49 Bort med ekonomiska hinder!

Motionär: DLF, Sjukhusläkarna och SPLF

Det är många myndigheter på statlig, regional och lokal nivå som behöver läkare som rådgivare i olika processer. Det är viktigt att vi läkare kan delta i sådant arbete, eftersom många regler och riktlinjer tas fram på detta sätt. Tyvärr finns ekonomiska hinder för läkare att delta, då sådant arbete kräver att man lämnar kliniken utan att denna kompetensernas för lönekostnad och produktionsbortfall. Tex har det framkommit svårigheter att rekrytera specialistläkare i allmänmedicin till den nya kunskapsstyrningen. Samma problematik gäller lokalt och regionalt även för alla andra specialister tex vid framtagande av vårdrutiner, arbete med IT-system, medverkande i referensgrupper. Problemet ökar när allt fler verksamheter övergår till vårdval, där ersättningarna till mottagningarna oftast är produktionsbaserade.

DLF, Sjukhusläkarna och SPLF yrkar

- **att** SLF ska verka för att ersättning utgår för löne- och produktionsbortfall till vårdgivare så att läkare kan delta i hälso- och sjukvårdsutveckling, på nationell och lokal nivå, oavsett om vårdgivaren är privat eller offentlig

Svar:

Vi anser precis som motionären att det är ett stort problem om inte läkare kan delta i hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling. Det är helt avgörande att läkare kan delta i denna och det borde ligga i allas intresse att rutiner finns på plats för att säkerställa detta. Läkarförbundet kommer att verka för att ta bort ekonomiska och administrativa hinder för läkare att delta i hälso- och sjukvårdens kvalitetsutveckling.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- **att bifalla** motionen

50 Hälsofarlig slamspridning på åkermark måste upphöra

Motionär: Sjukhusläkarna, Svensk Förening för Allmänmedicin, Läkare för Miljön

I Sverige tippas minst 60 000 ton torkad slam (1/3 av allt slam), från hushålls-, industri- och dagvattenavlopp på våra åkrar. Slamutredningen (SOU 2020:3) frångick sitt direktiv genom att föreslå fortsatt slamspridning som sitt huvudförslag (2) . Alternativet (1) - successiv utfasning, med en teknik för giftfri fosforåtervinning ur slammet, avvisas. Remisstiden är över och riksdagen ska senare under året fatta beslut i frågan.

Den huvudsakliga drivkraften för slamspridning är dels kvittblivning av stora volymer och dels att slammet i viss mån innehåller gödselämnen som fosfor och kväve.

Dessa fördelar ska sedan vägas mot att det i slammet finns många hälsofarliga ämnen som: 38 ton antibiotika och andra läkemedelsrester per år, hormonstörande kemikalier, bromerade flamskyddsmedel, kemikaliegruppen PFAS, mikroplaster, kadmium och andra tungmetaller, smittämnen och en mängd okända, möjligen hälsofarliga ämnen. Därtill kommer okända cocktaileffekter.

Avloppsslam från hushåll, industrier och dagvatten innehåller en gigantisk blandning av kända och okända kemikalier från alla världens hörn och är knappast ett kretslopp. Sammanlagt kan det finnas 100 000-tals främmande ämnen i slammet. Många av dessa ämnen återfinns i våra livsmedel, komna från slamgödda marker. Ämnen som kan finnas i slammet är i dag epidemiologiskt kopplade till, inte bara skadliga effekter i ekosystemen, utan även till skador på människa som minskad fertilitet, missbildningar i urogenitalorganen, benskörhet, cancer, diabetes, fetma och störd mental utveckling. Så länge spridning av förorenat slam är tillåtet kommer halterna av metaller och långlivade naturfrämmande ämnen att öka. Ett sådant jordbruk är ohållbart.

Slam kan förbrännas och ren fosfor extraheras. Man kan ta hand om energin genom biogasproduktion före förbränning. Våtpyrolys är en kostnadseffektiv metod och kan kombineras med fosforåtervinning. Kan man i andra länder, som Tyskland, så kan vi.

I Läkarförbundets klimatpolicy står att hänsyn till miljön ska genomsyra hela verksamheten och vara en del av det dagliga arbetet och att ”man ska identifiera och stödja åtgärder som både minskar miljöpåverkan, men också leder till förbättrad hälsa”. I folkhälsopolicyn står det att ”ambitionsnivån behöver höjas hos alla aktörer, inklusive hälso- och sjukvården, när det gäller att tydliggöra kostrelaterade hälsorisker”. Man skall därför eftersträva giftfri odlingsmark. Försiktighetsprincipen måste gälla, i allra högsta grad när det gäller gifter på den jord som ska föda oss och våra barn och kommande generationer.

Varken Sveriges läkarförbund eller Svenska Läkarsällskapet har, i en så viktig hälsofråga som slamspridning, varit remissinstanser för slamutredningen.

Yrkande:

- **att** Sveriges läkarförbund beslutar att verka mot spridning av miljöfarligt slam.
- **att** Sveriges läkarförbund stödjer slamutredningens alternativa förslag om en successiv utfasning av slamspridning på åkermark.

Svar:

Läkare har med sin kompetens och sitt förtroende en central och viktig roll i arbetet inom klimat- och hälsoområdet, och Läkarförbundet arbetar aktivt med hållbarhet och miljöfrågor.

45 SKR borde bli en myndighet och omfattas av offentlighetsprincipen

Motionär: Upplands allmänna läkarförening och Sjukhusläkarna

I flera artiklar har Fia Ewald, informationssäkerhetsexpert och tidigare chef för MSB:s enhet för systematisk informationssäkerhet, beskrivit hur Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har gått från att ha varit en renodlad arbetsgivarorganisation med uppgift att ge sina medlemmar stöd i förhandlingar med de anställdas organisationer till att bli en organisation med ständigt växande antal anställda som kontinuerligt påtar sig nya operativa uppgifter. Mycket skattemedel fördelas via SKR, bl.a. till den egna interna organisationen och till att bygga ett nytt huvudkontor. SKR har också placerat sina nuvarande och tidigare anställa i många utredningar, med stor inverkan på sjukvården.

Organisationen leds indirekt av valda politiker vilka även har kontroll över de bolag som ingår i SKR-sfär t.ex. Inera, som påverkar läkarnas arbete högst väsentligt, men med mycket litet inflytande för läkarkåren. I strid med Arbetsmiljölagen görs inga riskbedömningar av arbetsmiljöeffekterna av INERA:s beslut.

Under COVID-epidemin utsätts Arbetsmiljöverkets ledning för hård press från SKR, vilket fick Arbetsmiljöverket att backa i fråga om hur mycket skyddsutrustning som krävdes på äldreboende. Ett skarpt expertutlåtande raderades från Arbetsmiljöverkets diarium, vilket är föremål för JO:s granskning. Andra arbetsgivare får nöja sig med att överklaga till förvaltningsrätten om de är missnöjda med Arbetsmiljöverkets beslut. Vilka från SKR som satte både anställdas och vårdtagares liv på spel går inte att få fram.

Fia Ewald framhåller att enligt svensk lagstiftning ska offentlighetsprincipen tillämpas i alla myndigheter (inklusive kommuner och regioner) samt i kommunala bolag. För en ytlig betraktare förefaller SKR uppfylla kriteriet. Ändå omfattas inte SKR av offentlighetsprincipen utan fungerar mer som en hemlig klubb, ett förhållande som är minst sagt förvånande. SKR kan heller inte ställas till svars för sina beslut. Ändå påstår SKR:s ordförande Anders Knape att demokratin skulle tas bort, om staten skulle få större inflytande över sjukvården.

I arbetsgivarorganisationer vars enda syfte är att förhandla arbetsvillkor kan hemlighetsmakeriet möjligen accepteras, men i en organisation som för kommuners och regioners talan i en mängd frågor, opinionsbildar på ett inte helt okontroversiellt sätt och dessutom leder allt fler operativa verksamheter samt är skattefinansierat är det oacceptabelt med detta hemlighetsmakeri. Inte minst det faktum att det inte går att utkräva ansvar borde ses som en mycket misskläddande fläck i det offentliga Sverige, anser Fia Ewald.

Den demokratiska processen urlakas markant i och med överförandet av frågor till SKR, som fungerar allt mer som en mellanstation mellan statliga och kommunala myndigheter som också kan komma att hantera känslig information som rör exempelvis den personliga integriteten. Eftersom Offentlighets- och sekretesslagen inte gäller kan det vara svårt för myndigheterna att reglera eller överblicka hur informationen hanteras i föreningen SKR. Samtidigt är det svårt för kommuner och regioner att ifrågasätta att lämna ut information om sina förhållanden till SKR.

Arkivlagen ställer krav på att allmänna handlingar ska bevaras inte bara av insynsskäl, utan även för att garantera rättssäkerhet och möjlighet till forskning. Risken för att den offentligt finansierade verksamheten SKR med sin allt tyngre samhällsroll inte lämnar ett bra forskningsmaterial efter sig är överhängande.

Eftersom SKR agerar som en myndighet ska organisationen behandlas som en myndighet. Det är dags för SKR att inte bara byta namn utan även vara beredda på att ta ansvar i förhållande till sitt inflytande. Det är dags att tvinga ut SKR:s makthavare ur den behagliga hemliga stugvärmen, detta är vad demokratisk anständighet kräver. SKR är en arbetsgivare- och intresseorganisation utan demokratisk insyn. SKR har i många frågor professionen som motpart. Det finns inget skäl att acceptera SKR i den självpåtagna rollen som medicinsk kunskapsorganisation.

Upplands allmänna läkarförening och Sjukhusläkarna yrkar att

- **Att** Läkarförbundet verkar för att SKR blir en myndighet och omfattas av kraven på offentlighet och sekretess.

Svar:

Förbundsstyrelsen anser att motionärerna pekar på en viktig aspekt i landets demokratiska principer om ansvarsutkrävande och transparens.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är en arbetsgivar- och medlemsorganisation bestående av kommuner och regioner. I Sverige råder föreningsfrihet, vilket innebär en rätt att bilda och tillhöra föreningar utan statsmaktens och/eller andra aktörers ingrepp. Kommuner och regioner är egna juridiska personer med samma rätt som alla andra att organisera sig på det sätt de finner lämpligt. En ideell förening kan inte övertas av staten och omvandlas till en myndighet.

Som ideell förening lyder SKR därför inte under offentlighetsprincipen såsom till exempel en myndighet eller kommuner och regioner. I en ideell förening är det i stället dess styrelse som avgör hur transparent föreningen ska vara.

Under senare år har frågor kopplade till ansvarsutkrävande och transparens vad gäller SKR:s verksamhet debatterats. Givet att SKR alltmer kommit att agera på statens uppdrag i frågor om till exempel hälso- och sjukvård samt att dess makt- och påverkansfaktor är stor i svensk samhällsutveckling och politik, har betydelsen av insyn i föreningens verksamhet avsevärt ökat.

Även Riksrevisionen har i en rapport - Staten och vården – en slutrapport av statens styrning på vårdområdet (RiR-2017:3) kritiserat maktförskjutningen till SKR. I rapporten riktas kritik mot att Sveriges kommuner och landsting (SKL), numera SKR, fått en framskjuten roll i styrningen av hälso- och sjukvården på bekostnad av Socialstyrelsen. Riksrevisionen påpekar att staten inte tagit hänsyn till konsekvenserna av att använda en intresseorganisation som en del av dess förvaltning.

Förbundsstyrelsen håller med om att SKR, som en skattefinansierad ideell förening med en betydande roll i samhällsutvecklingen, borde välja att tillämpa offentlighetsprincipen i sin verksamhet. Sveriges Läkarförbund kommer fortsätta att framföra vikten av ansvarsutkrävande och transparens i SKR:s verksamhet.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen

42 AT / BT bör finansieras, fördelas och kvalitetssäkras nationellt!

Motionär: Sjukhusläkarna och SYLF

Syftet med AT och BT är att skola in nya läkare i arbetslivet så att de kommer in i sitt framtida yrke på ett bra sätt med tillräckligt stöd och god handledning. När detta inte fungerar antingen beroende på bristande tillgång på tjänster eller dåligt utformad tjänstgöring försämras arbetsmiljön och den framtida försörjningen av välfungerande läkare äventyras. Det är sedan många år tillbaka uppenbart att SKR och regionerna inte uppfyller åtagandet att tillsätta AT-tjänster motsvarande behovet och att tillse att innehållet i tjänsterna motsvarar kraven. Detta leder till att alltför många underläkare måste vikariera långa perioder för att få sin reglerade AT eller BT tjänst som borde vara deras introduktionstjänst med planerad handledning och tjänstgöring. På detta sätt försenas den professionella karriären med fortsatt specialisering. Dessutom påverkas den sociala ”karriären” också med svårigheter att etablera sig i samhället när villkoren kring tjänster är helt oklara. Försenad utbildning av specialister är ett problem som inte bara drabbar den berörda läkaren utan hela samhället då brist på utbildade, erfarna specialister försvårar en positiv utveckling av vården. ”AT-flaskhalsen” är ett välkänt fenomen som länge påtalats och ingenting talar för att ”BT-flaskhalsen” kommer att bli mindre påtaglig.

Nu är det dags att gå från ord till handling och skapa ett fungerande system! Ett system som dessutom fungerar i hela landet!

En nationell finansiering skulle öka viljan hos regionerna att tillsätta AT och BT. Det är mycket viktigt att dessa tjänster inte tillsätts för att täcka vakanser utan de ska vara av god kvalitet med adekvat handledning. Det är därför viktigt att fördelningen i antal av de nationellt finansierade tjänsterna sker via Socialstyrelsen även om själva ansökningsförfarande ska skötas lokalt Socialstyrelsen måste ansvarar för att inventera hur många platser som behövs för att fylla behoven samt säkerställa att tjänsterna är av god kvalitet. De nya AT och BT skall självklart ha en möjlighet att löneförhandla. Fördelningen av tjänster bör värderas efter måluppfyllelse och ”ranking”. Det blir således en stark morot för vårdgivarna att skapa bra tjänstgöringar.

Sjukhusläkarna och SYLF yrkar

- **Att** Sveriges läkarförbund verkar för att läkares utbildningstjänster finansieras statligt.
- **Att** Sveriges läkarförbund verkar för att det finns ett statligt ansvar att fördela antalet läkares utbildningstjänster till regionerna.
- **Att** Sveriges läkarförbund verkar för att läkares utbildningstjänster kvalitetssäkras genom inspektioner och uppföljning samt att dessa inspektioner används som grund vid beslut om finansiering av läkares utbildningstjänster.

Svar:

Förbundsstyrelsen håller med motionärerna. Regionerna har misslyckats i sitt uppdrag att erbjuda tillräckligt många utbildningstjänster. Enligt Läkarförbundets beräkningar behöver antalet AT-tjänster årligen utökas med cirka 100 tjänster fram till och med 2028. Parallellt med detta måste regionerna även erbjuda tillräckligt med BT-tjänster från och med 1 juli nästa år.

Behovet av utbildningstjänster kommer således kraftigt att öka och vi anser att regionerna inte själva är kapabla till att genomföra de förändringar som krävs. Därför måste staten nu

överta ansvaret för dimensioneringen av läkares utbildningstjänster samt ge riktade statsbidrag i syfte att utöka antalet utbildningstjänster.

Förbundsstyrelsen driver redan den här politiken, dels i form av mediala utspel, dels i dialog med beslutsfattare, nationella vårdkompetensrådet och ST-rådet på Socialstyrelsen. Förbundet arbetar även med att ta fram en ny kompetensförsörjningspolicy där huvudbudskapet föreslås vara att staten ska ha det lagstadgade ansvaret för kompetensförsörjningen av läkare i hälso- och sjukvården.

Kvalitetsgranskning av läkares vidareutbildning är en väldigt viktig fråga för förbundet. I påverkansarbetet med de nya reglerna och föreskrifterna för AT, ST och BT har vi varit tydliga – utbildningarna ska granskas och utvärderas av en extern aktör som inte får ha organisatoriska kopplingar till vårdgivaren. Förbundsstyrelsen instämmer med motionärerna om att den vårdgivare som inte uppfyller kraven för att utbilda läkare inte heller ska få statlig finansiering för det.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**

43 Stoppa läkarläckaget, låt regioner som missköter sig betala vite!

Motionär: SYLF och Sjukhusläkarna

Nästa år, närmare bestämt den 1 juli, försvinner den lagparagraf i Hälso- och sjukvårdslagen (10 kap. § 5) som idag stipulerar att regionerna har ansvar för att tillhandahålla AT-platser. Samtidigt visar våra undersökningar att så många som en tredjedel av unga läkare på allvar överväger att helt lämna yrket. Långa väntetider till AT, dålig arbetsmiljö och bristande kollegialt stöd är några av de anledningar som nämns. Om detta potentiella läkarläckage blir verklighet innebär det en katastrof för den nationella kompetensförsörjningen.

SYLF:s återkommande AT-ranking visar att de orter som toppar listan tillser en god introduktion till yrket, med kontinuerlig och trygg klinisk handledning, samtidigt som AT-läkaren har stora möjligheter att påverka sin egen arbetssituation.

Unga läkarnas stundtals usla arbetsmiljö har fått stor uppmärksamhet medialt det senaste året. I SR Kalibers reportage från februari i år framkommer att var tredje av de svarande 55 akutsjukhusen uppger att de haft olegitimerade läkare före AT som jobbat ensamma på akuten. Sex sjukhus svarade att det sker varje månad. Fem sjukhus uppgav att det sker minst en gång i veckan.

IVO har gått ut med ett särskilt uttalande om att underläkare inte ska arbeta självständigt vid akutmottagningar utan tillgång till legitimerad läkare på plats. Enkätsvaren från Kaliber visar att de olegitimerade läkarna dels lämnas ensamma för att det tillfälligt fattas kvalificerad personal – men i flera fall schemaläggs de regelmässigt på akuten utan stöd på plats.

Regioner fortsätter alltså, trots IVO:s särskilda uttalande, att låta underläkare arbeta utan legitimerad kollega på plats som stöd. Marie-Lois Ivarsson, tillsynsläkare vid IVO, säger till Kaliber att IVO ser mycket olika fall på akutmottagningar, där icke-legitimerade läkare finns med i en handläggning som de ser kan ha blivit felaktig. De misstänker att de icke-legitimerade läkarna är inblandade i många fall av vårdmissar och att mörkertalet kan vara stort.

Det är av största vikt att våra unga kollegor får en trygg introduktion till läkaryrket, med så kort väntetid som möjligt till AT, för att de ska kunna och vilja fortsätta sin läkargärning. Ett läkarläckage är det sista vården behöver.

Mot bakgrund av detta yrkar SYLF och Sjukhusläkarna

- **Att** SLF ska verka för att regioner som inte utbildar AT-läkare i den utsträckning som krävs ska betala vite.
- **Att** SLF ska verka för att regioner som låter icke-legitimerade läkare arbeta utan legitimerad kollega på plats ska betala vite.

Svar:

Förbundsstyrelsen delar motionärens uppfattning om att det är av största vikt att ge våra unga kollegor goda förutsättningar att komma in på arbetsmarknaden. Vi kan dessvärre konstatera att regionerna har misslyckats med sitt uppdrag att erbjuda tillräckligt många AT-tjänster. I stället för att planera för den långsiktiga kompetensförsörjningen av läkare anställer man olegitimerade läkare – med osäkra anställningsvillkor, låga löner och ofta utan tillgång till handledare. Det är dock en oframkomlig väg att kräva vite från regioner som inte utbildar AT-läkare i den utsträckning som krävs, då ett sådant förfarande saknar stöd i gällande

lagstiftning. Vi anser istället att lösningen är att överlåta ansvaret för dimensioneringen av AT-tjänster till staten.

Som motionären beskriver fattade Inspektionen för vård och omsorg (IVO) 2015 ett principbeslut som innebär att icke-legitimerade läkare före AT inte ska arbeta självständigt på akutmottagning utan tillgång till legitimerad läkare på plats. IVO har även riktat kritik mot en region efter att AT-läkare arbetat själva på akutmottagning. Förbundsstyrelsen delar IVO:s uppfattning. Att låta icke legitimerade läkare arbeta självständigt på akutmottagning innebär en patientsäkerhetsrisk och lägger ett orimligt stort ansvar på den icke-legitimerade läkaren. Vårdgivaren är enligt patientsäkerhetslagen skyldig att planera, leda och kontrollera sin verksamhet på ett sådant sätt att hälso- och sjukvårdslagens (HSL) krav på god vård upprätthålls. I HSL anges bland annat att där det bedrivs hälso- och sjukvårdsverksamhet ska det finnas den personal som behövs för att god vård ska kunna ges. Om IVO i sin tillsyn finner att icke legitimerade läkare arbetar självständigt på en akutmottagning och att detta innebär en patientsäkerhetsrisk kan myndigheten med stöd av nu gällande lagstiftning förelägga vårdgivaren att vidta åtgärder (7 kap 24 § patientsäkerhetslagen). Föreläggandet får förenas med vite. Förbundsstyrelsen anser att IVO bör utnyttja denna möjlighet om skäl finns.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionens första att-sats
- att anse den andra att-satsen **besvarad**

40 Statlig finansiering

Motionär: Sjukhusläkarna

Dagens regionala självstyre innebär att sjukvården drivs av 21 separata aktörer, med varierande ekonomi. Vården är idag inte jämlik och utbud och tillgång såväl till behandling i rätt tid som till nya kostsamma läkemedel riskerar att variera beroende på var i landet du bor. Enskilda kostnadstoppar kan leda till en mycket ansträngd ekonomi för en enskild region, och detta kan i sin tur leda till besparingar utan tillräcklig hänsyn till patientsäkerhet och arbetsmiljö.

Läkarförbundet har i sitt sjukvårdspolitiska program Bot och bättring med som punkt att: så länge regionerna existerar som sjukvårdshuvudmän med beskattningsrätt bör staten ta ett större ansvar för koncentration av den högspecialiserade vården. Tittar man tillbaka i 2016 års version står att ”dyra läkemedel och den högspecialiserade vården är exempel på när statlig finansiering bör övervägas”

Högspecialiserad vård definieras ofta som komplex eller sällan förekommande hälso- och sjukvård som kräver en viss volym och multidisciplinär kompetens, samt i förekommande fall stora investeringar eller kostnader. Sjukhusläkarna uppskattar den högspecialiserade vården till ca 1 % av sjukvården.

Vilka läkemedel som ska klassas som dyra eller särläkemedel är troligen TLV bästa part att ta ställning till.

Sjukhusläkarna anser att tiden är mogen att driva att helt förflytta över det ekonomiska ansvaret för den högspecialiserade vården samt för dyra läkemedel till statlig nivå. Syftet är att säkerställa en jämlik tillgång till den högspecialiserade vården, där enskilda regioners ekonomi inte ska få påverka tillgången. Idag ges förhoppningsvis högspecialiserad vård på lika villkor över landet, men effekten kan bli att kostnadstoppar påtagligt kan påverka regionens ekonomi, och därmed resurser till sjukvården i övrigt.

Sjukhusläkarna yrkar på att Läkarförbundet driver

- **Att** staten övertar finansiering av den högspecialiserade vården
- **Att** staten övertar finansieringen av dyra läkemedel / särläkemedel

Svar:

Vård på lika villkor som utgår från patientens behov är en grundläggande princip för den svenska hälso- och sjukvården. För att kunna bedriva en jämlik och effektiv hälso- och sjukvård nära patienterna behöver vi en tydligare och mer sammanhållen statlig styrning. Förbundsstyrelsen håller med motionären om att tjugoen olika huvudmän med olika regionala förutsättningar och prioriteringar också gör det svårare att bedriva jämlik vård.

En jämlik tillgång till läkemedelsbehandling är en viktig förutsättning för att uppnå målet om en jämlik vård. De prioriteringar som görs lokalt och regionalt av vårdens huvudmän, i synnerhet när det gäller införande av nya dyra läkemedelsbehandlingar, bidrar till att principerna om allas rätt till jämlik tillgång till läkemedelsbehandling sätts på undantag.

Förbundsstyrelsen anser att staten bör ta det nationella ansvaret för finansiering, prissättning, användning och uppföljning av läkemedel för att säkerställa jämlik vård oavsett var i landet man är bosatt. Detta gäller även särläkemedel. Många regioner är för små för att klara av att finansiera till exempel nya dyra läkemedel och därför kan patienter av

kostnadsskäl förvägras viss farmakologisk terapi i en del regioner medan andra erbjuder behandlingen. Detta framgår av det politiska programmet.

Vad som är särläkemedel är reglerat i en EG-förordning[1].

Samhällsnyttan av läkemedelsbehandling är viktig att bedöma och fördelen är tydlig om staten är finansiär. Regioner och kommuner har mycket svårare att dra samhällsekonomisk nytta av framgångsrik läkemedelsbehandling vilket kan leda till kortsiktiga ekonomiska prioriteringar.

Även när det gäller högspecialiserad vård är det av högsta vikt att det är en jämlik tillgång i hela landet. För att underlätta det har Socialstyrelsen tagit fram arbetsprocesser i syfte att koncentrera mer av den högspecialiserade vården på nationell nivå. För den mest avancerade högspecialiserade vården kan det även finnas anledning att utöka samarbetet inom Skandinavien.

Förbundsstyrelsen ser behov av att staten tar ett större ansvar för finansiering när det gäller högspecialiserad vård även om det inte heller får bli en helt fri nyttighet för regionerna att använda sig av.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att motionen ska anses **besvarad**

[1] Europaparlamentet och Rådets förordning

34 Fler läkare som chefer på de högre nivåerna i Sveriges regioner

Motionär: Chefsföreningen och Sjukhusläkarna

Antalet chefer som verkar inom hälso-och sjukvården ökar, men andelen som är läkare minskar totalt sett. Strategiska beslut och skapande av nya strukturer påverkar villkoren för att bedriva hälso- och sjukvård, och fattas på de högsta nivåerna i ledningen av regioner och relevanta statliga myndigheter. Därför är det viktigt att läkare innehar positioner inom de högsta nivåerna i dessa organisationer. Det kan exempelvis röra sig om roller som regiondirektör och hälso- och sjukvårdsdirektör, men även myndighetschefer.

Att ha en bred och djup förståelse för hur vård bedrivs och hur den påverkas av olika beslut, framförallt på lång sikt, är en viktig förutsättning för att kunna säkerställa en god, säker och kostnadeffektiv svensk hälso- och sjukvård som hela tiden utvecklas.

Även branschkunskap hos den minister som har ansvaret för hälso-och sjukvården i Sverige borde vara en tillgång. 21 av 49 länder i Europa har en person med läkarbakgrund på positionen som hälso-och sjukvårdsminister, enligt Sjukhusläkarnas undersökning i maj 2020.

Chefsföreningen och Sjukhusläkarna yrkar därför

- **Att** Läkarförbundet mer aktivt verkar för att läkare innehar de relevanta högsta tjänstemannarollerna i regioner, på myndigheter och i andra strategiska positioner

Svar:

I rapporten ”Läkare som chefer – en allt viktigare och strategisk professionsfråga” från 2020 beskrivs utvecklingen och den nuvarande situationen gällande läkare som chefer, med fokus på regionerna. Den aktuella rapporten, och tidigare undersökningar, visar att andelen läkare på de högre ledningsnivåerna minskar relativt andra yrkeskategorier. Förbundsstyrelsen instämmer i att detta är bekymmersamt och en strategisk fråga som är central för läkarnas möjligheter att leda och utveckla sjukvården.

För att ha inflytande på verksamheten ur ett strategiskt perspektiv behöver läkarkåren verka än mer på verksamhetschefsnivå eller som högre chefer. Det handlar om hur läkares inflytande ska utvecklas och hur professionen vill vara med och leda och bidra till den strategiska utvecklingen av hälso- och vården. För att få med läkarperspektivet i utvecklingen av vården behöver vi bli fler läkare på strategiska positioner.

Förbundet kommer därför att även fortsättningsvis uppmärksamma och visa på utvecklingen beträffande särskilt de högre ledningsnivåerna och därigenom uppmuntra fler läkare att bli verksamhetschefer och högre chefer. Återigen handlar denna fråga om chefers förutsättningar, i form av mandat och befogenheter, samt attraktiva villkor. Det är viktiga delar för att fler läkare ska ta – och slutföra – de högre chefsuppdragen.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att anse motionen **besvarad**

32 Fler läkare i äldrevården!

Motionär: DLF och sjukhusläkarna

Coronakrisen 2020 avslöjade med förfärande tydlighet att den kommunala hälso- och sjukvården inte förmår leva upp till sitt ansvar. Kommunerna lider av allvarliga brister i det medicinska ledningsansvaret. För Läkarförbundet har det länge varit en självklarhet att det behövs läkare med ett övergripande samordningsansvar i kommunerna i form av medicinskt ledningsansvarig läkare eller kommunala chefsläkare. Det måste omgående bli möjligt för kommunerna att anställa läkare som kan ta det medicinska ledningsansvaret i den kommunala hälso- och sjukvården. Även en ökad läkarnärvaro i de äldres sjukvård är nödvändig för att motsvara det medicinska behovet.

DLF och Sjukhusläkarna yrkar

- **att** SLF verkar för en förstärkning av den medicinska kompetensen i kommunen, en chefsläkarfunktion i form av en medicinskt ledningsansvarig läkare i varje kommun
- **att** SLF driver en utökning av läkartid i särskilda boenden och hemsjukvården

Svar:

Se motionssvaret gällande motion 31.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** den första att-satsen
- anse den andra att-satsen **besvarad**

16 Covid är en arbetsskada!

Motionär: Sjukhusläkarna

Arbetsgivarens ansvar för arbetsmiljön, krav på, och behov av skyddsutrustning har satts på sin spets i och med Covid 19. Otaliga rapporter och avvikelser har skrivits under våren angående smitta och skada på arbetsplatsen, men det har varit oklart agerande från arbetsgivarna och inga tydliga riktlinjer eller anmälan om 3:3a-anmälningar (anmälan om arbetsskada) till arbetsmiljöverket, har skett. Arbetsgivaren hävdar att arbetstagaren skall påvisa att smittan har skett på arbetsplatsen. Arbetsskada är definitionsmässigt skada/ smitta på, eller vid resa till och ifrån arbetsplatsen.

Sjukhusläkarna yrkar på att Sveriges läkarförbund ska verka för

- **Att** omvänd bevisbörda skall tillämpas vid smitta som skulle kunna hänföras till arbetsplatsen. D.v.s. att arbetsgivaren skall bevisa att smittan inte skett på, eller vid resa till eller ifrån arbetet
- **Att** arbetsgivaren står för karensdag och erbjuder full lönekompensation och pensionsavsättningar vid smitta
- **Att** omvänd bevisbörda, slopande av karensdag och full kompensation vad det gäller lön, pension och andra ersättningar och förmåner kompenseras fullt ut gäller vid samtliga sjukdomar som kan tänkas härröra till arbetet, dvs säsongsbundna sjukdomar som ”vinterkräksjuka”, influensa därtill MRSA, Hepatit, TBC

Svar:

Den nu rådande Corona-krisen är en omvälvande händelse som ingen har kunnat förutse som tack vare läkarnas professionella agerande har kunnat hanteras. Läkarna har dock drabbats av ökad stress, övertid och minskade möjligheter till ledighet för återhämtning. Dessutom har vissa läkare själva insjuknat i Covid 19.

Smitta som sprids i arbete inom vården är oftast lindrigare och av övergående karaktär men det finns även risk för spridning av allvarligare sjukdomar som exempelvis hiv, hepatit c samt Covid-19. Från och med 25 april 2020 finns Covid 19 med i en förteckning över sjukdomar som kan anses som arbetsskador. Läkare som behandlar, vårdar eller omhändertar person med smitta kan alltså ha rätt till ersättning för arbetsskada. Enligt nuvarande regler ska den aktuella sjukdomen kvarstå i 180 dagar för att berättiga till ersättning. Kravet om 180 dagar är dock föremål för diskussion mellan parterna inom ramen för pågående avtalsförhandlingar.

Covid 19 kan anses som ersättningsgill arbetsskada om den har förorsakats av arbetet och en bedömning görs alltid utifrån den aktuella situationen. När det gäller frågan om vad som anses som arbetsskada som berättigar till ersättning är det alltså en bedömning utifrån omständigheterna i det enskilda fallet.

Att arbetsgivaren i vissa fall ska dokumentera om en arbetstagare har exponerats för ett smittämne i riskklass 3 framgår av 11 § Arbetsmiljöverkets föreskrifter (2018:4) om smittrisker. Corona-viruset är en av dessa vilket innebär att arbetsgivaren ska dokumentera exponering som har skett på grund av att något brustit i arbetsgivarens system för att förebygga risker. Som exempel kan nämnas om skyddsutrustning har gått sönder, inte använts eller att rutiner för att förebygga risker inte har varit tillfyllest.

Det är enkelt att förstå oron kring risken att utsättas för fara i arbetet. Dessa risker ska självklart minimeras och att läkares löner ska spegla krav, ansvar och risker i arbetet. Motionen föreslår i första att-sats, att en arbetsgivare ska bevisa att en läkare inte kan ha blivit smittad på arbetet vilket är svårt vid luftburen smitta.

Vidare föreslås, i motionens andra och tredje att-satser, att karensdagen ska slopas och att full kompensation ska utgå vid all typ smitta. Svårigheten utifrån bevishänseende och kostnadsaspekten gör att motionärens yrkande avslås.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** motionen

17 Covid-19

Motionär: Sjukhusläkarna

Corona är en ny sjukdom där läkarkåren och andra professioner utfört hjältedåd under pandemins första halvår när det gäller både medicinskt omhändertagande och omvårdnad. Sjukdomen var ny och dess uttryck okänt men en dramatisk utveckling har skett tack vare samarbete över gränser med kontinuerlig förändring av behandlingsriktlinjer och allteftersom förbättrade medicinska resultat. Allt detta tack vare professionens snabba hanterande av information som skapat ny kunskap och därefter snabb spridning av nya förbättrade behandlingsriktlinjer. Sjukvårdspersonal har dock insjuknat i covid själva och Sjukhusläkarna ser att samhället måste stå upp för all personal som har drabbats under denna perioden.

Sjukhusläkarna yrkar

- **att** Läkarförbundet ska verka för att sjukvårdspersonals covidsjukdom, när de insjuknat i covid medan de varit i tjänst under pandemin och sannolikt träffat coronapatienter, ska klassas som arbetsskada tills motsatsen är bevisad och inte tvärtom
- **att** Läkarförbundet ska verka för att sjukvårdspersonals covidsjukdom, när de insjuknat i covid medan de varit i tjänst under pandemin och sannolikt träffat coronapatienter, ska klassas som arbetsskada även om smittan kan tänkas ha uppstått vid resa till och från jobbet
- **att** Läkarförbundet ska verka för att sjukvårdspersonals covidsjukdom, när de insjuknat i covid medan de varit i tjänst under pandemin och sannolikt träffat coronapatienter, ska klassas som arbetsskada om arbetsytor krävt att många vistas på en lite yta samtidigt, ex personalrum, läkarexpeditioner på akutmottagningar, eller påtvingat läkararbete på korridorsytor då expeditioner/kontor saknas.
- **att** Läkarförbundet ska verka för att man i möjligaste mån ej ska exponera gravida vid nya okända sjukdomar

Svar:

Sedan coronapandemin bröt ut har flera tusen personer i Sverige anmält att de insjuknat i covid -19 på arbetet. Flertalet är hälso- och sjukvårdspersonal. Just denna grupp har varit utsatt för stora risker att smittas av covid 19 genom nära patientarbete.

Arbetstagare kan dock utsättas för covid-19 i många olika sammanhang, såväl privat som på jobbet. Till följd av pandemin har covid 19 klassats som en smittsam sjukdom som räknas som arbetsskada och finns från och med 25 april 2020 med i en förteckning över sjukdomar som räknas som arbetsskador. Detta gäller även för skador som inträffat tidigare.

Med arbetsskada avses en skada till följd av olycksfall eller annan skadlig inverkan i arbetet. Det är således på arbetet man ska påvisa att man blivit sjuk. Det är enbart sk färdolycksfall som kan godkännas på väg hem eller från arbetet, inte smitta. En skada ska anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det. Det är den som anmält en arbetsskada som behöver påvisa att det finns ett samband mellan covid-19 och arbetet. Detta är reglerat i gällande lagstiftning och försäkringsvillkor. Vad gäller smittsam sjukdom kan sådan godkännas som en arbetsskada om man smittats i sitt arbete, dvs på arbetsplatsen. Normalkravet i svensk praxis angående bevisningens styrka är att den

skadelidande ska “styrka/visa” att visst/vissa förhållanden föreligger, vilket i praktiken innebär att så kallad full bevisning krävs.

Flera av de arbetsskadeanmälningar som inkommit för prövning gällande covid-19 har ännu inte kunnat prövas. Även om det föreligger ett samband mellan smitta och sjukdom så ska besvär/symtom varat mer än i 180 dagar för att ge ersättning. Frågan om 180 dagars sjukdomstillstånd ska ändras eller helt tas bort belyses i en annan av årets motioner. Målsättningen är att Försäkringskassan och AFA Försäkring utgår ifrån att om någon arbetat med sjuka patienter har smittan uppstått på arbetsplatsen.

Efter att coronapandemins utbrott har många frågor uppkommit gällande eventuella risker att arbeta med patientnära arbete och därmed utsättas för smitta. Läkarförbundets rekommendation är att när det gäller gravida arbetstagare att man inte ska jobba med patienter som är bekräftat eller misstänkt smittade av covid-19. Läkarförbundet följer de råd som bland annat Folkhälsomyndigheten samt Arbetsmiljöverket gått ut med. Senast i september har Arbetsmiljöverket än mer tydliggjort att gravida inte ska vårda covidpatienter. Försiktighetsprincipen ska råda. Läkarförbundet uppdaterar löpande information på sin webb.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **avslå** första, andra och tredje att-satsen
- att anse fjärde att-satsen **besvarad**

14 Arbetsskada ska ersättas av AFA oavsett om det står på ILO-listan eller inte

Motionär: Sjukhusläkarna

I september rapporterade Försäkringskassan om stressrelaterad psykisk ohälsa och sjukskrivningar, nytt för i år är att specialistläkare har blivit ett högriskyrke för psykisk ohälsa, och kvinnor drabbas främst. Det är förstås mycket alarmerande. Vår arbetsmiljölag fokuserar däremot framför allt på risker inom traditionella arbetaryrken såsom industri och bygg. Det gäller tyvärr även AFA:s bedömning av arbetsskador. AFA utgår från ILO-förteckningen, vilken är en lista över yrkessjukdomar där AFA ger ersättning, och den reviderades senast 1980(!). Vi vet att många av våra kollegor går ner i tid, istället för att vara deltidssjukskrivna, då striden för att få till en så pass hälsosam arbetsmiljö att man orkar heltid kan vara för tuff att utkämpa. Arbetssjukdom som inte leder till förlust av minst en 15-del av inkomsten tas inte upp till prövning av Försäkringskassan och tas endast upp av AFA om sjukdomen finns med på den s.k. ILO-listan. Det innebär t.ex. att det inte går att få hjärtkärlsjukdom godkänd som arbetsskada, om inte Försäkringskassan har godkänt arbetsskada. Läkare har betalt för att vara försäkrade i AFA genom att avstå löneutrymme, men kan trots det inte få ut ersättning när de drabbas av allvarliga sjukdomar.

Det vore av yttersta vikt att arbetsrelaterade sjukdomar som inte finns på ILO-listan kan godkännas som arbetsskada. Det man även kan begära är att handläggningen av dessa ärenden sker skyndsamt.

Sjukhusläkarna yrkar på:

- **att** Sveriges läkarförbund ska verka för att AFA ska ge ersättning för sjukdomar orsakade av arbetet även om de inte finns med på ILO-listan.
- **att** Sveriges läkarförbund verkar för en översyn av Arbetsmiljölagen som syftar till att anpassa lagen mot dagens och framtidens arbetsmarknad.

Svar:

Arbetsskadeförsäkring finns dels lagstadgat via lagstiftning hos Försäkringskassan (Socialförsäkringsbalken), dels hos AFA Försäkring genom kollektivavtalet. En arbetsskada ska anses ha uppkommit av sådan orsak, om övervägande skäl talar för det.

Även sjukdomar som finns upptagna i ILO konventionen 121 (ILO-listan) ger rätt till ersättning om skadan kvarstår efter 180 dagar efter den visat sig.

I den ursprungliga ILO-listan från 1980 finns 29 yrkessjukdomar med. Denna har därefter uppdaterats med fler yrkessjukdomar, under 2002 och 2010.

OFR, Arbetsgivaralliansen och Kommunal har senast under våren 2020 framfört till Sveriges kommuner och regioner (SKR) att ratificera uppdateringarna som en del av svensk rätt. Detta skulle i så fall innebära att flera yrkessjukdomar/diagnoser skulle kunna godkännas som en arbetsskada. SKR har dock hittills varit motstridiga för att bland annat hålla ned kostnaderna. Det bör tydliggöras att långt ifrån alla yrkessjukdomar finns med i den uppdaterade ILO-listan, även om man skulle få igenom att den ska användas. Sedan kan tilläggas att en sjukdom kan ge ersättning från AFA försäkring även om den inte finns med på listan, under förutsättning att Försäkringskassan godkänner det som en arbetssjukdom.

Då ILO-listan är från 1980 finns det således skäl att fortsatt påverka SKR för en uppdatering.

Angående översyn av Arbetsmiljölagen anser läkarförbundet att det behövs en sådan gällande lagstiftningen och dess implementering, detta för att bland annat åstadkomma en mera jämlik och god arbetsmiljö. Läkarförbundet har därför initierat detta vid Sacos kongress där Sacos-S styrelse fått i uppdrag att gå vidare med arbetet med en översyn.

Förbundsstyrelsen föreslår fullmäktige

- att **bifalla** den första att-satsen
- att anse den andra att-satsen **besvarad**