

Motioner

från lokalavdelningarna 2017

Motion 1: Nya semesterhus

Läkarförbundet ägde tidigare ett antal semesterhus i Cagnes-sur-Mer på den franska Rivieran, vilka medlemmarna kunde hyra för ett rimligt pris. Husen var mycket uppskattade och vissa familjer återkom år efter år. Till många medlemmars besvikelse såldes husen för några år sedan. Det talades då om att husen skulle ersättas med andra alternativ t.ex. lägenheter i New York eller att rabatterade priser skulle erbjudas på vissa hotell.

Många medlemmar saknar insikt i vilket stort arbete som förbundet lägger ned i sitt politiska arbete, löneförhandlingar, enskilda medlemsärenden m.m. Det är inte ovanligt att medlemmar berättar om att de betalat medlemsavgiften under många år, men hävdar att de inte tagit förbundets tjänster i anspråk. Ett erbjudande om semesterhus eller rabatterade hotell- och resepriser är ett konkret exempel på att medlemskapet innebär fördelar.

Sjukhusläkarna i Uppsala län yrkar på

- att Sjukhusläkarna verkar för att Läkarförbundet ersätter semesterhusen i Frankrike med nya alternativ.
- att Sjukhusläkarna verkar för att Läkarförbundet erbjuder rabatter på hotell eller resor för medlemmar.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 1

Frågan om omfattningen av förbundets innehav av fritidsfastigheter har diskuterats i Läkarförbundets styrelse vid ett antal tillfällen. Läkarförbundet avser att förnya beståndet med nya fritidsfastigheter med fokus på södra Europa som ersättning för tidigare sålda fastigheter i Frankrike. Läkarförbundets styrelse har givit förbundsdirektören i uppdrag att återkomma till styrelsen med ett förslag om inköp av nya fritidsfastigheter enligt kriterierna listade nedan senast Q2 2017. En första resa är planerad under april med mål Barcelona och Marbella i samarbete med mäklarfirma.

Vid valet av nya förvärv ska hänsyn tas till att:

- läget och förvärvet ska utgöra en god investering
- medlemmarna ska uppfatta förmånen som attraktiv
- klimatet är sådant att beläggningsgraden blir hög året runt
- objekten är belägna inom en timmes avstånd från flygplats med tillgänglighet till både stad och strand
- objekten har modern och hög standard med plats för minst 6 personer
- det finns en serviceorganisation på plats som möjliggör en optimal förvaltning av objekten samt ger god service till medlemmarna

Avseende medlemsnytta är rabatterat pris på hotell eller resor en möjlighet som bör beaktas och som ska tas upp med förbundsdirektören.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionens första att-sats ska anses besvarad
- att bifalla motionens andra att-sats

Motion 2: Om patientorganisationer

Hösten 2016 presenterades ett förslag om att "patientorganisationer" (här förkortat PO:er) ska "vara representerade bland de ledamöter som företräder allmänna intressen" (lekmän) i varje etikprövningsnämnd (EPN). Trots att det rörde sig om ett lagförslag från departementet förklarade man inte vad som avsågs med en PO. En enkel sökning på nätet visar att det kan röra sig om minst 50 stycken. I alla fall har 49 PO:er valt att samarbeta med FASS.se.

Skälet till att man ville föra in särintressen i EPN var att man ville uppfylla "EU-förordningens definition av den nationella etikkommittén". Detta är inte korrekt! Det man säger i EU-förordningen är att etikkommittén ska inhämta synpunkter från patienter och PO:er, vilket är utmärkt, och det kan göras på många sätt. Det angivna förslaget måste dock tyvärr anses som ett av de sämsta.

Att utse en person från en PO som i EPN ska representera flera (eller alla?) PO:er kan tvärtemot EU:s goda intentioner försämra patientinflytandet! Inte kan det väl vara enklare för en enskild lekman att inhämta synpunkter från alla de PO:er

som kan beröras av de olika ärendena vid ett sammanträde med EPN än vad det är för övriga lekmän och vetenskapare att i berörda fall höra med den PO eller de PO:er som berörs? Och om ett projekt som avser forskningspersoner som kan antas tillhöra en viss PO torde en ledamot som företräder just denna PO knappast kunna delta i granskningen på grund av jäv. Vi uppfattar att departementets förslag är ett spel för gallerierna i syfte att vinna politiska poänger. Vi befarar att det framlagda förslaget kommer att följas av liknande förslag till olika ingrepp i det regelverk som gäller för sjukvården.

Sjukhusläkarna i Göteborg yrkar därför

- att Sjukhusläkarna fortlöpande uppmärksammar för- och nackdelar med inflytande från odefinierade patientorganisationer
- att Sjukhusläkarna med kraft verkar för att patienternas berättigade behov av inflytande på vården utformas på ett ändamålsenligt sätt.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 2

Hälso- och sjukvården har gradvis glidit över från ett läge där patienter och brukare sågs som passiva mottagare av service till att de själva gör aktiva val med stöd av professionen.

Ökad rörlighet, ändrade möjligheter att få kunskap som stöd för beslut och den medicintekniska utvecklingen såsom exempelvis FreeStyle Libre för bättre egenkontroll av blodsocker med mera ökar väsentligt patienternas och brukarnas möjligheter till vad som på nysvenska kallas ”medskapande”. Sjukhusläkarna bejaktar denna utveckling, men bägge parter behöver stärkas då även andra maktfaktorer såsom HR, organisationskonsulter och administratörer i största allmänhet anträt banan.

I brödtexten till denna motion diskuteras patientorganisationernas medverkan i etikprövningsnämnderna, men attsatserna är av allmän karaktär. Styrelsens erfarenhet är att företrädare för patientorganisationer gör stor nytta i sjukvårdsdebatten men att de ofta har svårt att stanna kvar på helikopterperspektivet i lägen då egna särintressen riskeras.

Styrelsen föreslår fullmäktige

- att bifalla motionen

Motion 3: Om fortsatt task-shifting

Vi har med stigande oro noterat det ökande antalet apotekare/farmaceuter som knyts till sjukhusens vårdavdelningar och mottagningar. Detta har kallats task-shifting och har av många hälsats som positivt. Man har t.ex. hävdat att detta skulle innebära en avlastning för läkare (och sjuksköterskor) och dessutom vara kostnadsbesparande. Detta är inte korrekt. Givetvis går det inte att ersätta personer som i sin profession utbildats att diagnosticera och behandla sjukdomar med personer som saknar sådan utbildning. Detta illustreras av att det är en minimal överlappning mellan läkar- och apotekarutbildningen, och att den som vill skola om sig från den ena till den andra professionen i princip inte kan tillgodoräkna sig något från sin föregående utbildning. Till syvende och sist är det alltid bara en person med medicinsk kompetens som kan bedöma en patient. Att ersätta personer med mångårig patientrelaterad utbildning – som läkare (och sjuksköterskor) har – med personer som saknar sådan utbildning och kompetens är inte heller en god användning av ändliga sjukvårdsresurser.

För att illustrera hur absurt det är att ersätta läkare/sjuksköterskor med farmaceuter, kan man dra en parallell till våra radiofysiker. Radiofysiker kan mycket om röntgen etc., men skulle nog inte anse sig kompetenta att välja vilka patienter som ska undersökas/behandlas och på vilket sätt, eller att sköta omvårdnaden. Att det skulle vara en avlastning för sjukvården att anställa flera sjukhusfysiker skulle nog inte många hålla med om.

Till detta kommer att farmaceuter och apotekare har en väsentligt högre lön än sköterskor, vilket innebär att effekten av ett byte av arbetstagarkategori faktiskt innebär ökade kostnader utan att detta resulterar i någon påvisbar nytta. Ingångslönen för en sjuksköterska är 25000 kr/månad, medan en receptarie/apotekare får 29000/32000 kr/månad i sjukvården. Vid 35 års ålder är lönen väsentligen densamma för sjuksköterskan, medan den för receptarien/apotekaren stigit till 33000/38000 kr/månad.

Förespråkarna för att farmaceuter och apotekare bör få ett ökat inflytande i sjukvården brukar hävda att det är vanligt att läkarna behandlar patienter på fel sätt. Sådana uttalanden baseras ofta på studier där läkemedelsbehandling analyserats med generella indikatorer eller där risksidan belysts ensidigt. Detta ger en skev bild av verkligheten eftersom all behandling handlar om en medicinsk bedömning av varje enskild patient. Medicinbiverkningar förekommer exempelvis endast i de fall någon ges medicin, och då måste förstås kalkylerad risk med en behandling vägas mot avsedd nytta.

Problemet med task-shifting har tidigare diskuterats inom Läkarförbundet, vilket tycks ha haft ringa effekt, eftersom vi noterar ett ökat intresse från våra arbetsgivare att använda sig av task-shifting. Enligt vår mening är det angeläget att förbundet fokuserar på denna fråga som är av grundläggande betydelse för medlemmarna.

Sjukhusläkarna i Göteborg yrkar därför

- att Sjukhusläkarna med kraft motverkar införande av task-shifting utan föregående trovärdiga och välunderbyggda analyser med betoning på att task-shifting inom sjukvården endast kan diskuteras i de fall det finns arbetstagare med likartade arbetsuppgifter och ansvarsförhållanden

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 3

Sjukhusläkarna anser att arbetet kan effektiviseras genom renodling av arbetsuppgifter till förmån för det som är värdeskapande för patienten. Däremot anser vi att task-shifting endast får ske utifrån medicinska grunder och välunderbyggda analyser. Syftet får inte vara utifrån ekonomiska grunder, andra yrkesgruppers önskan att göra något nytt eller på bekostnad av patientsäkerheten.

Vi delar uppfattningen om att task-shifting inte får innebära att arbetsuppgifter övertas av yrkesgrupper som inte har formell eller reell kompetens eller utbildning att utföra dem.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionens anses besvarad

Motion 4: Kognitiv arbetsmiljö - en viktig del av läkares arbetssituation

Tankearbete utgör en väsentlig del av läkares arbete och det bedrivs ofta framför datorer- vi inhämtar information om sjukhistoria, labvärden och undersökningssvar respektive dokumenterar och ordinerar i olika IT- system som ofta har brister i sina funktioner. Vi behöver vidare kunna inhämta ny kunskap för att ge bästa vård och gärna avancera forskningsfronten inom våra ämnesområden vilket även detta numera sker uteslutande via datorer och inte genom besök på bibliotek. Denna del av arbetsmiljön förbigås nästan helt i arbetsmiljökartläggningar – istället får vi frågor som ”Är bildskärmens överkant under ögonhöjd och placerad på armlängds avstånd från personen?” eller ”Finns det goda möjligheter till avlastning av armar och axlar?” (återfinns under rubriken ”Bildskärmsarbete” i en checklista för arbetsmiljöromd som ännu 2017 tillämpas vid SU).

Tankearbetets ergonomi är mer än bildskärmar och fysisk arbetsmiljö, det berörs knappast heller i de nya dimensionerna organisatorisk och social arbetsmiljö, och vi föreslår därför en ny dimension i arbetsmiljöarbetet: Kognitiv arbetsmiljö, som handlar om hur arbetssituationen kan stödja tankearbete och beslutsfattande. Viktiga faktorer inom kognitiv arbetsmiljö är att information är lätt tillgänglig och organiserad så att man lätt hittar det viktiga, utan att drunkna i ett informationsöverflöd och att relevanta riktlinjer är lätt tillgängliga. Flera aspekter som ska lyftas fram är att man har någon att fråga om råd, att man har tid avsatt och arbetsro (ostörd arbetsplats) för att reflektera och söka information, att man kan anpassa IT-system till det egna sättet att arbeta samt att systemen för dokumentation medger att man kan framhäva viktig information.

Många av dessa faktorer kan ge stöd för bättre utformning av framtida IT-system och det är angeläget att läkare kan delta i denna utveckling. För att kunna göra detta på ett bra sätt behövs mer kunskap om vad som går att göra i moderna IT-system.

Med stöd av ovanstående yrkar Sjukhusläkarna Göteborg

- att Sjukhusläkarna verkar för att kognitiv arbetsmiljö förs in som en dimension i arbetsmiljöarbete.
- att Sjukhusläkarna verkar för att läkare ska få stort inflytande över utformning av sjukvårdens IT-system
- att Sjukhusläkarna verkar för att mer utbildning i medicinsk informatik ska erbjudas inom både grundutbildning och på vidareutbildningsnivå

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 4

Arbetsmiljöverket publicerade 2014 en kunskapssammanställning med titeln: Den hjärnvänliga arbetsplatsen – kognition, kognitiva funktionsnedsättningar och arbetsmiljö. Visserligen var utgångspunkten hur arbetsplatser kan anpassas för de cirka 700 000 svenskar som har nedsatt kognitionsförmåga, men kunskapssammanställningen belyser kognitiv neurovetenskap i förhållande till arbetsmiljön även ur ett allmänt perspektiv.

I läkares vardag brister arbetsmiljön på många sätt och kombinationen brist på tid, ostördhet och dåliga gränssnitt/funktion i IT-systemen känner vi alla igen. Att som motionen föreslår mer aktivt arbeta för en kognitiv arbetsmiljö ser vi som att en ny dimension förs in i det fackliga arbetsmiljöarbetet. Utformning av IT-system är en oerhört komplex verksamhet och Sjukhusläkarna har länge verkat för att detta ska ske i samarbete med professionen.

Vår uppfattning är att beslutsfattare ofta undskattar värdet av det personliga patient - läkarmötet. Motionen begränsar sig till utformningen men även införande och fortlöpande utbildning av handhavande har stor betydelse. Pedagogiken på grundutbildningen har skiftat från mer renodlat katederundervisning till ett problembaserat lärande. Kommande generationer har sannolikt avsevärt större vana än tidigare generationer att hantera gränssnittet mellan hjärna och IT-system. I den trängsel av tid som finns på grund- och vidareutbildningsnivå synes det oävet att specificera ökad tid för specifika ämnesområden. Vi skulle hellre se att arbetslivet bereds ökade kunskaper om kognitiv arbetsmiljö som sådan.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionens första att-sats
- att motionens andra att-sats anses besvarad
- att avslå motionens tredje att-sats

Motion 5: Tid för fackligt arbete

Den fackliga representationen från Sjukhusläkarna i de lokala föreningarna (t.ex. i Stockholms Läkarförening) och i de centrala SACO råden (t.ex. i Stockholm SACO-SLL) samt den lokala representationen i den centrala styrelsen för Sjukhusläkarna kräver att den utvalda representanten engagerar sig i olika skrivelser och svar till olika motioner mm.

Idag har Sjukhusläkarna i Stockholm en representant i lokalföreningen samt i SACO-rådet och en representant i den centrala Sjukhusläkarstyrelsen. Båda dessa representanter utför ett bra och betydelsefullt arbete som kräver några timmar i veckan i förberedelse- och svarsarbete.

Representanterna får ersättning för förlorad arbetstid när deras närvaro krävs vid t.ex. internatarbete eller vid möten under arbetstid. Ingen av dem erhåller tyvärr tid för förberedelser av arbetet. Det har varit svårt att få facklig tid av de olika sjukhusens läkarföreningar eller SACO för detta arbete vilket leder till att de måste göra allt arbetet på fritiden. Att arbeta i styrelser och representera dem i olika former av fackliga föreningar kräver mer och mer arbetstid. Det upplevs som näst intill omöjligt idag att få tid för uppdraget. Svårigheten att rekrytera nya duktiga medarbetare är ett stort problem.

Sjukhusläkarna i Stockholm yrkar därför för

- att Sjukhusläkarna i Sverige möjliggör att representanterna i den centrala styrelsen och i lokala styrelser får tid avsatt för det fackliga arbetet, genom centrala beslut som avlastar de lokala föreningarna. Tiden måste ekonomiskt ersätta arbetsgivaren, inte representanten, så att representanterna kan få tiden för fackligt arbete tydliggjort i schemat.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 5

Fackligt arbete ska naturligtvis ersättas med tid i proportion till insats.

I Läkarförbundet disponeras förhandlingsmandatet och därmed den fackliga tiden av lokalföreningarna, i vilka sjukhusläkarna oftast torde vara i majoritet.

Om Sjukhusläkarnas fackliga insatser i olika avseenden så kräver torde det vara möjligt att få rimlig tid via den aktuella lokalföreningen. Detta borde kunna överenskommas lokalt, då förutsättningarna för det lokala fackliga arbetet varierar mycket över landet.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 6: Chefläkarens fristående och oberoende ställning

Vi är allvarligt oroade över det tilltagande hotet mot patientsäkerheten inom sjukvårdens nuvarande organisation. Inom många förvaltningar råder toppstyrning och tystnadskultur. Flera chefslager skapar ett avstånd mellan ledning och läkaren på golvet, som har det direkta medicinska patientansvaret. Många gånger saknar verksamhetschefen klinisk kompetens inom området han/hon är satt att leda.

Chefläkaren ska stå som en högsta garant för patientsäkerheten. Tidigare var chefläkaren oftast en äldre överläkare eller klinikchef, som hade läkarnas och personalens förtroende för sin oförvitlighet. Chefläkaren fungerande som förvaltningschefens högsta medicinska råd. I dagens sjukvårdsorganisation har chefläkaren ”tjänstemannifierats”. Chefläkarens fristående position är hotad. På många håll ingår chefläkaren inte längre i sjukhusledningen och kan vara underställd en stabschef. Allt oftare kan vi läsa i media att chefläkaren försäkrar att ”patientsäkerheten inte är hotad” trots att fakta talar för motsatsen. Är chefläkaren inte ”lydig” riskerar han/hon sitt arbete.

Sjukhusläkarna i Lund och Uppsala län yrkar att Sjukhusläkarna verkar för

- en lag som reglerar och definierar chefläkarens oberoende ställning och arbetsuppgifter
- att chefläkaren anställs av arbetsgivaren tillsammans med representanter för patienter och personal, men att arbetsgivaren står för chefläkarens lön och att samma grupp beslutar om avslutning av uppdraget.
- att chefläkaren ingår i sjukhusledningen

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 6

Motionären lyfter fram den alltmer pressade situationen i svensk sjukvård och behovet av oberoende bevakare av patientsäkerheten. Chefläkarens roll och placering i organisationen varierar inom de olika landstingen och styrs inte av någon separat lag. Socialstyrelsens föreskrifter säger att vårdgivaren är skyldig att utse en anmälningsansvarig för Lex Maria ärenden vilket har blivit en del av chefläkaruppdraget. Chefläkare är anställda av vårdgivaren på olika anställningsgrad och med olika arbetsbeskrivningar men där patientsäkerhetsarbetet är en huvuduppgift. För att kunna/våga uttala sig i såväl media som att sätta press på vårdgivaren föreslår motionären att chefläkare ska stå fritt i organisationen. Sjukhusläkarna har noterat detta behov vid flera sjukhus i landet och kommer att motionera till SLF fullmäktige med förslag att verka för att Socialstyrelsen utarbetar föreskrift som tydligt definierar chefläkaruppdraget och vikten av dennes oberoende ställning gentemot vårdgivaren.

Anställningen bör var statlig med olika tjänstgöringsgrader/kombinationsanställning. Detta skulle ge en friare position som del i sjukhusledningen då vårdgivaren inte är arbetsgivare. Chefläkare måste våga rikta kritik mot patientsäkerheten när sådan är påkallad.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

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

Motion 7: Fortbildning för läkare

Läkaryrket är baserat på kunskap, kompetens och erfarenhet. Läkarna utgör sjukvårdens dyraste resurs. Det tar väldigt många år innan en läkare blir självständig och kan driva utvecklingen framåt inom sin specialitet. Att behålla och utveckla denna för sjukvården och patientsäkerheten så viktiga humankapital torde vara en viktig fråga såväl för våra politiker som för sjukvårdens ledning som för den enskilde läkaren.

I Sverige strävar man efter jämställd vård oberoende av geografisk tillhörighet, varför nationella föreskrifter avseende utveckling av läkarnas kompetens är nödvändiga så att den individuella läkarens fortbildning inte beror på de enskilda landstingens eller förvaltningarnas aktuella ekonomiska läge. På lokal nivå är det viktigt att varje klinik och förvaltning ansvarar för att utveckla den individuella läkarens kompetens till gagn för verksamheten. Fortbildningen får inte vara beroende av klinikens aktuella ekonomiska läge utan ska vara ett övergripande kvalitetskrav som ska följas upp årligen både på individ-, klinik- och förvaltningsnivå.

Sjukhusläkarna i Lund yrkar att Sjukhusläkarna

- verkar för att diskussionen med SoS intensifieras med målet att få en nationell föreskrift
- på olika sätt verkar för att närmsta chefen varje år tar upp en fortbildningsplan i medarbetarsamtalet och att AG redovisar att en fortbildningsplan är upprättad
- på olika sätt verkar för en uppföljning av hur många som uppfyller den stipulerade utbildningsplanen på individnivå och har genomfört fortbildning – bör redovisas på individ-, klinik och förvaltningsnivå årligen.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 7

Vår vision för läkares kompetensutveckling är att alla läkare ska ha goda förutsättningar att under hela sitt yrkesliv ta till sig ny kunskap. Läkarnas kompetens har en avgörande betydelse för sjukvårdens kvalitet. Det finns vetenskapligt stöd för att resultaten i vården försämras om fortbildningen eftersätts, även beträffande läkare med lång erfarenhet. Detta gäller hela bredden av professionell förmåga, inte bara kunskap inom det egna expertområdet.

Sjukhusläkarna vill att:

- läkarnas fortbildning regleras i föreskrift
- varje läkare ska ha en individuell fortbildningsplan
- det inom varje verksamhet ska finnas budget för extern fortbildning
- fortbildningen ska redovisas i verksamhetsberättelse/kvalitetsbokslut och granskas genom extern uppföljning

Sjukhusläkarna tycker att de fyra ovanstående punkterna sammanfattar den policy som vi arbetar för att genomföra och de innehåller de förslag som motionären föreslår.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionen

Motion 8: Läkarnas ledarskap

Dagligen rapporterar media om vårdplatsbrist och brist på intensivvårdsplatser på våra sjukhus. Egentligen rör det sig inte om bristen på vårdplatser utan om nedstängning pga sjuksköterskeflykt. Denna brist ställer tidvis orimliga krav på de medicinskt ansvariga läkarna. Läkaren på akutmottagningen, mottagningen eller vårdavdelningen kan tvingas välja vilken patient som klarar sig utan slutenvård, trots att vetenskap och beprövad erfarenhet förordar inläggning på sjukhus. Patienter som är intagna för planerade operationer kan skickas hem innan operation, tom när de ligger på operationsbordet, då deras vårdplats kan behövas omedelbart för en patient från akutmottagningen. Denna ständiga konflikt mellan vad som är medicinskt rätt och vad som är praktiskt möjligt skapar en tung psykosocial arbetsmiljö för läkaren.

För att komma till rätta med dessa missförhållanden skapar sjukhusförvaltningarna allt större administrativa överbyggnader. Samtidigt har läkarna marginaliserats från den kliniska ledningen och samlats i en parallellorganisation utan inflytande på vårdens och övrig personals organisation. Respekten för varje professions specifika kliniska kompetens har slagits sönder, det multiprofessionella teamets arbete kring patienten stöds inte längre av organisationsstrukturen.

I den kliniska vardagen ”ute på golvet” är det läkaren som leder. Det är en självklarhet att vården utgår från mötet mellan patient och läkare och därefter träder de andra yrkesgrupperna in med sina speciella kompetenser utifrån patientens behov

och läkarens instruktioner. Denna ordning skapar struktur och trygghet. Alla vet vad som gäller och hur man ska förhålla sig. För att sjukvården ska fungera behövs samma struktur på kliniknivå. Klinikchefen ska ha ämneskompetens och kunna ta ansvar för medicinska och ekonomiska prioriteringar och beslut. Självklart ska klinikchefen ha goda ledaregenskaper.

Sjukhusläkarna i Lund yrkar därför att Sjukhusläkarna verkar för

- Att verksamheter (=kliniker) blir den lägsta organisatoriska enheten inom ett sjukhus med egen verksamhetschef
- Att verksamhetschefen har medicinsk och ämnesspecifik kompetens
- Att medicinskt ledningsansvariga läkare leder avdelningar/enheter inom kliniken i ett parledarskap med enhetschefen
- Att det medicinska mandatet förankras i läkarens yrkesetik, hälso- och sjukvårdslagen samt vetenskap och beprövad erfarenhet. På lokal nivå är det viktigt att varje klinik och förvaltning ansvarar för att utveckla den individuella läkarens kompetens till gagn för verksamheten. Fortbildningen får inte vara beroende av klinikens aktuella ekonomiska läge utan ska vara ett övergripande kvalitetskrav som ska följas upp årligen både på individ-, klinik- och förvaltningsnivå.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 8

Motionen belyser en viktig problematik, nämligen att läkare behövs på alla nivåer i hälso- och sjukvårdens ledning. Vi stödjer helhjärtat motionärens intention, och vi tror att exempelvis vårdplatsproblematiken aldrig skulle ha nått dagens orimliga proportioner med en ökad medicinsk kompetens i form av läkare med mandat att leda vårdavdelningarna. Vi ställer oss däremot något tveksamma till om ett par-ledarskap med en enhetschef är rätt väg att gå, men delar synen att läkare behöver vara aktiva även på nivån: avdelning/enhet då de medicinska behoven måste genomsyra verksamheten. För att läkare ska åta sig ledarskap måste förutsättningarna vara goda och mandatet följa uppdraget. Sjukhusläkarna deltar aktivt i en arbetsgrupp inom Läkarförbundet med målet att förbättra förutsättningarna för att få fler läkare att välja att ta rollen som chef och ledare inom hälso- och sjukvården.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att bifalla motionens första, andra och fjärde att-sats
- att motionens tredje att-sats ska anses besvarad

Motion 9: Hur mycket arbetar sjukhusläkarna?

På Läkarförbundets uppdrag har konsultföretaget PwC undersökt om läkares arbetstider stödjer kraven på en kostnads-effektiv och patientsäker hälso- och sjukvård. Kartläggningen Läkares arbetstider publicerades den 18 januari 2017 och visar att läkare som grupp arbetar mer än normalarbetstiden på 40-timmar i veckan, även efter uttag av kompensationsledighet (41,1 timmar).

Men det finns en stor brist i utredningen, eftersom den bara befattar sig med den registrerade arbetstiden. Arbetsgivarens tidsregistreringssystem registrerar oftast bara ersättningsgrundande tid. På en del arbetsplats finns en kultur där obetald övertid inte registreras. Detta trots att det enligt Arbetstidslagen (ATL) finns lagstadgade krav om att arbetsgivaren ska föra anteckningar om den arbetade övertiden och registrera dessa i två års tid. ATL är en tvingande lag med straffsanktioner.

År 2014 gjorde Norges läkarförbund en arbetstidsundersökning för alla sjukhusläkare i Norge som visade att Norges sjukhusläkare arbetar drygt 1,8 miljoner timmar per år utan att få ersättning. Det motsvarade omkring tre timmar gratis arbete i veckan per läkare. Även i Sverige torde det finnas goda skäl att göra en undersökning om verklig arbetad tid för läkare såväl ur en ersättningsaspekt, som ur en arbetsmiljöaspekt – ATL är en skyddslag.

Sjukhusläkarna i Lund, Ängelholms Sjukhusläkarförening och Helsingborgs Sjukhusläkarförening yrkar

- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundspolitiska arbete verkar för att Läkarförbundet i en arbetstidsundersökning för läkare ska undersöka förekomsten av registrerad tid och oregistrerad arbetstid
- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundspolitiska arbete verkar för att Läkarförbundet genomför en arbetstidsundersökning för läkare som registrerar verklig arbetad tid som man arbetar såväl dagtid som jourtid
- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundspolitiska arbete verkar för att Läkarförbundet i en arbetstidsundersökning för läkare ska undersöka verklig arbetad tid och hur stor andel av arbetad övertid som är ersatt med lön eller ledighet
- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundspolitiska arbete verkar för att Läkarförbundet i en arbetstidsundersökning för läkare ska undersöka hur läkare får ersättning, om man inte kan ta ut schemalagda raster utan istället tvingas att ha måltidspaus eller inte äta alls

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 9

Läkares arbetstid är en angelägen facklig fråga, som styrs av avtal och möjligen också till en del av traditioner och vana. För att få fakta i ärendet har en oberoende undersökning baserad på arbetsgivarens uppgifter gjorts. Goda möjligheter finns att lokalt genomföra ytterligare undersökningar med större fördjupning, enligt motionärens uppfattning. Denna

undersökning behöver sannolikt genomföras prospektivt – direkt mot medlemmarna – då många av de arbetstidssystem som används idag inte klart separerar arbetad tid från ekonomiskt ersatt tid.

Vi uppfattar att en generell undersökning av dessa förhållanden – oavsett angelägenhetsgrad – är svår att genomföra med ett nationellt perspektiv. Således finner vi att det med motionärens önskemål i fokus är lämpligast att den hänskjutes till lokalföreningarna. Att raster inte tas ut eller begränsas av pågående ansvar är även det en angelägen fråga, vilken varje lokalförening har att hantera. Vår uppfattning är att det generellt inom många verksamheter förekommer att ostörd rast inte kan tas ut.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 10: Ekonomisk ersättning för arbetad övertid för läkare

I Allmänna Bestämmelser står att rätten till ekonomisk ersättning för övertid kan avtalas bort av den anställde, som kan skriva bort rätten till kompensation för arbetad övertid i sitt anställningsavtal (AB § 20, moment 8). Men enligt Läkarförbundet betyder inte paragrafen att arbetsgivaren kan sätta detta i system. 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. På flera håll har det förekommit att läkaren först träffat ett muntligt anställningsavtal utan att diskutera övertidsfrågan varefter arbetsgivaren skrivit bort rätten till ekonomisk ersättning för övertid enligt AB i det skriftliga anställningsavtalet, utan att informera läkaren om detta.

I Lund och Helsingborg har man tidigare inte skrivit bort övertid enligt AB. Men i augusti 2015 beslutade Förvaltning Skånevård SUND – där Helsingborg, Landskrona, Ängelholm, Trelleborg samt Region Skånes offentligt driva psykiatri ingår – att alla nyanställda medarbetare inom förvaltningen med en månadslön över 44 500 kronor ”ska som regel” inte ha rätt till betald övertid och heller inte bör omfattas av flexitidsavtalet.

Läkarförbundet Skåne lyckades att få arbetsgivaren att ändra beslutet. Efter drygt sex månaders förhandlingar enades parterna i slutet av oktober 2016 om att arbetsgivaren ska upphäva beslutet om att skriva bort ekonomisk ersättning för övertid även för nyanställda som tjänar mer än 44500 kronor i månaden. Dessutom kommer alla att ha möjlighet att omfattas av flexitidsavtalet. Sedan den 1 november har det också skrivits nya anställningsavtal med de läkare som tidigare haft kontrakt med passusen ”Rätt till övertidsersättning enligt AB föreligger ej”. Sammanlagt berörs drygt 100 läkare i psykiatri i Skåne samt många läkare inom somatiken i SUND.

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. 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. Med ett högt pris för övertid skapas ett ekonomiskt incitament att minska övertiden, vilket gynnar arbetsmiljön.

Sjukhusläkarna i Lund, Ängelholms Sjukhusläkarförening och Helsingborgs Sjukhusläkarförening yrkar

- Att Sjukhusläkarna i sitt förbundsarbete verkar för att fler läkare ska 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.

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 10

Sjukhusläkarna är medvetna om problemet med bortskrivna övertid och frågan har varit speciellt aktuell under det senaste året då man förberett det nu pågående avtalsarbetet. I det yrkande läkarförbundet lämnat till SKL/Pacta är övertidsfrågan aktualiserad bl.a. på initiativ av Sjukhusläkarna. Läkarförbundet har yrkat att övertiden inte ska kunna skrivas bort rutinmässigt, men att övertid ska vara förhandlingsbart mot en konkret individuell ersättning (t ex extra semester) och med en bestämd tidsgräns på ett år. Således ställer sig Sjukhusläkarna bakom motionärens förslag.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionen anses besvarad

Motion 11: Till försvar för bibehållen allmäntjänstgöring, AT

Introduktionen av allmäntjänstgöringen i Sverige kom att innebära en väsentlig standardhöjning av den unga läkarens introduktion i läkaryrket jämfört med den tidigare assistenttjänstgöringen i medicin och kirurgi. Anledningen till införandet av AT var flera. Rekryteringen av läkare till bristområden som primärvården, som var under utbyggnad, och psykiatri behövde stärkas och underlaget breddas; den nyutexaminerade läkarens möjligheter att pröva på flera olika

specialiteter underlättas. Samtidigt ersattes oavlönad assistenttjänstgöring med betald tjänstgöring. Man kan utan överdrift säga att AT har tjänat den svenska läkarkåren och sjukvården väl.

Allt sedan det blev aktuellt, efter Stefan Lindgrens utredning, att eventuellt ersätta AT med förlängd läkarutbildning och en kraftigt förkortad introduktionsutbildning har vi intervjuat ett stort antal AT-läkare i Västerås om deras syn på sloandet av AT och förlängd universitetsutbildning och fått endast ett (!) positivt svar för en förändring i den riktning som Stefan Lindgren föreslagit. Alla andra har tyckt att AT är en utmärkt konstruktion som ger möjlighet att växa in i läkarrollen samt pejla vad man kan tänka sig för framtida specialitet. Att lösa de problem, som uppstått genom att läkare från annat EU-land får legitimation utan motsvarande svensk AT, med att försämra utbildningen fram till legitimation för läkare utbildade i Sverige anser vi vara ett stort misstag.

Sjukhusläkarna Västmanland yrkar

- Att styrelsen för Sjukhusläkarna ska verka för en bibehållen AT avseende längd och omfattning
- Att styrelsen för Sjukhusläkarna medverkar till förslag på hur läkare med legitimation från annat EU-land ska kunna erbjudas organiserad och kvalitetssäkrad introduktion i svensk sjukvård

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 11

Sjukhusläkarna instämmer med intentionerna i motionen. AT är och har varit en utmärkt klinisk introduktion till Läkaryrket. Sjukhusläkarna har under de senaste åren på alla sätt stridigt för AT-utbildningens fortlevnad men bland annat med hänvisning till frågan om legitimation av kollegor från annat U-land har vi fått acceptera att kompromissa. I den utredning som pågår föreslås den kliniska introduktionen att ske efter en 6-årig läkarutbildning som leder fram till läkarlegitimation och därefter planeras ytterligare en klinisk påbyggnad. Sjukhusläkarna bevakar och verkar för att läkarutbildningen följs av ett ettårigt kliniskt introduktions-år för alla legitimerade läkare. Detta skulle innebära en harmonisering av Europeiska läkarutbildningar som dom bedrivs i exempelvis Storbritannien, Danmark och Norge. Ett kliniskt basår kommer att ge en likvärdig klinisk start för alla legitimerade läkare i Sverige oavsett vilket Europeiskt land man studerat i. Denna sammanvägning av utbildning och klinisk start medför att AT-tidens längd inte går att försvara om vi vill vinna en lösning för alla legitimerade läkare i Sverige.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att avslå motionens första att-sats
- att bifalla motionens andra att-sats

Motion 12: Till försvar för det professionella personliga mötet mellan läkare och patient

Det kommer allt fler rapporter och förslag om så kallade digitala möten mellan behandlande läkare och patient d.v.s. läkaren och patienten sitter i varsin ända av en optisk fiber ibland i realtid men oftast med timmars/dagars fördröjning. Ofta anförs effektivitetsargument, ibland bekvämlighetsargument. Den första digitala vårdcentralen har startats. Även vi ser och bejakar de möjligheter som den nya digitala tekniken erbjuder men vi ser också att tekniken kan komma att missbrukas och även utnyttjas av ”smarta” entreprenörer. Vi får inte glömma bort att ett patientmöte inte bara består av verbal kommunikation utan är något mycket mer som t.ex. känslan i ett ansiktsuttryck hos patienten, doften, synintrycken, samspelet mellan patienten och en anhörig/vän som är med vid konsultationen m.m.

Sjukhusläkarna Västmanland yrkar

- Att styrelsen för Sjukhusläkarna verkar för att ur olika aspekter belysa och försvara det personliga mötet mellan läkare och patient och att när nya former av patient/läkarrelationer introduceras ska de bygga på evidens

Svar från Sjukhusläkarnas styrelse till motion 12

Enligt senaste OECD rapporten har svensk sjukvård en hög medicinsk kvalitet i många avseende men däremot sviktande resultat beträffande i bemötande och tillgänglighet. Styrelsen anser därför att denna motion är mycket angelägen. I Sjukhusläkarnas långsiktiga strategidokument; Sjukhusläkarna vill redogöra vår politik i frågan: ”Mötet mellan patient och läkare är centralt i sjukvården. Målet för kompetensutveckling, teknologi och struktur i sjukvården ska vara att optimera detta möte och ge de bästa förutsättningarna för kontinuitet, diagnostik, behandling och omvårdnad. Alla patienter med ett återkommande vårdbehov ska erbjudas en patientsvarig läkare, PAL. Patienternas sjukdomspanorama avgör om flera PAL behövs.”

Sjukhusläkarna ser nu att utvecklingen går mot ytterligare digitalisering i kommunikation mellan patient och läkare. Vi tror att detta kan avlasta sjukvården, exempelvis inom glesbygdsmedicin (Glesbygds Medicin Centrum GMC). Fortsatta former för digitaliserad vård kräver utvärdering och uppföljning av kvalitet och resultat.

Styrelsen föreslår fullmäktige:

- att motionens anses besvarad