

Motioner

Motioner

Motion 1: Arbetsmiljöcertifiering – favorit i repris

För över tio år sedan motionerade Sjukhusläkarna i Uppsala län om att Sjukhusläkarna borde verka för att arbetsmiljöcertifiering infördes på arbetsplatser liknande den miljöcertifiering som är en självklarhet för många landsting. Motionen bifölls, men avlogs på Läkarförbundets fullmäktige bl.a. för att det var oklart hur certifieringen skulle gå till.

Behovet av en arbetsmiljöcertifiering har inte minskat under de år som har gått, snarare tvärtom. Sparbeting och allt sämre tillgång på vårdplatser har ytterligare försämrat arbetsmiljön liksom brist på personal och ohanterliga IT-system, för att bara nämna några exempel.

Numera är många företag arbetsmiljöcertifierade. Certifieringen görs av ackrediterade certifieringsorgan antingen efter AFS 2001:1 eller OHSAS 18001. På Arbetsmiljöverkets hemsida finns t.o.m. en funktion, där man kan söka fram vilka företag och organisationer som är arbetsmiljöcertifierade. Bl.a. är Universitetssjukhuset Örebro, Hallands sjukhus (Halmstad) samt CitySjukhuset +7 i Göteborg arbetsmiljöcertifierade.

Sjukhusläkarna i Uppsala län yrkar på:

- att Sjukhusläkarna verkar för att införa arbetsmiljöcertifiering på fler arbetsplatser med syftet att erhålla en god arbetsmiljö för läkare.

Styrelsens svar:

Målet med en arbetsmiljöcertifiering är givetvis att arbetsrelaterad ohälsa minskar, vilket råkar vara målet även för den nya föreskrift från Arbetsmiljöverket som träder ikraft den 31 mars 2016. För läkare har en klar majoritet av den rapporterade arbetsrelaterade ohälsan sitt ursprung i brister gällande organisation och social arbetsmiljö snarare än den rent fysiska arbetsmiljön. Med den nya föreskriften tydliggörs arbetsgivarens ansvar för att resurser skall anpassas till arbetsuppgiften, att viss arbetstidsförläggning/frekvens är förenat med risk för ohälsa och att kränkande särbehandling inte kan accepteras. Erfarenheten från miljöcertifiering är till viss del den att den uppfattas som en pappersprodukt snarare än att den fått fotfäste och genomsyrat verksamheten. Sannolikt är en certifiering förenad med vissa kostnader och i nuläget känns det mer angeläget att satsningen av den nya föreskriften om organisatorisk och social arbetsmiljö får uppmärksamhet och efterlevs än att splittra uppmärksamheten och resurserna på en certifiering. Om det visar sig att föreskriften blir tandlös kvarstår ju möjligheten att verka för en certifiering framöver.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 2: Angående etisk granskning av studier på människor

Under det senaste året har ett projekt vid KS/KI uppmärksammats i media, vilket uppfattas som oetiskt. Det aktuella fallet har gällt inplantation av konstgjorda luftstrupar av icke-biologiskt material. Detta tycks ej ha föregåtts av någon etisk granskning. Anledningen till detta tycks vara att man hävdar att det rör sig om sjukvård och inte om forskning och att därmed inte någon etisk prövning - utöver verksamhetschefens presumerade eller uttalade godkännande - var befogad. Ett sådant synsätt kan tolkas som att man uppfattar att en utförlig etisk granskning bara är nödvändig vid studier eller ingrepp, t.ex. experimentell verksamhet, som utgör någon form av forskning, vilket vi anser märkligt.

När det gäller åtgärder beträffande patienter förutses verksamhetschefen ha ett övergripande ansvar för att verksamheten sker på ett etiskt betryggande sätt. Detta kan vara ett problem för de verksamhetschefer inte har specialistkompetens inom det område som de ansvarar för. Vår uppfattning är att många verksamhetschefer varken har tid eller tillräckliga kunskaper för att göra en adekvat etisk bedömning av olika projekt, om man inte först har fått projekten bedömda av en etisk kommitté eller referensgrupp med särskilda specialkunskaper. En sådan grupp skall också kunna fatta beslut om projektet avser sådan forskning som skall granskas av en regional etikprövningsnämnd enligt etikprövningslagen.

Med hänsyn till ovan beskrivna problematik yrkar Göteborgs sjukhusläkarförening att Sjukhusläkarna verkar för:

- att Studier på människa eller mänsklig vävnad, inkluderande olika icke etablerade åtgärder eller behandlingar skall inför beslut av verksamhetschefen ha granskats av en etisk kommitté eller referensgrupp inom verksamheten.

Styrelsens svar:

Styrelsen delar till fullo motionärens problembeskrivning. All forskning som avser människa eller mänsklig vävnad (biobanker) kräver prövning i regional etikprövningsnämnd och de medicinska tidskrifterna publicerar inte forskningsrapporter om inte dessa har godkännande av etisk kommitté. Detta löser emellertid inte problemet med forskningsfusk som i fallet Paolo Macchiarini. Ett mer förbisett problem är införandet av ny teknik, nya metoder eller nya material i den ordinarie sjukvården. För att introducera mediciner krävs omfattande tester i flera steg men nya kirurgiska metoder (t.ex. laparoskopi och robotkirurgi) eller nya kirurgiska material (t.ex. luftstrupar och kärlgrafter av syntetmaterial) kan införas i den kliniska verksamheten utan krav på omsorgsfulla testningar, etikprövning eller ett ordnat införande med återkommande utvärderingar t.ex. i form av statistisk processkontroll enligt CUSUM-metoden. Det får nog anses som vanligt att nya metoder införs på våra kliniker utan någon föregående kontroll av vad det finns för evidens för metoderna i fråga. Inte heller görs någon närmare analys där den presumerade patientnyttan ställs mot den använda resursens alternativnytta. Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för patientsäkerheten på kliniken och därmed också det yttersta ansvaret för att använda metoder och material inom verksamheten uppfyller högt ställda etiska krav på patientnyttan - men hur ser det faktiskt ut i praktiken? Och detta oavsett om verksamhetschefen är läkare eller ej.

Det är styrelsens uppfattning att nya administrativa överbyggnader bör undvikas och att varje verksamhet (om motionären med det menar den enskilda kliniken) skall införa en etisk kommitté tror vi är realistiskt och onödigt byråkratiskt. Om motionären istället avser att varje sjukhus/division/centrumbildning bör inrätta en referensgrupp som respektive verksamhetschef

kan/bör vända sig till före införandet av nya tekniker/metoder/material är styrelsen beredd att tillstyrka en sådan omformulerad att-sats.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att avslå motionen

Motion 3: Angående fortbildningspeng för läkare

Från och med 2015 har anställda läkare inom offentlig verksamhet inte längre rätt att åka på läkemedelsindustrisponsrad fortbildning, konferenser, seminarier mm.

Tidigare gällde 50 -50 regeln, det vill säga arbetsgivaren godkände fortbildningen och betalade halva kostnaden, medan läkemedelsindustrin betalade den andra halvan. Det innebär att arbetsgivaren behöver öka budgetutrymmet för fortbildningen för att upprätthålla samma nivå på fortbildningen.

Läkaryrket är mångfacetterat och i stor utsträckning ett kunskapsyrke. Upprätthållande av den enskilde läkarens kunskap om den medicinska utvecklingen och förmågan att värdera nya behandlingar är viktiga för den enskilde patienten och för verksamheten. Läkaren har således en skyldighet att håla sig uppdaterad. I Sverige strävar man efter jämställd vård oberoende av geografisk tillhörighet.

Sjukhusläkarna i Lund yrkar:

- att fortbildningsfrågan förs på nationell nivå, där man verkar för att Socialstyrelsen skriver en riktlinje.
- att Sjukhusläkarna centralt verkar för att varje verksamhet avsätter en viss summa pengar i budgeten, som utifrån verksamhetens och individens behov används för den individuella läkarens fortbildning.
- att Sjukhusläkarna centralt verkar för att varje verksamhet avsätter ett visst antal betalda dagar, som utifrån verksamhetens och individens behov används för den individuella läkarens fortbildning.

Styrelsens svar:

Sjukhusläkarnas ser i Läkarförbundets regelbundet återkommande fortbildningsenkät att antalet fortbildningsdagar minskar stadigt och att det är sjukhusläkarna som står för den största minskningen. Det är arbetsgivarens ansvar att se till att medarbetarna har tillräcklig och uppdaterad kompetens inom medicinen som ständigt förändras och utvecklas. Sjukhusläkarna vill se att en föreskrift för fortbildning införs, att varje klinik ska ha en fortbildningsbudget som är skyddad för kortsiktiga ekonomiska idiotstopp och att varje medarbetare ska ha en kompetensutvecklingsplan baserat på både individens och verksamhetens behov. Vidare ser vi värdet av att ledarskapet och chefskapet inom vården har medicinsk förankring för att vara delaktig i utveckling av vården och se vilken kompetens som behövs.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 4: Motion angående Sjukhusläkarnas representation i SACO-råden.

I det fackliga arbetet är det oerhört viktigt med samarbete mellan olika fackliga grupperingar för att vara framgångsrika och uppnå det bästa resultatet för medlemmarna.

Sjukhusläkarna har i många år varit representerade i SACO-rådet SLL, och Sjukhusläkarnas representant har både deltagit aktivt och förmedlat medlemmarnas frågor.

Vid Stockholms Läkarförenings senaste årsmöte har man föreslagit en ändring i stadgarna så att Sjukhusläkarna i Stockholm inte längre skulle delta i SACO-rådet SLL vilken skulle innebära att Sjukhusläkarna i Stockholm inte längre skulle ha en självklar och garanterad plats i SACO-rådet SLL. Efter diskussion har stadgarna ej ändrats vilket har möjliggjort vår fortsatta närvaro i SACO-rådet åtminstone detta år.

Sjukhusläkarna Stockholm organiserar den största gruppen av medlemmar i Stockholm, och sannolikt råder motsvarande förhållande på nationell nivå, vilket motiverar deltagande i SACO-rådet som bollplank, diskussionspart och för att föra talan för våra medlemmar.

Vi yrkar på:

- att Sjukhusläkarna verkar för att Sjukhusläkarna på lokal/regional nivå, även i framtiden kan fortsätta att arbeta aktivt för våra medlemmar, både som ordinarie och adjungerade ledamöter i lokala SACO-råd.
- att Sjukhusläkarna verkar för att vi gemensamt med lokalföreningar beslutar om eventuella förändringar av tidigare praxis kring Sjukhusläkarnas deltagande i landets SACO-råd.

Styrelsens svar:

Sjukhusläkarnas styrelse håller med motionären om att ett gott samarbete inom organisationen är av största vikt för att uppnå bästa medlemsnytta, och att sjukhusläkarnas lokalavdelningar måste vara representerade i viktiga fackliga forum. Detta är vi beredda att verka för i olika forum.

Lokalföreningar och lokalavdelningar har möjlighet att påverka på många sätt, och för att det ska fungera så krävs samarbete. Vi tror det är av största vikt att sjukhusläkarna är representerade i lokalföreningarna, på samma sätt som vi ser det viktigt att det i FS finns ledamöter från Sjukhusläkarnas styrelse. Vi tror att det bästa för våra medlemmar inom Läkarförbundet är om formerna kring samarbete diskuteras mellan berörd lokalavdelning och lokalförening. Sjukhusläkarna har inget mandat i Saco-rådet, och därav inte möjlighet att driva frågan.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att avslå motionen

Motion 5: Angående läkarnas ledarskap

Den enskilde läkaren har alltid det yttersta medicinska ansvaret gentemot patienten. Verksamhetschefen har det yttersta medicinska ledningsansvaret för verksamheten. Verksamhetschefen kan vara en person utan formell eller reell medicinsk kompetens. I dessa fall ska VC, enligt SoS, uppdra det medicinska ledningsansvaret åt befattningshavare inom verksamheten som har tillräcklig kompetens och erfarenhet för att fullgöra medicinska ledningsuppgifter.

Läkarens formella medicinska ansvar och formella befogenheter har gradvis urholkats. Läkaren har fortsatt ansvar och få formella befogenheter. Det kan få allvarliga konsekvenser när ledningen saknar eller har inadekvat medicinsk kompetens att värdera effekten av ekonomiska och administrativa beslut på patientsäkerheten och den medicinska behandlingen. Vidare har verksamhetschefens roll alltmer blivit en tjänstemans i förvaltningens tjänst och inte en verksamhetsföreträdare och den yttersta garanten för den medicinska kvaliteten.

Inom Region Skåne skapades Skånevård 2.0, där läkarens formella inflytande på verksamheten kraftigt begränsats. Läkarna har samlats i ett organisatoriskt stuprör, omvårdnadspersonalen i ett och stabs- och stödpersonal såsom ekonomer, HR specialister och så kallade verksamhetsutvecklare i var sitt stuprör. De högsta cheferna återfinns inom förvaltningsledningen. Det medför att samarbete och kommunikation på praktisk operativ nivå mellan de i sjukvården naturliga teamen försvårats.

Administratörerna kommer med sina förslag och beslut, cheferna för omvårdnadspersonalen beslutar om förändringar i vårdprocesserna utan att konsultera berörda läkare mm. Denna organisation är en bidragande orsak till vårdplatsbristen, sköterskeflykten, bristen på läkare inom akut- och internmedicin och allmän vantrivsel bland läkarna och enhetscheferna för omvårdnadspersonalen.

Sjukhusläkarna i Lund yrkar:

- att det alltid finns en medicinskt ledningsansvarig läkare inom varje enhet med ett fastställt medicinskt mandat med tydliga ansvarsområden och befogenheter med uppgift att verka i samråd med berörd chef för övrig personal
- att detta medicinska mandat förankras i läkarens yrkesetik, hälso- och sjukvårdslagen samt vetenskap och beprövad erfarenhet.

Styrelsens svar:

Tack för en bra motion i ett viktigt ämne. Sjukhusläkarnas styrelse ser helst att verksamhetschefer är läkare, då verksamhetschefen har det övergripande medicinska ansvaret för den vård som bedrivs. Vi ser stora svårigheter med att leda en medicinsk verksamhet om denna kompetens saknas, och ett alternativ är då att ha en medicinskt ledningsansvarig läkare. Uppdraget som medicinskt ledningsansvarig läkare innebär ett ansvar för patientsäkerheten. Trots detta viktiga ansvar så finns upprepade vittnesmål om att befogenheter för att kunna axla ansvaret saknas. Vi ser frågan om medicinskt ledningsansvarig läkare och medicinskt mandat som viktig för hela kåren och ämnar driva frågan inom Läkarförbundet. Vidare har Socialstyrelsen fått i uppdrag av Gabriel Wikström att utveckla och komplettera sin handbok "Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?" Vi ser det som viktigt att bevaka och försöka påverka denna utredning, så att medicinskt ledningsansvar tydliggörs.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 6: Hökar och falkar i stället för lama ankor

På senare år har våra chefsläkares utsatta situation behandlats i flera motioner på Sjukhusläkarnas fullmäktige. Sjukvården har blivit alltmer toppstyrd och det hör till vanligheterna att höga chefer plötsligt får gå av ofta rätt oklara skäl. Det skapar en rädsla i organisationen, vilket är till men för

patientsäkerhetsarbetet. Hur många gånger har vi hört mantrat "Patientsäkerheten är inte hotad" upprepas, när patienterna nästan staplas på akuten. Chefläkarna behöver få en mer oberoende och friare roll och ska inte behöva riskera att få sparken, om missförhållanden lyfts fram, missförhållanden som överheten i vårdens toppstyrda organisationer helst vill dölja.

Sjukhusläkarna i Uppsala län yrkar på:

- att Sjukhusläkarna verkar för att chefläkarna anställs av arbetsgivaren tillsammans med representanter för patienter och personal, men där arbetsgivaren står för chefläkarnas lön. Samma grupp ska ta beslut om ev. avslutning av uppdraget.

Styrelsens svar:

Sjukhusläkarna har, som motionären påpekat, flera gånger tidigare fört fram vikten av att chefläkarna få en mer oberoende ställning i sitt arbete och i sin anställning. Detta i syfte att få större möjlighet att verkligen ta rollen som sjukvårdens och patienternas försvarare snarare än som representant för arbetsgivarens organisation. Sjukhusläkarna skrev en motion till Läkarförbundets Fullmäktige 2013 som dock avslogs då man inte riktigt ansåg att den lösning vi då förslög var framkomlig. Vi kommer fortsätta belysa frågan och ta upp diskussionen i olika fora under kommande år. Motionärens förslag kan vara en väg framåt men kanske inte den enda.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 7: Angående ryggraden i vården

Sjukvården i Sverige står inför stora utmaningar samtidigt som den infrastruktur som utgör ryggraden i vården bland annat i form av lokaler inte har hållit jämna steg med utvecklingen. Vi har därför nu fått se en kraftsamling med nya sjukhusbyggnationer av en storleksordning som sällar till de största i Europa.

För att möta dessa satsningar måste det givetvis finnas en stabil finansiering som tillåter satsningarna utan att vårdens innehåll utarmas då detta annars skulle riskera motverka själva satsningens syfte.

För att få bättre kostnadskontroll har nu ett 4-årigt omställningsavtal ingåtts där ramen i form av given budget endast marginellt uppräknad från år till år under fyra år är satt. Således måste den mängd vård som utövas kosta exakt så mycket som det finns pengar avsatta. Om pengarna däremot tryter, ja då måste mängden vård minska. Problemet är vad minska innebär - skall vissa patienter nekas vård trots att medicinskt behov föreligger? Man har sagt att man enligt LEON principen skall sända ut de patienter som inte kräver sjukhusets högspecialiserade vård till så kallade god mottagare. Men om goda mottagare saknas? Omställningsavtalet har redan trätt i kraft. Däremot fattas det goda mottagare. Vad händer med patienter som därmed inte ryms inom budgeten men som har rätt att få tillgång till adekvat vård är dock oklart. Är det upp till var läkare att agera patientens advokat eller patientens bödel? Hur ska patienten hava förtröstan och förtroende hos oss om det är så att vi av kostnadsskäl gör oss av patienten genom att hänvisa hen vidare till ett mottagarsystem som inte finns/inte fungerar. Är vi då verkligen patientens advokat? Eller dess bödel? Under dessa förutsättningar finns även en ytterligare aspekt - vad gör vi som läkare när resurserna tryter. När patienterna känner en koppling till sin behandlande läkare känner ju oftast doktorn reciprokt likadant. Mycket gott springer ur detta. Tillförlit respekt, välvilja, vilja att hjälpa. Men vad händer när arbetsmiljön blir så pressad att dess band slits sönder? När systemet är så pressat att patienten aldrig får lov till att känna en koppling till sin behandlande läkare. När läkare

inte får lov att känna koppling till sina patienter, kanske inte ens längre till sina kolleger som omorganiserats runt. När vi alla blir utbytbara - Läkare, klinikchef, patient?

Vi yrkar:

- att Sjukhusläkarföreningen verkar för att systemet med den goda mottagaren måste vara tillräckligt utbyggt och fungerande innan omställningsavtalet tvingar vård till stängning.
- att Sjukhusläkarföreningen agerar för att läkare inte dagligdags ska behöva neka patienter vård som de egentligen anser vara motiverat utan att ha en annan rimlig lösning att erbjuda.
- att Sjukhusläkarföreningen påverkar politiker och sjukhusledning att ta större ansvar och vi läkare ska kunna hänvisa våra patienter dit när vi inte finner en annan lösning.

Vi värnar om våra patienter. Låt oss få fortsätta med det

Styrelsens svar:

Tack för en motion som beskriver en problembild som riskerar att påtagligt försämra såväl arbetsmiljö som patientsäkerhet. Sjukhusläkarnas styrelse delar till stora delar motionärens oro. Vi har sedan en längre tid tillbaka fått se olika trender avlösa varandra inom sjukvården, såsom new public management, lean healthcare och värdebaserad vård. Vi vill verka för en mer human vård, utgången från patientens behov, en behovsstyrd vård där patienter inte bollas mellan olika vårdgivare och huvudmän. Vi planerar ett seminarium i Almedalen på temat human vård. Vidare kommer vi att arbeta för att ett fungerande system med PAL skall införas. Sjukhusläkarnas styrelse ämnar fortsätta sitt påverkansarbete såväl på den politiska arenan som mot tjänstemän och vi vill även gärna stötta våra lokalavdelningar i det lokala påverkansarbetet. Vi ser dock ingen vinst för patienterna att bli hänvisade till våra politiker, även om vi har förståelse för önskemålet.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionens första och andra att-sats ska anses besvarade
- att avslå tredje att-satsen

Motion 8: Om uppgifter i digitaliserade journaler

I början av år 2015 publicerade Jonas Hartelius och Lita Tibbling Grahn en debattartikel i Läkartidningen angående problemen med digitaliserade journaluppgifter vilka är lätt tillgängliga för duktiga hackare. Nyligen avslöjades en massiv hackningsinsats i USA, men problemet torde vara lika relevant för den svenska sjukvården. Enligt en sjukhusjurist i Göteborg kommer "alla uppgifter av medicinsk karaktär" att dokumenteras i patientjournalssystemet (Melior), vilket även gäller för friska individer som ingår i forskningsprojekt där sjukhuset är huvudman. Enligt samma jurist arbetar man för att försvåra intrång i journalssystemet genom styrningar i behörigheterna till systemet. Dessa åtgärder torde dock inte utgöra några svårigheter för hackare, vars resultat kan vara av stort värde bl.a. för olika försäkringsbolag. De två debattörerna ovan föreslog att denna problematik borde belysas i Läkarförbundets etiska regler, vilket kan vara viktigt men som sannolikt inte kommer att leda till några åtgärder. Vi inser att det inte går att stoppa digitaliseringen, men vi anser att det är viktigt att patienter och forskningspersoner informeras om denna problematik.

Göteborgs sjukhusläkarförening yrkar därför:

- att Sjukhusläkarna genom sina kontakter med sjukvårdens huvudmän verkar för att patienter och forskningspersoner skall informeras om att digitaliserade journaluppgifter om känsliga personuppgifter kan komma att läsas och lagras av obehöriga.

Styrelsens svar:

Motionären tar upp viktiga frågeställningar avseende digitalisering av patientjournaler. Införande av digitalisering är oundviklig och kan minska läkares administrativa börda. Motionären tar upp en viktig grupp, nämligen forskningspersoner som kan få otillbörlig spridning av patientuppgifter. Sjukhusläkarna kan medverka att minska denna risk via läkarförbundets Rådet för läkemedel och IT och Etik och Ansvarsrådet. När varje Forskningsperson godkänner att delta i en studie informeras om att digitaliserade patientuppgifter kan komma att läsas och lagras av otillbörliga.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 9: Inför patientsäkerhetsombud med liknande rättigheter som skyddsombud

Patientsäkerhetsarbetet måste definitivt förstärkas. Sjukhusläkarna i Uppsala län föreslår därför att patientsäkerhetsombud med liknande ställning och rättigheter som skyddsombud införs. Patientsäkerhetsombuden ska t.ex. kunna begära åtgärder för att förbättra patientsäkerheten, de ska ha rätt till information och rätt till ledighet för sitt arbete. Om inte arbetsgivaren vidtar åtgärder ska patientsäkerhetsombuden kunna kontakta en tillsynsmyndighet som då kommer på inspektion. Kanske patientsäkerhetsombud t.o.m. ska kunna stoppa vården vid omedelbar fara för liv och hälsa pga. bristande patientsäkerhet i avvaktan på ställningstagande av tillsynsmyndigheten på samma sätt som skyddsombud kan stoppa arbetet? Patientsäkerhetsombuden måste slutligen omfattas av samma skydd som skyddsombud och andra fackliga representanter, så att de inte deras arbetsförhållanden eller anställningsvillkor försämras.

Sjukhusläkarna i Uppsala län yrkar på:

- att Sjukhusläkarna utreder om patientsäkerhetsombud skulle kunna vara en väg framåt för att förbättra patientsäkerhetsarbetet.

Styrelsens svar:

Patientsäkerhetslagen (2010:659) har i likhet med Arbetsmiljölagen (1977:1160) liknande ordalydelse där det föreskrivs att säkerhetsarbetet skall ske systematiskt. Med systematiskt menas nedkortat ett ansvar att undersöka, genomföra och följa upp och att detta arbete skall vara en självklar naturlig del av verksamheten. På så vis är tanken på att bygga upp ett liknande arbetssätt såsom för skyddsombud och dess rättigheter i praktiken säkert möjligt att genomföra, men vi tror att en sådan organisation skulle vara resurskrävande och minska fokus för vem som är ansvarig det vill säga vårdgivaren och i förlängningen verksamhetschefen, chefsläkare och all legitimerad personal.

Dessutom lämnade Klagomålsutredningen sitt förslag i mitten av december där man föreslår att patientnämnden ska bli mer självständiga och att de ska kunna ställa krav på vårdgivarna. Man föreslår även att Inspektionen för vård och omsorg (IVO) ska få väsentligt utökade resurser för att kunna bedriva inspektionsbaserad sjukvård. Således tror vi att en mer framkomlig väg vore att

säkerställa patientnämndernas ställning och utformning än att föreslå ett annat tillvägagångssätt än det som Klagomålsutredningen föreslagit.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 10: Angående ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare

Gällande kollektivavtal i den landstingskommunala sektorn ger rätt till högre ersättning för arbetad övertid. Enligt Allmänna bestämmelser (AB) § 20 har alla utom förvaltningschefer i detta avtal rätt till ekonomisk ersättning för arbetad övertid, med olika faktorer för enkel och kvalificerad övertid, som kan tas ut i pengar eller tid. Det finns dock en möjlighet där den anställde individen kan skriva bort rätten till kompensation för arbetad övertid i sitt anställningsavtal (AB 20, moment 8). Denna klausul används av vissa arbetsgivare som en normalklausul för överläkare och även specialistläkare på åtskilliga arbetsplatser inom sjukvården i Sverige.

På Karolinska sjukhuset har arbetsgivaren hösten 2014 börjat skriva bort övertid för läkare som tjänar över 50 000 kronor i månadslön. I Skåne har förvaltningschefen för förvaltning SUND (Helsingborg, Landskrona, Ängelholm och Trelleborg samt hela den offentligt drivna psykiatrin i Skåne) den 12 augusti 2015 beslutat att nyanställda i Skånevård SUND som har en månadslön över 44 500 kronor inte skall få betalt för övertid enligt AB samt att dessa inte heller bör ha flextid. I det privata näringslivet kan en bortskrivna rätt till övertid kompenseras med ett ökat antal semesterveckor eller med en högre lön. I sjukvården däremot får många ingen ersättning och i löneförhandlingen diskuteras ofta inte övertid. Men när avtalet kommer fram för underskrift finns där allt oftare en diskret passus: "Rätt till övertidsersättning enligt AB föreligger ej". Detta kan närmast beskrivas som bondfångeri!

Vid nyanställning och anställning på en högre tjänst är tyvärr många medlemmar 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. Detta har fungerat vid flera tillfällen ibland med hjälp av fackligt stöd från lokalföreningen. Att undvika att skriva bort denna rätt till ersättning blir allt mer viktigt när allt fler jourer schemaläggs av arbetsgivaren. 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. Läkaren kan möjligen, enligt en central och lokal protokollsanteckning, erhålla "om så är möjligt ledigt från arbetet för motsvarande tid". Utan bortavtalad kompensation för övertid hade läkaren haft rätt till ekonomisk ersättning för övertid för sitt arbete, med olika faktorer för enkel och kvalificerad övertid. Med ett högt pris för övertid har arbetsgivaren också ett ekonomiskt incitament att hålla nere övertiden, vilket skulle gynna arbetsmiljön.

Helsingborgs Sjukhusläkarförening och Sjukhusläkarna i Lund yrkar:

- att Sjukhusläkarna i sitt förbundsarbete verkar för att fler läkare skall ha rätt till ekonomisk ersättning för övertid.
- 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.

Styrelsens svar:

Sjukhusläkarna har arbetat för arbetstidsfrågan under många år då det är ett stort problem för många medlemmar med för stor arbetsbelastning och mycket övertid, ofta obetald, och arbetsplatser där inte ens vanlig arbetstidsregistrering sker på ett avtalsenligt sätt. När det gäller ekonomisk kompensation för övertid har vi under året arbetat för att det inte skall skrivas bort rutinemässigt vid anställning - se verksamhetsberättelse under förhandling - men där har FD inte varit lyckosam. Vi anser också att vid högre lönenivåer där det är brukligt att man skriver bort rätten till övertid så bör det ersättas på något annat sätt. Vi ämnar fortsätta arbetet att via FD påverka och arbeta med frågan och också belysa faktiska förhållanden mer ingående i tidningen Sjukhusläkaren.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 11: Angående arbetsgivarens anspråk på att läkare ska rekommendera behandling som saknar stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.

Legitimerad vårdpersonal ska utöva sitt yrke i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. När anställning inleds förutsätts det att arbetsgivaren och arbetstagaren är överens om detta. Tills vidare är några mistelpreparat för injektion godkända, men får endast försäljas mot recept. I överenskommelsen mellan arbetsgivare och läkare förutsätts det att all läkemedelsförskrivning ska vara förankrad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Detta innebär att svensk legitimerad läkare inte kan utfärda recept på mistelpreparat, och godkännandet av preparaten framstår som meningslöst om inte arbetsgivaren menar att läkare ibland bör frånga grund åtagandet.

Några huvudmän i landet har sedan en tid tillbaka tecknat avtal med Vidarkliniken i Järna vilket innebär att patienter kan få subventionerad vistelse på enheten, men att detta förutsätter remiss från behandlande läkare. Remisser ska enligt grund åtagandet mellan arbetsgivare och läkare alltid baseras på en bedömning grundad i vetenskap och beprövad erfarenhet. Det är inte rimligt att en legitimerad läkare på medicinska grunder rekommenderar vård på Vidarkliniken. Lika lite som läkare rekommenderar utlandsresa, SPA-vistelse eller retreat. Arbetsgivare vill/begär i detta fall att läkaren utfärdar en remiss på patientens begäran utan att rekommendera den behandling som ges på Vidarkliniken. Normalt ska läkare inte utfärda remisser på sådan grund – det riskerar att undergräva allmänhetens förtroende för sjukvårdens remissförfarande.

I sammanhanget kan poängteras att läkare inte har anledning att ifrågasätta patienters alternativa val av åtgärder för att påverka sin hälsa, såvida läkaren inte blir tillfrågad, eller det uppenbarligen kan uppstå risk för patientens hälsa. Det framförs emellanåt argumentet att sjukvården ska kunna tillmötesgå svårt sjuka människors önskan om att prova behandlingar utan säkerställd effekt, "halmstråprincipen". Om arbetsgivaren bedömer detta argument som tungt vägande kan naturligtvis avtal tecknas med aktörer som erbjuder healing, förbön, antroposofi mm. Men det är inte acceptabelt att involvera läkare genom krav på recept eller remiss. Efter det uppmärksammade kirurgfallet på Karolinska måste såväl arbetsgivaren som alla läkare vara tydliga med vad som innefattas i begreppet vetenskap och beprövad erfarenhet. I annat fall är det patienterna som i slutändan blir förlorare.

Jag yrkar härmed att Sjukhusläkarna genom sina kontakter med myndigheterna verkar för:

- att landstingen Avslutar sina avtal med Vidarkliniken.
- att endast läkemedel som uppvisar säkerhet och effekt enligt gällande metodik och regelverk godkänns inom den svenska läkemedelsmarknaden

Styrelsens svar:

Som motionären påpekar, och enligt Hälso-och sjukvårdslagen: "ska hälso-och sjukvårdspersonalen utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. En patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso-och sjukvård som utfyller dessa krav."

Därtill finns Patientsäkerhetslagens krav på att vetenskap och beprövad erfarenhet skall utgöra grunden för de behandlingsmetoder och läkemedel som vården använder sig av. Den Australiska hälsomyndigheten, National Health and Medical Research Council (NHMRC) kom i mars 2015 med en rapport vari det framgår att homeopatiska läkemedel saknar effekt. Rapporten publicerades efter att myndigheten låtit en oberoende expertgrupp göra en systematisk genomgång av den vetenskapliga litteraturen. Expertgruppen gjorde en analys av 1800 arbeten, varav 225 kontrollerade studier där effekten av homeopatiska medel undersöktes. NHMRC konstaterar att det inte finns någon sjukdom där det finns evidens att homeopati är effektiv och att homeopatiska medel inte skall användas för sjukdomstillstånd som är eller riskerar att bli allvarliga eller kroniska.

Sedan 1993 har antroposoferna (bland annat Vidarkliniken i Järna) beviljats undantag från den svensk läkemedelslagstiftning vilket lett till att deras homeopatiska medel kunnat användas som vanliga Läkemedel. På uppdrag av regeringen lämnade Läkemedelsverket i början av 2015 sin redovisning avseende införlivandet av artikel 16:2 i svensk läkemedelslagstiftning på vilket sätt homeopatiska/antroposofiska preparat kan godkännas utan krav på vetenskapliga effektstudier. De flesta yttranden som kommit in efter remissrundan visar på mycket starka kritik mot förslaget och majoriteten avråder i från detta. Hälso-, och sjukvårds minister Gabriel Wikström uttalade sig i frågan: "Regeringen har inte som avsikt att medverka till att antroposofiska läkemedel får en gräddfil till registrering eller godkännande, tvärtom handlar den pågående processen om att få slut på decennier av särbehandling genom ständiga beslut om undantag från det ordinarie regelverket om läkemedel."

Vi anser att överhuvudtaget benämning av homeopatiska/antroposofiska preparat som "läkemedel" utan dokumenterad effekt legitimerar dessa preparat och förstör allmänhetens förtroende för hälso-, och sjukvården. Att ingå avtal med Vidarkliniken på något sätt legitimerar användning av homeopatiska/antroposofiska preparat. Detta kan dessutom stå i strid med hälso-och sjukvårdslagens krav på en kostnadseffektiv hälso-och sjukvård.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 12: Angående schemalagd egentid för fortbildning

Den enskilde läkaren konfronteras så gott som dagligen med kliniska och medicinska problem, som han eller hon ska lösa och ansvara för. För att hålla sig uppdaterad behöver läkaren dels delta i organiserade fortbildningstillfällen och dels beredas tid att söka i medicinska databaser och läsa på för att lösa enskilda patientärenden i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet.

Sjukhusläkarna i Lund yrkar:

- att Sjukhusläkarna centralt verkar för schemalagd egentid för den enskilde läkaren att använda till egenutbildning på sin arbetsplats.

Styrelsens svar:

Styrelsen avser att återkomma till motionen vid fullmäktige.

Sent inkommen Motion 13: Angående förslag till Lagändring HSL §29a, angående Patientansvarig läkare

Att patienten får möjlighet att träffa samma läkare ger ökad trygghet för patienten. PAL förbättrar även patientsäkerheten och ger ett effektivare resursutnyttjande. Att multisjuka äldre och patienter med långvarig och återkommande allvarlig sjukdom har möjlighet att välja en ansvarig läkare borgar för kontinuitet och säkerhet i vården. En ansvarig läkare stärker också en jämlik vård, inte minst för patienter med sämre förmåga att tillgodose sina vårdbehov. Samtidigt är självklart även de andra professionerna i vården centrala för patientens trygghet och kontinuitet.

Läkarförbundet har nyligen presenterat en utredning där det framkommer brett stöd från läkare, patientföreträdare och pensionärer att återinföra PAL i mer flexibel tappning. En central slutsats är också att det inte var lagstiftarens intentioner att försämra patienternas möjligheter att få en namngiven ansvarig läkare när fast vårdkontakt infördes. Tvärtom har verksamheterna en skyldighet att utse en läkare för patienter som har behov eller önskar det. Vi har med andra ord en lagstiftning som inte följs. Därför kräver vi att vårdgivarna nu vidtar åtgärder så att alla patienter som behöver eller vill ha en läkare som fast vårdkontakt får det. Självklart ska läkaren ha befogenheter att agera för sina patienter. Vi anser även att den läkare som utses till fast vårdkontakt konsekvent bör benämnas PAL. Verksamheter som vårdar patienter med livshotande tillstånd, kroniska sjukdomar, andra allvarliga eller komplicerade sjukdomstillstånd, multisjuka äldre och patienter med nedsatt autonomi, bör enligt vår mening regelmässigt utse en PAL som fast vårdkontakt. För cancerpatienter och andra svårt sjuka patientgrupper ingår PAL självklart i multidisciplinära team.

Sjukhusläkarna Östra Skåne yrkar därför:

- att fullmäktige agerar för följande lagändring:
Föreslagen lagtext
29 a § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en *Patientansvarig läkare*.
Nuvarande lagtext
29 a § Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses. Om det är nödvändigt för att tillgodose dessa behov, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. *Lag (2010:243)*

Styrelsens svar:

Motionen har inkommit försent. Om FM godkänner att den ändå behandlas kommer vi redovisa vårt svar mer utförligt på FM. Detta är en mycket viktig motion som belyser en av de starkaste möjligheterna mot förbättring av vården med kontinuitet i form av utsedd patientansvarig läkare. Effektivitetsutredningen och även Läkarförbundets fokusgrupper i PAL-arbetet har dock kommit fram till att inte lagändring behövs utan att man kan ändra arbetsätt inom befintlig lagstiftning. Vi kommer diskutera ytterligare om så verkligen är fallet under FM och eventuellt skriva en motion i frågan till Läkarförbundets FM. Att som motionären gör att direkt föreslå ny lagtext är dock ingen framkomlig väg och styrelsen föreslår därför FM att med denna ordalydelse avslå motionen.

