

Motioner

från lokalavdelningarna 2018

Motion 1: Ökad information om läkarnas pensioner till Sjukhusläkarnas medlemmar

För läkare finns idag tre olika konkurrerande system för tjänstepension, beroende på var läkaren har sin anställning – KAP-KL eller AKAP-KL inom landstingskommunal verksamhet (eller PACTA), ITP-2 eller ITP-1 som anställd av en privat arbetsgivare eller statlig pension.

Det finns inläsningsfenomen med de förmånsbestämda pensionssystemen som gäller äldre anställda (födda före 1986). Det innebär att de vid byte av arbetsgivare, från exempelvis landstingskommunal eller statlig, även tvingas att byta pensionssystem. Många gånger sker bytet utan att läkaren uppmärksammas på eventuella förluster för den livsvariga pensionen.

De avgiftsbaserade pensionssystemen gäller främst yngre kollegor, men det finns möjlighet även äldre läkare att ansluta sig till sådant system. Det är viktigt att känna till att det sällan är gynnsamt ekonomiskt för äldre kollegor.

Generellt riskerar läkaren efter 50 års ålder att förlora mycket pengar i den framtida pensionen vid byte av arbetsgivare från landstingskommunal sektor till privat sektor eller vice versa.

Det finns sedan början på 2000-talet inte längre någon samordning vid dessa övergångar. Ett byte av arbetsplats borde underlättas inom offentlig sektor, men tyvärr fungerar inte systemet så. Om en landstingsanställd medlem får en kombinationstjänst på universitet finns det inte heller där ett sömlöst system.

Arbetsgivaren har ett ansvar för pensionsinformation, men denna ges som regel så sent att medlemmarna inte kan påverka sin pension. Det finns medlemmar som gått ned till deltid under de viktiga pensionsgrundande åren och därför fått en mycket sämre förmånsbestämd tjänstepension livsvarigt.

En allt större del av offentligt finansierade sjukvården är privat driven och detta gäller också vid privatiseringar, då man som regel byter pensionssystem. Det finns tyvärr ett fåtal privata aktörer är heller inte alltid är uppriktiga, utan bagateliserar pensionsproblem vid sina rekryteringar av äldre medlemmar från landsting. Därför behövs informationsinsatser från Sjukhusläkarna till våra medlemmar. Och det kommer sannolikt behövas politiskt lobbyarbete för att skapa bättre förhållanden för medlemmar vid privatiseringar och verksamhetsövertag.

Sjukhusläkarna i Lund, Sjukhusläkarna Östra Skåne och Sjukhusläkarna Ängelholm yrkar

- Att Sjukhusläkarna verkar för att våra medlemmar får objektiv och saklig information om hur olika pensionssystem fungerar
- Att Sjukhusläkarna verkar för att medlemmar i Läkarförbundet kan få objektiv och saklig information om hur olika pensionssystem fungerar på individnivå, i god tid före pension och även i samband med byte av arbetsgivare
- Att Sjukhusläkarna i sin politik verkar för att medlemmar får möjlighet att byta från landstingskommunal till statlig anställning och vice versa utan att detta negativt påverkar deras pension
- Att Sjukhusläkarna verkar mot inläsningsfenomen på grund av olika pensionssystem

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 1

Medellivslängden har ökat stadigt alltsedan 1860-talet utom när spanska sjukan härjade 1918. 11 procent av flickor som föds idag kommer att bli över 100 år. När den allmänna pensionen infördes i Sverige 1913 var det knappt hälften av befolkningen som levde vid pensionsdagen. Den demografiska utvecklingen med allt fler äldre som lever allt längre ställer nya krav på pensionssystemen. Pensionssystemet genomgick en större förändring för cirka 20 år sedan och nu i december 2017 presenterade Pensionsgruppen ändringsförslag i syfte om att långsiktigt trygga pensionerna.

Tidigare var systemen mer förutsägbara och pensionsåldern mer given, men idag behöver man själv planera för när man vill lämna arbetslivet och när och hur man vill ta ut sin pension. Människor förväntas i större utsträckning själva lägga pensions pusslet, men för gemene man är det svårt att fullt ut kunna förutse vad olika beslut i arbetslivet kan ha för konsekvenser för pensionen.

Som motionärerna påpekar, finns det ett starkt behov av information om de olika pensionsformerna. På Läkarförbundets hemsida finns ganska mycket information och råd om pension och dess olika former. Förbundet anordnar årligen även informationsmöten vilket även sker ute i landet på inbjudan av lokalföreningarna. Komplexiteten i pensionssystemen

men gör att man bör finna fler vägar och sätt att upprepat informera om pensionsvillkoren. Läkarförbundet har arbetsrättslig rådgivning till alla medlemmar, vilket inkluderar pensionsfrågor. Sjukhusläkarna har sedan länge verkat för att öka möjligheten till kombinationsanställningar och underförstått samtidigt minska risken för inläsningseffekter.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionens första att-stas och att de övriga anses besvarade

Motion 2: Behov av ökade kunskaper om etisk granskning av utvecklings- och kvalitetsarbeten

Forsknings-Sverige har de sista två åren skadats allvarligt av Macchiarini-affären. En starkt bidragande faktor har varit en valhänt hantering av ett flertal etiska frågor/aspekter. Det har till exempel hävdats att det inte skulle behövas någon etisk granskning av akuta åtgärder inom vården, där begreppet ”akut” vidgats till att omfatta åtgärder som av tekniska skäl inte kan genomföras inom de närmaste dagarna. I de aktuella fallen har man också hävdats att det rört sig om kvalitetsarbeten inom sjukvården, inte forskning, som därmed inte krävt en formell etisk granskning. Vad gäller kvalitetsarbeten är det värt att påpeka att även dessa ofta innefattar känsliga personuppgifter och innebär en risk för integritetskränkning.

Ytterligare ett problem som vid flera tillfällen uppmärksammats i Läkartidningen är bristen på ett fungerande regelverk för etisk granskning av vissa forskningsprojekt och utvecklingsarbeten som inte omfattas av etikprovningenslagen, EPL. Till denna kategori hör exempelvis många studentarbeten och s.k. ST-arbeten.

I slutet av år 2017 presenterades ett förslag till ändring av EPL (SOU 2017:104) m.h.t. oklarheterna beträffande etiken, rörande ”gråzonsforskning”. Vad gäller studentarbeten avser förslaget sådana arbeten som utförs ”vid ett universitet eller en högskola [...] innan etikgodkännande söks enligt etikprovningenslagen”.

Vidare föreslås att sådana arbeten ska ”bedömas ur ett forskningsetiskt perspektiv av ett särskilt organ hos lärosätet innan etikprovning söks enligt denna lag”. Vi tolkar det framlagda förslaget som att alla studentarbeten som omfattas av EPL ska etikgranskas, oavsett var de praktiskt genomförs, men att studentarbeten som inte omfattas av EPL inte ska bedömas av en etikprovningensnämnd och därmed inte heller motivera ett s.k. rådgivande yttrande. Utredaren berör alltså inte behovet av etisk granskning av studentarbeten som inte omfattas av lagen. Det bör då påpekas att åtskilliga registerhavare inte lämnar ut registerdata utan ett godkännande från en etikprovningensnämnd, vilket kan leda till att studentarbeten som inte avser forskning felaktigt kommer att benämnas forskning för att ge tillgång till registerdata. Detta problem har inte berörts av utredaren. Enligt vår mening bör samtliga studentarbeten bedömas av det föreslagna organet, varvid den modell som prövats i Karlstad kan tjäna som förebild.

”Gråzonsutredningen” avstår även från att diskutera hur ST-arbeten ska hanteras. Enligt CEPN (Dnr Ö 45-2011) kan dessa ses som studentarbeten och då motivera ett ”rådgivande yttrande”, men en formell granskning kan i vissa fall ändå bli aktuell. I samma ärende diskuterades också hanteringen av pilot-projekt, vilka enligt vår mening i många fall torde omfattas av EPL som ju också gäller ”utvecklingsarbete på vetenskaplig grund”. Vi inser problematiken med att i lagen klagöra olika definitioner, vilket också diskuterats i ”Gråzonsutredningen”, men vi anser att en väg att lösa dessa svårigheter kan vara att alla projekt ska förhandsgranskas av en kommitté, liknande den modell som introducerats i Karlstad.

”Gråzonsutredningen” påpekar att vissa projekt av forskningskaraktär kan tvingas bli genomförda under en sådan tidspress att någon etikprovning inte kan genomföras i förväg och föreslår därför en etikprovning i efterhand. Vi menar att det är osannolikt att ”akuta” utvecklingsarbeten inom vården genomförs utan föregående genomgång av forskningsläget och studier, genomförda på vetenskaplig grund. Ett gott exempel på detta är användande av stamceller i olika sammanhang, där teoretiskt förberedelsearbete liksom preparation av stamceller etc. torde ta så lång tid att användande av preparerade stamceller i ”oförutsedda” fall knappast kan rubriceras som en akut åtgärd. I extrema undantagsfall kunde dock ett etablerat granskningsorgan enligt vad som föreslås för studentarbeten som omfattas av EPL även kunna granska vissa projekt i efterhand. Man bör dock i så fall vara observant på de problem som uppkommer dels om etikprovningensnämnden finner att särskilda skäl saknas för etikprovning i efterhand, dels om studien vid granskningen inte godkänns.

Läkarförbundet har enligt vår uppfattning intagit en anmärkningsvärt låg profil i dessa viktiga frågor. För flertalet av förbundets medlemmar borde det vara angeläget att Läkarförbundet fokuserar på ovan nämnda frågor. För flertalet av förbundets medlemmar borde det vara angeläget att Läkarförbundet fokuserar på denna problematik.

Sjukhusläkarna Göteborg yrkar därför att Sjukhusläkarna med kraft verkar för

- att man inom Läkarförbundet arbetar för att ett regelverk snarast utformas för etisk granskning av i första hand forskningsprojekt och utvecklingsarbete som inte omfattas av nuvarande och kommande etikprovningenslag, vilket även bör innefatta studentarbeten och ST-arbeten, och
- att man inom Läkarförbundet verkar för en ökad medvetenhet om behovet av etisk granskning av alla forskningsprojekt och utvecklingsarbeten, inklusive studentarbeten och ST-arbeten.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 2

Motionären riktar ytterligare fokus mot en aktuell fråga: Ett etiskt perspektiv på forskning, utvecklingsarbeten och projektarbeten. Sjukhusläkarna inser att det finns goda motiv för detta, även om de etikprövningsförfaranden som gäller idag och de som följer av ny lagstiftning inte i nuläget tydligt pekar ut hur studentarbeten ska hanteras. I allmänhet är Läkarförbundet remissinstans avseende ny lagstiftning, och har därmed inflytande över hur denna ska utformas.

Det kan, som motionären påpekar, finnas skäl för en etikprövning även av projektarbeten i samband med utbildningar. Dagens etikprövningssystem är dock inte dimensionerat för att generellt klara av detta. Kostnaden för etikprövning kan också vara hög inom nuvarande system. Således kan det finnas anledning att diskutera alternativa lösningar.

**Styrelsen föreslår fullmäktige
- att bifalla motionen**

Motion 3: Inför obligatorisk kontroll av specialistläkarnas fortbildning

Sjukhusläkarna i Lund genomförde en enkätundersökning 2015 som visade att för närmare 80 procent av de Specialistläkare och Överläkare som svarat var antalet utbildningsdagar 0 eller 1-3 per år. Sjukhusläkarna i Östra Skåne har dessutom under 2017 fått leva med ett utbildningsstopp. Den enda försämrings möjlighet för läkarnas fortbildning som återstår i division KRYH Region Skåne är alltså negativ utbildning, således någon sorts obligatorisk fördumningskurs som vi får betala arbetsgivaren för.

Specialistläkarnas kompetens är den enskilda faktor som är avgörande för att sjukvården erbjuder sina invånare bästa möjliga behandling.

Liberalerna har nyligen, december 2017, lagt förslag som syftar till att införa ett system för obligatorisk fortbildning för legitimerade yrken i vården. Tanken är att Socialstyrelsen vart fjärde år ska kontrollera att fortbildningen för personalen blivit av. Det skall dock helt ligga på arbetsgivaren att skapa förutsättningar för specialistläkarnas utbildningsmöjligheter och stå till svars för inkompetensen att inte kara av denna uppgift.

Det är av största vikt att Sjukhusläkarnas fortbildningspolitik armeras med kraftiga åtgärds och konsekvens verktyg som ex den delen av Liberalernas förslag som syftar på kravet på arbetsgivarna att införa obligatorisk fortbildning för specialistläkare.

Sjukhusläkarna Östra Skåne föreslår årsmötet att godkänna följande motion:

- Att Sjukhusläkarna verkar för att Socialstyrelsen vart fjärde år ska kontrollera arbetsgivarnas förmåga att tillgodose specialistläkarnas fortbildningsnivå i antal dagar per år

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 3

Sjukhusläkarna instämmer helt i den ambition som motionären förmedlar. Vi vill precis som motionären egentligen skriver använda fortbildningspolicyn till ett praktiskt verktyg till gagn för våra medlemmars fortbildning. Sjukhusläkarna ställer sig också positiva till att någon form av statlig översyn av arbetsgivarnas förmåga att ta ansvar för fortbildning av den medicinska professionen.

När det gäller formen för statlig översyn bör den med fördel presenteras i en mer genomtänkt kontext sannolikt ett paket med flera åtgärder. Sjukhusläkarna föreslår att denna motion godkänns som en fullgod uppmaning till det fortsatta fortbildningsarbetet och att vi tar med den som ett möjligt alternativ.

**Styrelsen föreslår fullmäktige
- att motionen anses besvarad**

Motion 4: Angående ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare

I läkarens yrke gäller att ibland fatta beslut som kan vara livsavgörande, vilket medför ett stort ansvar. Meningen är att det planerade läkararbetet ska ske vardagar mellan 7.00 och 21.00; annan arbetad tid är jourtid. Ersättningen för utfört arbete är högre på helger och nätter på hela arbetsmarknaden – exempelvis har en advokat som arbetar en lördag med en häktning dubbel timersättning.

Jourtid är en form av övertid som ersätts enligt jouravtalet, och ersättningen för beredskap har höjts efter det senaste avtalet med SKL. Arbetstidslagen (ATL) är en skyddslag som begränsar antalet övertidstimmar utan särskild dispens till max 200 per år, om läkaren inte tar ut kompensationsledigt för återhämtning från jouren.

Arbetsgivaren ska enligt ATL föra anteckningar över övertid och jourtid. Ibland räcker inte en arbetstid med 40 timmar i veckan till, och då blir det fråga om övertid. Läkaren blir beordrad till övertidsarbete eller får övertiden godkänd i efterhand (medan läkaren själv styr flexitid, om det finns på enheten) – övertid är dyrare för arbetsgivaren över hela arbetsmarknaden. Men om läkaren i sitt anställningsavtal har skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för arbetad övertid, så har medlemmen ingen rätt till pengar eller säker rätt till ledig tid för arbetad övertid. (AB § 20, moment 8) Någon särskild ersättning för en bortskrivna övertid i anställningsavtal förekommer inte i praktiken. En läkare med bortavtalad ekonomisk ersättning kan beordras att arbeta övertid, på vad som tidigare var jourtid men som nu är schemalagd tid utan att få någon ersättning i pengar.

I sjukvården får nästan aldrig en medlem ersättning för en bortskrivna rätt till övertid och i löneförhandlingen vid nyanställning diskuteras ofta inte frågan om övertid. En ändring av kollektivavtalet AB 2017 om övertid säger att arbetsgivaren är skyldig att redogöra för bakgrunden till en eventuell bortskrivning av rätten till ekonomisk övertidsersättning och ska motivera detta: ”I samband med sådan överenskommelse ska arbetsgivaren tydliggöra vilka grunder överenskommelsen bygger på.”

Sedan maj 2017 är det alltså inte längre tillåtet att arbetsgivaren först träffar ett muntligt anställningsavtal utan att diskutera övertidsfrågan och där arbetsgivaren sedan i tysthet skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för övertid enligt AB i det skriftliga anställningsavtalet. Detta är viktigt delresultatet av en lång facklig aktivitet av Läkarförbundet i övertidsfrågan, men frågan är tyvärr ännu inte löst.

I Lund och Helsingborg har man tidigare inte skrivit bort övertid enligt AB. Men i augusti 2015 beslutade Förvaltning Skånevård SUND att alla nyanställda medarbetare inom förvaltningen med en månadslön över 44 500 kronor ”skall som regel” inte ha rätt till betald övertid och heller inte bör omfattas av flexitidsavtalet.

Läkarförbundet Skåne försökte få arbetsgivaren att ändra beslutet, vilket tog lång tid. Efter drygt sex månaders förhandlingar enades parterna i slutet av oktober 2016 om att arbetsgivaren skall upphäva beslutet om att skriva bort ekonomisk ersättning för övertid för nyanställda som tjänar mer än 44 500 kronor i månaden. Och alla kommer också att ha möjlighet att omfattas av flexitidsavtalet.

Sedan den 1 november 2016 har det också skrivits nya anställningsavtal med de läkare som tidigare haft passusen ”Rätt till övertidsersättning enligt AB föreligger ej” i sina kontrakt. Många överläkare har nu fått tillbaka rätten att för ekonomisk ersättning för arbetad övertid enligt AB, utan bortskrivning.

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

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

Sjukhusläkarna i Lund och Sjukhusläkarna Östra Skåne och Sjukhusläkarna Ängelholm yrkar:

- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundsarbete verkar för att fler läkare skall ha rätt till ekonomisk ersättning för övertid.
- Att Sjukhusläkarna verkar för att arbetsgivaren skall registrera all arbetad tid som är övertid enligt Arbetstidslagen
- Att Sjukhusläkarna i sin politik verkar mot att läkare avtalar bort rätten till ekonomisk ersättning för övertid.
- Att Sjukhusläkarna i sitt fackliga arbete verkar mot att arbetsgivaren skriver bort rätten till kompensation för övertid enligt AB i anställningsavtal för läkare.
- Att Sjukhusläkarna i sitt fackliga arbete verkar för att läkare informeras om reglerna i kollektivavtalet och hur man registrerar övertid när så är fallet.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 4

Sjukhusläkarna ställer sig bakom motionärernas syn på övertidsarbete och de kollektivavtal som reglerar detta.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 5: Bevaka det sluttande planet i eutanasi frågan

Eutanasi frågan är evigt aktuell. Nyligen, 2017-11-20, publicerade statens medicinsk-etiska råd en sammanfattning av läget i eutanasi frågan. Kortfattat så är alla människor rädda för att lämnas i ett opåverkligt smärtsamt tillstånd utan förbättringsmöjligheter, exempelvis elakartad cancer. God vård i livets slutskede med fullgod smärtsjällande behandling och avbrytande av livsuppehållande åtgärder fungerar i länder som Sverige där dödshjälp inte är tillåtet. Dödshjälp enligt Oregonmodellen medger eutanasi till bl.a. cancerpatienter men inte psykisk sjukdom som är tillåtet i Nederländerna Belgien och Schweiz. Schweiz accepterar patienter från andra länder. Vi har nu därmed en möjlighet för svenskar att söka dödshjälp för tillstånd närliggande psykisk sjukdom men utan någon påvisbar organsjukdom av stor betydelse.

Det är djupt oroande att individer kan leta upp det land med mest tillåtande eutanasi gränser. Vi har då en situation som på alla sätt illustrerar ett sluttande plan. Vi måste medverka till människors rätt att få hjälp för sjukdomstillstånd även i de fall de själva driver sin dödslängtan med intellektet i behåll.

Det är ofta de som argumenterar väldigt förenklat för eutanasi som hörs i debatten. Vi har nu senast ett enfrågeparti, finalpartiet, som enbart arbetar för dödshjälp möjligheter till alla ”äldre som inte vill leva längre”. De svåra avväganden som kan bli aktuella i livets slutskede förtjänar en kontinuerlig uppmärksamhet exempelvis när eutanasi möjligheter öppnas i andra länder. Det är olyckligt att det som det framstår kunnat ske innan frågan behandlats grundligt på nationell nivå och efter internationella kontakter

Sjukhusläkarna Östra Skåne föreslår

- Att Sjukhusläkarna verkar för att motverka export av eutanasi patienter utan allvarlig eller livshotande sjukdom med eller utan psykisk sjukdom till något europeiskt land.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 5

Vi tackar för en motion i ett viktigt ämne och instämmer med problembilden motionären beskriver.

SMER har, precis som motionären skriver genomfört en kunskapsöversikt och framför allt tittat på “Oregonmodellen”, som innebär ett assisterat dödande eller läkarassisterat självmord. Det innebär att en läkare förskriver en dödlig dos av läkemedel när en patient av två oberoende läkare bedömts ha max 6 månader kvar att leva. Det är en vanlig tro att svåra symptom och lidande är orsak till att en individ önskar dödshjälp. Forskning som SMER redovisar från Oregon har dock pekat på att man främst önskar dödshjälp som ett sätt att få kontroll över en osäker situation, och för att inte vara en börda för omgivningen. Man vill föregripa framtida problem och undvika förlust av autonomi. I debatten lyfts ofta att Oregonmodellen är välfungerande såväl för patienter som läkare, men det finns flera vittnesmål om att läkare fått kvarstående psykiska problem efter att ha ålagts delta vid dödshjälp.

Eutanasi, som bland annat är tillåtet i Benelux-länderna, innebär att någon utför en aktiv handling, exempelvis tillför ett läkemedel genom injektion. I Schweiz är assisterat dödande tillåtet men inte eutanasi.

Det finns precis som motionären skriver en stor risk för ett sluttande plan om dödshjälp införs. Debattörerna för dödshjälp brukar bagatellisera denna risk, men tittar vi på länder som erbjuder någon form av dödshjälp finns det otaliga exempel på att oron är befogad.

Läkarens uppgift är enligt vår yrkesetik, såväl nationellt inom Läkarförbundet som inom vårt internationella samarbetsorgan WMA att värna liv, och vi får inte delta i åtgärder vars huvudsyfte är att påskynda döden. Att medverka till att patienter överförs till kliniker där dödshjälp ges är därmed inte förenligt med vår yrkesetik. Motionärens att-sats öppnar dock upp för att sjukhusläkare kan hjälpa till att förmedla denna kontakt vid svår livshotande sjukdom. Med motive-ringens att vi vill motverka ett införande av dödshjälp och en export av patienter till institutioner som ger dödshjälp yrkar vi på avslag av motionärens att-sats men vi stöttar till fullo andemeningen att bevaka och uppmärksamma det sluttande planet inom eutanasi frågan.

Styrelsen föreslår fullmäktige

- att avslå motionen

Motion 6: Fackets ansvar för hantering av alla former av trakasserier

Alla former av trakasserier är oacceptabla. Det kan gälla såväl sexuella trakasserier som trakasserier av annan natur, t.ex. att företrädesvis kvinnor ges en missgynnande lönesättning och mindre kvalificerade uppdrag trots tung meritering. Vi anser att Läkarförbundet behöver vara tydligare i denna fråga. På en medlemssida i nummer 49/50 av Läkartidningen (2017) inleds således Läkarförbundets rekommendation till en utsatt kollega med att den kollegan i första hand själv bör tala med närmaste högre chef (eller med chefens chef, om det är den närmaste chefen som står för trakasserier) alternativt kontakta HR-enheten. Det ska då påpekas att en utsatt kollega enligt vår uppfattning kan dra sig för en sådan anmälan av rädsla för repressalier.

På medlemssidans anges att man även kan kontakta facket, vilket innebär att facket ges en passiv roll i dessa frågor. Det är arbetsgivarens uppgift att ha ansvar för utredning etc., men vi anser att facket måste ta en mer aktiv roll i dessa frågor. För en utsatt kollega bör det vara naturligt att vända sig till den lokala läkarföreningen för att få hjälp

Facket bör därmed ha/få större möjligheter än en enskild kollega att lokalt upptäcka om en enskild person svarar för systematiska trakasserier och om det finns eventuella systemfel. Det är viktigt att skyddsombud och enskilda förtroendevalda är lyhörda för och aktivt efterfrågar eventuell förekomst av alla former av trakasserier. Detta kan exempelvis ske vid personalmöten med uppmaning att enskilt rapportera eventuella missförhållanden för vidare åtgärd. Förbundets jurister centralt skall kunna vara behjälpliga med formuleringar av skrivelser och bedömningar, t.ex. om agerandet faller under allmänt åtal

Allmän information via Läkartidningen och medlemsbrev etc. är en bra start men räcker inte för att skapa förtroende för "fackets" agerande i dessa frågor.

Sjukhusläkarna Göteborg yrkar därför att Sjukhusläkarna med kraft verkar för att man inom Läkarförbundet arbetar för

- att skyddsombud, övriga förtroendevalda och tjänstemän inom Läkarförbundet ges en gedigen utbildning i frågor som rör trakasserier, diskriminering etc., och hur dessa ska hanteras,
- att Läkarförbundet avsätter resurser centralt för att hjälpa förtroendemän i bedömning och eventuell handläggning av frågor som rör trakasserier, diskriminering etc.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 6

Sverige fick 2009 en sammanhållen diskrimineringslag, som reviderades 1 januari 2017. En nyhet var att lagen nu omfattar alla diskrimineringsgrunder som kön, könsidentitet, etnicitet, religion, trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder. Lagen kräver också aktiva åtgärder om brister uppdragas. Lagen innehåller ett ramverk för hur aktiva åtgärder ska bedrivas.

Frågan har varit aktuell i Läkarförbundet under många år där den bl.a. lyfts vid olika Fullmäktigemöten genom ett flertal motioner. Detta tillsammans med den allmänna samhällsdebatten, där människor förfördelats i olika situationer, har lett fram till ett gediget (44 sidor) dokument från Läkarförbundet: Handlingsplan för diskriminering 2018. Dokumentet tar upp flera av motionärens frågeställningar därtill ett flertal konkreta fallbeskrivningar och föreslagen utredningsgång. Finns även kontaktuppgifter om ytterligare kontakt önskas.

Att våra skyddsombud, förtroende valda och tjänstemän på Läkarförbundet ges möjlighet till utbildning i dessa viktiga frågor fortsätter alltjämt att vara en viktig fråga både centralt och inte minst lokalt.

Samarbete med arbetsgivaren är ett måste för att jobba aktivt mot diskriminering samt att gemensamt verka för att lösa individ-situationer där våra medlemmar drabbats. Resursfördelningen inom SLF - centralt bör ses över och behoven kartläggas.

**Styrelsen föreslår fullmäktige:
- att bifalla motionen**

Motion 7: Fortlöpande utbildning under läkares grundutbildning om läkarnas arbetsmiljö

Läkarutbildningen är en akademisk utbildning med en uttalad yrkesinriktning. Även om den specialiserade yrkesutbildningen efter läkarexamen uppvisar en stor variabilitet är läkarnas kunskaper om den egna arbetsmiljön och dess villkor många gånger bristfällig. I Göteborg har man sedan länge propagerat för "TYK", d.v.s. tidig yrkeskontakt i utbildningen, men detta återkommande moment fokuserar enligt kursplanen på "patient-läkarrelationen och egna upplevelser". Enligt vår uppfattning är det också viktigt att återkommande informera om läkarrollen i relation till kolleger, andra yrkeskategorier inom sjukvården och det omgivande samhället, inklusive massmedia.

Det torde vara oomtvistat att det också finns ett stort behov av ökade kunskaper och insikt om de icke-medicinska fackkunskapsdelarna av läkarrollen. Det kan gälla exempelvis såväl ansvarsfrågor som reglerna för olika typer av arbeten t.ex. under jourtid, flexitid och övertid.

Vad gäller ansvarsfrågor måste det tidigt och upprepade gånger under utbildningen exempelvis poängteras att ansvaret för läkemedelsbehandling i likhet med ansvaret för t.ex. praktiskt taget all kirurgisk behandling ligger hos läkare, och att detta inte kan överlåtas. Detta torde till stora delar även gälla diagnostik.

Vad gäller förberedelser inför yrkeslivet avseende moment som inte är patient- eller vårdrelaterade är det viktigt att blivande läkare i sin yrkesorienterade utbildning också får kunskaper om fackliga frågor, inklusive arbetsrätt och läkares arbetsvillkor.

Sjukhusläkarna Göteborg yrkar därför att Sjukhusläkarna med kraft verkar för att man inom Läkarförbundet arbetar för

- att det i läkarutbildningen ska ingå fortlöpande utbildning i medicinska ansvarsfrågor avseende diagnostik och behandling, vilket även bör tydliggöra begränsningarna i så kallad "taskshifting", och
- att det i läkarutbildningen skall ingå fortlöpande utbildning i icke-medicinska yrkesrelaterade frågor av facklig natur.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 7

Styrelsen står bakom motionärens intention att öka kunskap om kollegiala och arbetsrättsliga frågor samt vikten av en bra arbetsmiljö och att regelverken för det medicinska ansvaret även borde innefatta vissa befogenheter. Vi tror dock inte att bästa vägen dit är genom att påverka innehållet i läkarutbildningen. Det är en lång rad över tid föränderliga lagar och föreskrifter som reglerar ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården.

I frågor som rör arbetsmarknadens parter, vilka regleras i avtal, har Läkarförbundet som en av parterna på arbetsmarknaden, större möjlighet att ha direkt inflytande genom förhandlingar. Att påverka lagar och förordningar kräver en mer långsiktig strategi. I dagens sjukvård är det vårdgivaren som bestämmer vilket ansvar och vilka arbetsuppgifter som en verksamhetschef ska ha. Sedan är det verksamhetschefen som har det övergripande ansvaret för en verksamhet och det är denne som bestämmer rutiner för delegering. Verksamhetschefen behöver inte ha medicinsk kompetens men om sådan saknas får denne inte bestämma över vård och behandling av patienter.

Nu studerar nästan 3 000 svenska studenter till läkare utomlands och erfarenhetsmässigt har tidigare Sjukhusläkarnas ambitioner att exempelvis öka utrymmet för ämnesområdet farmakologi stupat i Läkarförbundets interna process då man inte velat detaljreglera läkarutbildningen. Vi anser att man i stället bör finna andra vägar för att uppnå målet, vilket exempelvis skulle kunna ske genom ökade resurser till institutioner för miljö, arbets- och socialmedicin, ledarskapsutbildning under ST eller en stärkt klinikombudsorganisation.

Styrelsen föreslår fullmäktige

- att motionen avslås

Motion 8: Favorit nästan i repris: Rökfritt Sverige 2024

Motion No 1 2015 var från Sjukhusläkarna Östra Skåne och där krävde vi att sjukhusläkarna ska verka för rökfritt Sverige 2022. Då vann vi nästan. Argumenten för rökfrihet har blivit än starkare. Det är för oss läkare självklart att agera högst upp på barrikaderna och stödja tobacco end game med sikte på Sverige rökfritt 2025 men helst tidigare.

För att understryka hur viktigt det är för oss som arbetar med rökningens hälsoeffekter vill Sjukhusläkarna Östra Skåne erbjuda årsmötet att stödja vår motion:

- Att Sjukhusläkarna verkar för Rökfritt Sverige 2024

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 8

Sjukhusläkarna är en av de 172 organisationer som stöttar Tobacco Endgame 2025 och på deras hemsida kan man bland annat läsa: "Det är dags nu – Sveriges regering och riksdag måste göra ett rökfritt samhälle till ett tidsbestämt mål för tobakspolitiken! Att sätta ett slutdatum när rökningen ska vara nere på en mycket låg nivå ger ny och nödvändig kraft åt arbetet mot lidande och död på grund av rökningen." Organisationen har satt som mål att uppnå detta år 2025. Det vore olyckligt att sprida ett annat budskap än det alla de andra 171 organisationerna står bakom. Styrelsen anser det vore bättre att finna andra konkreta delmål än att ändra årtalet för sin målsättning.

Styrelsen föreslår fullmäktige

- att motionen anses besvarad