Aktivt arbete för förbättring av arbetsmiljön

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkarförbundets nyligen genomförda arbetsmiljöenkät visar att sex av tio läkare funderar på att byta arbetsplats, gå ned i arbetstid eller lämna yrket på grund av hård arbetsbelastning. Bland AT-läkarna visar andra undersökningar liknande siffror och många av dem överväger att arbeta som hyrläkare. Detta är allvarliga signaler som kräver handling. Det räcker därför inte att konstatera att den dystra bilden inte är särskilt förvånande. Det räcker heller inte att slå fast att siffrorna bekräftar de negativa signaler man fått från medlemmarna rörande schemaläggning, total arbetsbelastning, produktion, kontinuerlig brist på vårdplatser, krav och förväntningar från anhöriga och patienter, oro för att bli anmäld, handledning, lön, ansvar och bemötande från andra yrkesgrupper.

Man kan misstänka att dessa missförhållanden har att göra med organisatoriska förändringar inom sjukvården som genomförts av regionerna, utan att läkarna blivit tillfrågade. Den medicinska professionens ställning i beslutsprocesserna behöver stärkas. Medlemmarna förtjänar ett kraftfullt agerande från sitt fackförbund. Ett sätt att agera är att öka trycket på regionerna att ta sitt arbetsgivaransvar.

Sjukhusläkarna yrkar

att Läkarförbundet snarast agerar och analyserar de bakomliggande orsakerna till de nedslående siffrorna i enkäterna om arbetsmiljö

att Läkarförbundet aktivt arbetar för att motarbeta den dåliga arbetsmiljön - långsiktigt, strategiskt och riktat till relevanta målgrupper

att Läkarförbundet agerar för att återskapa den medicinska professionens tyngd i beslutsorganisationen

att Läkarförbundet skapar ett arbetsmaterial och aktivt stöttar lokal- och yrkesföreningar att ta kontakt med lämpliga beslutsorgan i regionerna (personalutskott eller liknande)

Fortbildningen måste kunna mätas

Motionär: Sjukhusläkarna

Fortbildning är eftersatt med många exempel på indragen tid, ingen avsatt budget och inga formella krav för läkare att hålla sig uppdaterade. Detta faktum uppmärksammas alltmer av alla partier, många beslutsfattare och allmänhet. Rimligen bör det komma en föreskrift om obligatorisk fortbildning för vårdpersonal de närmaste åren.

Risken finns att det bara blir en papperstiger utan något verkligt värde eller att det bara kommer att "fyllas i papper". Flera representanter för specialitetsföreningarna och även många kollegor efterfrågar därför ett CME-liknande system med poänguppföljning på individnivå efter definierade kriterier.

Läkarförbundet har i stället sedan många år förespråkat CPD, dvs kontinuerligt professionellt lärande, där vi efterfrågar individuella utbildningsplaner baserat på såväl verksamhetens som individens behov, avsatt budget och att efterlevnad ska redovisas i verksamhetsberättelse.

Med bakgrund i den krassa verkligheten är det tydligt att denna politik inte har burit frukt. I takt med att de ekonomiska och tidsmässiga ramarna snävas åt och att allt fler chefer är av icke medicinsk bakgrund, och därför har sämre insikt i verksamhetens behov, ser vi att denna politik inte är realistiskt framkomlig.

Vid ett kommande obligatoriskt fortbildningskrav måste någon typ av mätbar och enklare kvantifiering tillkomma både avseende mängd och innehåll, kanske lite liknande CME-poängsystemet.

Oavsett måste läkarprofessionen var ledande i utformning och ligga steget före i arbetet om hur ett obligatoriskt fortbildningskrav ska utformas, efterlevas och följas upp. Läkarförbundet i samarbete med specialitetsföreningarna bör omedelbart starta denna typ av diskussion,

Sjukhusläkarna yrkar

att Läkarförbundet ska påbörja arbetet med att utforma ramarna för ett mätbart obligatoriskt fortbildningskrav

att Läkarförbundet utreder nyttan av CME-poäng

Hellre vårda patienter än siffror

Motionär: Sjukhusläkarna

Det har på senare år uppmärksammats i media att antalet administratörer ökat inom regionerna. Här ett litet axplock:

- 2018 gjorde tidningen Vårdfokus en sammanställning där man visade att antalet chefer, handläggare och administratörer inom vården mellan 2010 och 2017 ökat med 8000 (36%) medan antalet läkare under samma period ungefär hälften så mycket.
- SVT och Uppdrag granskning visade under titeln ”De okända regionpolitikerna” att det är få som vet vilka som styr Sveriges 21 regioner och att de var fler än den officiella statistiken och till antalet 5182 individer.
- Västerbottenkuriren skrev den 26 augusti 2022 att Region Västerbotten i slutet av augusti med sina 490 chefer anställda hade fler chefer än vårdplatser som bara var 403 till antal.

Det föreligger stora skillnader inom landet och det kan vara svårt att definiera vad som är en administratör men att den administrativa överbyggnaden och att kontrollbehovet gått överstyr med ett otal olika modeller av new public management som passerat revy under några årtionden tycks vara ett faktum. Denna utveckling tycks leva ett eget självgående liv utan direkt koppling till patienternas och sjukvårdens behov. Det skapas allt fler chefer och allt fler chefsled.

Dels drar den administrativa överbyggnaden resurser i sig, dels alstrar den krav på dokumentation och rapporter från de som är verksamma i kärnverksamheten och begränsar deras möjligheter att arbeta med kärnverksamheten. Det interna marknadssystemet påbjuder vidare att de beställer av och fakturerar varandra och internfaktureringsinfernot roterar vidare.

Sjukhusläkarna yrkar

Att Läkarförbundet mer aktivt verkar för att regionernas administrativa överbyggnad minskar

Att Läkarförbundet verkar för att minska internfakturering inom sjukvården

Att Läkarförbundet verkar för att riva pyramiderna och minska antalet chefsled

Redovisning av visselblåsande

Motionär: Sjukhusläkarna

Den 29 september 2021 antogs Lagen avseende Visselblåsardirektivet (SFS 2021:890) enligt proposition 2020/21:193 som baserades på SOU 2020:38. SOU-förslaget genomgick sedvanlig remissbehandling, varvid dock inga universitet inviterades med undantag för de juridiska institutionerna vid Stockholms och Uppsala universitet. Detta kan tolkas som att den aktuella lagen inte syftar till att hantera de frågor om visselblåsande som bevisligen förekommer inom akademisk forskning, tex Macchiarini-skandalen.

Enligt juridisk expertis lär dock regelverket enligt den nyligen antagna lagen ta sikte på direktivets materiella tillämpningsområde, d.v.s. offentlig upphandling, finansiella tjänster, produkter och marknader och förhindrande av penningtvätt och finansiering av terrorism, produktsäkerhet och produktöverensstämmelse, transportsäkerhet, miljöskydd, strålskydd och kärnsäkerhet, livsmedels- och fodersäkerhet, djurs hälsa och välbefinnande, folkhälsa, konsumentskydd, och skydd av privatlivet och personuppgifter samt säkerhet i nätverks- och informationssystem.

Det som anmäls ska vara av allmänintresse, dvs. att missförhållandena angår en krets av personer som kan betecknas som allmänheten. Lagen är alltså normalt inte tillämplig när det gäller rapportering av sådant som endast rör den rapporterande personens egna arbets- eller anställningsförhållanden.

Det känns märkligt om Visselblåsarlagen inte skulle vara tillämplig vid avvikelse från god forskningssed, som rubriceras som oredlighet i forskning med straffvärde omfattande fängelse. Dvs om någon upptäcker att det föreligger en allvarlig avvikelse från god forskningssed i form av fabricering, förfalskning eller plagiering som begås med uppsåt eller av grov oaktsamhet vid planering, genomförande eller rapportering av forskning ska detta inte kunna rapporteras som en ”visselblåsning”.

Enligt Jesper Cederbergs rapport i Läkartidningen 2022-01-10 hade i augusti 2021 endast åtta regioner ett visselblåsarsystem på plats. Av dessa tycks Region Dalarna ha kommit längst. Vi misstänker att man på flera håll, med all rätt, haft svårt att tolka den aktuella lagstiftningen, även om vi gläds åt att problemet med visselblåsande äntligen uppmärksammats och att det på många håll finns en framsynthet och vilja att hantera detta problem.

Ett sätt att lyfta och synliggöra problemet är att varje år rapportera hur många och vilka ärenden som uppmärksammats av olika forskningshuvudmän och vilka åtgärder detta lett till.

Sjukhusläkarna yrkar därför

att Läkarförbundet driver frågan om en årlig redovisning från universitet och regioner av sin visselblåsar-funktion och av vilka och hur många visselblåsar-ärenden som uppmärksammats och vilka åtgärder detta lett till

Statliga universitetssjukhus

Motionär: Sjukhusläkarna

Regionerna ansvarar för sjukvården inklusive universitetssjukhusen. Tidigare hade universitetssjukhusen statlig huvudman, det sista statliga universitetssjukhuset övergick i regional regi år 1983. Universiteten har statligt huvudmannaskap.

Universitetssjukhusen ansvarar för högspecialiserad vård som i allt större utsträckning centraliseras. Vi vet att vi inte har en jämlik vård över landet. Patienter som skickas från andra regioner blir en inkomstkälla, eller en utgift för regionen som skickar. Ekonomisk påverkan för den egna regionen riskerar att påverka medicinska beslut. Läkarna hamnar i ett etiskt dilemma. Universitetssjukhusen behandlas olika i olika regioner.

Universitetssjukhusen är också navet för forskning och utbildning. Många läkare har dubbla anställningar, och forskning, fortbildning och utbildning riskerar att få stå tillbaka för produktion.

Historiskt har ett statligt huvudmannaskap inte setts som odelat positivt, en central styrning riskerar att beslut hamnar än mer från professionen. Ett problem har varit eftersatt underhåll av sjukhusen. Sofia Wallströms utredning om ökade förutsättningar för hållbara investeringar i framtidens hälso- och sjukvård lyfter dock ett statligt ägande av vårdinfrastrukturen för att garantera en jämlik tillgång. Man nämner i den utredningen också forskning som ett riksintresse där ökad statlig styrning behövs och ser att Socialstyrelsen bör få en ökad roll.

Vi anser att det är dags att se över frågan med fokus på hur man skulle kunna få till en professionsstyrd universitetssjukvård med statligt huvudmannaskap.

Sjukhusläkarna yrkar

att Läkarförbundet utreder statligt huvudmannaskap för universitetssjukhusen

Struktur för lönesättning av fackligt förtroendevalda

Motionär: Sjukhusläkarna

Klimatet på arbetsplatserna hårdnar och arbetsmiljön blir sämre. Vi ser också att det är svårare att rekrytera fackliga förtroendevalda som är villiga att åta sig uppdrag. Det finns därmed risk för att den svenska modellen med direkta överenskommelser mellan facklig organisation och arbetsgivare försvåras. Vi ser det som mycket viktigt att värna det nuvarande systemet. Vi ser också att man som fackligt förtroendevald riskerar att halka efter i lön. Chefskap eller disputation/forskning hade annars kunnat vara lika naturliga alternativ, med en högre löneutveckling som följd.

Extra stor risk att hamna efter i löneutvecklingen blir det för de som har ett större fackligt uppdrag med mindre tid på den ordinarie arbetsplatsen, där den lönesättande chefen verkar.

Sjukhusläkarna anser att fackliga förtroendevalda med större åtagande lokalt/centralt bör förhandlas mer centralt inom regionen eller inom förvaltningen än bara på sin egen enhet. Detta för att minska risken att de tappar i löneutveckling, och i stället premieras för de kunskaper och erfarenheter man erhållit. Detta förfarande tillämpas redan på vissa håll.

Sjukhusläkarna yrkar

att Läkarförbundet i sina möten med regioner och SKR kräver en strukturerad lönesättning för fackligt förtroendevalda med större fackliga uppdrag

att Läkarförbundet mer aktivt tar upp förutsättningar för fackligt förtroendevalda och att de även värderas utifrån sina fackliga kunskaper och erfarenheter

Ökat inflytande och delaktighet för kliniskt aktiva läkare under hela läkarutbildningen

Motionär: Sjukhusläkarna

Läkare på olika nivåer och i olika roller har redan nu inflytande över svensk läkarutbildning men Sjukhusläkarna upplever att kliniskt verksamma läkare har för lågt inflytande över hela utbildningens innehåll och praktiska genomförande.

Lärosäten som examinerar läkare har en programnämnd som ansvarar för den grundläggande läkarutbildningen vilken konkretiserar innehållet i utbildningen. Här uppstår en konflikt mellan önskan att lära ut ”hårda” fakta och mer ”mjuk” samhällsorienterande och förvisso viktig kunskap. Detta tillsammans med begränsningar i möjlighet att schemalägga studenter, som gör att undervisning inklusive inläsning skall rymmas inom en 40-timmars vecka, gör att det blir trångt under de tolv terminer som ska leda till legitimation. Här är det viktigt att kunna integrera hårda och mjuka kunskaper utan att tappa basal nödvändig kunskap som möjliggör en fortsatt klinisk utveckling med ”livslångt lärande”.

Läkarutbildningen delas historiskt upp i en preklinisk och en klinisk del. Även om gränserna under senare år mjukats upp är det fortfarande tydligt att inflytandet och deltagandet av kliniskt aktiva läkare är mycket ringa under de prekliniska terminerna.

En begränsande faktor är att det är svårt att frigöra kliniskt aktiva läkare för att delta i undervisningen på alla nivåer. Undervisningserfarenhet och pedagogisk vidareutbildning har också ett betydligt lägre meritvärde än klinisk verksamhet och ledningsuppdrag.
Det faktum att universiteten är huvudmän för utbildningen försvårar också deltagande av kliniskt aktiva läkare utan kombinationstjänster i framför allt den prekliniska utbildningen. Det verksamhetsförlagda lärandet sker i regionernas verksamhet inom ramen för ALF-avtal medan deltagande i preklinisk utbildning är sämre reglerat vilket minskar interaktionen med kliniken.

Sjukhusläkarna yrkar att Läkarförbundet verkar för

att öka kliniskt verksamma läkares inflytande över läkarutbildningen på alla nivåer

att öka meritvärdet för undervisning på såväl preklinisk som klinisk nivå

att meritvärdet för pedagogisk utbildning ökar bland kliniskt aktiva läkare

att ekonomisk ersättning följer undervisningsuppdraget till aktuell undervisningsenhet

Arbetstidsförkortning inför avtalsrörelse 2024

Motionär: Nordvästra Skånes Läkareförening, Östra Skånes Läkareförening, Malmö Läkareförening, Sjukhusläkarna och SYLF

Som följd av Covidpandemin och pågående krig i Ukraina ser vi en stagnerande svensk ekonomi med hög inflation och stigande räntor. I den kommande avtalsrörelsen kommer förväntningarna vara högt ställda för att kompensera för detta från Läkarförbundets medlemmar. Tonläget lär bli högt mellan arbetstagarnas parter där läkarkåren sannolikt inte kommer bli någon prioriterad grupp.

För att Läkarförbundet skall kunna lämna kommande avtalsrörelse som en vinnare vill vi föreslå att Läkarförbundets i kommande avtalsrörelse förhandlar sig till en arbetstidsförkortning. En motsvarande reform infördes för läkarna i Danmark redan 1981 med en arbetstid på 37 timmars arbetsvecka inklusive jour fördelat på en period av 14 veckor.

En arbetstidsreduktion kan minska dagens oro för stigande sjuktal hos läkare där orsaken ofta kan kopplas till dålig arbetsmiljö och stress.

Vision, Kommunal, IF Metall, är fackliga organisationer som förhandlat sig till arbetstidsförkortning för sina medlemmar, som därmed jobbar 37-38 timmar i veckan. Vid senaste Kommunal-kongressen beslutades att Kommunal skulle verka för 30 timmars arbetsvecka! Vårdförbundets medlemmar som är schemalagda vardag/helg har veckoarbetstid 37 timmar. Från TCO meddelas att ingenjörer som tillhör Unionen får en arbetstidsförkortning motsvarande 80 timmar per år vid heltid insatt på ett tidkonto. Agronomer från SACO-familjen jobbar mindre under årets ljusa del.

Nationalekonomerna Inés Berniell och Jan Bietenbeck, har studerat hälsoeffekterna av Frankrikes nationella reduktion av arbetstid från 39 till 35 timmars arbetsvecka 1998. I sin studie kunde de påvisa att fler arbetstimmar har en negativ effekt på folkhälsan. (Berniell, Inés, and Jan Bietenbeck. ”The effect of working hours on health.” Economics & Human Biology 39 (2020): 100901). Flera EU länder står Idag i begrepp att följa Frankrikes exempel. Läkarförbundet kan genom arbetstidsförkortning ta på sig ledartröjan för att verka för en friskare läkarkår.

Vi bedömer att en arbetstidsförkortning kan reducera risken för arbetsbrist bland yngre kollegor och bidra till incitament för Regionerna att inrätta fler AT respektive BT-block.

Nordvästra Skånes Läkareförening, Östra Skånes Läkareförening, Sjukhusläkarna och SYLF yrkar

att Läkarförbundet utreder arbetstidsförkortning inför kommande avtalsrörelse.

Centrala lönecoacher som komplement till lokalföreningarnas lönerådgivning

Motionär: SYLF och Sjukhusläkarna

Ingångslönerna är en av de viktigaste faktorerna för att hålla uppe lönenivåerna. Får våra medlemmar en dålig ingångslön är denna svår att hämta in. En dålig ingångslön kan därför ha en negativ påverkan på lönen under lång tid framåt. Dessutom har en del regioner ett fast påslag från ST-lönen till specialistlönen, med en påverkan på lönen yrkeslivet ut.

Tyvärr vill gärna våra arbetsgivare många gånger använda potten i lönerevisionen för att korrigera lågt satta ingångslöner. En låg ingångslön genererar även mindre pengar att fördela i samband med lönerevisionen. Därmed är detta något som drabbar både individen och kollektivet.

Vi får kontinuerligt in vittnesmål om att det arbetsgivarna motverkar alla försök till förhandling. Våra medlemmar är dessutom ofta i en väldigt svår förhandlingssituation. ST-läkare har ofta svårt att tacka nej till en erbjuden tjänst inom den specialitet man vill ha eftersom många inte har möjlighet att söka sig till andra regioner. Sjukhusläkare har ofta ett begränsat antal arbetsgivare om man inte är flyttbar över landet. Detta är något som arbetsgivarna vet om och utnyttjar.

Vi måste därför som förbund göra allt vi kan för att stötta våra medlemmar när de ska förhandla sin lön inför en ny tjänst. Idag är de hänvisade till våra lokalföreningar. I många fall är denna hjälp bra men långt ifrån alltid.

Lokalföreningarna har den bästa lokala lönestatistiken och lokalkännedomen. Det kommer dock ofta signaler från medlemmar att det är svårt att få tips på hur man lyckas med sin förhandling.

Flera andra fackförbund så som Vårdförbundet, Vision och Lärarförbundet har centrala lönecoacher dit medlemmarna kan vända sig. De har lite olika upplägg där medlemmarna antingen kan höra av sig för personlig rådgivning eller så har de återkommande tillfällen då man kan få hjälp i grupp.

Vi anser att förbundet ska införa centrala lönecoacher som ett komplement till den lönerådgivningen som lokalföreningarna tillhandahåller. Detta för att kunna stötta våra medlemmar så mycket vi bara kan i deras viktiga löneförhandlingar.

SYLF och Sjukhusläkarna yrkar därför

att läkarförbundet inför nationella lönecoacher som ett komplement till läkarföreningarnas lönerådgivning för medlemmar

Nationell slutexamination för att säkra en god kvalitet på den sexåriga läkarutbildningen

Motionär: Sveriges läkarförbund Student och Sjukhusläkarna

Från och med den 21 juli 2021 började den nya sexåriga läkarutbildningen gälla. Det har inneburit att läkarprogrammet blivit en termin längre och att utbildningen leder till en legitimation direkt efter examen.

Tidigare studenter har haft en slutexamination i form av AT-provet, vilket har varit ett slutligt bevis på att studenterna haft de kunskaper som krävts för att gå in i arbetslivet som läkare.

I och med den nya sexåriga läkarutbildningen så kommer ett godkänt AT-prov inte längre vara ett krav för att studenterna skall få sin legitimation. Risken finns då att studenterna får sin legitimation trots allvarligt bristande kunskaper inom sitt framtida yrke.

En nationell slutexamination borde därmed införas i slutet av grundutbildningen på läkarprogrammet för att säkerställa att läkarstudenterna har de förmågor och kunskaper som krävs för att utöva läkaryrket. En sådan slutexamination skulle även kunna påvisa eventuella skillnader i utbildningskvalitet mellan de olika lärosätena, vilket är nödvändigt för att kunna erbjuda alla studenter den bästa möjliga utbildningen oavsett studieort.

Sveriges läkarförbund Student samt Sjukhusläkarna yrkar därmed

Att I och med övergången till den sexåriga läkarutbildningen skall Sveriges Läkarförbund verka för införandet av en nationell slutexamination i slutet av grundutbildningen som krav för legitimation.