gälla i en enskild avtalsrörelse. Dessa tas fram inom ramen för förbundets ordinarie yrkandeprocess, där delföreningarnas synpunkter och prioriteringar vägs samman inför beslut om förbundets samlade krav och förhandlingsinriktning.

Löneutveckling, reallöneutveckling och lönestruktur är högt prioriterade frågor i arbetet inför avtalsrörelsen 2027. Hur dessa ambitioner ska omsättas i konkreta yrkanden och prioriteringar bör avgöras inom ramen för den ordinarie avtalsprocessen.

Att arbeta för en starkare relativ löneutveckling för läkare innebär inte heller att Läkarförbundet behöver ta ställning mot den konkurrensutsatta sektorns lönenormerande roll. Förbundet kan inom ramen för den svenska lönebildningsmodellen

driva strukturella satsningar, förbättrad lönestruktur och en långsiktigt starkare löneutveckling för läkare.

Av samma skäl som anförs ovan, om att inte föregripa den ordinarie processen, behöver förbundets externa opinionsbildning och förhandlingstaktik under en pågående avtalsrörelse löpande hanteras av förbundsstyrelsen och förhandlingsdelegationen utifrån rådande förhandlingsläge. Förbundsstyrelsen anser därför inte att fullmäktige på förhand bör binda förbundet vid en viss kommunikationsstrategi. Ett sådant ställningstagande riskerar dessutom att uppfattas som ett principiellt avståndstagande från den svenska lönebildningsmodellen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A4 att-sats 1 besvarad

Att avslå motion A4 att-sats 2

Att avslå motion A4 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Hanna Kataoka

A5. Ökad valfrihet och transparens i läkarnas tjänstepension

Tjänstepensionen utgör för läkare en betydande del av den ekonomiska tryggheten efter yrkeslivet. Eftersom många läkare har inkomster över taket i den allmänna pensionen får tjänstepensionens konstruktion, avgifter och långsiktiga förvaltning särskilt stor betydelse.

Vid långa arbetsliv och stora ackumulerade pensionsavsättningar kan även små skillnader i avgifter och avkastning få betydande konsekvenser. Valfrihet inom tjänstepensionen är därför en viktig del av läkarnas samlade anställningsvillkor, inte en perifer privatekonomisk fråga.

Det är nödvändigt att skilja mellan kollektivavtalad och individuell tjänstepension. För region- och kommunanställda läkare regleras tjänstepensionen huvudsakligen genom kollektivavtal, såsom AKAP-KR och KAP-KL. Där finns redan valfrihet genom valcentralen och mellan anslutna försäkringsgivare, ofta med konkurrenskraftiga avgifter. Uppgiften är att säkerställa att valfriheten förblir reell, transparent och kostnadseffektiv.

En principiellt skild fråga gäller individuell tjänstepension och äldre fribrev. Flytt av redan intjänat pensionskapital kan fortfarande kräva samtycke från en tidigare arbetsgivare. För läkare, som ofta arbetar hos flera arbetsgivare under yrkeslivet, kan kapital därmed bli kvar i äldre lösningar trots att individen vill samla eller förändra sin förvaltning.

En modern arbetsmarknad bör inte i onödan låsa intjänat pensionskapital till en tidigare arbetsgivares beslut. En fungerande flytträtt stärker transparensen, överblicken och möjligheten att fatta långsiktigt rationella beslut.

Samtidigt är skillnaden mellan kollektivavtalad och individuell tjänstepension inte självklar för alla medlemmar. Sveriges Läkarförbund bör därför både förhandla för reell valfrihet och flyttbarhet där begränsningar kvarstår och ge tydlig, systematisk information om de möjligheter som redan finns.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund i pensionsförhandlingarna verkar för att valbara alternativ inom AKAP-KR, KAP-KL och motsvarande kollektivavtal även fortsättningsvis erbjuder konkurrenskraftiga avgifter, god transparens och ett brett utbud av lågavgifts- och indexbaserade placeringsalternativ

Att Sveriges läkarförbund verkar för att fler pensionsaktörer som uppfyller kollektivavtalens krav på kvalitet, säkerhet och kostnadseffektivitet ska kunna anslutas till de valbara systemen

Att Sveriges läkarförbund verkar för en reell flytträtt för individuell tjänstepension och äldre fribrev utan krav på tidigare arbetsgivares samtycke, när övriga rättsliga och avtalsmässiga förutsättningar för flytt är uppfyllda

Att Sveriges läkarförbund stärker och systematiserar informationen till medlemmarna om tjänstepensionens betydelse, den valfrihet som redan finns inom kollektivavtalade system och skillnaden mellan kollektivavtalad och individuell tjänstepension.

Motionär:
Mellersta Skånes läkareförening

Svar till A5

Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning av tjänstepensionens betydelse för läkarnas framtida pensioner, där tjänstepensionen efter ett långt yrkesliv ofta är en betydande del av den totala pensionen. Valfrihet, ökad konkurrens mellan försäkringsgivarna, flytträtt och lägre kostnader har stor påverkan för den framtida pensionen.

Inom det kollektivavtalade området verkar Läkarförbundet sedan lång tid tillbaka för ökade pensionsavsättningar, låga avgifter och ett bredare utbud av placeringsalternativ för medlemmarna. Detta arbete sker genom olika förhandlingskonstellationer beroende på kollektivavtalssektor. Inom KR-sektorn sker samarbetet via OFR, för statlig sektor via Saco-S och inom privat sektor främst via PTK som förhandlar ITP avtalet. I dessa samarbeten verkar förbundet för långsiktigt goda pensionsvillkor, där kostnader, valmöjligheter och kvalitet i pensionslösningarna är viktiga delar.

Inom KR sektorn tillämpas anslutning för försäkringsgivare som vill vara valbara inom sektorn. Alla försäkringsgivare som uppfyller anslutningsvillkoren får vara med. För

närvarande är det fyra försäkringsgivare som erbjuder traditionell försäkring och tio som erbjuder fondförsäkring. Det finns också en avgiftsbilaga som reglerar avgiftsnivåer, senast utdaterad från 1 januari 2026. Det innebär att det redan finns en ordning för att försäkringsgivare som uppfyller de fastställda villkoren ska kunna ingå bland de valbara alternativen.

Inom statlig sektor sker på liknande sätt ett anslutningsförfarande och för närvarande är det tre försäkringsgivare som erbjuder traditionell försäkring och sex som erbjuder fondförsäkring.

På ITP-området sker upphandling och för perioden fram till 2028 är fem försäkringsgivare för traditionell respektive fondförsäkring upphandlade. Inom detta område har avgifterna kunnat pressas avsevärt.

Inom ovannämnda kollektivavtalade områden är även flytträtten reglerad och kostnader begränsade.

För individuell tjänstepension utanför de kollektivavtalade systemen är det svårare för Läkarförbundet att påverka regler och villkor. Flytträtt och avgifter kan variera och det finns dessutom lagstiftning som kan inskränka möjligheterna, exempelvis genom krav på tidigare arbetsgivares samtycke till flytt av äldre fribrev. Konstruktionen är att det är arbetsgivaren som är försäkringstagare i försäkringen och individen den försäkrade.

När det gäller information om tjänstepension via förbundets kanaler finns det redan idag information tillgänglig via förbundets hemsida men förbundsstyrelsen håller med motionären att det finns utrymme för förstärkning och utveckling av denna del.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A 5 att-sats 1 besvarad

Att anse motion A 5 att-sats 2 besvarad

Att anse motion A 5 att-sats 3 besvarad

Att bifalla motion A 5 att-sats 4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Thomas Anderson

A6. Inför regelbunden yrkanderemiss för Vårdföretagarnas kollektivavtal

Vårdföretagarnas kollektivavtal reglerar löne- och arbetsvillkor för många av Läkarförbundets medlemmar inom privat vård. Inför avtalsförhandlingar behöver förbundets yrkanden vara väl förankrade hos de medlemmar som omfattas av avtalet.

Inom kommun- och regionsektorn ger återkommande avtalsrörelser möjlighet för lokalföreningar och yrkesföreningar att lämna förslag till vilka frågor Läkarförbundet bör driva. Vårdföretagarnas avtal är däremot ett tillsvidareavtal, vilket innebär att motsvarande naturliga och regelbundna tillfällen för medlemsförankring saknas.

Delföreningarna har kunskap om vilka problem som medlemmarna möter och vilka avtalsförändringar som behövs. För Distriktsläkarföreningens medlemmar gäller det exempelvis förutsättningarna för lokalt fackligt arbete och behovet av tydligare reglering av tid för fackliga uppdrag.

Även för ett tillsvidareavtal bör det därför finnas en återkommande och formaliserad process där delföreningarna ges möjlighet att påverka Läkarförbundets avtalskrav.

Svenska Distriktsläkarföreningen föreslår fullmäktige besluta

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund inför en regelbunden yrkanderemiss till lokalföreningar och yrkesföreningar avseende Vårdföretagarnas kollektivavtal, som genomförs inför omförhandling av avtalet och annars minst vart tredje år

Att yrkanderemissen genomförs i sådan tid att inkomna förslag kan förankras och ligga till grund för Läkarförbundets prioriteringar och yrkanden gentemot Vårdföretagarna.

Motionär:
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Svar till A6

Motionären lyfter en viktig fråga om medlemsinflytande i avtalsarbetet. Förbundsstyrelsen delar uppfattningen att de medlemmar som omfattas av ett kollektivavtal ska ha goda möjligheter att påverka de frågor och prioriteringar som Läkarförbundet driver.

Förutsättningarna inom privat sektor skiljer sig dock från dem inom kommuner och regioner. Läkarförbundet är part i fyra centrala kollektivavtal med tre arbetsgivarorganisationer. Tre av avtalen är tillsvidareavtal med Vårdföretagarna inom Almega och Fremia, som tillsammans omfattar över 2 000 arbetsgivare. Avtalen stäms av årligen med arbetsgivarorganisationerna. Därutöver finns ett tidsbegränsat medarbetaravtal med Arbetsgivaralliansen som för Läkarförbundets del huvudsakligen omfattar cirka 100 läkare hos en arbetsgivare.

Till skillnad från avtalet med Sveriges Kommuner och Regioner, som har fasta avtalsperioder och återkommande avtalsrörelser, saknar tillsvidareavtalen inom privat sektor sådana naturliga förhandlingstillfällen. De centrala avtalsprocesserna pågår i stället löpande under hela året genom kontinuerlig dialog och återkommande avstämningar med arbetsgivarorganisationerna. Frågor om avtalens tillämpning, utveckling och förändring aktualiseras därför fortlöpande och inte enbart vid särskilda förhandlingstillfällen.

Förbundsstyrelsen anser att medlemsinflytandet i första hand bör utgå från de medlemmar och förtroendevalda som omfattas av avtalen och som har direkt erfarenhet av hur avtalen fungerar i praktiken. Arbetet med att identifiera, bereda och prioritera avtalsyrkanden sker därför inom ramen för förhandlingsdelegationens uppdrag där

såväl lokalföreningarna som Distriktsläkarföreningen har egna mandat i delegationen och därmed möjlighet att föra fram frågor och behov från berörda medlemsgrupper.

Mot denna bakgrund bedömer förbundsstyrelsen att ett formaliserat remissförfarande med fasta intervall inte är det mest ändamålsenliga verktyget för avtalsområden där dialogen mellan parterna pågår kontinuerligt och där nya frågor kan uppstå och behöva hanteras mellan sådana tillfällen. Ett sådant remissförfarande bedöms inte heller nödvändigtvis ge en bättre förankring bland de läkare som omfattas av avtalen än de riktade dialoger som redan sker inom avtalsområdet.

Motionen sätter samtidigt fingret på något viktigt: behovet av bättre insyn i och information om avtalsarbetet inom privat sektor. Avtalsprocesserna för tillsvidareavtalen skiljer sig från de avtalsrörelser som genomförs inom kommun- och regionsektorn, vilket kan göra det svårare att följa när yrkanden tas fram, prioriteras och leder till förändringar i avtalen. Förbundsstyrelsen ser därför ett värde i att utveckla informationen och informationsinhämtande mot förbundets lokal- och yrkesföreningar om aktuella avtalsfrågor, beslutade prioriteringar och genomförda avtalsförändringar.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att ge förbundsstyrelsen i uppdrag att utveckla formerna för information och informationsinhämtande mot lokalföreningar och yrkesföreningar om aktuella avtalsfrågor, prioriterade yrkanden och genomförda förändringar i kollektivavtalen inom privat sektor.

Att avslå motion A6 att-sats 1

Att avslå motion A6 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Thomas Anderson

A7. Läkarförbundets behöver ett nytt kollektivavtal med Vårdföretagarna Almega

En allt större del av Läkarkåren jobbar hos privata arbetsgivare som tecknat kollektivavtal med Vårdföretagarna Almega. Enligt avtalet följer den årliga löneöversynsförhandlingen lönesamtalsmodellen vilken är utförligt beskriven i avtalet som ett fyrstegsförfarande.

Enligt steg ett skall arbetsgivaren träffa fackliga företrädare redan under verksamhetsårets budgetprocess för att se vilka marknadsmässiga förutsättningar som råder inför löneöversyn. Idag följer ingendera parten detta steg sannolikt beroende på att Läkarförbundet oftast saknar fackliga företrädare med avsatt facklig tid motsvarande centrala avtalet AFF/LAFF 76.

I steg två sker det individuella samtalet mellan lönesättande chef och anställd läkare där chefen informerar om vad den individuella löneökningen grundas på.

Under steg tre informeras varje läkare av lönesättande chef om sin nya lön och motiveringen till denna.

I den bästa av världar skall även ett fjärde steg genomföras där arbetsgivaren gör en genomgång med Läkarförbundet avseende löneprocessen vilken skall dokumenteras.

Många års erfarenhet av löneöversynsförhandlingar med arbetsgivare enligt lönesamtalsmodellen visar att medlemmarna sällan når upp till det så kallade industri ”märket” och löneglidning saknas helt.

Läkarförbundets medverkan och bidrag till en positiv löneutveckling över tid för våra medlemmar genom årliga löneöversynsförhandlingen är en ödesfråga för Läkarförbundet om man inte vill förlora många medlemmar. Vi vill inte se en utveckling där bästa sättet att höja sin lön anses vara att gå ur förbundet.

I en tid med alltmer privat vård behöver struktur och process för lönebildningen hos privata arbetsgivare stärkas genom ett ökat inflytande från Läkarförbundet. En modell för detta kan vara att traditionell förhandling införs som en möjlighet i avtalet. Mot denna bakgrund yrkar vi:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet förhandlar om kollektivavtalet med Vårdföretagarna Almega.

Motionärer:
Nordvästra Skånes läkareförening
Östra Skånes läkarförening
Mellersta Skånes läkareförening
Malmö Läkareförening

Svar till A7

Motionärerna lyfter en viktig fråga om lönebildning och fackligt inflytande inom avtalsområdet Vårdföretagarna inom Almega. Förbundsstyrelsen delar uppfattningen att en väl fungerande löneprocess och ett aktivt lokalt fackligt arbete är betydelsefulla för medlemmarnas löneutveckling och för förtroendet för den fackliga verksamheten.

Förbundsstyrelsen konstaterar samtidigt att motionens yrkande redan i huvudsak tillgodoses inom ramen för nuvarande kollektivavtal. Avtalet innehåller redan möjlighet till traditionell förhandling och utesluter inte att lokala parter väljer en sådan ordning.

Kollektivavtalet mellan Vårdföretagarna inom Almega och Läkarförbundet är ett tillsvidareavtal som löpande är föremål för löpande avstämningar och omförhandlingar mellan parterna i samtliga delar. I tidigare års avtalsförhandlingar har Läkarförbundet starkt tillbakavisat yrkanden från arbetsgivarorganisationen om att ta bort möjligheten till traditionell förhandling i löneavtalet eftersom det för Läkarförbundet är en viktig princip att denna möjlighet till traditionell förhandling kvarstår i löneavtalet. Motionärerna efterfrågar även ett steg där de lokala parterna efter genomförd lönerevision ska ha en partsgemensam genomgång avseende löneprocessen. Detta steg finns reglerad i

löneavtalet i ett steg 4, med en ska-skrivelse om att denna genomgång ska dokumenteras.

Förutsättningen för ett lokalt fackligt inflytande är dock att det finns lokala förtroendevalda på företagen som kan företräda medlemmarna i dialogen med arbetsgivaren. Lokalt förtroendevalda hos privata arbetsgivare omfattas fullt ut av Förtroendemannalagens regler om rätt till facklig tid och har därmed rätt till den tid och de förutsättningar som krävs för sitt fackliga uppdrag i förhållande till den egna arbetsgivaren. I övrigt delar förbundsstyrelsen fullt ut motionärernas syn att bristen på lokalfackligt förtroendevalda inom privat sektor försvagar möjligheten till insyn och påverkan i lönerevisionerna hos privata vårdarbetsgivare.

Förbundsstyrelsen delar inte bilden att nuvarande löneavtalskonstruktion generellt har lett till en svag löneutveckling för läkare inom den privata sektorn. Förbundets lönestatistik visar att löneökningarna på kollektiv nivå inom privat sektor under en längre period har legat i nivå med, och ofta över, det så kallade industrimärket. Statistiken ger därför inte stöd för slutsatsen att den nuvarande löneprocessen i sig har medfört en sämre löneutveckling för läkare anställda inom privat sektor gentemot löneutvecklingen för läkare anställda inom regional och kommunal sektor, snarare att de haft en bättre löneutveckling på kollektiv nivå.

Mot bakgrund av att kollektivavtalet redan är föremål för löpande förhandlingar och avstämningar, att nuvarande kollektivavtal redan möjliggör traditionell förhandling samt innehåller krav på en dokumenterad genomgång av löneprocessen, bedömer förbundsstyrelsen att motionens yrkande redan är tillgodosett.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A7 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Thomas Anderson

A8. Att läkarförbundet övertar förhandlingsansvaret för läkare anställda i Försvarsmakten

Läkare som är anställda i Försvarsmakten (FM) förhandlas via SACO och inte Läkarförbundet (LF). Förr var detta praktiskt då de flesta även var officerer(OF). Under senaste 20 åren har allt färre läkare haft sådan tjänst och allt fler blivit civilanställda (Cvat). Under senaste 5–6 åren har FM haft en kraftig tillväxt av framför allt OF medan de flesta nyanställda läkare blivit Cvat. Debatten om övriga officerers löneutveckling har med rätta varit högljudd. Fokus har från både Officersförbundet och staten legat på att höja både status och lön. Läkare är en klar minoritet och dess löner används ofta som argument när man internt jämför med övriga officerer och chefer. Läkare nerprioriteras när dessa grupper ställs mot varann vid årliga förhandlingar (RALS). SACOs representanter är inte sällan OF som inte heller prioriterar läkare framför sin egen profession. Väldigt sällan finns det medicinsk kompetens som kan tala för kollegiet när

avtalsrörelsen genomförs. Inte sällan saknas någon som helst intresse från HR avdelningen som oftast hänvisar till samma ”löneboxar” som sätts för övrig personal.

Sammanfattningsvis:

Läkares löner inom Försvarsmakten ställs mot Officerares-, och nedprioriteras därför när de årliga avtalen (RALS) görs upp. En Läkares enda chans till en bra löneutveckling i FM är ordentlig ingångslön för att sedan säga upp sig på en plats och söka ny tjänst på annan plats.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet övertar förhandlingsansvaret från SACO centralt / officersförbundet för att bättre tillvarata medlemmars intressen i Försvarsmakten

Motionär:
Jan-Olof Svärd, Svenska Militärläkareföreningen (MLF) (enskild motionär)

Svar till A8

På den statliga sektorn ingår Läkarförbundet i förhandlingsorganisationen Saco-S tillsammans med 17 andra Saco förbund. Det är Saco-S som har partsställning såväl centralt som lokalt. Löneöversynerna hanteras av lokala Saco-S föreningar på respektive myndighet.

Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning av problembilden med att vara en mindre medlemsgrupp vid myndigheten och att det finns en risk att medlemmarnas intressen nedprioriteras gentemot andra grupper vid löneöversyner. En möjlighet att stärka läkarnas ställning i lönebildningen skulle vara att Läkarförbundet får ett mer direkt ansvar för att företräda sina medlemmar. Förbundet kan dock inte ensidigt överta förhandlingsansvaret från Saco-S, utan det kräver att Saco-S är beredd att släppa detta ansvar. Förbundsstyrelsen ställer sig positiv till att förbundet ska verka för att få överta förhandlingsansvaret för medlemmarna inom Försvarsmakten och föreslår fullmäktige en alternativ att-sats.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att Läkarförbundet verkar för att förbundet får överta förhandlingsansvaret från Saco-S för förbundets medlemmar inom Försvarsmakten.

Att avslå motion A8

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Julia Borg

A9. Hur många brandmän och poliser skulle vi ha i Sverige om de bara fick betalt när det brinner, eller när de griper någon?

Det finns ett flertal yrken som har full lön vid både jour och beredskap, samt därtill tillägg vid aktivt arbete.

Jour och beredskap är en stor del av yrket för många specialiteter och det är en stor inskränkning i både läkarens men även dess anhörigas liv oavsett om det är jour eller beredskap i hemmet eller på plats, på arbetsplatsen. Det finns tillfällen och omständigheter som gör att läkare har beredskap på arbetsplatsen bland annat om det är olegitimerad läkare som arbetar på arbetsplatsen, eller om ordinarie boende är längre bort än vad som anser rimligt vid akuta fall. Förutom att det inskränker friheten, medför det stress och ger sämre, eller ingen sömn alls och påverkar därmed även hälsan negativt. Ofta finns schablonavtal med kombination av jour och beredskap. Läkare står till arbetsgivarens förfogande dygnet runt, året om. Ofta till lägre ersättning än full lön!

Detta är oacceptabelt och motionären yrkar:

Fullmäktige föreslås besluta

Att läkare får full lön när de är på arbetsplatsen.

Att läkare får tilläggsersättning, utöver ordinarie lön vid aktiv tjänst vid jour.

Att läkare får full lön vid beredskap.

Att läkare får tilläggsersättning, utöver ordinarie lön vid aktiv tjänst vid beredskap.

Motionär:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till A9

Det är viktigt att medlemmarna kompenseras för all arbetstid oavsett i vilken form det är och förbundet verkar konstant för att det ska vara så mycket som möjligt. De centrala kollektivavtalen som är träffade i respektive sektor har justerats och förhandlats fram under många år för att ge mesta möjliga effekt. Utgångspunkten för kollektivavtalen är ge kompletterande ersättning/kompensation vid jour- och beredskapstjänstgöring, dvs månadslönen kompletteras med ytterligare kompensation vid både aktivt arbete och bunden tid.

Yrkanden om högre ersättning/kompensation för både aktiv och bunden tid görs i avtalsrörelserna och har resulterat i förändringar genom åren. I avtalsrörelsen 2025 höjdes exempelvis ersättningen för bunden beredskap i Specialbestämmelserna för läkare. Yrkanden fastställs av förbundsstyrelsen inför varje avtalsrörelse vad gäller det centrala kollektivavtalet för region- och kommunanställda medlemmar. Dessförinnan har

yrkandegrund skickats ut till alla delföreningar på remiss och förhandlingsdelegationen har formulerat förslagen till yrkanden.

Förbundsstyrelsen delar således motionärens ambition om förbättrad ersättning för jour och beredskap. Motionens att-satser får förstås som en inriktning för vilka ersättningsvillkor SLF ska verka för. De faktiska ersättningsvillkoren är dock resultatet av förhandlingar mellan arbetsmarknadens parter. Förbundsstyrelsen anser mot den bakgrunden inte att fullmäktige på förhand bör fastställa vilka ersättningsnivåer eller ersättningsmodeller förbundet ska verka för i kommande avtalsförhandlingar. Sådana ställningstaganden bör även fortsättningsvis hanteras inom ramen för förbundets ordinarie yrkandeprocess.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion A9 att-sats 1

Att avslå motion A9 att-sats 2

Att avslå motion A9 att-sats 3

Att avslå motion A9 att-sats 4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Josefin Gerdevåg

A10. Reversera karenstiden, nu!

I avtalsförhandlingar är det praxis att parterna ger och tar för att nå en överenskommelse. Särskilt avseende ekonomiska delar är det viktigt att vinster och förluster balanseras mot varandra. Förbättringar på ett område har historiskt finansierats genom eftergifter på ett annat.

Utöver den avtalade garanterade löneökningen i Centrala avtalet, står löneglidning för ca 10–30% av löneökningstakten (enligt Medlingsinstitutet). Löneglidning uppstår när anställda byter tjänst och får förhandla en ny lön. För läkare, som ofta är kvar på samma arbetsplats, innebär det i praktiken vid tjänstekonvertering. Detta skiljer sig från andra fackförbund inom SKR, som har större möjlighet att byta arbetsgivare.

I det senaste Läkaravtalet 2025–2026 fick SKR inskrivet*: ” Medlemmar som träffat avtal om anställning och ny lön inom sex månader före löneöversynstidpunkten ingår inte i lönesumman för beräkning av garanterat utfall.”*

Eftersom ”nollning” av det senaste årets nyanställda är det som bidrar till löneglidningen för läkarkåren, accepterade Läkarförbundet i praktiken en betydande begränsning av framtida löneglidning. De ekonomiska konsekvenserna av detta riskerar att bli omfattande och dessutom ackumulerande över tid.

Förhandlingsdelegationen har inte redovisat någon motprestation som motsvarar den ekonomiska eftergift som gjorts. För den medlem som inte deltagit i förhandlingarna framstår beslutet att godta detta som obegripligt.

Ska Läkarförbundet ha någon möjlighet att reversera detta beslut krävs att det sker i nästa centrala avtal, medan föregående förhandling fortfarande finns färskt i minnet; att vi gav detta, utan att få något alls.

Skrivelsen bör antingen:

a) Strykas i Huvudöverenskommelsen,

b) Friskrivas i Specialavtal för läkare, eller

c) Beräknas vad det innebär ekonomiskt för läkarförbundet och kompenseras med motsvarande summa.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet i kommande avtalsförhandlingar verkar för att bestämmelsen avskaffas.

Att Läkarförbundet, om första att-satsen inte kan uppnås, redovisar bestämmelsens ekonomiska konsekvenser för läkarkollektivet samt verkar för att motsvarande värde kompenseras genom andra avtalsförbättringar.

Motionär:
Nordvästra Skånes läkareförening

Svar till A10

Motionären uppmärksammar en förändring av löneavtalet som infördes i samband med avtalsrörelsen 2025. Förändringen innebär att medlemmar som träffat avtal om anställning och ny lön inom sex månader före löneöversynstidpunkten inte ingår i lönesumman vid beräkningen av det garanterade utfallet. Motionären menar att Läkarförbundet accepterade förändringen utan motprestation.

Förbundsstyrelsen delar inte helt motionärens beskrivning. Förändringen var en fråga som Läkarförbundet motsatte sig under hela förhandlingen och drev så långt att den blev föremål för medling via Medlingsinstitutet. Frågan var en av de svårare i avtalsrörelsen för Läkarförbundet och bidrog till att förhandlingarna drog ut på tiden. Övriga berörda fackliga organisationer hade redan accepterat motsvarande skrivning. Läkarförbundet gjorde det först efter medling.

Under medlingen gjorde parterna olika bedömningar av hur den aktuella förändringen skulle värderas ekonomiskt. Medlingsinstitutets bedömning var att värderingen till övervägande del skulle utgå från de centralt avtalade nivåerna, vilket blev en del av underlaget för den samlade uppgörelsen.

Avtalsresultatet måste samtidigt bedömas som en helhet. Den slutliga uppgörelsen innehöll flera förbättringar av läkarnas villkor, bland annat höjd beredskapsersättning i specialbestämmelserna och utvidgad rätt till övertidsersättning för AT-, BT- och ST-läkare. Förstärkningen av de centralt reglerade nivåerna har också ett värde i sig, mot bakgrund av att flera regioner har en restriktiv inställning till lokala kollektivavtal och på vissa håll en vilja att säga upp dem. Lokala överenskommelser kan därför inte ensamma garantera läkarnas ersättningsnivåer långsiktigt.

Förbundsstyrelsen instämmer med att bestämmelsens faktiska konsekvenser behöver följas och analyseras. Detta kommer att ske genom uppföljning av löneavtalets tillämpning, den statistiska löneutvecklingen och utgöra underlag inför HÖK 27.

Förbundsstyrelsen anser däremot inte att förbundet på förhand bör binda förhandlingen vid att ett visst beräknat ekonomiskt värde ska kompenseras genom specifika andra avtalsförbättringar. En avtalsuppgörelse innehåller både ekonomiska och andra villkorsförändringar som behöver vägas samman.

Frågan om sexmånaders-karensen finns med i den yrkanderemiss som skickats till delföreningarna, där behovet av att prioritera ett avskaffande av bestämmelsen inför HÖK 27 ska värderas. Den fortsatta hanteringen av frågan, inklusive hur den ska prioriteras och eventuella kompensationskrav om ett avskaffande inte kan uppnås, bör därför ske inom ramen för förbundets ordinarie yrkandeprocess inför kommande avtalsrörelse.

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att utvärdera konsekvenserna men utan koppling till avtalsrörelsen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion A10 att-sats 1

Att avslå motion A10 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Josefin Gerdevåg

A11. Övertid och flexibel arbetstid

Avtalsrörelsen 2025 innebar ett viktigt steg. AT-, BT- och ST-läkare som påbörjar en utbildningsanställning från och med den 1 april 2026 kan inte längre avtala bort rätten till övertidskompensation. Redan ingångna överenskommelser fortsätter dock att gälla, och specialistläkare och överläkare kan fortfarande avstå rätten.

I flera regioner tvingar arbetsgivaren, som i praktiken har monopol på anställning, specialistläkare och överläkare att avstå rätten till övertidsersättning för att få anställning. Någon kompensation för detta, till exempel i form av högre lön, förekommer sällan. Även om avtalet ger utrymme för omförhandling vid ändrade förhållanden, till exempel ökad arbetsbelastning, sker det långt ifrån så ofta som det borde.

Arbetstidslagen (ATL) föreskriver en skyldighet för arbetsgivaren att föra anteckningar om all jour-, över- och mertid. Trots detta sker oregistrerat arbete dagligen. Läkare dröjer sig kvar vid skärmar för att slutföra administration och samtal som inte rymts i schemat.

Många läkare i en övertidssituation registrerar inte övertid, utan i stället lägger tiden som flextid. Då uteblir övertidsfaktorerna. När rätten till övertidsersättning är bortskriven blir flextid ett sätt att rädda vad som räddas kan. Frågan är dock om läkaren faktiskt kan ta ut flexen när arbetsbelastningen är hög och många tjänster vakanta. Övertid hade då varit bättre. Registrerad övertid kan inte heller strykas på samma sätt som för mycket plusflex vid en flexavstämning. Bristande tidsredovisning kan dessutom komma att strida mot arbetstidslagen om flexsystem saknas eller om arbetet utförs utanför flexramen.

Det behövs enkla och intuitiva system för att registrera arbetstid och övertid, så att läkaren inte går miste om ekonomisk ersättning eller kompensationsledighet för arbetad övertid.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att möjligheten att avtala bort rätten till övertidskompensation avskaffas även för specialistläkare och överläkare

Att Sveriges läkarförbund verkar för att arbetsgivarna tillhandahåller enkla och intuitiva tidsregistreringssystem där läkare kan registrera övertidsarbete

Att Sveriges läkarförbund tar fram vägledning till medlemmarna om skillnaden mellan flextid och övertid, och verkar för att arbetad övertid registreras som övertid

Motionärer:
Mellersta Skånes läkareförening
Nordvästra Skånes läkareförening

Svar till A11

Läkares övertid är en mycket viktig och högt prioriterad fråga för SLF. Förbundet har under lång tid arbetat både proaktivt och reaktivt i frågan, och positionerna har successivt flyttats fram.

I avtalsrörelsen 2025 gick SLF fram med ett historiskt skarpt yrkande i frågan: att för samtliga läkare helt och hållet ta bort möjligheten att avtala bort rätten till övertidskompensation i enskilda anställningsavtal. Förbundet nådde inte hela vägen fram i den frågan, men ett positivt resultat och ett steg i rätt riktning är att arbetsgivaren inte längre kan förhandla bort rätten till övertidskompensation för AT-, BT- och ST-läkare. När det gäller övertidskompensation för specialister och överläkare arbetar SLF fortsatt strategiskt med frågan. Förbundet påverkar SKR och Sobona genom det pågående partsgemensamma arbetet om läkares övertid, genom lokala och centrala tvister samt inom ramen för arbetet inför avtalsförhandlingarna 2027.

Förbundsstyrelsen anser dock att förbundet på förhand inte bör binda sig vid ett specifikt yrkande inför kommande avtalsförhandlingar. Frågan om övertidskompensation bör i stället, tillsammans med övriga avtalsfrågor, hanteras inom ramen för förbundets ordinarie yrkandeprocess. Vilka yrkanden förbundet går fram med gentemot SKR och Sobona har sin grund i den yrkanderemiss som lokalföreningar och berörda yrkesföreningar har fått besvara under våren. Utifrån delföreningarnas svar arbetar förhandlingsdelegationen fram förslag på yrkanden, vilka slutligen fastställs av förbundsstyrelsen.

Att arbetsgivaren tillhandahåller fungerande och användarvänliga system är en förutsättning för att all arbetstid registreras korrekt. I det pågående partsgemensamma arbetet om läkares övertid har flera lokalföreningar och regioner intervjuats. Resultatet visar att systemen i vissa regioner är bristfälliga och att registreringen är krånglig för den enskilde. Detta riskerar att bidra till att arbetad tid inte registreras korrekt, särskilt när arbetstiden inte medför någon ersättning. Inom ramen för partsarbetet har Läkarförbundet lyft och problematiserat brister i systemen för registrering av arbetstid. Påverkansarbetet gentemot SKR kommer att fortsätta i det gemensamma arbetet. Därtill arbetar Läkarförbundet löpande, bland annat genom våra fackliga utbildningar, med att informera och stödja lokalfackliga företrädare i hur de kan påverka arbetsgivaren i frågan.

Motionären föreslår också att Läkarförbundet tar fram vägledning för medlemmarna om skillnaden mellan flextid och övertid samt verkar för att arbetad övertid registreras som övertid. Läkarförbundet verkar redan för detta idag. En arbetstidsbroschyr, som bland annat belyser skillnaden mellan flextid och övertid, finns publicerad på förbundets hemsida. Läkarförbundet har också informerat medlemmarna om övertid och hur den ska hanteras i medlemsbrev, i ett videopoddavsnitt, samt i sociala medier under 2025 då frågan var aktuellt i avtalsrörelsen. Under 2025 publicerade förbundet en nyhet om att läkarnas övertid motsvarade över 4000 heltidstjänster. I sociala medier delade förbundet både fakta om övertid samt medlemmarnas egna berättelser om hur det omfattande övertidsarbetet påverkade dem. Därtill har förbundet stående inslag om detta i de fackliga bas- och fortsättningskurserna, där förtroendevalda utbildas i att all arbetad tid ska registreras, oaktat om rätt till kompensation finns eller inte. Förbundet avser att fortsätta med löpande informationsinsatser i frågan och verkar således redan i enlighet med motionärens förslag.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion A11 att-sats 1

Att anse motion A11 att-sats 2 besvarad

Att anse motion A11 att-sats 3 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Josefin Gerdevåg

A12. Stärk stödet till läkare kring registrering av övertid

Många läkare arbetar mer än sin ordinarie arbetstid. En del av den arbetade tiden hamnar i flexsaldo eller registreras inte alls, trots att arbetet i praktiken utgör övertid enligt gällande avtal. Detta leder till en omfattande dold övertid som riskerar att osynliggöra den verkliga arbetsbelastningen inom hälso- och sjukvården.

Att övertid inte registreras korrekt får flera negativa konsekvenser. Den enskilde läkaren går miste om ersättning eller kompensation, arbetsgivaren får en felaktig bild av bemanningsbehovet och arbetsmiljörisker kopplade till hög arbetsbelastning blir svårare att identifiera.

Många läkare upplever också osäkerhet kring när arbete ska registreras som övertid, hur flex och övertid förhåller sig till varandra samt vilka rättigheter och skyldigheter som gäller enligt kollektivavtal och arbetstidslagstiftning.

Korrekt registrering av övertid är inte enbart en fråga om ekonomisk ersättning. Det handlar om patientsäkerhet, hållbara arbetsvillkor och att ge en rättvisande bild av vårdens resursbehov. Genom ökad kunskap och ett tydligt stöd från Sveriges läkarförbund kan fler läkare känna sig trygga i hur arbetad tid ska registreras. Det bidrar till bättre arbetsmiljö, ett starkare fackligt påverkansarbete och ett mer hållbart arbetsliv för läkarkåren.

Hallands läkarförening, Kronobergs läkarförening, Gotlands Läkarförening, Kalmar läns läkarförening, Östergötlands läkarförening och Jönköpings läns läkarförening yrkar

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund tar fram lättillgängligt informationsmaterial om övertid, med särskilt fokus på gränsdragningen mellan flextid och övertid samt hur läkare bör registrera arbetad tid.

Att Sveriges läkarförbund genomför en nationell informationskampanj för att öka kunskapen om vikten av korrekt registrering av övertid och vilka konsekvenser dold övertid får för arbetsmiljö, ersättning och bemanning.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att frågan om korrekt registrering av övertid lyfts i det lokala fackliga arbetet samt i dialogen med arbetsgivare.

Att Sveriges läkarförbund följer utvecklingen av dold övertid bland läkare (genom t.ex utformande av ett digitalt verktyg) och, när det är möjligt, samlar in kunskap och statistik för att stärka förbundets påverkansarbete kring arbetsmiljö och hållbara arbetsvillkor.

Motionärer:

Hallands läkarförening
Kronobergs läkarförening
Gotlands Läkarförening
Kalmar läns läkarförening
Östergötlands läkarförening
Jönköpings läns läkarförening

Svar till A12

Läkares övertid är en mycket viktig och högt prioriterad fråga för SLF. Förbundet har under lång tid arbetat både proaktivt och reaktivt i frågan, och positionerna har successivt flyttats fram.

Motionären lyfter behovet av ett lättillgängligt informationsmaterial, med särskilt fokus på gränsdragningen mellan flextid och övertid samt hur läkare bör registrera arbetad tid. Ett sådant arbete bedrivs redan av Läkarförbundet. En arbetstidsbroschyr, som bland annat belyser skillnaden mellan flextid och övertid, finns tillgänglig på förbundets webbplats.

Vidare efterfrågar motionären att SLF genomför en nationell informationskampanj i frågan. Förbundet har löpande informerat medlemmar om övertid och hur den ska hanteras, bland annat i medlemsbrev, i ett videopoddavsnitt samt i sociala medier under 2025 då frågan var aktuell i avtalsrörelsen. Under 2025 publicerades också en nyhet om att läkarnas övertid motsvarade över 4000 heltidstjänster. I sociala medier delade förbundet både fakta om övertid samt medlemmarnas egna berättelser kring hur det omfattande övertidsarbetet påverkade dem. Förbundsstyrelsen ställer sig positiv till motionärens förslag om att genomföra ytterligare och återkommande informationsinsatser.

Motionären framför också att förbundet ska verka för att frågan om korrekt registrering av övertid lyfts i det lokala fackliga arbetet samt i dialogen med arbetsgivare. Detta gör Läkarförbundet genom återkommande inslag i de fackliga bas- och fortsättningskurserna, som genomförs sju gånger per år. Lokalföreningarna har också möjlighet att beställa särskilda temaföreläsningar om arbetstid, där frågan om läkares övertidskompensation ges stort utrymme. Därtill verkar förbundet för en korrekt registrering av arbetstid genom det pågående partsgemensamma arbetet med SKR om läkares övertid. SLF avser också att vid ett digitalt ordförandemöte lyfta hur lokalföreningarna kan arbeta med frågan och påverka arbetsgivarna.

Att följa utvecklingen av dold övertid är utmanande. För att den faktiska arbetsbelastningen ska synliggöras krävs det att medlemmar registrerar sin arbetade tid, oaktat om de har rätt till kompensation eller inte. Förbundsstyrelsens bedömning är att ett utformande av ett separat digitalt verktyg inte skulle lösa problemet. För att åstadkomma förändring måste läkare registrera arbetstiden i de system som arbetsgivaren tillhandahåller. Förbundet kommer samtidigt att fortsätta följa utvecklingen och, där det är möjligt, samla in kunskap och statistik om läkarnas övertidsarbete. Inom ramen för det pågående partsgemensamma arbetet med SKR om läkares övertid kommer förbundet att fortsätta sitt påverkansarbete i frågan.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion A12 att-sats 1 besvarad

Att bifalla motion A12 att-sats 2

Att anse motion A12 att-sats 3 besvarad

Att anse motion A12 att-sats 4 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Josefin Gerdevåg

A13. AI ska avlasta läkarnas administration - med professionen som kravställare

Läkarnas administrativa belastning tar en allt större del av den tid och kognitiva kapacitet som bör användas för patientarbete, medicinska bedömningar och kontinuitet. Dokumentation, kodning, dubbelregistrering och komplexa digitala arbetsflöden bidrar till ineffektivitet och en arbetsmiljö där läkaren i ökande grad fungerar som administratör av vårdens informationssystem.

Rätt utformade och integrerade AI-verktyg kan minska tidsåtgången för journalföring, diktat, kodning och annan repetitiv dokumentation. Tekniken har dock ett värde först när den minskar den samlade arbetsbördan. System som kräver omfattande efterkontroll, parallella processer eller ytterligare dokumentation riskerar i stället att öka den.

Införandet sker ojämlikt, samtidigt som generativa AI-verktyg redan används där tydliga riktlinjer och godkända alternativ saknas. Det medför risk för skuggverktyg, bristande informationssäkerhet och förlorad kontroll över hur tekniken används.

Frågan gäller därför vårdens digitala infrastruktur, inte enbart enskilda produkter. Läkarkåren måste ha ett formaliserat inflytande över kravställning, upphandling, validering, införande och uppföljning. Systemen ska bedömas utifrån klinisk nytta, patientsäkerhet, arbetsmiljö, informationssäkerhet och dokumenterad tidsbesparing – inte endast teknisk funktionalitet eller ekonomiska effektiviseringsmål.

Generativ AI kan utelämna, sammanblanda eller skapa felaktig information även när texten framstår som korrekt. Läkaren ansvarar för det innehåll som rimligen kan granskas och därefter signeras, men kan inte bära ansvar för systematiska eller dolda tekniska brister som inte rimligen kan upptäckas vid normal klinisk granskning.

Vårdgivaren måste därför bära systemansvaret för validering, informationssäkerhet, integration, spårbarhet och användbarhet. AI ska återföra tid från administration till patientarbete. Det förutsätter att professionen är kravställare från början – inte enbart slutanvändare av redan upphandlade system.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att AI-baserade verktyg i vården utvecklas och införs med det primära målet att mätbart minska läkarnas administrativa belastning inom journalföring, kodning och annan dokumentation

Att Sveriges läkarförbund verkar för att vårdgivare tillhandahåller säkra, validerade och i ordinarie journalsystem integrerade AI-verktyg, så att läkare inte hänvisas till oreglerade skuggverktyg eller parallella arbetsprocesser

Att Sveriges läkarförbund driver en tydlig ansvarsfördelning vid AI-genererad dokumentation, där vårdgivaren ansvarar för systemets säkerhet, validering,

konstruktion och systematiska brister samt utbildning av vårdpersonal, medan läkaren ansvarar för det innehåll som rimligen har kunnat granskas och därefter signeras

Att Sveriges läkarförbund verkar för ett formaliserat och reellt läkarinflytande vid kravställning, upphandling, validering, införande och uppföljning av AI-system som påverkar kliniskt arbete, dokumentation och medicinskt ansvar.

Motionärer:

Mellersta Skånes läkareförening

Svar till A13

Förbundsstyrelsen instämmer med motionären. Många av förbundets medlemmar vittnar om att läkares administrativa börda är alltför betungande och har ökat de senaste åren. Detta samtidigt som rätt utformade och integrerade AI-verktyg skulle kunna minska den administrativa bördan. Det kan även kliniknära administrativa funktioner, till en del, så som medicinska sekreterare. Liksom förbättrade digitala system och verktyg, generellt.

Det är, precis som motionären skriver, viktigt att de AI-verktyg som läkare hänvisas till att använda är integrerade och validerade, liksom att ansvarsfördelningen är tydlig. Förbundsstyrelsen instämmer till fullo i att läkare måste ha inflytande i de processer där AI-verktyg upphandlas och implementeras. Den tekniska utvecklingen ska utgå från våra behov, som användare.

Läkarförbundets digitaliseringsråd (LDR) är ett råd under förbundsstyrelsen som idag arbetar med att ta fram Läkarförbundets politik kring artificiell intelligens (AI). Läkarförbundets politik på området ska sammanfattas i en AI-policy. Motionärens att-satser är bra och vi önskar beakta samtliga i framtagandet av policyn och förbundets fortsatta påverkansarbete på området.

Förbundsstyrelsen vill tacka motionären för viktiga medskick!

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion A13 att-sats 1

Att bifalla motion A13 att-sats 2

Att bifalla motion A13 att-sats 3

Att bifalla motion A13 att-sats 4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Julia Borg

A14. Ge oss en kompass i den digitala snårskogen

Journalsystemet är ett av våra viktigaste arbetsverktyg. De senaste årens kritiserade, och i vissa fall helt havererade, införanden av Cosmic och Millennium har medfört stor frustration, patientsäkerhetsrisker och kolossala kostnader. Ett oräkneligt antal arbetstimmar har lagts ner på detta av medarbetare i vården, men deras synpunkter och förslag har konsekvent negligerats och körts över.

Många kollegor i både fackliga och icke-fackliga konstellationer agerar nu på olika sätt för att återfå fungerande journalsystem i sina regioner, men det har visat sig vara en fråga som är svår att driva. Att larma om patientsäkerhetsrisker och dålig arbetsmiljö biter inte på regionerna, som naturligtvis inte vill erkänna att de investerat miljarder i dysfunktionella system.

Det finns flera lagar och föreskrifter som reglerar hur ett journalsystem ska fungera, bland annat Patientdatalagen, Hälso- och sjukvårdslagen och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården. Sveriges läkare behöver tydlig och kraftfull hjälp för att lokalt kunna driva frågor rörande olika digitala system, inklusive journalsystem, och för att i tidigt skede kunna förhindra haverier i samband med framtida systembyten.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet tar fram ett kunskapsstöd för lokalfackliga gällande de lagar och föreskrifter som gäller för journalsystem och andra digitala system.

Motionär:
Sjukhusläkarna

Svar till A14

Patientjournalen är, som motionären påpekar, ett mycket viktigt arbetsverktyg för läkare och ett välfungerande journalsystem är helt nödvändigt för att fullgod vård ska kunna ges. Undermåliga eller svårarbetade journalsystem är en patientsäkerhetsrisk och kan dessutom vara ett påtagligt arbetsmiljöproblem för läkare och annan vårdpersonal.

Ansvaret för att tillhandahålla funktionella och patientsäkra digitala journalsystem ligger på vårdgivaren. Denna ska säkerställa att det i verksamheten finns den utrustning som behövs för att god vård ska kunna ges. Informationshanteringen i hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser patientsäkerhet, god kvalitet och kostnadseffektivitet. Författningsregleringen om patientjournaler och vårdgivarens ansvar för journalsystemet finns i flera olika författningar, i första hand hälso- och sjukvårdslagen, patientdatalagen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Därutöver finns regler om arbetsgivarens ansvar i arbetsmiljöhänseende.

Det finns visserligen redan utförlig myndighetsinformation från bland annat Socialstyrelsen om regelverket kring patientjournalen. Förbundsstyrelsen delar dock motionärens uppfattning att en sammanfattande skrift med information om regleringen och vårdgivarens ansvar för journalsystemet vore värdefull samt instämmer därför i att ett sådant kunskapsstöd bör tas fram. Förbundsstyrelsen anser emellertid att det blir för omfattande att inkludera även ”andra digitala system”, en formulering som kan innefatta vitt skilda digitala verktyg såsom intranät, personaladministrativa system och mejlsystem.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att Läkarförbundet tar fram ett kunskapsstöd för lokalfackliga gällande de lagar och föreskrifter som gäller för digitala journalsystem.

Att avslå motion A14

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Julia Borg

A15. Genomgång av villkor vid sidotjänstgörning

Läkare under Specialisttjänstgöring (ST) har en särställning avseende sina arbetsvillkor. I specialbestämmelser för läkare (punkt 2) står ”En tillsvidareanställd underläkare under specialiseringstjänstgöring (ST) är skyldig att låta sig förflyttas till en annan arbetsplats på annan ort i enlighet med upprättad plan för specialiseringstjänstgöring.”

Denna lydelse innebär att ST-läkare inte har rätt till ersättning för resa, boende eller merkostnader kopplade till arbete (sidotjänstgöring)på annan ort. Beroende på specialitet och arbetsort kan detta vara alltifrån ett litet till stort problem. Flera lokala avtal har tagits fram, framförallt i regioner utan universitetsklinik.

Vissa arbetsgivare uppmanar ST-läkare att ansöka till skatteverket avseende att få tillbaka skatt för dessa sidotjänstgöringar, dock finns ingen tydlig mall hur dessa perioder ska tas upp i deklarationen (”tjänsteresa” eller ”arbete på annan ort”). Dessutom får man inte ersättning för sina utgifter utan bara ett skatteavdrag.

I specialbestämmelser för läkare finns inskrivet en flyttersättning för ST-läkare (punkt 26), anges att man ska tillse att ST-läkare ”får ersättning för skäliga och styrkta flyttningskostnader för flyttning till annan ort”. Vi har inte hittat någon region som tillämpar denna flyttersättning, dock finns en stor bredd på andra ersättningar. Dessa olikheter framkommer först när ST-läkaren ska göra sin sidotjänstgöring.

Hallands läkarförening, Blekinge läkarförening, Kronobergs läkarförening, Kalmar läns läkarförening, Östergötlands läkarförening, Gotlands Läkarförening och Jönköpings läns läkarförening yrkar:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet sammanställer de ekonomiska villkor som finns för sidotjänstgöringar i olika regioner, där lokala avtal eller arbetsgivarbeslut finns.

Att Läkarförbundet, efter samtal med skatteverket, tar fram informationsmaterial för hur man kan deklarera (tjänsteresa eller arbete på annan ort).

Att Läkarförbundet för en dialog med SKR kring hur tillämpningen i regionerna ser ut av punkt 26 i specialbestämmelser (flyttersättningar). Det förekommer troligen brott mot kollektivavtalet i denna punkt.

Motionärer:
Hallands läkarförening
Gotlands Läkarförening
Jönköpings läns läkarförening
Blekinge läkarförening
Östergötlands läkarförening
Kalmar läns läkarförening
Kronobergs läkarförening

Svar till A15

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att frågan är angelägen. Motionären pekar på den skyldighet ST-läkarna har att låta sig förflyttas under sin tjänstgöring. Den kommer från den så kallade ST-reformen på 1990-talet som innebar att ST-läkarna, som tidigare varit visstidsanställda på så kallade FV-block (block för fortsatt vidareutbildning), blev tillsvidareanställda av landstingen. I samband med denna förändring infördes också i kollektivavtalet *Specialbestämmelser* för läkare en förflyttningsskyldighet för ST-läkaren. I bestämmelsen anges att ”en tillsvidareanställd underläkare under specialiseringstjänstgöring (ST) är skyldig att låta sig förflyttas till annan arbetsplats på annan ort i enlighet med upprättad plan för specialiseringstjänstgöring”. ST-reformen innebar att anställningstryggheten för ST-läkarna stärktes, men man blev skyldig att låta sig förflyttas under sin tjänstgöring.

I kollektivavtalet finns det regel om att vid sådana förflyttningar ska utgå så kallad flyttningsersättning. Ersättningen ska motsvara skäliga omkostnader för flytt till den andra tjänstgöringsorten (*Specialbestämmelser*, sida 26). Den ersättningen är exklusiv enligt avtalet och några andra ersättningar än flyttningsersättning utgår således inte enligt nu gällande kollektivavtal. De vanliga kollektivavtalsreglerna om ersättning för till exempel traktamente är normalt sett inte tillämpliga när ST-läkaren förflyttas. Rätt att göra avdrag i den allmänna deklarationen för arbetsresor gäller som vanligt. Det är dessutom ofta möjligt att förhandla med sin arbetsgivare om traktamente, resekostnader och annat om den nya arbetsplatsen ligger utanför den vanliga verksamhetsorten (mer än 50 km).

Läkarförbundet har i tidigare avtalsrörelse lyft frågan med SKR (dåvarande SKL) om ersättning för merkostnader och om kostnadsneutralitet där arbetsgivaren tar ett större ekonomiskt ansvar för sina ST-läkare under sidotjänstgöringen. Förbundets politik går ut på att arbetsgivaren, som har åtagit sig att utbilda en specialistläkare, ska bära

kostnaden för detta och att sidotjänstgöringen ska vara kostnadsneutral för den enskilde ST-läkaren.

Det finns anledning att se över befintligt material och göra en kartläggning av lokala avtal och kommunicera detta inom organisationen. Förbundet kan även lyfta frågan med SKR.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion A15 att-sats 1

Att bifalla motion A15 att-sats 2

Att bifalla motion A15 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Julia Borg

A16. Stärk skyddsombudsarbetet för en bättre arbetsmiljö för läkare

Läkares arbetsmiljö är fortsatt en av professionens största utmaningar. Hög arbetsbelastning, bristande bemanning, otillräcklig återhämtning och en växande administrativ börda påverkar både läkarnas hälsa och patientsäkerheten.

Skyddsombuden har en central roll i det systematiska arbetsmiljöarbetet. Samtidigt saknas lokala skyddsombud på många arbetsplatser. Detta är särskilt bekymmersamt vid verksamheter där arbetsbelastningen är hög och / eller att verksamheten bedrivs på många mindre och geografiskt spridda arbetsplatser. Där arbetsmiljöproblemen är som störst är alltså möjligheten att påverka dem genom ett lokalt skyddsombud som minst.

Ett hinder är att uppdraget uppfattas som svårt och att den innebär ett stort ansvar. Många läkare saknar kunskap om arbetsmiljöarbete och dagens utbildningar ger inte tillräckligt konkret stöd för hur arbetsmiljöproblem på den egna arbetsplatsen kan hanteras. Läkare tenderar också pga en hårt belastad vardag att prioritera bort att ta flera dagar ledigt för utbildning och resa.

Läkarförbundet behöver därför aktivt arbeta för att fler läkare blir skyddsombud. Det kräver ett mer aktivt arbete med rekrytering och synliggörande, men också lättillgängliga och praktiskt inriktade utbildningar. Utbildningarna bör i större utsträckning utgå från de arbetsmiljöproblem läkaren faktiskt möter och anpassas till olika verksamheter, exempelvis primärvård och slutenvård. Utbildningarna bör också erbjudas på flera platser i landet och digitalt.

En starkare skyddsombudsorganisation ger Läkarförbundet bättre möjligheter att påverka läkarnas arbetsmiljö – inte minst på de arbetsplatser där behoven är störst.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund intensifierar arbetet för att öka antalet läkare som åtar sig uppdrag som skyddsombud, med särskilt fokus på arbetsplatser där skyddsombud saknas.

Att Sveriges läkarförbund utökar stödet och utbildningen för läkare som är eller överväger att bli skyddsombud, så att insatserna bättre möter olika verksamheters förutsättningar och arbetsmiljöproblem.

Att Sveriges läkarförbund tillgängliggör fler utbildningar i hela landet för skyddsombud, inklusive digitala alternativ.

Motionärer:
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
Sjukhusläkarna

Svar till A16

Att ha många välutbildade och välinformerade skyddsombud är en facklig kärnfråga. Därför uppskattar förbundsstyrelsen motionärernas engagemang.

Läkarförbundet arbetar för att öka antalet skyddsombud och framförallt på arbetsplatser där skyddsombud för läkarna saknas. En ny organisation för Regionala skyddsombud (RSO) håller på att byggas upp. RSO kan vara mycket viktiga på den privata sektorn i arbetet för att Läkarförbundet ska kunna utse skyddsombud. Förbundets system med kontaktombudsmän till lokalföreningarna är tänkt att stärka kommunikationen med lokalföreningarna om behoven av utbildning. Arbetsmiljö är ett område som ingår i kontaktombudsmännens uppdrag.

Läkarförbundet arbetar med att stödja och utbilda skyddsombuden genom bland annat en tvådagars skyddsombudskurs och en ganska nyligen inrättad heldag för huvudskyddsombud (HSO). Det finns möjligheter att utöka dessa samt se över digitala alternativ. Förbundsstyrelsen anser att arbetet med att utse, utbilda och informera skyddsombud behöver intensifieras.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion A16 att-sats 1

Att bifalla motion A16 att-sats 2

Att bifalla motion A16 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Anna Rask-Andersen

A17. Gravidanpassade arbetskläder till alla

Sjukhusläkaren har i vår återigen lyft ett tidigare känt problem om avsaknad av graviditetsanpassad klädsel på de flesta operationsavdelningarna i landet (1).

När arbetsgivaren ställer krav på viss arbetsklädsel är det rimligt att sådan klädsel finns tillgänglig även i graviditetsanpassade modeller. Detta är en fråga om arbetsmiljö, likabehandling och möjlighet att arbeta under säkra och rimliga förhållanden under hela graviditeten. Arbetsklädernas passform är dessutom viktig för att säkerställa deras funktion, hygienkrav och praktiska användbarhet i det kliniska arbetet.

Brist på anpassad arbetsklädsel riskerar att bidra till minskad komfort, försämrad ergonomi och svårigheter att utföra arbetsuppgifter på ett ändamålsenligt sätt. Det sänder även signalen att gravida medarbetares behov inte prioriteras inom vårdens arbetsmiljöarbete.

(1) https://www.sjukhuslakaren.se/fa-regioner-har-gravidklader-for-operationspersonal/

Kvinnliga läkares förening och Sveriges yngre läkares förening föreslår därför:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund ska verka för att det finns gravidanpassade kläder oavsett arbetsplats.

Motionärer:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
Sveriges Kvinnliga Läkares Förening

Svar till A17

Förbundsstyrelsen instämmer i att det är viktigt att gravida läkare har tillgång till ändamålsenliga arbetskläder. När arbetsgivaren ställer krav på viss arbetsklädsel bör det också finnas kläder som är anpassade för graviditet. Frågan har uppmärksammats i Sjukhusläkaren, som visat att tillgången till gravidanpassade arbetskläder varierar mellan regionerna.

Motionärerna föreslår att Läkarförbundet ska verka för att det finns gravidanpassade kläder oavsett arbetsplats. Förbundsstyrelsen delar uppfattningen att arbetsgivare behöver uppmärksamma och hantera denna fråga. Arbetsgivare är enligt diskrimineringslagens bestämmelser om aktiva åtgärder skyldiga att fortlöpande undersöka risker för diskriminering och hinder för enskildas möjligheter i arbetet, analysera orsaker till sådana hinder samt genomföra och följa upp förebyggande och främjande åtgärder. Frågor om tillgång till gravidanpassade arbetskläder bör därför hanteras inom ramen för detta arbete.

Förbundsstyrelsen bedömer att frågan främst kan drivas av lokalföreningarna i samverkan med respektive arbetsgivare. Det är på arbetsplatsnivå som behoven

identifieras och åtgärder kan genomföras. Läkarförbundet centralt har samtidigt en viktig roll i att stödja lokalföreningarna i detta arbete. Läkarförbundet centralt stödjer lokalföreningarnas arbete i frågor om bland annat diskriminering och aktiva åtgärder genom rådgivning, kunskapsstöd och utbildningsinsatser. Förbundsstyrelsen anser att frågan om gravidanpassade arbetskläder kan uppmärksammas inom ramen för detta stöd. På så sätt kan förbundet verka för motionens intention samtidigt som frågan i praktiken behöver hanteras lokalt med respektive arbetsgivare.

Referenser:
Sjukhusläkaren: Få regioner har gravidkläder för operationspersonal.
Diskrimineringslagen (2008:567), 3 kap. 1–7 §§ om aktiva åtgärder.
AFS 2023:11, 15 kap. Val och användning av personlig skyddsutrustning.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion A17

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Anna Rask-Andersen

A18. Nationellt likvärdiga arbetsmiljöförutsättningar för läkare

En god arbetsmiljö är en grundläggande förutsättning för hög kvalitet, patientsäkerhet och långsiktigt hållbart läkararbete. Trots detta förekommer fortfarande bristfälliga arbetsmiljöer och osäkra anställningsvillkor som påverkar både läkarnas hälsa och patientarbetet negativt. Osäkra villkor innebär en betydande belastning för läkare och bidrar till att många, inte minst yngre läkare, överväger att byta yrke eller arbetsgivare.

Läkarnas ansvarskänsla får inte kompensera för arbetsgivarens skyldighet att säkerställa trygga och hållbara villkor.

Skillnaderna mellan regionernas arbetsmiljöpolicyer och villkor är betydande, även inom enskilda regioner. Detta leder till ojämlika förutsättningar för läkare i landet och innebär att lokala föreningar ofta driver likartade frågor var för sig. Framgångsrika partsgemensamma överenskommelser bör därför få bredare genomslag och kunna tillämpas nationellt.

Läkarförbundet bör verka för ökad likvärdighet mellan regionerna avseende arbetsmiljö och därtill kopplade villkor, samt för att framförhandlade förbättringar blir vägledande i hela landet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för att regionernas policyer avseende arbetsmiljöfrågor och därtill kopplade villkor ska vara likvärdiga över hela landet.

Att Läkarförbundet verkar för att partsgemensamt framförhandlade förbättringar blir vägledande i hela landet.

Motionär:
Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till A18

En god arbetsmiljö är en grundläggande förutsättning för läkares hälsa, patientsäkerheten och en långsiktigt hållbar hälso- och sjukvård. Förbundsstyrelsen välkomnar därför motionärernas ambition att stärka arbetsmiljöarbetet och sprida framgångsrika förbättringar.

Arbetsmiljölagstiftningen bygger samtidigt på att arbetsmiljöarbetet ska utgå från de risker och förhållanden som finns i den enskilda verksamheten. Enligt arbetsmiljölagen och föreskrifterna om systematiskt arbetsmiljöarbete ska arbetsgivaren fortlöpande undersöka arbetsförhållandena, bedöma risker och vidta de åtgärder som behövs för att minska eller eliminera riskerna. Det innebär att arbetsmiljöpolicys och andra arbetsmiljöåtgärder behöver vara verksamhetsanpassade snarare än nationellt likformiga.

Att eftersträva likvärdiga arbetsmiljöpolicyer eller generellt göra framförhandlade lösningar vägledande i hela landet riskerar därför att motverka den anpassning som arbetsmiljöregelverket förutsätter. Förbättringar av arbetsmiljön uppnås bäst genom ett systematiskt arbetsmiljöarbete som tar sin utgångspunkt i de konkreta risker och behov som finns på respektive arbetsplats.

Förbundsstyrelsen delar dock motionärens uppfattning att framgångsrika arbetssätt och lokala lösningar bör spridas inom förbundet. Erfarenhetsutbyten mellan förtroendevalda kan bidra till att stärka det lokala arbetsmiljöarbetet. Sådant lärande kan med fördel ske inom ramen för befintliga forum, exempelvis inom Arbetslivsgruppen (ALG), tisdagsmötena eller under utbildningsdagar för huvudskyddsombuden.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion A18 att-sats 1

Att avslå motion A18 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Anna Rask-Andersen

B. Forskning och utbildning

B1. Vilken utbildningsinsats stryks idag?

Att säkra framtida specialisters kompetens är idag en bisyssla för arbetsgivaren. Varje dag stryks föreläsningar, kurser, internutbildningar, studietid, handledning och reflektionstid. Vårdproduktionen går först, personalbristen löses med att stryka något som anses kunna anstå - framtiden. Synsätt måste ändras så utbildning ses som en naturlig del av vårdproduktion. Detta måste även tydliggöras vid upphandling, så att tid säkerställs för adekvata placeringar istället för enbart auskultation.

Idag mäts och värdesätts inte utbildning i den grad som behövs. Incitamenten för att linjechefer ska prioritera utbildning är idag för låga. Varje verksamhet behöver mål och riktlinjer för hur utbildningen på enheten drivs och redovisning till linjechef hur detta fortskrider. Har alla ST-läkare kommit iväg på de kurser de behöver? Finns det sidotjänstgöringar till alla ST-läkare? Har vi tagit emot, handlett och utbildat “vår” andel ST-läkare från andra enheter? Har alla ST-läkare haft sina handledningssamtal?

Om inte dessa mått värdesätts av verksamheten och om inte verksamhetschefernas chef förväntar sig en sammanställning och prestation kring området så kommer det fortsatt vara nedprioriterat. Detta påverkar de med studierektorsuppdrag eller andra utbildningsuppdrag, men också eldsjälar som brinner för utbildning och gör det lilla extra på kliniken. Om det inte anses värdeskapande i chefsled riskerar vi att inte lika många läkare orkar prioritera detta.

Utbildning bör vara en indikator vid verksamhetsuppföljning. Det skapar förutsättningar för att kunna kartlägga tidsåtgången och kostnaderna för utbildning av specialistläkare i framtiden.

En kravbild “i linjen” stärker utbildningsinsatsernas prioritet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att utbildningsinsatser för läkare är ett vedertaget kvalitetsmått när verksamheter utvärderas.

Att Sverige läkarförbund tar fram en policy och verkar för att utbildningsinsatser för läkare uppvärderas och ges en mer betydelsefull ställning i relation till vårdproduktion.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att god handledning och utbildning ska vara meriterande, premieras samt ges adekvat tid och resurser

Att Sveriges läkarförbund verkar för att tid för utbildning av framtida specialister finns med vid upphandling av vård

Motionärer:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
Sjukhusläkarna
Sveriges läkarförbund Student

Svar till B1

Motionärerna sätter fingret på flera viktiga frågor som förbundet arbetat med under senare år. I likhet med motionärerna har även förbundsstyrelsen uppmärksammat att den ökande arbetsbelastningen och den alltmer ansträngda arbetsmiljön i sjukvården inverkat menligt på både forskningen och utbildningen. Därför har Läkarförbundet varit tydliga med att hälso- och sjukvården har tre kärnuppdrag i kontakten med såväl arbetsgivare som beslutsfattare. Utöver att bedriva vård, finns även ett forskningsuppdrag och ett utbildningsuppdrag.

Förbundets ståndpunkt framgår av *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*. I policyn står det bland annat att läkare ska kunna kombinera det kliniska arbetet med särskilda forsknings- eller utbildningsuppdrag under ordinarie arbetstid. Likaså att uppdragen ska ses som meriterande och medföra ett rimligt lönetillägg.[1]

Därtill har Läkarförbundet approcherat den problematik som uppstått när läkares utbildning förutsätts genomföras på flera olika ställen, i ett system med både offentliga och privata vårdgivare. I förutnämnda policy finns därför ett förslag om ett tillägg i *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL) med innebörden att samtliga vårdgivare, inklusive privata, ska delta i utbildningen av läkare på anmodan av den offentliga huvudmannen (staten, regionen eller kommunen).[2]

Vidare har Läkarförbundet lyft frågan i den expertgrupp som var knuten till den statliga utredningen *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov.* I remissvaret till utredningens slutredovisning ställde sig Läkarförbundet positivt till att bland annat göra ett tillägg till föreskriften för läkares specialiseringstjänstgöring om att de verksamheter som erbjuder eller tar emot ST-läkare, måste kunna tillhandahålla ett sådant patientunderlag som säkerställer att ST-läkaren kan uppnå måluppfyllelse. Likaså att regionerna åläggs att utveckla ett system för att bedöma och godkänna verksamheter som erbjuder eller tar emot ST-läkare.[3]

För att ytterligare sätta press på arbetsgivarna och vårdgivarna att följa de lagar, regelverk och föreskrifter som finns, vad gäller läkares kliniskt förlagda utbildningsdelar, kan ett vedertaget kvalitetsmått vara en framgångsrik väg att gå. I arbetet med att ta fram ett kvalitetsmått och en process för utvärdering skulle utvärderingsprocessen som görs av universitetssjukvården[4] kunna vara en lämplig förebild.

[1] *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*, sidan 11, 2025, Sveriges läkarförbund.

[2] *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*, sidan 6, 2025, Sveriges läkarförbund.

[3] *Remissvar – Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov*, GEM 2021/0142, Sveriges läkarförbund.

[4] *Avtalet om läkarutbildning och forskning* (ALF-avtalet).

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion B1 att-sats 1

Att anse motion B1 att-sats 2 besvarad

Att anse motion B1 att-sats 3 besvarad

Att anse motion B1 att-sats 4 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Emelie Hultberg

B2. Krav på fortbildning för specialistläkare.

Fortbildning innebär lärandeaktiviteter för att upprätthålla och uppdatera kunskaper och färdigheter inom hälso- och sjukvårdspersonalens verksamhetsområde (SOU 2025:63).

Sjukhusläkarna har länge drivit frågan om läkarens rätt och skyldighet till fortbildning samt regleringen av denna. Livslång fortbildning är viktig för läkare bland annat för patientsäkerheten och kompetensutvecklingen. Läkarförbundet har lämnat ett remissvar där man kräver kvantitativa riktlinjer för fortbildning av specialister.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att lagstiftaren inför kvantitativa och kvalitativa krav på fortbildning.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att en namngiven tillsynsmyndighet utses för att ansvara för uppföljningen.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att tillsynsmyndigheten vidtar ändamålsenliga sanktioner mot arbetsgivare som brister i sitt ansvar för fortbildning.

Motionär:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till B2

Goda möjligheter till fortbildning är ett av målen i Läkarförbundets *Strategi 2030.*
I förbundets fortbildningspolicy *Åtgärder för en bättre fortbildning – en policy från Sveriges läkarförbund* beskrivs mer detaljerat hur förbundet vill nå dit. En reglering av läkares fortbildning är en av de mest prioriterade frågorna i policyn. Det innebär att reglerad fortbildning är en av de frågor som Läkarförbundet har prioriterat – och fortsatt kommer att prioritera – allra mest.

Läkarförbundet har under de senaste åren uppmuntrat riksdagsledamöter att motionera i frågan under allmänna motionstiden. Förbundet har lyft de gemensamma nämnarna i dessa motioner och uppmuntrat till gemensamma ställningstaganden, vilket resulterade i att socialutskottet lade ett tillkännagivande som röstades igenom i riksdagen 2022. Under den gångna mandatperioden resulterade detta tillkännagivande i en utredning, *Stärkt patientsäkerhet genom rätt kompetens – utifrån hälso- och sjukvårdens och tandvårdens behov*, SOU 2025:63.

När den utredningen tillsattes genomförde Läkarförbundet dialoger med olika grupperingar inom förbundet, bland annat Läkarförbundets utbildnings- och forskningsråd (UFO) och specialitetsföreningarna, för att identifiera vad som skulle prioriteras i förbundets påverkansarbete. Det resulterade bland annat i att kvalitet i fortbildningen är viktigare än att räkna timmar och dagar. Läkarförbundet har dock även, med anledning av den kraftiga minskningen av fortbildning under de senaste 20 åren, i flera olika sammanhang även lyft behovet av att även se till kvantitet.

I utredningen föreslogs bland annat att sjukvårdspersonalens fortbildning ska skrivas in i patientsäkerhetsberättelsen, i syfte att tydliggöra att fortbildning är en integrerad del av vårdgivarens systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Den myndighet som har i uppgift att granska patientsäkerhetsberättelserna är Inspektionen för vård och omsorg (IVO). Detta förslag ställde sig Läkarförbundet bakom, och förbundet avser fortsätta arbeta för detta gentemot kommande regering.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion B2 att-sats 1 besvarad

Att anse motion B2 att-sats 2 besvarad

Att anse motion B2 att-sats 3 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Emelie Hultberg

B3. Ingen utbildning utan tid - kräv redovisning av schemalagd handledningstid

Den nya läkarutbildningen där man examineras och blir legitimerad samt införandet av bastjänstgöringen (BT) med bland annat ansvarig huvudhandledare ställer allt högre krav på klinisk handledning. Handledningen är en central del av utbildningen och en förutsättning för att läkare under utbildning ska kunna utveckla sin kliniska kompetens och successivt ta ett större medicinskt ansvar.

För att dessa krav ska kunna omsättas i praktiken krävs dock att handledningen ges utrymme i den kliniska verksamheten. I en redan hårt belastad vård är handledning ofta något som riskerar att prioriteras bort när den konkurrerar med mottagning, avdelningsarbete, jourer och andra verksamhetsuppgifter.

Schemalagd handledning skapar bättre förutsättningar för att handledningen faktiskt genomförs och att den håller en god och jämn kvalitet. Det tydliggör också att handledning är en del av det ordinarie kliniska arbetet inte en uppgift som ska utföras utöver övriga arbetsuppgifter.

En tydlig planering och dokumentation av den schemalagda handledningstiden skulle dessutom synliggöra arbetsgivarens ansvar för utbildningsuppdraget och möjliggöra uppföljning av att avsatt tid faktiskt används. Det skapar samtidigt bättre förutsättningar för handledande läkare att planera sitt arbete och minskar risken för att handledningen sker på bekostnad av återhämtning eller övriga arbetsuppgifter. På så sätt kan schemalagd handledning även bidra till en bättre arbetsmiljö för läkare.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för att arbetsgivaren dokumenterar och redovisar schemalagd handledningstid för läkare under utbildning, så att avsatt handledningstid synliggörs och kan följas upp.

Motionär:
Nordvästra Skånes läkareförening

Svar till B3

En väl fungerande handledning är en förutsättning för att läkare under utbildning ska utveckla sin kliniska kompetens, växa i sin yrkesroll och successivt ta ett större medicinskt ansvar.

Handledning ska prioriteras och arbetsgivaren har ett ansvar att säkerställa att det finns tid och resurser för uppdraget. Handledning är en central del av utbildningen och ska kunna genomföras inom ordinarie arbetstid. Läkarförbundets kompetensförsörjningspolicy slår fast att handledaruppdraget ska kunna kombineras med kliniskt arbete och att uppdraget ska värderas högt.

Förbundsstyrelsen har under lång tid arbetat med frågor som rör handledning. Frågan diskuteras bland annat återkommande i förbundets utbildnings- och forskningsråd (UFO). Förbundet rekommenderar att handledning sker strukturerat: den ska vara överenskommen, genomföras regelbundet och tid ska avsättas. Förbundsstyrelsen delar därför motionärens uppfattning att handledning inte ska behöva utföras utöver övriga arbetsuppgifter.

Tillgången till handledning motsvarar inte alltid behoven. Det finns läkare under utbildning som inte får den handledning de behöver. Att arbetsgivare följer upp att handledning ges och att tillräckliga resurser avsätts är därför viktigt.

Samtidigt är förbundsstyrelsen tveksam till den lösning som föreslås i motionen. Att arbetsgivaren ska dokumentera och redovisa schemalagd handledningstid kan tolkas på olika sätt. I praktiken finns en risk att uppgiften helt eller delvis hamnar på

handledaren eller den läkare som får handledning. Förbundsstyrelsen bedömer att ytterligare krav på dokumentation och tidsrapportering riskerar att öka den administrativa belastningen utan att det nödvändigtvis leder till bättre eller mer handledning.

Handledarrollen ska vara attraktiv. Handledare är redan i dag en viktig resurs och på många håll en bristvara. Ett ökat fokus på rapportering och administration kan riskera att göra uppdraget mindre attraktivt. Förbundsstyrelsen anser därför att arbetsgivare bör följa upp kvaliteten och omfattningen av handledningen på sätt som inte skapar onödig administration för handledare eller utbildningsläkare.

Motionären belyser ett verkligt problem när det gäller förutsättningarna för handledning. Förbundsstyrelsen bedömer dock inte att ett krav på dokumentation och redovisning av schemalagd handledningstid är den mest ändamålsenliga vägen för att uppnå detta.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion B3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Tim Nilsson

B4. Läkarutbildningen är lång, men studerandemedlemskapet kan inte vara livslångt

Läkarutbildningen är förvisso Sveriges längsta utbildning, men även med hänsyn till studieuppehåll, omständigheter som påverkar studietakten och andra individuella förutsättningar bör studentmedlemskapet vara kopplat till att medlemmen faktiskt bedriver läkarstudier.

Idag finns en risk att studentmedlemskap och därmed studentavgift kan kvarstå under mycket lång tid utan att det säkerställs att personen fortfarande är aktiv student. Detta kan leda till en otydlighet kring vilka kriterier som ska gälla för studentmedlemskap och innebär en risk för att yrkesverksamma kan kvarstå med en lägre medlemsavgift under lång tid. Gentemot lokalföreningar som kan behöva bedriva medlemsärenden betalas då ingen avgift och facklig tid, som beräknas på antalet medlemmar, blir också lägre än det faktiska antalet som föreningen förväntas företräda enligt AFF 76/LAFF 76. Mot bakgrund av detta anser Ångermanlands Läkarförening att det efter en viss tid bör finnas ett krav på att medlemmen styrker sin fortsatta studentstatus. För att minska adminsitrationen för förbundet föreslår vi en gränsdragning vid 7 år efter påbörjad utbildning. Den som efter denna tid önskar kvarstå som studentmedlem bör kunna styrka fortsatta läkarstudier.

Ångermanlands Läkarförening yrkar:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund inför ett krav på att medlemmar som 7 år efter påbörjade läkarstudier, önskar kvarstå som studerandemedlemmar styrker deras status som registrerad student på läkarutbildningen

Att medlem som inte kan uppvisa intyg på läkarstudier efter 7 år ska övergå till medlemskap i SYLF

Motionär:
Ångermanlands läkarförening

Svar till B4

Förbundsstyrelsen delar motionärens ambition att säkerställa att medlemmar är registrerade i rätt medlemskategori och delföreningar. Förbundsstyrelsen bedömer dock att de befintliga och nyligen införda rutinerna, tillsammans med de åtgärder som planeras framåt, uppnår motionens syfte på ett mer ändamålsenligt sätt än ett generellt krav på studieintyg efter sju år.

Förbundsstyrelsen bedömer att ett generellt krav på studieintyg efter sju år skulle innebära ökad administration samtidigt som problemet bedöms vara begränsat. Förbundet har idag flera rutiner för att identifiera medlemmar som avslutat sina studier och säkerställa att de tillhör rätt medlemskategori och delföreningar. Genom befintliga rutiner för examen, legitimation, medlemskommunikation och den nya uppföljningen av inaktiva studentmedlemmar anser förbundsstyrelsen att motionens syfte redan tillgodoses.

Förbundet arbetar idag på flera sätt och med regelbundna och riktade kommunikationsinsatser för att säkerställa att medlemmarna tillhör rätt medlemskategori baserat på var i karriären de befinner sig och var någonstans de studerar eller arbetar. Det är viktigt ur flera perspektiv, inte minst för att få tillgång till korrekt och relevant stöd, att lokalföreningen kan bedriva sitt fackliga arbete inom ramen för facklig tid samt att medlemmen själv betalar en korrekt medlemsavgift relaterad till det som ingår i medlemskapet vid en given tidpunkt.

När det gäller medlemskategorin studentmedlemmar sker detta idag på två sätt. Dels kan medlemmen själv anmäla att hen tagit sin läkarexamen via slf.se och därmed bekräfta sitt examensdatum. Därefter flyttas hen över till medlemskategorin yrkesverksam medlem i SLF, aktuell lokalförening och yrkesföreningen SYLF.

Dels sker regelbundet en inläsning av uppgifter från Socialstyrelsen i form av datum för läkarlegitimation. I samband med detta kontaktas medlemmar och informeras om en uppgradering till medlemskategorin yrkesverksam medlem med tillhörande delföreningar, varefter medlemmen flyttas till rätt medlemskategori. I och med det nya läkarprogrammet och det faktum att utbildningen är legitimationsgrundande kommer denna överflyttning framöver att ske betydligt närmare examensdatum än vad som har varit möjligt hittills. Yrkesföreningen SYLF, som är en delförening inom SLF, organiserar

medlemmar mellan examen och specialistbevis, vilket innebär att det är examensdatum som styr, snarare än tid som studentmedlem.

Förbundet kommer under hösten 2026 att införa en ny process för studentmedlemmar som inte betalat sin medlemsfaktura det senaste året eller längre. Det innebär i korthet att studenterna kommer att ha samma typ av påminnelse- och utträdesprocess som yrkesverksamma medlemmar. Förbundet bedömer att detta kommer att bidra till fler kontaktytor med studentmedlemmarna, öka betalningsfrekvensen och ytterligare stärka möjligheten att säkerställa att medlemmarna tillhör rätt medlemskategori utifrån var de studerar eller arbetar.

Mot bakgrund av ovanstående konstaterar förbundsstyrelsen att SLF redan idag arbetar aktivt för att säkerställa att medlemmar tillhör rätt medlemskategori och delförening. Förbundsstyrelsen delar därmed motionärens intention och bedömer att motionens båda att-satser redan tillgodoses genom befintliga och planerade åtgärder.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion B4 att-sats 1 besvarad

Att anse motion B4 att-sats 2 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Tim Nilsson

B5. Säkerställande av lämplighet vid legitimation efter ny läkarutbildning

Den nya sexåriga läkarutbildningen leder till legitimation utan allmäntjänstgöring (AT). Detta ställer ökade krav på att läkares medicinska kompetens, kliniska mognad och professionella lämplighet är tillräckligt säkerställda vid tidpunkten för läkarexamen (med legitimation).

AT har historiskt haft en viktig funktion som en oberoende, sammanhållen och nationellt likvärdig kontroll av såväl klinisk förmåga som professionell lämplighet. När denna struktur nu avskaffats saknas ett tydligt system som motsvarar AT:s roll i att identifiera brister av betydelse för patientsäkerheten.

För att upprätthålla hög patientsäkerhet och allmänhetens förtroende för läkarkåren är det nödvändigt att säkerställa att legitimation endast ges till personer som har visat tillräcklig medicinsk och professionell lämplighet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att ett nationellt, likvärdigt och obligatoriskt kontrollsystem införs för bedömning av läkares kliniska och professionella lämplighet innan legitimation utfärdas.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att ett nationellt kontrollsystem inför legitimation utformas med tydligt medicinskt ansvar, dokumenterad handledning samt möjlighet att identifiera och åtgärda brister innan full legitimation beviljas.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att ett nationellt kontrollsystem inför legitimation, inklusive handledning, är finansierat.

Motionär:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till B5

När allmäntjänstgöringen (AT) avvecklas till följd av den nya sexåriga legitimationsgrundande läkarutbildningen behöver samhället säkerställa att läkare har tillräckliga kunskaper och färdigheter innan legitimation utfärdas. Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att patientsäkerheten och allmänhetens förtroende för läkarkåren kräver en nationellt likvärdig kvalitetssäkring.

Läkarförbundet har därför (vid fullmäktige 2023) redan beslutat att verka för införandet av ett nationellt kunskapsprov som krav för läkarlegitimation. Syftet är att skapa en nationell standard för kunskapsnivån vid legitimation och säkerställa att läkare har de kunskaper och färdigheter som krävs för att utöva yrket.

I Läkarförbundets policy *Nytt nationellt kunskapsprov för läkarlegitimation* (2025) föreslås att kunskapsprovet ska omfatta både teoretiska kunskaper samt kliniska och praktiska färdigheter. Förbundet har bland annat lyft fram bedömningar i klinisk verksamhet och strukturerade praktiska examinationer som möjliga delar av ett sådant prov.

Förbundsstyrelsen konstaterar att motionens intentioner i huvudsak överensstämmer med förbundets redan beslutade politik. Genom arbetet för ett nationellt kunskapsprov verkar Läkarförbundet redan för en nationell och likvärdig kontroll av de kunskaper och färdigheter som krävs för legitimation.

När det gäller frågor om den närmare utformningen av provet, handledning och ansvarsfördelning anser förbundsstyrelsen, i enlighet med förbundets policy, att universitet och andra ansvariga aktörer bör ha ansvar för provets innehåll och genomförande. Förbundet verkar för att det ska finnas ett nationellt kunskapsprov som krav för legitimation, men inte för att i detalj styra hur examinationen ska utformas.

Förbundsstyrelsen bedömer därför att motionens syfte redan tillgodoses genom det påverkansarbete som Läkarförbundet bedriver för införandet av ett nationellt kunskapsprov för läkarlegitimation. Därmed är förbundsstyrelsens förslag att motionen i sin helhet kan anses besvarad.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion B5 att-sats 1 besvarad

Att anse motion B5 att-sats 2 besvarad

Att anse motion B5 att-sats 3 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Tim Nilsson

B6. Föräldraledighetslagen - dispositiv lag?

Att vara förälder innebär att man har ett ansvar för sitt eller sina barn som kan innebära att man behöver går ner i arbetstid. Enligt föräldraledighetslagen har man som arbetstagare rätt till förkortad arbetstid. Detta kan ske antingen med föräldrapenningen fram till barnet fyller 12 år, eller utan föräldrapenning fram till barnet fyllt åtta år eller avslutat sitt första år i grundskolan (andra året efter 2028). Enligt Föräldraledighetslagen § 14 ska sådan ledighet ske i samråd men kan man inte komma överens vid förkortad arbetstid ska den förläggas enligt arbetstagarens önskemål om det inte medför en påtaglig störning i arbetsgivarens verksamhet.

Trots att lagstiftningen är tydlig förekommer det ofta att ST-läkare nekas förkortad arbetstid vid sidoplaceringar. Om man inte går med på att arbeta 100% så uppger den mottagande kliniken att de inte kan tillhandahålla sidoplaceringen alls eller vid ett tillfälle långt senare, vilket skulle leda till en förlängd ST-tjänst. Att en ST-läkare på sidoplacering med förkortad arbetstid skulle medföra en påtaglig störning i arbetsgivarens verksamhet måste ses som högst osannolikt. Trots det verkar en del kliniker satt det i system att neka denna lagstadgade rätt.

Detta leder dock till en påtaglig störning i ST-läkarens privatliv och utgör ett hinder för ST-läkaren utbildning. Att vara ST-läkare måste kunna gå att förena med ett fungerande familjeliv. I många fall har läkaren en partner som får lov att ta ett större ansvar men det är inte alla som har den möjligheten. Att gå ner i arbetstid innebär att man förlänger sin ST för att uppnå tidskraven men det måste vara upp till ST-läkaren att kunna utnyttja denna lagstadgade rätt.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att Föräldraledighetslagen följs vid ST-läkares sidoplaceringar

Motionär:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)

Svar till B6

Läkare under specialiseringstjänstgöring (ST-läkare) är under utbildning. Specialiseringstjänstgöringen ska, enligt gällande föreskrift och målbeskrivning, omfatta den kliniska tjänstgöring, de kurser och arbeten som krävs för att ST-läkaren ska uppnå mål- och tidsuppfyllelse, inom avsedd specialitet.

Under specialiseringstjänstgöringen är sidotjänstgöring (så kallad randning) ett vedertaget sätt för ST-läkaren att få erfarenhet från angränsande och/eller näraliggande specialiteter. I vissa fall är detta obligatoriskt för att kunna uppnå måluppfyllelse inom den avsedda specialiteten. I andra fall är detta nödvändigt för att den blivande specialistläkaren optimalt ska kunna verka i föreliggande hälso- och sjukvårdssystem.

I likhet med motionärerna har Läkarförbundet uppfattat att den tilltagande arbetsbelastningen och pressade arbetsmiljön i sjukvården, lett till att sidotjänstgörande läkare ofta enbart ses som extra arbetskraft på den mottagande kliniken. Till skillnad från läkares allmäntjänstgöring (AT), finns ingen nedre gräns för tjänstgöringsgrad under specialiseringstjänstgöringen. En ST-läkare som har en lägre tjänstgöringsgrad vid sin hemmaklinik, oaktat skäl, ska kunna ha densamma även vid sidotjänstgöringsplaceringar.

Den utveckling som motionärerna pekar på med nekade eller senarelagda sidotjänstgöringsplaceringar är ett problem. Det är uppenbart att frågan framgent behöver lyftas såväl centralt som lokalt med arbetsgivarna samt inom ramen för det studierektorsnätverk som förbundet tillhandahåller.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion B6

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Tim Nilsson

C. Sjukvårdspolitik

C1. Stärk förutsättningarna för bedömning av arbetsförmåga.

Den behandlande läkaren ansvarar för att diagnostisera och behandla sjukdom. Att bedöma hur funktionsnedsättning påverkar förmågan att utföra ett visst arbete – eller arbeten på arbetsmarknaden i stort – är däremot en annan uppgift.

Dagens ordning innebär att behandlande läkare förväntas bedöma arbetsförmåga trots begränsad kunskap om patientens arbetsuppgifter, arbetsmiljö och möjligheter till anpassning.

Läkarförbundet har tidigare uppmärksammat problemet. Förbundet har efterlyst en översyn av den behandlande läkarens roll vid längre sjukskrivningar och har även ställt sig positivt till särskilda enheter för komplicerade sjukskrivningsärenden samt till att stärka arbetsmedicin och företagshälsovård.

I Nederländerna har företagshälsovården en central roll i bedömning av arbetsförmåga, arbetsanpassning och återgång i arbete, medan den behandlande läkaren koncentrerar sig på den medicinska vården.

Det finns skäl att pröva om en tydligare ansvarsfördelning och bättre tillgång till arbetsmedicinsk kompetens kan stärka kvaliteten i arbetsförmågebedömningarna. En sådan översyn bör även omfatta ansvar, organisation och finansiering, liksom hur personer utan anställning ska omfattas. Dessa frågor bör därför utredas samlat.

Svenska Distriktsläkarföreningen och Svenska Företagsläkarföreningen föreslår fullmäktige besluta:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att regeringen tillsätter en statlig utredning om hur ansvaret för, och stödet vid, bedömning av arbetsförmåga vid längre sjukskrivningar kan organiseras, så att läkaren har tillgång till den information, arbetsmedicinska kompetens och möjlighet till samverkan med arbetsgivaren som uppdraget kräver.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att en sådan utredning särskilt prövar en modell med en utbyggd företagshälsovård som omfattar alla arbetstagare och ges en starkare roll vid bedömning av arbetsförmåga, arbetsanpassning och återgång i arbete, samt hur motsvarande funktion kan säkerställas för personer utan anställning.

Motionär:
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)
Svenska Företagsläkarföreningen (SFLF)

Svar till C1

Det har till läkarförbundet inkommit två motioner, C1 och C2, som behandlar frågan om sjukskrivningar och sjukförsäkringen. Förbundsstyrelsen anser att frågan är viktig och värd att arbeta vidare med. Förbundsstyrelsen instämmer helt med motionärerna om att dagens system har många brister och behöver utredas. Inte minst är det viktigt att i detta arbete lyfta läkarnas ansvar vid sjukskrivningar samt hur läkarnas tillgång till information, arbetsmedicinsk kompetens och samverkan med arbetsgivarna kan förbättras.

Även andra idéer och förslag som presenteras i dessa två motioner är intressanta och bör tas med i det fortsatta arbetet. En utredning bör titta på flera lösningar förutsättningslöst och inte låsa sig i förväg till vid specifika modeller.

Förbundsstyrelsen föreslår därför att motion C1 att-sats 1 bifalls och att övriga att-satser i motion C1 och C2 avslås.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion C1 att-sats 1

Att avslå motion C1 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Annika Östling

C2. Läkare kan inte och ska därför inte bedöma arbetsförmåga

Det är dags att föreslå att läkarna frikopplas från uppgiften att bedöma arbetsförmåga. Jan Lidhard lyfter frågan med boken ”Att sjukskriva sig själv. Vår hantering av sjukfrånvaron.” (Recenserad av Carl Edvard Rudebeck i Läkartidningen den 9 oktober 2025). Vi anser att han är på rätt spår.

I Skåne har vi tillsammans med andra kollegor och Försäkringskassan, sedan 2006 inom ramen för den s.k. sjukskrivningsmiljarden, medverkat i fler än 100 sjukskrivningsutbildningar, framför allt för AT- och ST-läkare.

Med åren, efter alla dessa utbildningsinsatser, har vi insett att vi inte kan lösa sjukskrivningsproblematiken genom fler utbildningar. Vi kan som läkare inte bedöma arbetsförmåga, vi vet inte hur det ser ut på arbetsplatsen. Vi kan i bästa fall bedöma patientens egen bedömning. Majoriteten av de sjukskrivna är sjukskrivna på grund av psykiska besvär och i de flesta fall är sjukskrivning helt fel behandling. Dessa personer mår bättre av att vara kvar på jobbet i någon form, för att bibehålla rutiner och för en stabilitet i tillvaron. Arbetsgivaren är då den självklara medspelaren.

Om vi lyfter blicken och tittar ut mot våra grannländer kan vi konstatera att man i Danmark har just den modellen. Att inte kunna gå till jobbet hamnar aldrig på den danska doktorns bord, utan det är arbetsgivaren man vänder sig till när man inte tycker att man kan arbeta. Som läkare agerar man som rådgivare till arbetsgivare och

kommuner (deras motsvarighet till Försäkringskassan). Vi bör sträva efter samma modell – för patientens, doktorns och samhällets bästa.

Den påtvungna läkaruppgiften att bedöma arbetsförmåga är alltså i grunden omöjlig. Ökad utbildning eller förbättrat kunskapsstöd kan inte förändra detta faktum. Denna insikt förstärks av att enheter inom hälso- och sjukvården efter hand blivit mer konkurrensutsatta och att vårdvalsreformer har genomförts. Fler patienter efterfrågar och har förväntningar om att bli sjukskrivna. Den behandlande läkaren får därigenom svårt att upprätthålla en god patientrelation. För att inte göra avkall på denna relation vidarebefordrar läkaren i praktiken patientens egna uppgifter om arbete och hälsa. Den behandlande läkaren är jävig och ska därför inte utföra denna myndighetsuppgift. Den nuvarande intygshanteringen är alltså präglad av en endast skenbar objektivitet. Som jämförelse: I Nederländerna är det *inte tillåtet* för en allmänläkare (husläkare) att göra en bedömning av en patients arbetsförmåga. Motivet är att patientrelationen annars skulle äventyras.

Enligt 6 kap. 2 § Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att utfärda intyg i hälso- och sjukvården gäller: Vid den bedömning som görs i samband med utfärdandet av ett intyg ska intygsutfärdaren endast uttala sig om sådana förhållanden som han eller hon har tillräcklig kännedom om.

Enligt Sveriges läkarförbunds etiska regler ska läkaren i utlåtande endast styrka sådant som har saklig och professionell grund och åtskilja detta från annan information, vars sanningshalt inte kan bedömas.

En viktig aspekt som behöver betonas ytterligare är att läkarens medverkan i många fall medför att patienten skadas. Korta sjukskrivningar kan vara motiverade. Långa sjukskrivningar är i regel skadliga för patienten som fastnar i passivitet och blir fjärmad från sitt sociala sammanhang.

Detta är en fråga att driva fackligt gentemot den politiska nivån. I ett längre perspektiv behöver vi få till stånd en lagändring. Målet är att frikoppla läkarna från arbetsförmågebedömningar. Läkare ska i stället få en rådgivande funktion.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet gentemot den politiska nivån driver frågan att läkare i vården inte ska ha till uppgift att bedöma arbetsförmåga, utan i stället fungera som rådgivare till arbetsgivare, kommun och försäkringskassa.

Motionärer:
Kristina Haara, Mellersta Skånes läkareförening (enskild motionär)
Renee Vickhoff, Rickard Fahlström, Mellersta Skånes läkareförening (enskild motionär)

Svar till C2

Det har till läkarförbundet inkommit två motioner, C1 och C2, som behandlar frågan om sjukskrivningar och sjukförsäkringen. Förbundsstyrelsen anser att frågan är viktig och

värd att arbeta vidare med. Förbundsstyrelsen instämmer helt med motionärerna om att dagens system har många brister och behöver utredas. Inte minst är det viktigt att i detta arbete lyfta läkarnas ansvar vid sjukskrivningar samt hur läkarnas tillgång till information, arbetsmedicinsk kompetens och samverkan med arbetsgivarna kan förbättras.

Även andra idéer och förslag som presenteras i dessa två motioner är intressanta och bör tas med i det fortsatta arbetet. En utredning bör dock titta på flera lösningar förutsättningslöst och inte låsa sig i förväg till vid specifika modeller.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion C2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Annika Östling

C3. Vi är alla överens, men verksamhetschefen är fortfarande inte läkare?

Sveriges Läkarförbund har under lång tid drivit att läkare bör leda vården. Förbundets ledarskapspolicy (2019) och argumentationsskriften ”Därför behövs läkare som chefer i vården” (2024) slår fast att verksamheter med läkare i ledningen har bättre patientsäkerhet, lägre personalomsättning och snabbare, mer träffsäkra beslut. Förbundets egen politik är tydlig: medicinsk kompetens ska värderas högre vid rekrytering av chefer, och föreskrifter som tydliggör verksamhetschefers kompetenskrav bör återinföras.

Fram till årsskiftet 1998/99 krävdes att en chefsöverläkare svarade för verksamheten. Genom reformen av yrkesverksamheten på hälso- och sjukvårdens område, som trädde i kraft den 1 januari 1999, öppnades det för att även andra yrkesgrupper skulle kunna utses till verksamhetschef. Kravet på läkarkompetens finns i dag kvar bara för den psykiatriska tvångsvården och inom smittskyddet. I övrigt anger lagen enbart att det ska finnas ”någon” som svarar för verksamheten. Resultatet är att stora delar av svensk hälso- och sjukvård i dag leds av verksamhetschefer utan formell medicinsk kompetens.

Frågan är väl förankrad i kåren, och förbundet har agerat, men hittills främst med mjuka medel. Fullmäktige 2023 gav i uppdrag att ta fram en broschyr som på ett enkelt sätt förklarar för politiker och andra utan medicinsk bakgrund varför läkare bör vara chefer; skriften publicerades 2024. Samma år beslutade fullmäktige att förbundet ska verka för att medicinskt ledningsansvariga läkare får en tydlig plats i vårdens ledningsgrupper.

Vi delar förbundets återkommande slutsats att läkare bör leda vården, den finns redan svart på vitt i policydokument, undersökningar och broschyrer. Frågan är varför detta samförstånd sällan omsätts i en aktiv strategi för att faktiskt ändra lagen. Broschyrer och ledarskapsutbildningar övertygar inte de regioner och privata vårdgivare som redan i dag väljer bort läkare som chefer av andra skäl såsom kostnad, tillgänglighet eller

organisationsideal. Ska förbundets ståndpunkt få verkligt genomslag krävs ett systematiskt och uthålligt påverkansarbete gentemot regering och riksdag, med sikte på att återinföra kravet på läkarkompetens hos verksamhetschefer.

När arbetsgivarna inte själva kan förmå sig skapa villkor som gör att läkare blir chefer så är ett lagkrav ett måste. Ett lagkrav kan tvinga fram attraktiva villkor för läkare som leder vården framåt.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund tar fram en handlingsplan för att verka för att verksamhetschefer i vården ska vara läkare.

Att Sveriges läkarförbund aktivt och systematiskt driver frågan om en lagändring för att verksamhetschefer i vården ska vara läkare.

Motionärer:
Sveriges läkarförbund Student

Svar till C3

Frågan om medicinsk kompetens bland verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården är en del av Läkarförbundets Strategi 2030, delmål A1: Läkare ska ha ett hållbart arbetsliv, professionell autonomi och en god arbetsmiljö. Bakgrunden är att medicinskt kompetenta chefer leder till att läkare får bättre arbetsmiljö och uppfattar patientsäkerheten högre. En reglering av verksamhetchefsrollen är därför något vi lyfter i vårt påverkansarbete. Förbundsstyrelsen föreslår därför att motion C3 att-sats 2 bör anse besvarad.

När det gäller handlingsplaner skrivs och uppdateras dessa kontinuerligt av Läkarförbundets kanslipersonal i vårt interna program för strategisk planering, styrning och uppföljning (Opus), som finns tillgängligt för förbundsstyrelsen. Uppfyllelsen av dessa handlingsplaner redovisas i verksamhetsberättelsen som tas fram varje år till Läkarförbundets fullmäktige. Medlemmar som mellan fullmäktige-mötena vill ta del av verksamhetsplanen för ett specifikt strategiskt område kan höra av sig till Läkarförbundets kansli.

Det kan dock i vissa fall finnas anledning att göra en handlingsplan publik och därmed tillgänglig för alla. Detta har i Läkarförbundet gjorts för två handlingsplaner. Den ena är Handlingsplanen mot diskriminering från 2021 och den andra är Handlingsplan för att motverka tjänster som omvårdnadsunderläkare från 2025. I båda dessa fall handlar det om handlingsplaner som inte bara ska genomföras av läkarförbundets kanslipersonal, utan även implementeras i alla delar av förbundet. Förbundsstyrelsen anser att frågan om verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården är en sådan fråga som vi behöver arbeta med inom hela förbundet, inte bara från Läkarförbundets kansli. Därför föreslår förbundsstyrelsen att att-sats 1 bifalls.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion C3 att-sats 1

Att anse motion C3 att-sats 2 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Sofia Warne

C4. Medicinskt ledarskap och patientsäker uppgiftsväxling

Vid den politikerdebatt som anordnades av Sjukhusläkarna i Stockholm framkom att en majoritet av de deltagande sjukvårdspolitikerna
inte uteslöt uppgiftsväxling, under förutsättning att den kan genomföras på ett patientsäkert sätt. Av de åtta deltagande politikerna hade
tre sjuksköterskebakgrund och en var läkare.

Motionärerna konstaterar att andra yrkesgrupper i vissa sammanhang anser sig kunna överta arbetsuppgifter som traditionellt utförs av läkare. Medicinska arbetsuppgifter innefattar dock inte enbart utförande, utan även ett slutligt professionellt ansvar för bedömning, prioritering, beslut och uppföljning. Detta ansvar förutsätter den medicinska kompetens som läkarutbildning och läkaryrket ger.

Debatten tydliggjorde därmed behovet av att stärka principen om medicinskt ledarskap inom hälso- och sjukvården. Läkare har, genom sin medicinska utbildning och professionella kompetens, ett särskilt ansvar för medicinska bedömningar, prioriteringar och beslut. Patientsäkerheten måste vara vägledande vid varje förändring av ansvarsfördelning och arbetsuppgifter. Läkare bör därför vara norm för verksamhetschefsrollen inom hälso- och sjukvården.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet kraftfullt verkar för att läkare ska leda hälso- och sjukvården.

Att Läkarförbundet verkar för att verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården som huvudregel ska vara läkare.

Att Läkarförbundet verkar för att uppgiftsväxling av medicinska arbetsuppgifter endast genomförs efter föregående medicinsk och patientsäkerhetsmässig bedömning.

Motionärer:

Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)
Andreas Fischer, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till C4

Motionärerna pekar på angelägna frågor, vilka förbundet arbetar aktivt med. Sedan kravet på att chefer för en vårdverksamhet behövde vara läkare togs bort, har det blivit allt vanligare med verksamhetschefer med annan professionsbakgrund än läkare.

Läkarförbundet vill dock att fler chefer ska vara läkare. Förbundets ståndpunkt i frågan finns tydligt beskriven i *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*. I policyn står det bland annat att fler chefer ska vara läkare och inte minst verksamhetschefer. Förbundet vill därtill att läkare ska återfinnas i ledningen och styrningen av hälso- och sjukvården på samtliga nivåer i betydligt högre utsträckning än idag. Dessutom att chefskap ska kunna kombineras med kliniskt arbete.[1]

Chefsfrågan är även en central del av Strategi 2030 och återfinns under delmål A1.[2] Förbundet har även tagit fram en policy, *Fler läkare som chefer,* där förbundets politik på området beskrivs i detalj.[3]

Förbundet verkar även för att läkare tidigt i karriären, med ett dokumenterat intresse för chefs- och/eller ledarskapsfrågor, ska kunna genomgå ett så kallat Ledarskaps-ST-program.[4]

Det kan emellertid finnas skäl för förbundet att ännu tydligare kräva en återgång till den ordning som rådde innan den 1 januari 1997, det vill säga att chefer inom en vårdverksamhet i regel ska vara läkare.

Uppgiftsväxling är ett annat område som engagerar. Förbundets principiella hållning i frågan återfinns i förutnämnda policy där det bland annat går att läsa att ien komplex och kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården är det självklart att arbetsuppgifter kan förändras över tid och uppgifter växlas från en grupp till en annan. Uppgiftsväxling måste dock alltid ske på medicinska grunder och med fokus på kvalitet och patientsäkerhet.[5]

Vidare diskuteras frågan med jämna mellanrum bland annat inom ramen för Specialitetsföreningarnas representantskap, som är ett rådgivande organ till Förbundsstyrelsen.

[1] *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*, sidan 11, Sveriges läkarförbund, 2025.

[2] Strategi 2030, Sveriges läkarförbund.

[3] *Policy för fler läkare som chefer,* Sveriges läkarförbund, 2018.

[4] *Nationell modell för Ledarskaps-ST*, Sveriges läkarförbund, 2021.

[5] *Kompetensförsörjningspolicy – förutsättningar för en kompetensförsörjning i balans*, sidan 11. Sveriges läkarförbund, 2025.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion C4 att-sats 1 besvarad

Att anse motion C4 att-sats 2 besvarad

Att anse motion C4 att-sats 3 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Sofia Warne

C5. Vikten av att läkare leder och ansvarar för vård samt medicinsk uppföljning.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar i form av personalbrist, ökande vårdbehov och krav på effektivisering. I detta arbete har arbetsuppgifter i ökande utsträckning delegerats till andra yrkesgrupper.

Detta medför tydlig risk att det medicinska helhetsansvaret för vård och uppföljning förskjuts från läkare. Det har skett trots att det enligt både patientsäkerhetslagstiftning, vetenskap och beprövad erfarenhet endast är läkaren som har utbildningen och kompetensen att diagnostisera och göra medicinska utvärderingar.

Uppföljning av allvarlig sjukdom, exempelvis kontroll av cancerrecidiv, är ett tydligt exempel på ett område som kräver hög medicinsk kompetens. Även om vissa delar av det praktiska arbetet såsom provtagning och vissa patientkontakter kan utföras av annan personal, kvarstår det faktum att:

- Bedömning av avvikande fynd oftast kräver läkarens diagnostiska och medicinska utbildning och kompetens.
- Subtila symtom på recidiv eller komplikationer riskerar att förbises utan medicinsk helhetsbedömning.
- Ansvarsfördelningen blir otydlig om läkaren inte har ett uttalat lednings- och beslutsansvar.

När läkare inte tydligt leder och ansvarar för vården riskeras både patientsäkerhet och vårdkvalitet, samtidigt som professionella gränser suddas ut på ett sätt som skapar osäkerhet för både personal och patienter. Endast läkare har ett medicinskt ansvar och en ledande roll i vårdens innehåll och beslut.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att uppföljning av allvarliga sjukdomar, inklusive kontroll av cancersjukdom skall utföras av läkare.

Att Sveriges läkarförbund mer kraftfullt motarbetar att arbetsgivaren inför organisatoriska lösningar där medicinskt ansvar urholkas till förmån för kortsiktiga effektiviseringsvinster.

Att Sveriges läkarförbund arbetar för att tydliga riktlinjer utarbetas som klargör ansvarsfördelning mellan läkare och andra professioner i multiprofessionella team.

Motionär:
Gunnar Söderqvist, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till C5

I motionen lyfts den viktiga frågan om uppgiftsväxling och vikten av att medicinskt ansvar inte urholkas. Detta är något som Läkarförbundet redan idag arbetar med, både centralt och kanske framför allt lokalt. Utöver patientsäkerhetsriskerna vid en icke

genomtänkt uppgiftsväxling har vi även lyft problemet med att allt mer administrativa arbetsuppgifter förs över till läkare, vilket påverkar läkarnas arbetsmiljö. Däremot gör vi ingen åtskillnad i om orsaken till uppgiftsväxlingen är personalbrist, att man hoppas på någon form av effektiviseringsvinst, eller något annat. Det viktiga är att den uppgiftsväxling som görs inte får negativa effekter på patientsäkerhet eller arbetsmiljö. Förbundsstyrelsen anser därför inte att det är aktuellt att arbeta mer kraftfullt för att motarbeta organisatoriska lösningar som görs till förmån för kortsiktiga effektiviseringsvinster. Förbundsstyrelsen föreslår därför att att-sats 2 avslås.

När det gäller förslaget om att uppföljning av allvarliga sjukdomar alltid ska göras av läkare, anser förbundsstyrelsen att detta är en fråga som måste avgöras inom respektive specialiteter och vid respektive diagnos. Att driva frågan att alla ska göra på samma sätt kan till och med vara olämpligt och ta värdefull läkartid till arbetsuppgifter som hade kunnat utföras av andra. Samma sak gäller förslaget om tydliga riktlinjer för ansvarsfördelning inom multiprofessionella team. Även här anser förbundsstyrelsen att detta är något som behöver bestämmas inom respektive specialitet och inom varje team. Förbundsstyrelsen har svårt att se det realistiska i att i en författning eller ens i en rekommendation exakt kunna klargöra vilka arbetsuppgifter som ska utföras av respektive yrkesutövare.

Läkare och annan hälso- och sjukvårdspersonal arbetar dock, enligt patientsäkerhetslagen, under eget yrkesansvar och ska utföra sitt arbete i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Vårdgivaren är därutöver, enligt hälso- och sjukvårdslagen och patientsäkerhetslagen, skyldig att leda, organisera och bemanna verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god och patientsäker vård upprätthålls. Dessa skyldigheter för hälso- och sjukvårdspersonalen respektive vårdgivaren innebär sammantaget att arbetsuppgifter i verksamheten behöver fördelas så att de utförs av personer med rätt kompetens.

Skulle så inte vara fallet är detta något vi som läkare kan och bör påtala.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion C5 att-sats 1

Att avslå motion C5 att-sats 2

Att avslå motion C5 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Sofia Warne

C6. Läkare ska betyda läkare – frågan handlar om titeln

Läkare är en skyddad yrkestitel enligt patientsäkerhetslagen. Trots detta använder Försvarsmakten befattningstiteln generalläkare för en person som inte är legitimerad

läkare. Detta är inte en fråga om generalläkarens kompetens eller lämplighet. Frågan handlar om titeln.

Det är principiellt orimligt att staten å ena sidan skyddar yrkestiteln läkare genom lag och å andra sidan använder en statlig befattningstitel som innehåller ordet läkare för en person som inte är läkare. Om befattningen ska kunna innehas av andra yrkesgrupper bör den helt enkelt ges en annan titel.

Läkarförbundet har tidigare kritiserat Försvarsmaktens användning av titeln generalläkare. Trots detta kvarstår ordningen. Det räcker inte att påtala problemet. Att försvara vår skyddade yrkestitel måste tillhöra Läkarförbundets mest grundläggande uppgifter, och förbundet måste därför driva frågan tills den är löst.

Det är fullt möjligt att vara chef för försvarsmedicinen utan att vara läkare. Men läkare ska betyda läkare.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att befattningstitlar innehållande den skyddade yrkestiteln läkare endast används för personer som har rätt att använda yrkestiteln läkare

Att Sveriges läkarförbund verkar för att Försvarsmakten ändrar befattningstiteln generalläkare om befattningen ska kunna innehas av en person som inte är legitimerad läkare

Att Sveriges läkarförbund aktivt driver frågan tills en faktisk förändring uppnåtts och, om det krävs, verkar för nödvändiga författningsändringar

Motionärer:

Sjukhusläkarna
Svenska Militärläkareföreningen (MLF)
Svenska Distriktsläkarföreningen (DLF)

Svar till C6

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att yrkestiteln läkare ska värnas och att användningen av benämningen läkare inte får skapa oklarhet om vem som har rätt att använda denna yrkestitel. Enligt 4 kap. 5 § patientsäkerhetslagen får yrkestiteln läkare endast användas av den som har legitimation som läkare (eller genomgår föreskriven praktisk tjänstgöring).

Förbundsstyrelsen anser därför att det är av vikt att fortsatt verka för att skyddet för yrkestiteln läkare upprätthålls.

Vad gäller befattningstiteln generalläkare har läkarförbundet uppmärksammat frågan och fört dialog med Försvarsmakten, både genom skriftväxling samt möte med representanter från läkarförbundet, bl. a tidigare ordföranden Sofia Rydgren Stale. Försvarsmaktens ståndpunkt är att "generalläkare" är namnet på en historisk befattning

och inte en yrkestitel för klinisk verksamhet. Funktionen är i dag i huvudsak en tillsyns- och kontrollmyndighet inom Försvarsmakten där generalläkarens roll inte är att praktisera som läkare.

Utifrån ovan har läkarförbundet därför gjort bedömningen att förutsättningarna är små att få till en förändring. Förbundsstyrelsen konstaterar att skyddet för yrkestiteln läkare redan följer av gällande lagstiftning varför inget behov av författningsändringar föreligger.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion C6 att-sats 1

Att anse motion C6 att-sats 2 besvarad

Att avslå motion C6 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Gabriella Schanning

C7. Läkare - världens bästa yrke?

Söktrycket på läkarutbildningen på universiteten minskar. Vi hör rapporter om fler och fler läkare som inte rekommenderar yrket till sina egna barn. Sjukskrivningstalen för läkare ökar. Löneutvecklingen har i decennier inte följt samhällsutvecklingen. Arbetsbördan ökar. Administrativa bördan ökar. Läkare är trötta.

I vissa kretsar anses läkare fortfarande ha en särställning, tyvärr idag oftast som ett hinder till bättre villkor, bättre lön eller att få sluta i tid. Läkarförbundet arbetar redan med dessa problem på många olika sätt. Flera detaljerade problem är redan adresserade. Ännu fler blir adresserade på årets FUM. Utöver dessa konkreta problem som behöver lösas så behöver frågan ställas: Hur får vi yrket attraktivt igen?

Frågan skulle behöva arbetas med bredare för att inte tappa andra aspekter. Hur gör vi yrket attraktivt för varandra, för allmänheten, för nästa generation?

Ett sätt vore en arbetsgrupp som specifikt arbetar med frågan. Den skulle dra nytta av läkarförbundets bredd och dess olika delar och inkludera olika delar av förbundet. I strategi 2030 säger delmål 1: Läkare ska ha ett hållbart arbetsliv, professionell autonomi och en god arbetsmiljö. Det är viktigt att vi fångar upp diskussionen om flexibiliteten idag att vara läkare och att det finns en grupp som fångar upp helheten. Hur ser det ut för andra yrken och hur har helhetssituationen för dem utvecklas över tid?

För specifikt upplägg om struktur kan man dra lärdom av förbundets utvärdering av befintliga råd och vad som fungerat väl där. När och hur en sådan grupp ska träffas, om medlemmarna skall vara permanenta eller cirkulerande och hur kommunikationen med förbundets olika delar ska ske lämnas i förslaget öppet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund skapar en tvärföreningsgrupp som aktivt arbetar för att stärka läkaryrkets attraktivitet.

Motionärer:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)
Sveriges läkarförbund Student

Svar till C7

Läkares arbetsmiljö, arbetsbelastning, möjligheter till återhämtning, löneutveckling och professionella inflytande påverkar både yrkets attraktivitet och möjligheterna att rekrytera och behålla läkare i hälso- och sjukvården. Läkaryrket ska vara ett attraktivt yrke, för dagens läkare och för framtida generationer.

Detta arbete är en central del av Läkarförbundets uppdrag. Enligt förbundets stadgar ska förbundet tillvarata medlemmarnas yrkesmässiga, sociala och ekonomiska intressen, främja medlemmarnas utbildningsmässiga och vetenskapliga intressen samt verka för en ändamålsenlig utveckling av hälso- och sjukvården.

Förbundsstyrelsen konstaterar att frågan om läkaryrkets attraktivitet redan omfattas av såväl förbundets politiska program som Strategi 2030. Dessa styrdokument beslutades av fullmäktige 2024 och gäller för perioden 2025–2030. Där anges långsiktiga mål för förbundets arbete, bland annat att läkare ska ha ett hållbart arbetsliv, professionell autonomi och en god arbetsmiljö.

Förbundsstyrelsen delar också motionärens uppfattning att frågan behöver belysas ur ett brett perspektiv och att erfarenheter från olika delar av förbundet är värdefulla i det arbetet. De signaler som motionären lyfter om yrkets attraktivitet, rekrytering, arbetsvillkor och framtida utveckling är viktiga att ta med i det fortsatta strategiska arbetet.

Det börjar också närma sig arbetet med att ta fram en ny strategi för perioden efter 2030. Tidigare strategiarbeten har genomförts inom en arbetsgrupp och med förankrats inom förbundets olika delar. Förbundsstyrelsen har ännu inte tagit ställning till formerna för det kommande strategiarbetet. Mot den bakgrunden bedömer förbundsstyrelsen att det inte är ändamålsenligt att nu genom fullmäktigebeslut fatta beslut om en specifik organisatorisk lösning.

Förbundsstyrelsen använder redan i dag arbetsgrupper när det finns behov. Under året har exempelvis en arbetsgrupp arbetat med villkoren för läkare tidigt i karriären och lämnat förslag som antogs av förbundsstyrelsen i september. Det har resulterat i att förbundet kommer förorda tillsvidareanställning med provanställning vid behov som norm för läkare tidigt i karriären. Förbundsstyrelsen ger också uppdrag till förbundets råd och delegationer.

Samtidigt pågår en översyn av rådens och delegationernas uppdrag, arbetssätt och koppling till Strategi 2030. Förbundsstyrelsen bedömer att det är lämpligt att denna översyn slutförs innan ställning tas till eventuella nya permanenta strukturer inom förbundet.

De frågor som motionären lyfter ligger redan inom förbundsstyrelsens ansvar och hanteras genom förbundets befintliga arbete, styrdokument, råd, delegationer, nätverk och arbetsgrupper. Förbundsstyrelsen ser därför en risk att en ny permanent tvärföreningsgrupp med ett brett och övergripande uppdrag får en otydlig roll i förhållande till befintliga strukturer.

Förbundsstyrelsen välkomnar samtidigt motionärens engagemang i frågan och ser värdet av att perspektivet om läkaryrkets attraktivitet ges fortsatt hög prioritet i förbundets arbete och i kommande strategidiskussioner.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion C7

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Gabriella Schanning

C8. En mer flexibel sjukvårdsorganisation

I den sjukvårdspolitiska debatten lyfts en utbyggd primärvård ofta fram som en central del av lösningen på hälso- och sjukvårdens utmaningar. För att en sådan utveckling ska vara möjlig krävs emellertid inte enbart ökade resurser, utan ävenen mer ändamålsenlig och flexibel organisation där läkarnas kompetens kan tas till vara över nuvarande organisatoriska gränser.

Sjukhusläkarna har under lång tid verkat för bättre möjligheter till delade tjänster. Att kunna kombinera arbete inom sjukhusvård och öppenvård skulle öka flexibiliteten i vårdens kompetensförsörjning, stärka kunskapsutbytet mellan vårdnivåer och ge läkare större inflytande över sitt yrkesliv. En sådan ordning skulle dessutom kunna bidra till att avlasta primärvården och samtidigt stärka dess medicinska kompetens.

Även möjligheten att kombinera anställning med arbete i egen regi bör underlättas. Fler alternativa arbetsformer och möjlighet att ha flera uppdragsgivare kan bidra till professionell utveckling, innovation och ett mer hållbart arbetsliv för läkare.

En modern hälso- och sjukvårdsorganisation bör därför skapa bättre förutsättningar för läkare att arbeta över organisations- och arbetsgivargränser.

Kompetens bör kunna användas där den gör störst nytta, snarare än att begränsas av enskilda verksamheters eller anställningsformers ramar.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för förbättrade möjligheter till delade tjänster mellan sjukhusvård, primärvård och annan öppenvård.

Att Läkarförbundet verkar för bättre villkor och minskade hinder för läkare som vill kombinera anställning med arbete i egen regi genom eget bolag.

Motionär:

Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till C8

Motionären lyfter en viktig fråga om behovet av att skapa bättre förutsättningar för läkare att arbeta över verksamhets- och organisationsgränser. Det förekommer idag att läkare verksamma i primärvården träffar överenskommelser med sin arbetsgivare för att regelbundet kunna tjänstgöra på regionens sjukhus för att bland annat bidra med och öka sin kompetens.

En liknande lösning åt andra hållet, det vill säga att läkare inom andra specialiteter ges möjlighet att tjänstgöra och bidra i primärvården inom sin anställning, kan vara önskvärd av flera skäl. De kan bidra med expertkunskap inom sitt medicinska område, avlasta övriga läkare i primärvården och därmed gynna kompetensförsörjningen. Ett bättre samarbete mellan olika delar av hälso- och sjukvården är önskvärt och kan bidra till ökat kunskapsutbyte och förbättrade möjligheter att använda läkares kompetens där den behövs bäst.

Det finns redan idag flera sätt för läkare att kombinera arbete i olika verksamheter. En arbetstagare kan exempelvis, inom ramen för gällande regler, ha en bisyssla. Reglerna för bisyssla ger möjlighet för en anställd att ha en bisyssla – även i företagsform – så länge det inte är konkurrerande verksamhet eller påverkar den anställdes möjlighet att sköta sitt ordinarie jobb. Förutsättningarna finns således rent tekniskt, särskilt om det handlar om arbete inom samma region och samma kollektivavtal, att tjänstgöra i olika verksamheter.

Förutom bisyssla är det också möjligt att ha två deltidsanställningar hos två olika huvudmän. Förbundet har för den situationen tagit fram information och uppmärksammat vissa problemområden. Det kan dock uppstå ytterligare frågor och hinder om den anställde vill tjänstgöra i olika sektorer, det vill säga i privat sektor eller i staten.

När det gäller möjligheten att kombinera en anställning med verksamhet i eget bolag delar förbundsstyrelsen motionärens uppfattning att det bör finnas goda förutsättningar för läkare att ha olika arbetsformer under yrkeslivet. Samtidigt behöver frågor om bland annat bisysslor, konkurrerande verksamhet och arbetsgivarens berättigade intressen kunna hanteras. Förbundet bör fortsatt uppmärksamma hinder som omotiverat begränsar läkarnas möjligheter att kombinera olika arbetsformer.

Sammantaget finns det anledning för förbundet att fortsatt jobba vidare inom olika arbetsmarknadssektorer och i de regelbundna kontakter med våra motparter uppmärksamma dem på möjligheterna och de fördelar som motionären lyfter med att låta medarbetare tjänstgöra i olika verksamheter inom och utom regionerna. Liksom på behovet av att förenkla och möjliggöra detta i större utsträckning. Förbundsstyrelsen bedömer att förbundet redan arbetar i linje med motionens intentioner, men att frågorna fortsatt behöver uppmärksamhet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion C8 att-sats 1 besvarad

Att anse motion C8 att-sats 2 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Gabriella Schanning

C9. Sverige behöver fler etableringar enligt lagen om läkarvårdsersättning

Lagen om läkarvårdsersättning (LOL) reglerar regionernas ersättning till privat verksamma specialistläkare inom den öppna hälso- och sjukvården. Verksamheten bedrivs huvudsakligen i mindre, läkarledda mottagningar och finansieras genom den nationella taxan. Antalet läkare som arbetar enligt LOL har minskat kraftigt. År 2000 fick 1 261 läkare ersättning enligt nationella taxan och år 2026 återstår endast omkring 500 läkare. Det motsvarar en minskning med omkring 60 procent sedan år 2000. En viktig förklaring är att nya etableringar i praktiken enbart tillkommer genom ersättningsetablering när en befintlig läkare överlåter sin verksamhet. Systemet medför därför att antalet etableringar successivt minskar genom pensioneringar och regionernas nedläggningar av etableringar. Lagen (LOL och LOU) tillåter att regionerna tillsätter nya etableringar.

De småskaliga specialistläkarmottagningarna bidrar med hög kontinuitet, god tillgänglighet och kostnadseffektiv vård. De avlastar regionernas mottagningar och sjukhus samtidigt som patienterna får möjlighet att träffa samma specialistläkare under längre tid. Verksamhetsformen ger också läkare möjlighet att bedriva och utveckla egen mottagning med ett tydligt medicinskt ansvar. Det är också bra för hela läkarkåren att det finns en mångfald av arbetsgivare och karriärvägar.

Mot bakgrund av vårdens växande behov bör LOL-systemet utvecklas och ges möjlighet att växa. Regionerna bör kunna inrätta nya etableringar inom specialiteter och geografiska områden där tillgängligheten är otillräcklig. Det behövs även nationella incitament för att motverka fortsatt minskning och underlätta generationsväxling.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att öka antalet LOL-etableringar och därigenom skapa fler karriärvägar i enlighet med Läkarförbundets policy

Att Sveriges läkarförbund verkar för att regionerna ska inrätta nya LOL-etableringar utifrån befolkningens vårdbehov och bristen på specialistläkarkapacitet

Att Sveriges läkarförbund verkar för att staten och regionerna skapar långsiktiga och förutsägbara villkor för befintliga och nya LOL-etableringar

Att Sveriges läkarförbund verkar för att ersättningssystemet utformas så att generationsväxling, investeringar och fortsatt småskaligt läkarföretagande underlättas

Att Sveriges läkarförbund i dialogen med staten, SKR och regionerna tydligt framhåller de småskaliga specialistläkarmottagningarnas betydelse för kontinuitet, valfrihet och tillgänglighet

Motionär:
Svenska Privatläkarföreningen (SPLF)

Svar till C9
Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL), den lag som reglerar den så kallade nationella taxan, har funnits sedan 1990-talets första hälft.

Bara något år efter införandet av den nationella taxan ändrade en ny politisk majoritet i riksdagen lagen så att det inte längre var fri etableringsrätt inom LOL. Så har det förblivit sedan dess. Nationella taxan har också varit föremål för flertalet statliga utredningar som haft i uppdrag att titta på hur den ska kunna avskaffas och/eller ersättas av ett annat system för småskalig vård. Regeringen har särskilt sett ett behov av småskalig vård i glesbygd och på landsbygd.

Gällande motionens första och andra att-sats verkar Läkarförbundet redan aktivt, inte minst under förhandlingar med SKR, för att regionerna ska se värdet av dagens och framtida LOL-etableringar. Liksom motionären skriver finns inget lagligt hinder för att regionerna ska tillsätta nya etableringar. Regionerna har dock inte valt att göra detta, utan många har istället verkat för att avskaffa LOL.

I förhandlingarna mer SKR har Läkarförbundet också framfört vikten av att inte avskaffa LOL utan att det finns ett nytt system som på samma sätt främjar småskaliga, läkarägda och läkarledda enheter på plats. Liksom att de läkare som är verksamma inom LOL, i det fall systemet skulle avvecklas och ersätts av ett nytt, måste kompenseras. Det skulle kräva bra övergångsbestämmelser.

Gällande motionens tredje att-sats så är långsiktiga och förutsägbara villkor för befintliga och nya LOL-etableringar också något som Läkarförbundet verkar för idag. Förbundet verkar aktivt för att främja små läkarägda och läkarledda vårdmottagningar, generellt. Nyligen tog förbundsstyrelsen fram en uppdaterad policy för en mångfald av vårdgivare. Både goda och stabila villkor är en viktig förutsättning, särskilt för små näringsidkare, för att våga satsa och investera i en verksamhet.

Gällande motionens fjärde och femte att-sats så framkommer av nämnda policy för en mångfald av vårdgivare, som förbundsstyrelsen nyligen uppdaterat, att Läkarförbundet verkar för en utveckling av nationella taxan, då den är ett viktigt verktyg för att stödja små, professionsledda verksamheter. Systemet bidrar till kontinuitet för patienterna, flexibilitet för vården och gör det möjligt för läkare att fortsätta arbeta kliniskt över tid – även när traditionella anställningsformer upplevs oattraktiva. Det är ett värdefullt komplement till regiondriven vård och stärker vårdens långsiktiga kapacitet.

Läkarförbundet framhåller de småskaliga specialistläkarmottagningarnas betydelse för kontinuitet, valfrihet och tillgänglighet i dialog med både regeringsföreträdare, SKR och regioner.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion C9 att-sats 1 besvarad

Att anse motion C9 att-sats 2 besvarad

Att anse motion C9 att-sats 3 besvarad

Att anse motion C9 att-sats 4 besvarad

Att anse motion C9 att-sats 5 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Ylva Sandström

C10. Vikten av att behålla akutsjukhus med hänsyn till rådande världsläge

Sverige befinner sig i ett säkerhetspolitiskt läge med krig i vårt närområde, ökade geopolitiska spänningar, cyberhot, pandemier och klimatrelaterade kriser ställer nya och högre krav på samhällets beredskap. Hälso- och sjukvården utgör en central del av totalförsvaret och är avgörande för samhällets motståndskraft i händelse av kris eller krig.

Akutsjukhus spelar en nyckelroll i denna beredskap genom sin förmåga att på kort tid ta emot och behandla ett stort antal svårt sjuka och skadade patienter. Trots detta har utvecklingen under lång tid gått mot neddragningar, centralisering och i vissa fall avveckling av akutsjukhus och akutfunktioner, ofta motiverat av kortsiktiga ekonomiska överväganden. Avveckling eller nedprioritering av akutsjukhus riskerar att kraftigt försämra samhällets förmåga att hantera större olyckor, pandemier, terrorhändelser eller väpnade konflikter. Minskad geografisk tillgänglighet till akutsjukvård leder till längre transporttider, ökad sårbarhet och minskad jämlikhet i vården.

Förlust av akutfunktioner innebär även en försvagning av kompetensförsörjningen, eftersom akutsjukhus utgör viktiga utbildnings- och träningsmiljöer för läkare och annan vårdpersonal. Detta påverkar långsiktigt kvaliteten och uthålligheten i hälso- och sjukvårdssystemet.

Mot bakgrund av det rådande omvärldsläget bör hälso- och sjukvården planeras inte enbart utifrån fredstida behov, utan även utifrån kris- och krigsberedskap. Att behålla och stärka akutsjukhus är en strategisk investering i nationell säkerhet, civil beredskap och befolkningens trygghet. Akutsjukhusens funktion kan inte snabbt återskapas när en kris väl har inträffat. Nedläggningar som görs idag riskerar därför att få allvarliga och irreversibla konsekvenser för framtida krishantering.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för att befintliga akutsjukhus bevaras och att akut traumatologisk kompetens bibehålls och utvecklas.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att beslut om förändringar av akutsjukhus föregås av konsekvensanalyser avseende civil beredskap och totalförsvar.

Att Sveriges läkarförbund verkar för att akutsjukhusens roll i kris, krig och nationell beredskap tydliggörs och stärks i hälso- och sjukvårdens långsiktiga planering

Att Sveriges läkarförbund verkar för nationell finansiering av bibehållen akut och traumatologisk kompetens och verksamhet.

Motionär:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till C10

I motionen lyfts akutsjukhusens viktiga roll i totalförsvaret. Läkarförbundet arbetar redan idag för att alla hela vården, inte bara akutsjukhus, ska ha en tydlig och stark roll i kris, krig och nationell beredskap. Det gör vi bland annat genom att lyfta vikten av luft i systemet, fortbildning/övning och att man tar tillvara läkarnas kompetens i beslutsfattande som rör beredskap. Därför anser förbundsstyrelsen att att-sats 3 bör anses besvarad.

Förbundsstyrelsen håller också med motionären om att regionala förändringar i hälso- och sjukvården som kan påverka landets förmåga att upprätthålla en fungerande sjukvård vid fall av kris eller krig bör föregås av en nationell konsekvensanalys. I och med förändringar i hälso- och sjukvårdslagen, där regioners skyldighet att hjälpa varandra vid kris eller krig förtydligats, har denna fråga aktualiserats. Läkarförbundet har lyft vikten av att den här typen av beslut analyseras utifrån ett totalförsvarsperspektiv till Socialstyrelsen som under hösten tar fram en ny föreskrift och allmänna råd om hälso- och sjukvårdens beredskap. Även om Läkarförbundet i viss mån redan verkar i den riktning som föreslås i att-sats 2 är detta ett så pass nytt område att det är bra att få det fastlagt av fullmäktige. Därför yrkar förbundsstyrelsen bifall på att-sats 2.

Däremot anser förbundsstyrelsen inte att man kategoriskt kan säga att alla akutsjukhus alltid ska behållas. När det gäller den sista att-satsen så har Läkarförbundet länge arbetat för en mer långsiktigt hållbar finansiering av hälso- och sjukvården, med färre

riktade statsbidrag och punktinsatser. Det vore därför kontraproduktivt att föreslå riktade insatser. Risken är då att även andra delar av vår medlemskår skulle önska liknande insatser inom just deras områden. Förbundsstyrelsen föreslår därför avslag på att-satserna 1 och 4.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion C10 att-sats 1

Att bifalla motion C10 att-sats 2

Att anse motion C10 att-sats 3 besvarad

Att avslå motion C10 att-sats 4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Ylva Sandström

C11. Patientsäkerhet före produktion

Läkare ställs allt oftare inför situationer där tidsbrist, brist på kringpersonal och den välkända vårdplatsbristen gör det svårt att samtidigt uppfylla kraven på patientsäkerhet och produktion.

Läkares yrkesetik innebär att man ofta försöker lösa situationen genom att arbeta hårdare och längre, inte sällan utan ersättning, eftersom många regioner inte erbjuder övertidsersättning.

På sikt leder detta till hög arbetsbelastning och stress, vilket inte är förenligt med ett hållbart arbetsliv.

Det är varken etiskt eller arbetsmiljömässigt rimligt att systemets brister kompenseras genom att enskilda läkare förväntas tänja på sina egna gränser eller, år efter år, göra avkall på patientsäkerheten.

Effektiv användning av sjukvårdens resurser är nödvändig, men produktionskrav får aldrig innebära att läkare tvingas göra avkall på patientsäkerheten. Det är inte heller rimligt att den enskilde läkaren ska bära ansvaret för risker som ytterst orsakas av organisatoriska beslut om bemanning, vårdplatser och produktionsnivå.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet verkar för att patientsäkerheten alltid ska ha företräde framför produktionskrav när dessa står i konflikt,

Att Läkarförbundet verkar för att läkare inte ska åläggas produktionskrav som, enligt professionell medicinsk bedömning, innebär risk för patientsäkerheten,

Att Läkarförbundet verkar för att läkare inte ska behöva kompensera för bristande bemanning eller vårdplatsbrist genom obetalt övertidsarbete

Att Läkarförbundet verkar för att arbetsgivaren ska bära ansvaret för att organisation, bemanning och produktionskrav möjliggör både patientsäker vård och ett hållbart arbetsliv.

Motionär:
Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till C11
Förbundsstyrelsen delar motionärens beskrivning av de problem som uppstår när verksamhetens krav inte står i rimlig proportion till tillgängliga resurser. En hög arbetsbelastning, brist på vårdplatser och otillräcklig bemanning riskerar att påverka både patientsäkerheten och läkares arbetsmiljö negativt. Frågan tillhör därför de allra mest prioriterade områdena på alla nivåer i förbundet och dess delföreningar.

Patientsäkerhet är en helt grundläggande utgångspunkt för hälso- och sjukvården. Enligt hälso- och sjukvårdens portalparagraf är målet med hälso- och sjukvården ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården.” Lagen säger också att resurserna ska användas effektivt – men en vård där patienter och professioner far illa är per definition inte effektiv.

Läkarförbundet arbetar med frågan om obetalt övertidsarbete på många olika sätt, såväl genom opinionsbildning som genom avtalsförhandlingar och yrkanden. Förbundet nådde en delseger i den senaste avtalsrörelsen genom bestämmelsen i kollektivavtalet att rätten till övertidskompensation inte kan avtalas bort för AT-, BT- och ST-läkare.

När det gäller övertidskompensation för specialister och överläkare arbetar Läkarförbundet fortsatt strategiskt med frågan. Förbundet påverkar SKR och Sobona genom det pågående partsgemensamma arbetet om läkares övertid och genom lokala och centrala tvister.

Därtill utbildar Läkarförbundet regelbundet sina förtroendevalda i frågor om övertid genom de fackliga bas- och fortsättningskurser som hålls sju gånger per år. En arbetstidsbroschyr som belyser frågan har också tagits fram och finns publicerad på förbundets webbplats. Förbundet genomför även informationskampanjer i sociala medier.

Arbetsgivaren ska enligt arbetsmiljölagstiftningen säkerställa att kraven i arbetet är rimliga i förhållande till de resurser som arbetstagarna har. Exempel på resurser för att förebygga ohälsosam arbetsbelastning är tid, kompetens, bemanning och stöd. Läkarförbundet arbetar kontinuerligt med att stärka och stötta våra skyddsombud genom kurser och seminarier. Vidare så finns möjligheten till vidareutbildning och material för stöd hos både Suntarbetsliv, som är en partsgemensam ideell förening som drivs av de fackliga organisationerna tillsammans med arbetsgivarorganisationerna

SKR och Sobona. Samma upplägg finns för den privata sektorn genom Prevent och AFA försäkringar. Slutligen så finns det partsgemensamma arbeten och avsiktsförklaringar mellan fack och arbetsgivare med målet att förbättra arbetsmiljön.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion C11 att-sats 1 besvarad

Att anse motion C11 att-sats 2 besvarad

Att anse motion C11 att-sats 3 besvarad

Att anse motion C11 att-sats 4 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Ylva Sandström

C12. Begränsning av möjligheten att utfärda egenvårdsremiss till viss specialiserad och all högspecialiserad vård

Patienters möjlighet att själva skriva egenvårdsremiss till vissa typer av vård kan innebära en viss avlastning för primärvården och en snabbare väg till bedömning hos annan vårdgivare.

Inom vissa vårdområden finns liten eller ingen vinst med att först passera primärvårdens bedömning för att erhålla remiss. Möjligheten kan även ge patienter en väg förbi en bristfälligt fungerande primärvårdskontakt och därigenom tillgång till specialistvårdens bedömning. Samtidigt finns det områden där en medicinsk utredning är nödvändig för att en remiss skall vara meningsfull.

Möjligheten till egenvårdsremiss till enheter för högspecialiserad vård medför ett ökat remissflöde för remissbedömare vid dessa, ofta mindre, enheter. Dessa verksamheter har i regel tydliga remisskriterier för andra vårdgivare, inklusive krav på föregående diagnostik i form av blodprover eller radiologi. Att kringgå denna strukturerade diagnostik ligger varken i patientens eller vårdgivarens intresse. Vidare måste riskerna för undanträngningseffekter till följd av ett ökat remissflöde beaktas.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för en utredning av när det är ändamålsenligt att tillåta egenvårdsremiss till specialiserad vård

Att Sveriges läkarförbund verkar för en begränsning av möjligheten till egenvårdsremiss för viss specialiserad och all högspecialiserad vård

Att Sveriges läkarförbund verkar för att riktlinjer avseende egenvårdsremiss harmoniseras mellan regionerna.

Motionär:
Andreas Fischer, Stockholms läkarförening (enskild motionär)

Svar till C12

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att möjligheten till egenremiss i vissa situationer kan utgöra en viktig kompletterande väg in i hälso- och sjukvården, till exempel för patienter som av olika skäl inte fått sina vårdbehov korrekt bedömda i tidigare kontakter med vården. Men som motionären nämner finns det också områden där en remiss över huvud taget inte kan bedömas utan nödvändiga medicinska underlag. I likhet med motionären anser förbundsstyrelsen att ett omfattande inflöde av dåligt underbyggda remisser skapar merarbete och risk för undanträngningseffekter.

Frågan i vilka verksamheter och för vilka tillstånd det är ändamålsenligt med egenremisser är dock komplex, och bör bedömas utifrån lokala behov och förutsättningar. Förbundsstyrelsen ser därför inte skäl att verka för en generell harmonisering av regelverken mellan regionerna. Det centrala är att riktlinjer utformas med stark professionell förankring och utifrån medicinska överväganden.

Förbundsstyrelsen anser att Läkarförbundets roll i detta bör vara att verka för att läkare har ett avgörande inflytande över utformningen av lokala och regionala riktlinjer för remisshantering.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion C12 att-sats 1

Att avslå motion C12 att-sats 2

Att avslå motion C12 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Christofer Lindholm

C13. Utvisningarna måste få ett slut. Stärkt stöd till internationella läkare

Internationella läkare är inte ett särintresse. De är redan en del av svensk sjukvård. Enligt SKR:s statistik var 37 procent av de specialistläkare som var anställda i regionerna 2024 födda utanför Sverige. Bland läkare utan specialistkompetens var andelen 27 procent. Samtidigt råder det brist på läkare i Sverige. SCB:s statistik över rekryteringsbehov visar att arbetsgivare under 2025 rapporterade brist på omkring 1 500 läkare, varav 1 400 specialistläkare.

För läkare utbildade utanför EU/EES är vägen till svensk legitimation och specialistkompetens lång och krävande. Enligt jämförande underlag som sammanställts av ILF är den svenska vägen till legitimation och specialistkompetens för läkare

utbildade utanför EU/EES en av de mest omfattande och krävande processerna i EU. Processen kräver betydande tid och ansträngning från den enskilde läkaren och innebär samtidigt en investering av svenska samhällets resurser. När en läkare efter denna långa process har erhållit svensk legitimation och etablerat sig i svensk hälso- och sjukvård finns det därför mycket att förlora. **En utvisning innebär inte bara en personlig tragedi för läkaren och familjen, utan också att kompetens och samhällsresurser som redan investerats går förlorade.**

En läkare kan ha arbetat i svensk vård i flera år, ha svensk legitimation och vara mitt i sin ST eller redan ha uppnått specialistkompetens, men ändå riskera att behöva lämna landet på grund av en migrationsrättslig bedömning.

Detta är inte en teoretisk risk. Läkartidningen har nyligen uppmärksammat flera fall. **Mohamed Abou Eliwa riskerar utvisning trots svensk läkarlegitimation, fast anställning och genomförd specialistutbildning i allmänmedicin.** Migrationsverket har bedömt att han bytte yrke när han gick från läkarassistent till underläkare och därefter ST-läkare, eftersom tjänsterna har olika SSYK-koder. Detta trots att samtliga tjänster tillhör läkarkategorin och att dessa steg är en del av den ordinarie vägen för läkare utbildade utanför EU/EES till svensk legitimation och specialistkompetens. Allmänmedicin är dessutom en specialitet där behoven i svensk hälso- och sjukvård är stora.

I ett annat uppmärksammat fall **tvingades ST-läkaren Sasan Kazemian lämna Sverige efter ett omtvistat formaliafel och återvända till Iran i september 2025, där ett krig senare bröt ut.** Under mycket svåra omständigheter fick han därefter försöka hitta en väg tillbaka till Sverige. **När kriget bröt ut i Iran försvårades hans möjligheter att kommunicera med omvärlden och att söka arbete, samtidigt som det blev mycket svårt att lämna landet.** Efter mer än sju månader lyckades han till slut återvända till Sverige.

Läkarförbundets ordförande Hanna Kataoka har beskrivit situationen tydligt:

“Jag tror att jag reagerar på samma sätt som de allra flesta. Det är fruktansvärt och vansinnigt. Kompetensutvisningarna måste få ett slut. Det är mina kollegor, grannar och vänner som skickas ut, medmänniskor som bott och arbetat i Sverige i många år och som bär upp vårt samhälle varje dag.”

Läkarförbundet har samtidigt begränsade möjligheter att hantera enskilda migrationsrättsliga ärenden. Just därför behövs en tydligare väg för medlemmar som hamnar i denna situation. Förbundet bör utreda hur medlemmar kan få tidig vägledning och vid behov hänvisning till kvalificerad extern migrationsrättslig kompetens när migrationsfrågor direkt påverkar deras möjlighet att arbeta, genomföra ST eller fortsätta vara yrkesverksamma i svensk hälso- och sjukvård.

Internationella läkare är en viktig del av Sveriges kompetensförsörjning. **Att värna deras möjlighet att stanna, arbeta och utvecklas är därför både en medlemsfråga och en kompetensförsörjningsfråga. Ingen medlem bör behöva stå ensam när en migrationsrättslig process riskerar att avgöra om hen får fortsätta vara läkare i Sverige.**

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund utreder och föreslår former för stärkt stöd till medlemmar vars möjlighet att arbeta som läkare i Sverige påverkas av migrationsrättsliga frågor, inklusive tidig vägledning och hänvisning till kvalificerad extern migrationsrättslig kompetens.

Att Sveriges läkarförbund särskilt beaktar behovet av information och stöd för läkare utbildade utanför EU/EES, med hänsyn till den särskilda komplexiteten i vägen till svensk legitimation och etablering i svensk hälso- och sjukvård.

Motionär:
Internationella läkarföreningen

Svar till C13

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning om att vägen till svensk legitimation och specialistkompetens för läkare utbildade utanför EU/EES är lång och krävande. Precis som motionären konstaterar även förbundsstyrelsen att vägen kan ytterligare försvåras av det migrationsrättsliga regelverket.

Men, som motionären också konstaterar, har Läkarförbundet begränsade möjligheter att hantera enskilda migrationsrättsliga ärenden då förbundet saknar migrationsrättslig kompetens på kansliet. Därför kan förbundet inte heller ge tidig vägledning eller annan typ av stöd i migrationsärenden. Men förbundsstyrelsen anser att förbundet bör utreda möjligheten att hänvisa till extern juridisk kompetens som stöd till våra medlemmar vars möjlighet att arbeta som läkare kan påverkas av migrationsrättsliga regelverk. Läkarförbundet fortsätter också att bevaka den migrationsrättsliga lagstiftning som påverkar läkarna. Läkarförbundet fick nyligen gehör för vårt påverkansarbete då utlandsutbildade läkare, som är på väg att skaffa svensk legitimation, undantogs från det lönekrav för arbetskraftsinvandring som infördes den 1 juni 2026.

När det gäller motionärens önskan att Läkarförbundet särskilt beaktar behovet av information och stöd för läkare utbildade utanför EU/EES, vill förbundsstyrelsen påpeka att förbundet redan idag arbetar aktivt för att göra det lättare för läkare med utbildning från ett annat land att ta sig in i den svenska sjukvården. Förbundet har information riktad till utlandsutbildade läkare på hemsidan både på svenska och engelska. Medlemsrådgivningen svarar dagligen på frågor från utlandsutbildade läkare. Förbundets representanter föreläser om vägen till legitimation på de kompletterande utbildningar och språkutbildningar som finns för läkare utbildade utanför EU/EES. Förbundet har testat olika typer av stödåtgärder, bland annat ett fadderprogram, men programmet fick avvecklas på grund av minskat intresse från deltagande utlandsutbildade läkare. Läkarförbundet har i fem års tid finansierat en digital preparandkurs inför det teoretiska kunskapsprovet med hjälp av statliga främjandemedel och planerar att fortsätta med det även 2027. Därutöver har förbundet

nyligen antagit en reviderad kompetensförsörjningspolicy som innehåller flera förslag för att förbättra förutsättningar för utlandsutbildade läkare.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att SLF utreder möjligheten att hänvisa till extern juridisk kompetens som stöd till våra medlemmar vars möjlighet att arbeta som läkare kan påverkas av migrationsrättsliga regelverk.

Att avslå motion C13 att-sats 1

Att anse motion C13 att-sats 2 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Christofer Lindholm

C14. Läkares förtroende för rättsväsendet

I flera uppmärksammade rättsfall har det under senare år uppstått turbulens kring ifrågasatta brottsutredningar och domslut. Ett av dessa fall har särskild relevans för läkarkåren. Det gäller rättegångarna i det s.k. da Costafallet mot två tidigare medlemmar av Sveriges Läkarförbund (SLF), Thomas Allgén och Teet Härm.

Åtalade för mord 1988 kom de båda efter två konsekutiva rättegångar i tingsrätten att frias från anklagelsen. I motiveringen till den friande domen (domskälen) påstod emellertid tingsrätten att de två läkarna bortom rimligt tvivel hade styckat Catrine da Costas kropp, en extremt defamerande brottsanklagelse, som inte gick att få prövad i högre rätt.

Dokumentationen kring det fortsatta juridiska händelseförloppet är omfattande. Det räcker här med att konstatera att kammarrätten i Stockholm med hänvisning till styckningspåståendet beslöt 1991 att deras legitimationer skulle återkallas.

Snart sagt alla moment i denna rättssak har kommit att ifrågasättas av framstående jurister och av rättsdebattörer från angränsande kompetensområden. Kritik har riktats såväl mot polisutredningen som mot expertvittnen, åklagarinsatsen och domstolsprocesserna. Fallet har under årens lopp gång på gång aktualiserats genom förnyade resningsansökningar och i den allmänna debatten, men tog för bara några månader sedan en helt ny vändning.

I juni i år framförde Regeringen en offentlig ursäkt till Thomas Allgén och Teet Härm för den kränkning som de utsatts för genom rättssystemets agerande. De fick samtidigt två miljoner kronor vardera ex gratia som en symbolisk ersättning för tillfogat lidande. Detta trots att det alltså finns lagakraftvunna och aldrig överprövade domar i såväl tingsrätt som kammarrätt, som slår fast att Allgén och Härm styckat Catrine da Costas kropp.

Den nu uppkomna situationen är lika absurd som det föregående händelseförloppet. Har Regeringen alltså valt att kompensera två personer, som utfört ett avskyvärt brott? Eller anser kanske Regeringen att kammarrättens kritiserade dom är felaktig?

Thomas Allgén och Teet Härm har enligt vår bedömning varken fått en rättssäker utredning eller prövning av sin sak. Det finns därför starka skäl att låta en kompetent oberoende kommission granska hur ärendet hanterats. En sådan granskning bör omfatta hela rättskedjan, från polisutredningen och de rättsmedicinska bedömningarna till domstolarnas hantering och domar samt möjligheterna till överprövning. Det finns anledning att påminna om att SLF så pass nyligen som i januari 2025 i en särskild skrivelse till Regeringen framhållit vikten av att en sådan granskning kommer till stånd. Några tecken på att denna uppmaning skulle ha hörsammats har emellertid inte kunnat förmärkas.

Med tanke på att antalet anmälningar mot läkare har ökat under senare år är det av största vikt att kunna identifiera sådana brister och eventuella systemfel, som kan ha betydelse för framtida rättssäkerhet. En del anmälningar leder till civilrättsliga tvister, några går vidare till brottsutredningar.

För den läkare som anklagas kan bristfälliga utredningar och rättsprocesser få mycket allvarliga personliga och yrkesmässiga konsekvenser. De riskerar dessutom, som i da Costafallet att undergräva allmänhetens förtroende för både rättsväsendet och läkarkåren. SLF har därför ett legitimt fackligt intresse av att verka för att rättssäkerheten för läkare upprätthålls, när frågor om legitimation, yrkesutövning eller brottsmisstankar aktualiseras.

En genomlysning av bristerna i da Costautredningen samt åtgärder för ökad rättssäkerhet kommer sannolikt kunna leda till att läkare och även annan legitimerad vårdpersonal i framtiden kan känna ett större förtroende för rättsväsendets hantering av deras ärenden.

*Jäv: var medlem i Rättsliga Rådet som fick av Stockholms tingsrätt uppdrag att bedöma obduktionsutlåtandet.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund ska tillskriva justitieministern med en uppmaning att tillsätta en oberoende granskning av rättsväsendets hantering av fallet da Costa.

Att Sveriges läkarförbund även i övrigt aktivt ska verka för en oberoende granskning av rättsväsendets hantering av fallet da Costa.

Motionärer:

Marie Andersson, specialist urologi, Nordvästra Skånes läkareförening
Anders Eriksson, professor emeritus rättsmedicin, Svensk Rättsmedicinsk Förening
Anders Ottosson, docent rättsmedicin, Malmö Läkareförening
Christian Torbrand, docent urologi, Nordvästra Skånes läkareförening
Daniel Sandvik, överläkare internmedicin, Dalarnas läkarförening
Ebba Katsler, ST-läkare oftalmologi, Malmö Läkareförening
Erik Hagman, överläkare gynekologi, Medelpads läkarförening
Fredrik Jörgren, docent kirurgi, Nordvästra Skånes läkareförening
Henrik Druid, professor rättsmedicin, Östergötlands läkarförening

Inge Axelsson, professor emeritus barnläkare, Svenska Barnläkarföreningen
Kjell Asplund, professor emeritus internmedicin, Seniora Läkare
Lennart Rammer, professor emeritus rättsmedicin*, Svensk Rättsmedicinsk Förening
Lina Björklund, ST-läkare rättsmedicin, Malmö Läkareförening
Martina Olsson Frisk, specialist rättsmedicin, Upplands allmänna läkarförening
Niels Lynøe, professor emeritus medicinsk etik, Stockholms läkarförening
Rickard L Sjögren, professor neurokirurgi, Nordvästra Skånes läkareförening
Sandra Bech Larsen, specialist kirurgi, Nordvästra Skånes läkareförening
Ulf Högberg, professor emeritus, obstetrik och gynekologi, Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi
(alla enskilda motionärer)

Svar till C14

Rättsväsendets hantering av det så kallade da Costa-fallet har, alltsedan tingsrättens brottmålsdom 1988, varit föremål för omfattande debatt och ifrågasatts i flertalet böcker och dokumentärer. De två läkare som åtalades för mordet på Catrine da Costa frikändes. Tingsrätten skrev dock i domskälen (som inte kan överklagas) att de var skyldiga till att ha styckat kroppen, ett brott de inte var åtalade för och som var preskriberat vid tidpunkten för brottmålsdomen. Tingsrättens uttalande fick stora negativa konsekvenser för de båda läkarnas fortsatta liv.

Förbundsstyrelsen instämmer helt i att det är mycket viktigt att brottsutredningar sker på ett gediget och rättssäkert sätt. Att i domskäl, som inte kan överklagas, uttala att en tilltalad gjort sig skyldig till en brottslig gärning strider mot grundläggande rättssäkerhetsprinciper. Såvitt förbundsstyrelsen känner till är detta dessbättre inte ett återkommande problem i svenska brottmålsdomar, utan da Costa-fallet är klart avvikande i det avseendet.

Motionärerna yrkar att Läkarförbundet ska skriva till justitieministern med uppmaning att tillsätta en oberoende granskning av rättsväsendets hantering av da Costa-fallet. Förbundet har emellertid redan, i början av 2025, skrivit just ett sådant brev till justitieministern. Regeringen beslutade därefter i juni 2026 om så kallad ex gratia-ersättning till de båda männen. Detta som ett erkännande av det långvariga och stora lidande de utsatts för genom statsmaktens fel att, i strid med gällande rättssäkerhetsprinciper, döma dem i domskälen. Förbundsstyrelsen uppfattar ex gratia-beslutet som ett avslut i frågan från regeringens sida. Förbundsstyrelsen anser mot denna bakgrund att den första att-satsen ska anses besvarad.

Vad gäller den andra att-satsen har förbundsstyrelsen svårt att se att någon annan instans än regeringen skulle kunna initiera en sådan utredning som motionärerna efterfrågar. Eftersom regeringen, enligt förbundsstyrelsens bedömning, har avslutat frågan genom sitt ex gratia-beslut anser förbundsstyrelsen att denna att-sats ska avslås.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion C14 att-sats 1 besvarad

Att avslå motion C14 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Christofer Lindholm

Ö. Övrigt – SLF:s organisation

Ö1. What the fax? Tillbaka till framtiden

”Lokalföreningarnas uppgifter och befogenheter”[1] är ett dokument som länkas till från avsnittet om lokalföreningar i handboken på SLF:s intranät. Dokumentet är daterat 2010-05-23 men används som ett aktuellt styrdokument. Det är positivt att dokumentet finns och tillhandahåller ett ramverk, men det kan vara i behov av viss uppdatering.

Det finns flera faktauppgifter i dokumentet som inte längre är aktuella. Det rör sig om bland annat fel antal lokalföreningar (numera 25 istället för 28), förbundsstyrelsen benämns som centralstyrelsen och t.ex. saknas ett par diskrimineringsgrunder från nuvarande diskrimineringslag i avsnittet om diskriminering.

Vidare finns flera punkter som är inaktuella eller sannolikt inaktuella idag inom frågor som rör t.ex. IT och administration. Dokumentet är skrivet före implementeringen av GDPR i Sverige. Det skrivs om att det för tillfället utgår bidrag till kansliresurser. Det hänvisas också till att lokalföreningar ska ha pressombud i styrelsen.

Vad gäller IT märks tydligt att det har gått 16 år sedan dokumentet skrevs. Det hänvisas bladn att där till att vi ska vara tillgängliga för medlemmarna genom aktuella telefonnummer och faxnummer och det utlovas ett intranät. Under punkt 16 om IT skrivs följande:

Lokalföreningarnas kanslier är normalt anslutna till landstingens lokala närverk och tillförsäkras därigenom service och support. Även inköp av program och hårdvara sker lokalt. Förbundets IT enhet är främst anpassad för utveckling och service åt förbundskansliets eget nätverk, men ger gärna råd till lokalföreningarna.

Formuleringen är här inaktuell och inte i linje med t.ex. lanseringen av det ”Digitala erbjudandet”. En gemensam säker IT-lösning, för alla lokalföreningar anpassad till modern lagstiftning, ej beroende av arbetsgivaren, är av stort värde år 2027 genom att underlätta internt samarbete. För att få med alla här på tåget behöver SLF centralt ta en ledande roll och möjligen också avsätta resurser.

[1] https://slf.se/app/uploads/2024/04/lokalforeningarnas-befogenheter.pdf

Fullmäktige föreslås besluta

Att SLF ser över och uppdaterar styrdokumentet ”Lokalföreningarnas uppgifter och befogenheter”

Att SLF utreder vilka hinder som finns för att alla lokalföreningar ska kunna använda nuvarande intern säker IT-lösning och föreslår åtgärder

Motionär:
Västra Götalands läkarförening

Svar till Ö1

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att dokumentet *Lokalföreningarnas uppgifter och befogenheter* fyller en viktig funktion som stöd och vägledning för lokalföreningarnas verksamhet. Dokumentet innehåller grundläggande beskrivningar av lokalföreningarnas roll, ansvar och arbetssätt, men har inte uppdaterats på många år.

Motionären pekar på flera faktauppgifter som inte längre är aktuella, såsom förändrad lagstiftning och utvecklingen inom områden som IT och personuppgiftshantering. Förbundsstyrelsen instämmer i att dessa delar bör ses över och att felaktigheter samt inaktuella hänvisningar bör korrigeras. Ett aktuellt styrdokument är en förutsättning för att lokalföreningarna ska ha tillgång till relevant och korrekt vägledning.

Förbundsstyrelsen delar även motionärens bedömning att de tekniska och administrativa förutsättningarna för lokalföreningarnas arbete har förändrats sedan dokumentet togs fram. Nu erbjuder förbundet gemensamma digitala lösningar för att stärka säkerhet, samarbete och effektivitet inom organisationen. Samtidigt ser förutsättningarna olika ut mellan lokalföreningarna, och det finns värde i att undersöka vilka hinder som kan finnas för ett bredare nyttjande av gemensamma och säkra IT-lösningar.

Förbundsstyrelsen ställer sig därför positiv till motionens båda att-satser.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion Ö1 att-sats 1

Att bifalla motion Ö1 att-sats 2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Elin Karlsson

Ö2. GDPR stannar inte på Villagatan, nationellt enkätstöd åt delföreningarna!

Sveriges Läkarförbund tillhandahåller redan i dag ett antal gemensamma digitala verktyg för föreningarnas löpande arbete: Salesforce som medlemsregister, Microsoft 365 för säker inloggning och e-post, Trippus för evenemang och Marketing, Cloud för medlemsutskick. Förbundet har alltså redan tagit ställning för att digital infrastruktur är en gemensam, nationell angelägenhet. Det är inte något varje lokal- eller yrkesförening ska behöva lösa på egen hand.

Ett område saknas dock: Enkäter. Medlemsenkäter genomförs i många delföreningar. Det är samtidigt ett av de områden där GDPR ställer som högst krav, eftersom det ofta rör personuppgifter om enskilda medlemmars löner, arbetsvillkor och arbetsmiljö. Facklig tillhörighet är i sig en ytterst känslig personuppgift. I dag löser varje förening detta för sig: vissa tecknar egna licenser, andra använder gratisverktyg som varken är

upphandlade, granskade eller täckta av något personuppgiftsbiträdesavtal med förbundet.

Det är varken effektivt eller rimligt att förbundets alla delföreningar var för sig ska utreda vilka enkätverktyg som är GDPR-säkra, förhandla licenser och teckna biträdesavtal.

GDPR stannar inte på Villagatan: ansvaret för hur personuppgifter hanteras gäller förbundet som helhet, oavsett var i organisationen behandlingen sker. Så länge delföreningarna saknar ett gemensamt, godkänt alternativ bär de var för sig en risk och en arbetsbörda som egentligen är en nationell fråga. Konsekvenser av dålig följsamhet till GDPR är i högsta grad en nationell angelägenhet.

Genom att tillhandahålla ett gemensamt enkätsystem, på samma sätt som förbundet redan gör för medlemsregister, evenemang och medlemsutskick, kan förbundet både avlasta föreningarna och säkerställa att hela organisationen lever upp till GDPR på ett enhetligt sätt.
GDPR anser att vi är ett förbund, håller vi med?

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund tillhandahåller ett GDPR-säkrat enkätsystem för delföreningar.

Motionär:
Sveriges läkarförbund Student

Svar till Ö2
Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att det är värdefullt att delföreningarna har tillgång till verktyg som möjliggör enkätundersökningar på ett sätt som uppfyller dataskyddsförordningens krav. Många delföreningar har behov av att genomföra medlemsundersökningar, kartläggningar och andra enkäter som innefattar behandling av personuppgifter.

Förbundsstyrelsen konstaterar samtidigt att det idag finns juridiska, organisatoriska och ekonomiska frågor som behöver analyseras närmare. Det befintliga enkätsystem som förbundet använder kan inte utan vidare göras tillgängligt för delföreningarna enligt nuvarande avtalsvillkor, och alternativa lösningar kan innebära både tekniska och ekonomiska konsekvenser som behöver belysas.

Förbundsstyrelsen anser därför att det är lämpligt att utreda vilka möjligheter som finns att tillhandahålla ett GDPR-säkrat enkätsystem för delföreningarna samt vilka kostnader, avtalsmässiga förutsättningar och praktiska konsekvenser som olika alternativ medför.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att Sveriges läkarförbund utreder möjligheterna att tillhandahålla ett GDPR-säkrat enkätsystem för delföreningar.

Att avslå motion Ö2

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Elin Karlsson

Ö3. Kostnadsfria digitala lösningar för det löpande fackliga arbetet

Digitala lösningar är något som inte bara underlättar arbetet för oss fackligt aktiva, utan i många fall är ett måste. Alltifrån digital signering, lagring av dokument och mail kan vara ett hjälpmedel, och det är genom digitala lösningar vi har tillgång till vårt medlemsregister. Behovet av digitala lösningar kan med rätta variera mellan lokalföreningarna, men de mest basala funktionerna så som tillgång till vårt medlemsregister är något som varje förening behöver. Hittills har digitala lösningar inte varit en kostnad för varje lokalförening utan bekostats centralt från Läkarförbundet.

I det digitala erbjudandet som nu gått ut till lokalföreningarna framkommer det att man vill främja "enklare administration, smidigt samarbete, bättre medlemsservice och säker GDPR-hantering". Detta medför dock en påtaglig kostnad för varje förening.

I stället för att samla förbundet finns det en risk att kostnaderna leder till en mer splittrad organisation som använder mindre säkra system utifrån ett ekonomiskt perspektiv.

Det digitala erbjudandet är inte till fullo ett erbjudande. För att en förening ska kunna bedriva sitt arbete behöver man bland annat tillgång till förteckningen av medlemmar, man är indirekt alltså tvungen att ha en del av det digitala erbjudandet i föreningen.

I kort omvärldsanalys hos våra kolleger i andra fackföreningar framkommer det att kostnaden för till gång till exempelvis ett medlemssystem inte ligger på den lokala föreningen.

Hallands läkarförening, Blekinge läkarförening, Kronobergs läkarförening, Kalmar läns läkarförening, Östergötlands läkarförening, Gotlands Läkarförening och Jönköpings läns läkarförening yrkar

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet tillhandahåller ett, för lokalföreningarna, kostnadsfritt basutbud innehållande de digitala lösningar som krävs för att verka som lokalförening inom Sveriges läkarförbund.

Motionärer:
Hallands läkarförening
Blekinge läkarförening
Kronobergs läkarförening

Kalmar läns läkarförening
Östergötlands läkarförening
Gotlands Läkarförening
Jönköpings läns läkarförening

Svar till Ö3

Förbundsstyrelsen delar motionärernas bedömning att lokalföreningarna behöver tillgång till grundläggande digitala lösningar för att kunna bedriva sina uppdrag på ett effektivt och säkert sätt.

Ett centralt finansierat basutbud skapar likvärdiga grundförutsättningar för lokalföreningarna och bidrar till en sammanhållen organisation, god medlemsservice och säker hantering av personuppgifter. Basutbudets närmare innehåll och hur det ska anpassas efter föreningarnas olika behov behöver utredas inom ramen för det fortsatta arbetet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion Ö3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Elin Karlsson

Ö4. Stärk det interna samarbetet

Sveriges läkarförbund har många aktiva delar vilket ger oss möjligheten att vara relevanta i många olika frågor med god detaljkännedom. I frågor där vi tydligt arbetar mot samma mål är det centralt att samarbetet mellan förbundets delar fungerar väl. Goda kommunikationsmöjligheter och samarbetsytor är verktyg som är helt avgörande för detta.

All kommunikation som innehåller facklig information bör hållas i säkra kanaler med modern digital infrastruktur. I år har förbundet centralt aviserat att man ser framför sig att delföreningarna själva ska finansiera tillgången till dessa arbetsverktyg. Ett steg i denna riktning blir tyvärr en uppmaning till att använda andra verktyg för kommunikation är den gemensamma plattform vi redan har. Idag har inte alla lokalföreningar slf-adresser och arbetsgivarens mail används ofta. Ett mail till och från en myndighet utgör oftast en offentlig handling. Mail internt mellan region-adresser kan vara det och är det oftast.

Det finns alltså flera goda skäl till att säkra att förbundet hålls ihop och har en modern och säker infrastruktur som förenklar samarbete mellan förbundets delar.

SYLF yrkar därför:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund centralt finansierar minst fem slf-adresser till respektive lokalförening och central yrkesförening.

Motionär:
Sveriges Yngre Läkares Förening (SYLF)

Svar till Ö4

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att lokalföreningar och centrala yrkesföreningar behöver tillgång till ändamålsenliga digitala verktyg för sin verksamhet.

Förbundsstyrelsen anser dock att det inte är ändamålsenligt att i ett fullmäktigebeslut fastställa ett visst antal SLF-adresser. Föreningarnas behov kan variera beroende på verksamhetens omfattning, organisation och arbetssätt.

Genom bifallet till motion Ö3 får förbundsstyrelsen i uppdrag att ta fram ett centralt finansierat basutbud av digitala lösningar. Inom ramen för detta arbete kommer förbundsstyrelsen att bedöma basutbudets innehåll och hur det ska anpassas efter respektive förenings behov. Frågan om tillgång till SLF-adresser kommer därmed att hanteras i det fortsatta arbetet med Ö3.

Förbundsstyrelsen föreslår därför, genom att föreslå bifall till motion Ö3, att fullmäktige beslutar att avslå motion Ö4.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion Ö4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Elin Karlsson

Ö5. Närmare förbundet – starkare lokalföreningar

Motion gällande ökad samordning och minskad distans mellan förbundsstyrelsen och lokalföreningar

Sveriges läkarförbund bygger på ett starkt samspel mellan förbundsstyrelsen och lokalföreningarna. Flera, framförallt mindre lokalföreningar, upplever idag en ökad distans till central nivå vad gäller kommunikation, återkoppling och möjligheten till inflytande i centrala frågor.

Lokalföreningarna har den närmaste kontakten med medlemmarna och driver många av de praktiska fackliga frågorna lokalt. För att stärka medlemsförankringen och skapa en tydligare gemensam riktning behövs en mer strukturerad och kontinuerlig dialog mellan central och lokal nivå.

Hallands läkarförening ser behov av enklare och tydligare kontaktvägar snarare än fler omfattande mötesstrukturer.

Hallands läkarförening, Kalmar läns läkarförening, Blekinge läkarförening, Jönköpings läns läkarförening, Kronobergs läkarförening, Gotlands Läkarförening och Östergötlands läkarförening yrkar:

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund utvecklar dialogen mellan representant för lokalförening och kontaktperson från förbundsstyrelsen respektive kontaktombudsman vid förbundskansliet.

Att Läkarförbundet fortsätter att utveckla regelbunden och kortfattad återkoppling till lokalföreningarna i frågor där lokala inspel efterfrågats (exempelvis ”tisdagsmötena”).

Att minnesanteckningar förs vid ”tisdagsmötena” och görs tillgängliga för lokalföreningarna.

Att förbundsstyrelsen ser över hur kommunikationen mellan central och lokal nivå kan förenklas och göras mer tillgänglig, särskilt för mindre lokalföreningar.

Motionärer:
Hallands läkarförening
Kalmar läns läkarförening
Blekinge läkarförening
Jönköpings läns läkarförening
Kronobergs läkarförening
Gotlands Läkarförening
Östergötlands läkarförening

Svar till Ö5

Förbundsstyrelsen delar motionärernas uppfattning att en nära och väl fungerande dialog mellan förbundet och lokalföreningarna, och alla delföreningar, är viktig. Dessa är avgörande för förbundets arbete och medlemsförankring.

Motionärerna lyfter behovet av tydliga kontaktvägar mellan lokal och central nivå. Förbundsstyrelsen vill framhålla att det redan i dag finns utsedda kontaktpersoner i förbundsstyrelsen för lokal- och yrkesföreningarna. Utöver det också kontaktombudsmän som fungerar som kontaktytor gentemot lokalföreningarna. Förbundsstyrelsen delar samtidigt uppfattningen att den vertikala dialogen kan utvecklas och stärkas.

Förbundsstyrelsen instämmer även i vikten av tydlig och regelbunden återkoppling till lokalföreningarna i frågor där lokala synpunkter har efterfrågats. En väl fungerande återkoppling bidrar till ökad delaktighet, transparens och förståelse för de ställningstaganden som görs inom förbundet. Arbetet med att utveckla formerna för återkoppling, inklusive de så kallade tisdagsmötena, bör därför fortsätta.

När det gäller tisdagsmötena delar förbundsstyrelsen uppfattningen att dokumentationen från mötena kan utvecklas för att förbättra informationsspridningen och ge lokal- och yrkesföreningarna bättre möjligheter att ta del av de frågor som har diskuterats. Former och ambitionsnivå för sådana minnesanteckningar behöver anpassas till tillgängliga resurser, men syftet att öka tillgängligheten till information är angeläget.

Sammanfattningsvis delar förbundsstyrelsen motionärernas uppfattning om behovet av att utveckla dialogen och kommunikationen mellan central och lokal nivå. Förbundsstyrelsen anser dock att motsvarande utveckling även bör omfatta yrkesföreningarna. Eftersom att-satserna 1–3 är formulerade med fokus på lokalföreningarna föreslår förbundsstyrelsen alternativa att-satser som även inkluderar yrkesföreningarna.

Sammanfattningsvis delar förbundsstyrelsen motionärernas uppfattning. Den strikta ordalydelsen av motionens att-satser 1–3 är begränsande till att endast avse lokalföreningarna. Förbundsstyrelsen vill också inkludera yrkesföreningarna varvid vi lägger ett motyrkande enligt följande.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att Sveriges läkarförbund utvecklar dialogen mellan representanter för lokal- och yrkesföreningar och kontaktpersoner från förbundsstyrelsen respektive kontaktombudsmän vid förbundskansliet, som alternativ till motion Ö5 att-sats 1.

Att avslå motion Ö5 att-sats 1

Att Läkarförbundet fortsätter att utveckla regelbunden och kortfattad återkoppling till lokal- och yrkesföreningarna i frågor där deras inspel efterfrågats, som alternativ till motion Ö5 att-sats 2.

Att avslå motion Ö5 att-sats 2

Att minnesanteckningar förs vid ”tisdagsmötena” och görs tillgängliga för lokal- och yrkesföreningarna, som alternativ till motion Ö5 att-sats 3.

Att avslå motion Ö5 att-sats 3

Att bifalla motion Ö5 att-sats 4

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Robert Holmqvist

Ö6. Mer information om kollektivavtalade försäkringar och efterlevandeskydd

Kollektivavtalade försäkringar är en mycket viktig del av kollektivavtalen, som skyddar medlemmar vid sjukdom, arbetsskada och dödsfall. Då gruppen försäkrade är mycket stor, så är avgifterna för försäkring låga för medlemmarna och arbetsgivaren betalar. Detta gäller om man är anställd hos en arbetsgivare som har kollektivavtal.

Många medlemmar känner inte till försäkringar som kompletterar ersättningar för exempelvis sjukdom och ger en kompletterande ersättning. För högavlönade som tjänar mer än taket i sjukförsäkringen fyller försäkringar en kompletterande roll, vilket inkluderar de flesta läkare.

Det finns ett system med försäkringinformatörer på AFA; de representerar fackliga organisationer som ingår i OFR, som kan informera kollegor och andra på arbetsplatsen, så att ingen förlorar den ersättning som avtalet erbjuder. (Inom den privata sektorn finns motsvarande information på avtalat.se.)

Det finns i nuläget 5–6 läkare som är försäkringsinformatörer i Sverige, andra fackliga organisationer har betydligt större anslutning. Försäkringsinformatörer får utbildning och tillgång till AFA:s handbok.

Efterlevandeskyddet är olika på olika försäkringar, och i vissa situationer är det en det en stor skillnad för ersättning vid dödsfall för en ogift sambo utan barn, än en medlem/sambo i ett par som är gift eller har registrerat partnerskap. (Gäller KAP KL och AKAP KR.) Många känner inte till detta.

Många läkare har bristfällig kunskap om dessa försäkringar och efterlevandeskydd, information kan ges av AFA.

Länkar:

https://www.afaforsakring.se/forsakring/utbildning-och-material/forsakringsinformator/att-vara-forsakringsinformator

https://www.afaforsakring.se/forsakring/utbildning-och-material/forsakringsinformator

Fullmäktige föreslås besluta

Att Sveriges läkarförbund verkar för ökad information till medlemmarna om kollektivavtalade försäkringar för läkare

Att Sveriges läkarförbund verkar för att medlemmarna informeras om reglerna för efterlevandeskydd

Att Sveriges läkarförbund uppmuntrar att fler intresserade förtroendevalda läkare blir försäkringsinformatörer vid AFA och erbjuds erforderlig utbildning för att kunna ge adekvat information

Motionärer:
Sjukhusläkarna
Mellersta Skånes läkareförening

Svar till ö6

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att de kollektivavtalade försäkringarna är en viktig del av de villkor som följer av kollektivavtalen. Försäkringarna ger ett värdefullt skydd vid bland annat sjukdom, arbetsskada och dödsfall och utgör för många läkare ett viktigt komplement till de allmänna trygghetssystemen. De är också ett tydligt exempel på det mervärde som kollektivavtal och den svenska modellen skapar.

Förbundsstyrelsen instämmer i att kunskapen om de kollektivavtalade försäkringarna och deras efterlevandeskydd kan förbättras. En ökad kännedom kan bidra till att fler medlemmar uppmärksammar de ersättningar och förmåner som de omfattas av genom sina kollektivavtal och vid behov söker vidare information och stöd.

Förbundsstyrelsen ser därför positivt på att utveckla informationen till medlemmarna, exempelvis genom övergripande information på förbundets webbplats och genom hänvisningar till AFA Försäkring och andra relevanta informationskällor i medlemskommunikation.

När det gäller försäkringsinformatörer delar förbundsstyrelsen motionärens uppfattning att dessa fyller en viktig funktion. Samtidigt är det inte säkert att informationsinsatser från förbundet i sig leder till att fler förtroendevalda väljer att bli försäkringsinformatörer. En ökad medvetenhet om försäkringarnas betydelse kan dock bidra till ett större intresse för området, och förbundsstyrelsen ser positivt på att uppmuntra intresserade förtroendevalda att ta del av den utbildning som erbjuds.

Mot denna bakgrund föreslår förbundsstyrelsen att motionen bifalls i sin helhet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att bifalla motion Ö6 att-sats 1

Att bifalla motion Ö6 att-sats 2

Att bifalla motion Ö6 att-sats 3

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Robert Holmqvist

Ö7. Kvalitetschecken - hur bra är vi på att vara bra?

Sveriges Läkarförbund bedriver ett omfattande och viktigt arbete för att tillvarata läkarnas intressen och utveckla professionens villkor. Arbetet sker på många nivåer och inom ett stort antal områden, vilket ställer höga krav på organisationens förmåga att fånga upp behov, identifiera förbättringsområden och prioritera sina insatser. Ångermanlands Läkarförening ser att det finns en möjlighet att ytterligare stärka detta arbete genom att skapa ett strukturerat internt system för kvalitetssäkring.

Detta skulle kunna ge medlemmar, lokalföreningar, yrkesföreningar och andra delar av organisationen en tydlig väg att uppmärksamma organisatoriska brister och andra frågor där man önskar utveckling, och därmed effektivisera vårt arbete och förbättra servicen till våra medlemmar. Vi skulle få bättre förutsättningar att identifiera återkommande problem och säkerställa att relevanta frågor tas omhand på lämplig nivå.

Ambitionen bör vara att skapa ett enkelt och konstruktivt verktyg för lärande, återkoppling och kontinuerlig förbättring. Resurser kan riktas mot de områden där behovet är störst och det skulle också ge bättre möjligheter att följa upp om genomförda åtgärder har fått önskvärd effekt. Ett sådant arbetssätt skulle dessutom kunna bidra till att fler frågor hanteras löpande inom organisationen i stället för att i ett senare skede behöva lyftas till fullmäktige vilket är fördelaktigt inte minst med avseende på den begränsade tid som står till fullmäktiges förfogande.

Mot bakgrund av ovanstående yrkar Ångermanlands Läkarförening:

Fullmäktige föreslås besluta

Att förbundsstyrelsen ges i uppdrag att presentera ett förslag till ett internt system för kvalitetssäkring och återkoppling, i syfte att strukturerat fånga upp kvalitetsbrister och förbättringsförslag inom förbundets verksamhet
Att ett förslag till ett internt kvalitetssäkringssystem utformas så att det erbjuder en lättillgänglig väg för att lämna synpunkter och generella förbättringsförslag, så att identifierade förbättringsområden kan hanteras på rätt nivå

Att ett förslag till ett internt kvalitetssäkringssystem utformas så att det erbjuder en lättillgänglig väg för att lämna synpunkter och generella förbättringsförslag, så att identifierade förbättringsområden kan hanteras på rätt nivå

Motionär:
Ångermanlands läkarförening

Svar till Ö7

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning att Läkarförbundet kontinuerligt behöver utveckla sin verksamhet och säkerställa att förbundets resurser används på bästa möjliga sätt. Förmågan att fånga upp synpunkter, identifiera förbättringsområden och följa upp resultat är viktig för att förbundet även fortsättningsvis ska kunna möta medlemmarnas behov och förväntningar. Det arbetet bör ske strukturerat och systematiskt, samtidigt som rapportering och dokumentation inte får tränga undan den verksamhet som ska rapporteras och dokumenteras.

Fullmäktige utgör förbundets högsta beslutande organ och är den viktigaste arenan för att ange inriktning, prioritera verksamheten och följa upp resultat. Genom beslut om budget, verksamhetsplan och motioner anger fullmäktige inriktningen för förbundets arbete. Fullmäktige sätter ramarna för förbundsstyrelsens arbete. Förbundsstyrelsen styr i sin tur förbundsdirektören som leder kansliet. Arbetet följs upp på kommande fullmäktige genom bland annat verksamhetsberättelse och bokslut.

Förbundsstyrelsen instämmer också med motionärerna i att det ska finnas goda möjligheter för medlemmar, förtroendevalda och delföreningar att lämna synpunkter och förbättringsförslag och få återkoppling på detta också löpande under året. Därför arbetar förbundsstyrelsen kontinuerligt med att utveckla formerna för dialog och återkoppling, och för att förbundets verksamhet ska bli mer transparent. Detta utvecklas närmare i förbundsstyrelsens svar på motion Ö5.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att anse motion Ö7 att-sats 1 besvarad

Att anse motion Ö7 att-sats 2 besvarad

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Robert Holmqvist

Ö8. Motion om hantering och uppföljning av motioner

Under flera decennier har engagerade läkare skrivit motioner till fullmäktige i syfte att lyfta angelägna och ofta återkommande frågor om läkarnas arbetsmiljö, olämpliga politiska beslut och andra förhållanden som påverkar förutsättningarna för läkarkåren och vårdens kvalitet.

Motionerna besvaras vanligen med någon av beslutsformerna avslag, besvarad eller bifall. Det är ofta tydligt vad ett avslag innebär. Däremot är det mindre tydligt vad som sker efter att en motion har bifallits, och hur beslutet följs upp i praktiken.

Vi har förtroende för den goda viljan hos Läkarförbundets centralstyrelse, men konstaterar samtidigt att återkommande motioner i snarlika frågor tyder på att fattade beslut inte alltid leder till tillräckligt tydliga eller skyndsamma resultat. Det kan handla om tidsbrist, regionala skillnader i policy eller andra organisatoriska hinder. Oavsett orsak finns det skäl att tydligare analysera varför samma frågor återkommer år efter år och hur förbundet kan arbeta mer ändamålsenligt med genomförande och uppföljning.

Fullmäktige föreslås besluta

Att Läkarförbundet redogör för vilka faktorer som bidrar till att likartade motioner återkommer år efter år.

Motionärer:

Sabine Naessén, Sjukhusläkarna (enskild motionär)
Andreas Fischer, Sjukhusläkarna (enskild motionär)

Svar till ö8

Läkarförbundets viktigaste tillgång är engagerade medlemmar. Motioner till fullmäktige är viktiga för att förbundet ska spegla medlemmarnas vilja i sakfrågor och prioriteringar.

Det vore olämpligt av förbundsstyrelsen att försöka gissa vilka drivkrafter olika motionärer har för sina motioner, utöver vad som framgår i klartext, och det är därför inte heller lämpligt att förbundsstyrelsen redogör för varför likartade motioner återkommer. Däremot kan förbundsstyrelsen redogöra översiktligt för vad som görs med anledning av bifallna motioner:

En del motioner handlar om att något konkret ska utföras, till exempel att en handbok ska tas fram. Då är motionen verkställd när handboken är klar. Många motioner innebär dock att förbundet ska verka för något, till exempel bättre övertidsersättning eller minskad administrativ börda. Dessa gäller tills fullmäktige beslutar något annat, och förbundsstyrelsen fortsätter att arbeta med dem även om inga nya motioner inkommer.

Framgångsrikt påverkansarbete kräver långsiktighet och strategiskt fokus. Därför arbetar Läkarförbundet sedan 2016 med femåriga strategier, som innebär att fullmäktige gör en prioritering av vilka frågor som förbundet ska sätta högst på dagordningen. För närvarande gäller Strategi 2030 som antogs första gången av fullmäktige 2024.

Arbetet med Strategi 2030 och bifallna motioner redovisas varje år till fullmäktige i verksamhetsberättelsen. För att inte denna ska bli alltför lång utgörs den av exempel och sammanfattningar, inte en fullständig redogörelse över allt som förbundets förtroendevalda och anställda genomfört under året. Förbundsstyrelsen bedömer dock

att verksamhetsberättelsens utformning kan förbättras för att det ska bli mer transparent hur bifallna motioner omsätts i praktiken.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige besluta

Att avslå motion Ö8

Ansvarig för svaret från förbundsstyrelsen: Robert Holmqvist