Farmakologins ställning

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkemedelsbehandling är kanske den vanligaste åtgärden i sjukvården och det sker en snabb utveckling på läkemedelsområdet med ett inflöde av nya läkemedel med nya verkningsmekanismer. Studier har visat att läkemedelsrelaterade problem står för 5-19 % av sjukhusinläggningar för de över 65 år och att flertalet av dessa hade kunnat undvikas om läkemedlen använts korrekt.

Valet av terapi styrs i stor utsträckning av riktlinjer och vårdprogram på olika nivåer men även av en del föreskrifter såsom exempelvis generiskt utbyte. Dessutom har den enskilde läkaren stort ansvar. Goda kunskaper inom farmakologi borgar för ett bättre terapival både ur patientsäkerhets- och kostnadseffektivitetsperspektiv. En majoritet av läkarstudenterna anser vid en kartläggning att de inte förberetts väl för att hantera läkemedelsgenomgångar. Läkare bör ha kompetens och mandat att, utan apotekare eller farmaceut, göra rutinmässiga läkemedelsgenomgångar. Det finns således stor förbättringspotential för dagens studenter och kliniskt aktiva läkare inom läkemedelsbehandling. Med ansvaret för läkemedelsbehandling följer också ett krav på kompetensutveckling – lämpligen genom stärkt utbildning i grundläggande farmakologi före examen och därefter fortbildning inom ämnet.

Socialdepartement presenterade i mars 2009 sin handlingsplan för effektivare läkemedelsanvändning och i juni 2010 kom förstudien Nationell läkemedelsstrategi. Man framhöll bland annat behovet av kompetensutveckling och nationell samordning inom läkemedelsområdet för att uppnå en mer effektiv och förbättrad användning av läkemedel. Som en följd av detta har man för AT-läkarna beslutat införa ett webbaserat instrument, Learning Management System (LMS), som komplement till traditionellt lärande. För ST-läkarna är variationen stor inom och mellan olika specialiteter beroende bland annat på valet av eller utbudet av SK-kurser. För specialister är det helt oreglerat och ibland obefintlig.

Sjukhusläkarna yrkar

att Läkarförbundet kartlägger hur mycket tid som finns avsatt för grundläggande farmakologi vid de medicinska fakulteterna i Sverige,

att Läkarförbundet verkar för att farmakologi får större plats i både läkares grundutbildning och fortbildning,

att Läkarförbundet kartlägger hur många tjänster det finns för utbildning i farmakologi och klinisk farmakologi vid universiteten.

Motion om patienträttighetslagstiftning

Motionär: Sjukhusläkarna

Svensk sjukvård regleras av Hälso- och sjukvårdslagen och Patientlagen, den senare med syfte att främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet, och vårdgarantin ingår. Dessa är skyldighetslagstiftningarna, det är regionernas skyldighet att säkerställa att patienterna får adekvat vård i tid. Vårdanalys har i rapporten ”Lag utan genomslag” 2017 påpekat Patientlagens dåliga effekt. I övriga nordiska länder har man valt en annan väg, där i stället patienternas rätt till vård är lagstadgade. Frågan om patienträttighetslagstiftning övervägdes av lagstiftaren även hos oss när Patientlagen togs fram, men man valde då att istället ange skyldigheter för landsting och vårdgivare. Med en rättighetslagstiftning fanns en oro att patienter skulle kunna gå till domstol för att få igenom sina rättigheter, vilket då skulle kunna medföra långdragna och krångliga processer i domstol såväl för patienter som för läkare

Sverige sticker ut internationellt med våra långa väntetider och en bristande kontinuitet utan att någon kan ställas till ansvar. Den s.k. vårdgarantin är tandlös. År 2002 stod ca 40 000 patienter i kö till olika behandlingar, och trots en uppsjö av statliga utredningar som berör situationen hade antalet köande patienter tredubblats redan innan pandemin.

För att komma till rätta med tillgänglighetsproblematik och kvalitet på sjukvården gjorde man 2007 i Danmark en stor omstrukturering av hälso- och sjukvårdens styrning där en tydligare rättighetslagstiftning är en del. Man har där betydligt kortare köer till vård, patienterna har rätt att få hjälp till annan vårdinstans inom eller utom landet om man inte kan den vård patienten behöver i tid. Man har inte upplevt problem med juridiska processer där enligt våra kollegor i danska Overlægeforeningen.

Sjukhusläkarna vill ha en sjukvård baserad på medicinska behov, där den med störst behov av vård går först i enlighet med den etiska prioriteringsplattformen. Dagens situation med enorma köer till vård och en ojämlikhet över regiongränserna talar tydligt för att förändringar behöver ske. Frågan är då om en annan lagstiftning där patientens rättighet till vård skulle kunna förbättra situationen. En sådan rättighetslagstiftning skulle kunna stötta patienterna och stärka deras ställning, och underlätta för oss inom professionen. Det är dock av största vikt att en sådan lagstiftning vilar på en grund av medicinska behov samt att den etiska prioriteringsplattformen följs.

Sjukhusläkarna yrkar därför

att Läkarförbundet utreder huruvida en patienträttighetslag skulle stärka patienternas och professionens ställning på ett ändamålsenligt sätt.

Ökat läkarinflytande vid planering av sjukvårdens lokaler

Motionär: Sjukhusläkarna

Efter avskaffandet av SPRI 1999 saknas statlig kontroll av utformandet av sjukhusbyggnader. Regionerna har därefter ansvaret för denna planering. Vid om och nybyggnation av sjukhus under senare år har det ifrågasatts om läkare behöver enskilda arbetsplatser i form av egna eller delade läkarexpeditioner. Också vid planering av vårdavdelningar har arbetsrum/undersökningsrum där läkare ostört kan utföra undersökningar och ha patient/anhörigsamtal fallit bort. Det tydligaste exemplet på detta är Nya Karolinska i Solna där läkarkåren helt och hållet hölls utanför planeringen av de administrativa lokalerna då sjukhuset projekterades. Resultatet har blivit ett sjukhus utan hemvister för kollegor, utan läkarexpeditioner eller ens fasta arbetsplatser för läkarna. Massiva protester från berörda kollegor finns beskrivna i lakartidningen.se 2021-06-01. Man kan inte arbeta ostört med sina kvalificerade arbetsuppgifter i ett kontorslandskap. Även patientsäkerheten är hotad eftersom journaldiktering och telefonsamtal lätt kan uppfattas av inte bara kollegor utan också av obehöriga.

Sjukhusläkarna yrkar att Läkarförbundet verkar för

att tillse att det finns enskilda arbetsplatser för läkare. I första hand önskar Sjukhusläkarna att få ha kvar läkarexpeditioner enskilt eller delat med högst en eller två kollegor.

att fackliga representanter får insyn och medbestämmande vid ombyggnader av sjukhuslokaler och vid byggande av nya sjukhus

att hänsyn tas till sekretesskravet både vid patientsamtal, journalarbete och undersökning/behandling på vårdavdelning, något som idag är gravt eftersatt

att en ökad statlig kontroll införs vid ny- och ombyggnation av sjukhuslokaler

Observatörsrätt för råd- och delegationer

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkarförbundets fullmäktige (FUM) är ett bra lärandeforum för aktuella debatter om sjukvårdspolitik och andra ställningstaganden samtidigt som deltagarna får möjlighet att lära känna varandra och knyta bekantskap. Deltagarna utgörs dels av representanter för lokal- och yrkesföreningar och dels av observatörer från specialitetsföreningar.

Sjukhusläkarna anser att också ledamöter i råd- och delegationer som inte är närvarande enligt ovan bör få möjlighet att delta vid FUM. Numerären torde vara begränsad.

Sjukhusläkarna yrkar:

att ledamöter i Läkarförbundets råd- och delegationer får möjlighet att delta som observatörer vid FUM.

Analys av läkare och chefskap 2021

Motionär: Chefsföreningen och Sjukhusläkarna

Läkares chefs- och ledarskap inom hälso- och sjukvården är av central betydelse för kvaliteten i verksamheten och för professionens ställning och utveckling.

Mot bakgrund av hälso- och sjukvårdslagen har verksamhetschefen (VC) en central position. I nuläget finns det dock inget krav på att VC ska vara läkare.

Det finns tecken på att andelen läkare som är verksamhetschefer minskat kraftigt (enligt en mätning gjord för perioden 2011-2018). Detta är oroande dels eftersom verksamhetschefen besitter det verkställande ansvaret inom svensk sjukvård, dels eftersom denna erfarenhet även är en viktig kvalifikation för ledningsuppdrag på högre nivåer inom olika förvaltningar och myndigheter.

Antalet/andelen läkare som upprätthåller chefspositioner beror på i vilken utsträckning positioner erbjuds och accepteras samt hur benägenheten att avsluta sådana uppdrag ser ut. Ytterligare en faktor är vilka förutsättningar läkare har att återgå i klinisk tjänst efter avslutat chefsuppdrag. Vi saknar idag aktuell kunskap om hur dessa delar påverkar läkares möjligheter och vilja att bli chef. För att SLF på ett faktabaserat sätt ska kunna driva frågan om läkares ledarskap krävs aktuell kunskap om utvecklingen även efter 2018.

Det vore även av värde att undersöka vilken roll fackliga uppdrag spelar för framtida chefsuppdrag – en välkänd karriärväg där relevanta jämförelser skulle kunna göras med länder där i princip alla verksamhetschefer är läkare såsom i Danmark.

Motionärerna föreslår mot bakgrund av ovanstående att

att SLF gör uppdaterad utredning om utvecklingen efter 2018 av antal/andel läkare som chefer i sjukvården, med fokus på högre chefer från VC och uppåt

att SLF utreder betydelsen av läkare som chefer ur kvalitets-/patientsäkerhetsperspektiv

att SLF riktar en enkätundersökning till fackligt förtroendevalda om chefskap.

Vad hände med Ledarskapsraketen?

Motionär: Chefsföreningen. Sjukhusläkarna, SYLF, SLF Student, Privatläkarföreningen, Företagsläkarföreningen, Industriläkarföreningen

Då läkare som chefer och ledare blivit en allt mer prioriterad fråga för läkarkåren och då vi ser så tydliga behov att sjukvården styrs utifrån medicinska perspektiv med läkare som chefer såg vi yrkesföreningar gemensamt ett behov av samlad ledarskapsutbildning. Chefsföreningen har ett välfungerande koncept med årlig chefsutbildning som renderat stor framgång.

Inför fullmäktige 2019 skrevs därför en motion av Chefsföreningen, Sjukhusläkarna, DLF, SLF Student samt SYLF med önskan enligt nedan:

ett vidare engagemang med en ledarskapskurs i tre steg:

Steg 1 vänder sig till de som ännu inte är chefer, inklusive läkarstudenter.

Steg 2 vänder sig till de som har ledaruppdrag, MAL, MLA, studierektorer.

Steg 3 vänder sig till verksamhetschefer.

Yrkesföreningarna har idag inte tillräckliga ekonomiska och administrativa möjligheter för att genomföra en ledarskapskurs. I och med att förbundet har ledarskap som ett av sina prioriterade områden samt säkerligen vill främja det goda initiativet från yrkesföreningarna där vi krokar arm och arbetar tillsammans så önskar vi administrativ och ekonomisk hjälp av förbundet för att kunna genomföra detta.

Vi hade då yrkanden att läkarförbundet ska bära en ledarskapskurs i tre steg (Ledarskapsraketen) både ekonomiskt och administrativt. Samt att Läkarförbundet utreder om mentorprogrammet kan knytas till Ledarskapsraketen och att Ledarskapsraketen leds av en projektgrupp med representanter från berörda yrkesföreningar.

Svaret var tydligt från förbundsstyrelsen. Man ville verka i motionens anda och hade för avsikt att tillsätta en utredning vad gäller utbud, organisatoriska, ekonomiska faktorer för att utifrån redovisat resultat fatta beslut.

En gruppering tillsattes och ett första förslag presenterades för oss. Sedan har tiden gått. Under den tiden har man också pausat mentorsprogrammet vilket gett en stor ekonomisk besparing.

Visserligen har vi en pandemi vilket kan förklara till en del förseningen. Dock har samma pandemi ytterligare visat vikten av läkare som chefer. Och då måste utbildning prioriteras.

Motionärerna yrkar därför

att Läkarförbundet återtar sitt arbete i att forma en Ledarskapsraket där Läkarförbundet bär kurserna administrativt såväl som ekonomiskt.

att Läkarförbundet utreder om mentorprogrammet kan knytas till Ledarskapsraketen samt

att Ledarskapsraketen leds av en projektgrupp med representanter från samtliga motionärer.