

## Motioner till FUM 2023

### God och värdig anda inom kåren

Vi är alla specialister eller på väg att bli. Regionernas definition av specialistvård formuleras "Inom specialistvården träffar patienten läkare som är specialister inom andra områden än allmänmedicin".

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) används begreppet "slutenvård", vilket definieras som vård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.

Sjukhus bedriver både slutenvård på vårdavdelningar och öppenvård på mottagningar medan en vårdcentral i huvudsak bedriver öppenvård.

SFAM föreslår att benämningarna primärvård – sekundärvård – tertiärvård ersätter de dagligen använda begreppen primärvård – specialiserad vård – högspecialiserad vård.

Förstnämnda klassifikation är enligt dem "mer neutral och innebär mindre risk för missförstånd kring hög- och lågstatussjukvård eller kompetens- och specialiseringskrav i olika delar av sjukvården".

Enligt första paragrafen i våra stadgar skall vi gemensamt verka för en god och värdig anda inom kåren och här tycker vi att det är trevligt om vi gör det inom Läkarförbundet.

Ord har betydelse. Primärvård är ett etablerat trevligt begrepp medan ordet sekundärvård är ett i våra ögon olyckligt begrepp som språkligt snarare för tanken till sekunda och sämre vård.

Språkligt är primärvård och sekundärvård en direkt översättning från det anglosaxiska systemet "primary and secondary healthcare" vilket lämpar sig dåligt i den svenska vården, där vi istället är i uppstart av en stärkt och utbyggd primärvård och denna ännu inte drivs med dygnet runt-ansvar. Även att benämna specialister inom sjukhusspecialitet som organspecialister är i våra ögon en väl begränsande beskrivning då organet sällan kommer utan patienten, förutom inom transplantation.

Vi ser gärna att vi i just denna enstaka fråga frångår våra vanliga principer och faktiskt instämmer i något som regionerna också tycker och detta i bästa samförstånd.

### Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundet i sitt påverkansarbete använder ordet specialistläkare följt av respektive specialitet och inte använder epiteterna sekundärvård eller organspecialist

### Att gräva där man står – nära ledarskap är nödvändigt

Länkliniker resulterar ofta i ambulerande chefskap med ansvar på flera platser i samma region, vilket får till följd att chefer blir frånvarande och tappar kontakten med de lokala verksamheterna. Detta blir extra tydligt på mindre orter med långa avstånd till övriga enheter. Det finns flera exempel på kliniker vars verksamhet helt eller delvis har blivit lidande på grund av brist på verksamhetsutveckling och kompetensförsörjning.

I dagens situation med bemanningsproblem på många håll är det särskilt tydligt att chefer i regel fokuserar på enheten där de verkar, medan andra delar av länsklinikerna inte får samma ledarskap. Att vara chef på flera platser samtidigt kräver inte sällan många och långa

# Sjukhusläkarna

resor för den som väljer uppdraget, men också en hård press för individen. Den mycket snabba omsättningen av chefer på flera nivåer inom regional verksamhet bottnar ofta i brister i arbetsmiljön.

Med ett ledarskap på avstånd centraliseras stödfunktionerna inom vården i ännu högre utsträckning. Detta gör att de lokala cheferna exempelvis inte får nödvändigt ekonomi- och personalstöd. I många fall hänvisas chefer till att lösa uppgifterna på egen hand, ibland genom att följa generiska beskrivningar på lokala intranät. Det gör att mycket tid måste läggas på administrativa uppgifter långt ifrån verksamheten.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Sveriges läkarförbund arbetar för att sjukvårdens verksamheter ska ledas av en närvarande medicinskt kompetent chef med tillräckligt mandat
- att Sveriges läkarförbund verkar för att chefer inom sjukvården har en god arbetsmiljö med tydlig uppdragsbeskrivning och delegerat mandat, samt tillräcklig uppbackning från stödfunktioner

## No one left behind

Framgångsrikt fackligt arbete bygger på kunskap och erfarenhet. Vid konflikter på det lokala planet, såväl mellan arbetsgivare och arbetstagare, som inom den lokala föreningen kan förbundet i större utsträckning behöva "kliva in" och stötta med adekvat juridisk kompetens. Det finns allt fler exempel på att fackliga företrädare felaktigt hindras i sitt fackliga uppdrag och till och med utsätts för negativ särbehandling.

Om inte skyddet för lokala fackliga företrädare stärks riskerar förtroendet för Läkarförbundet och den svenska modellen att urholkas.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundets jurister centralt ska engageras när förtroendeuppdraget skapar konflikt med arbetsgivaren och stödet från lokalföreningen upplevs otillräckligt
- att Läkarförbundet ska agera kraftfullt vid överträdelse mot förtroendemannalagen
- att Läkarförbundet ska ta fram en handlingsplan att använda vid konflikter involverande fackligt förtroendevalda

## Skydda våra medlemmar!

Samhällsklimatet skärps och oron över vårt lands säkerhet ökar. Vi har krig i närområdet, vi märker tydligt av en ökad gängkriminalitet och terrorhotnivån har höjts till den näst högsta någonsin. Fullmäktige har under de senaste åren mottagit allt fler motioner om att öka arbetet mot hot och våld i olika former, bland annat "Heavy Metal bort från akuten". I debatten har det framförts förslag på inpasseringskontroller på vårdinrättningar, ökat skalskydd, hot och vålds-utbildning för våra medlemmar och möjlighet för läkare att anonymt

# Sjukhusläkarna

anmäla våldsdåd. Ansvar för säkerheten på våra arbetsplatser och för den psykosociala arbetsmiljön ligger hos arbetsgivaren. Vissa av dessa åtgärder skulle kräva lagändringar och inblandning av myndigheter.

Vi har nåtts av vittnesmål om otrygghet från prehospital personal och personal på en akutmottagning efter ett av de senaste våldsdåden. De upplevde ett svagt och otillräckligt skydd på plats. Det saknades möjlighet till avskärmning genom säkerhetspärar, adekvat skalskydd och polis skydd när personalen anlände till sjukhuset, samtidigt som det fanns hotfulla individer strax utanför ambulansinfarten. I en tid när det civila och militära skyddet ska byggas upp och beredskapen öka, är det dags att även läkares arbetsmiljö detaljerat granskas och struktureras utifrån denna hotbild.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundet verkar för att möjlighet till inpasseringskontroller och att tillfälligt stänga av delar av vårdinrättningar i händelse av hotbild införs
- att Läkarförbundet verkar för att möjlighet för vårdpersonal till anonym anmälan av överfall och hot införs
- att Läkarförbundet verkar för att en definition av miniminivå av skalskydd för vårdinrättningar tas fram
- att Läkarförbundet verkar för att vårdpersonal erhåller utbildning i bemötande av hot och våld

## Köra utan körkort? (med SLF Student)

I Sverige krävs körkort för att få köra bil. För att få körkort krävs godkänd nationell slutexamination.

Den nya sexåriga läkarutbildningen leder till legitimation direkt efter examen, utan godkänd nationell slutexamination.

Tidigare har utbildningen till legitimerad läkare avslutats med en samlad slutexamination, den så kallade AT-tentan. Denna tenta har varit gemensam för hela Sverige och på detta sätt säkerställt en jämn kvalitet på utbildningen över landet.

Den har också medfört att AT-läkarna fått möjlighet till repetition och syntes av tidigare teoretisk och praktisk kunskap inhämtad under studier och AT-tjänstgöring.

Att återinföra en nationell slutexamination ger möjlighet till en fortsatt kvalitetssäkring av läkarutbildningen i Sverige. Den ger också möjlighet att följa resultaten vid de olika lärosätena. Detta blir viktigt nu då de enskilda lärosätena står för hela utbildningen fram till legitimation, utan utomstående validering av utbildningens kvalitet.

För den enskilde nyutbildade läkaren skulle en examination också ge möjlighet till repetition och integration av kunskap inhämtad under 12 terminer, och en säkerhet att man uppfyller de krav som ställs på en legitimerad läkare.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Sveriges läkarförbund verkar för införandet av en nationell slutexamination i slutet av grundutbildningen som krav för legitimation

## Så ska vi ha't, var ska vi ta't? Innehåll och finansiering av 12:e terminen på läkarutbildningen (med SYLF, SLF Student)

I och med tolfte terminens införande på läkarutbildningen kommer sjukhusläkare och distriktsläkare på alla nivåer att bli mer engagerade i läkarutbildningen. Detta är i grunden positivt, men kräver stora insatser för att möta ökade behov av läkartid för planering och handledning, och därmed ökade kostnader.

Beslut om införande av sexårig läkarutbildning har fattats utan säkerställande av finansiering av tolfte terminen. För att garantera kvaliteten under denna termin, som delvis kommer att ersätta AT, krävs stora insatser. Redan idag är praktikplatser på universitetssjukhusen begränsade och många studenter har klinisk placering på annan ort. När tolfte terminen träder i kraft om något år kommer ytterligare platser att behövas på sjukhus och vårdcentraler. Finansiella medel har inte tillförts läkarutbildningen för att kompensera detta ökade behov. Vården är pressad och tillgängligheten måste öka, men handledning tar tid. Idag finns risk att finansiering av tolfte terminen kommer ske genom omfördelning av medel från övriga terminer.

Universiteten är nu huvudmän för hela utbildningen fram till legitimation. Tolfte terminen kommer att ställa ökade krav på verksamhetsförlagd undervisning/praktik, vilket gör att kraven på sjukvårdens insatser i utbildningen kommer att öka väsentligt. För att detta ska lyckas krävs ett stort finansiellt tillskott och nya lösningar.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundet verkar för att finansieringen av tolfte terminen säkerställs med tydligt nytt tillskott av pengar
- att Läkarförbundet verkar för att ekonomisk ersättning följer undervisningsuppdraget till aktuell undervisningsenhet
- att Läkarförbundet verkar för att kliniskt verksamma läkare inkluderas i planering och utformning av läkarprogrammet

## Öppna landskap – inte alltid bra för själen

Sjukhusläkarna ser ett behov av att ha ett bra och lättillgängligt vetenskapligt förankrat faktaunderlag när det gäller läkares arbetsplatser. Vi vet att det finns forskning som visar att arbetsmiljön och produktiviteten går ner vid stökiga miljöer. Det är svårare med såväl sekretess som möjlighet att prata ostört i telefon med patienter och kollegor. Dessutom påverkar vår arbetsmiljö de medicinska sekreterarna. Vi ser att utvecklingen går åt fel håll,

med allt fler läkare per arbetsrum, öppna kontorslandskap och färre ytor för patientrelaterat arbete på avdelningar, mottagningar och andra patientnära områden. Vi vill verka för att vända trenden, och behöver då att bra underlag när vi driver frågan.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundet sammanställer ett faktabaserat material angående läkares administrativa arbetsplatser
- att Läkarförbundet verkar för hjärnvänliga arbetsplatser för läkare

## Lönecoaching (med SYLF)

Ingångslönerna är en av de mest avgörande faktorerna för att säkra goda lönenivåer för våra medlemmar. En otillräcklig ingångslön i början av yrkeslivet kan ha långvariga negativa konsekvenser för löneutvecklingen. I vissa regioner erhålls dessutom fast lönepåslag mellan ST-lönen och specialistlönen utan ny förhandling, således kan en löneförhandling för ST påverka medlemmarnas inkomster under hela deras yrkesliv.

Tyvärr är det alltför vanligt att våra arbetsgivare använder löneutrymmet vid årliga översynen för att kompensera för de tidigare lågt satta ingångslönerna. Denna praxis leder till mindre tillgängliga resurser för att fördela i löneöversynen, vilket påverkar både individens och kollektivets inkomster negativt.

Vi har regelbundet mottagit rapporter om att arbetsgivare motverkar våra medlemmars försök att förhandla om sina löner. Många av våra medlemmar befinner sig i en svår förhandlingssituation, särskilt ST-läkare som ofta har begränsade möjligheter att söka tjänster i andra regioner. Arbetsgivarna är medvetna om detta och utnyttjar det till sin fördel. För att bättre stödja våra medlemmar i utmanande löneförhandlingar, yrkar vi att förbundet utvecklar den centrala lönecoachingen som ett komplement till lokalföreningarnas lönerådgivning. Detta kommer att avlasta våra lokalföreningar från den tunga bördan av att hantera dessa frågor och frigöra resurser som i sin tur ytterligare kan användas för att stärka

läkarförbundets mandat lokalt.

Lönecoaching är också nödvändigt för att våra medlemmar ska kunna få faktiskt stöd och vägledning utöver statistik de behöver för att uppnå rättvisa löner och stöd över hela landet. Detta skapar fördelar både för medlemmen, lokalföreningen och kollektivet.

Flera andra fackförbund, såsom Vårdförbundet, Vision och Läraförbundet, har framgångsrikt implementerat centrala lönecoacher där medlemmarna kan vända sig för personlig rådgivning och gruppcoaching. Enligt SLF.se erbjuds redan lönecoaching via medlemsrådgivningen, antingen är denna otillräcklig eller outnyttjad eftersom såväl ST- som specialistlönerna fortsätter att ha en negativ utveckling jämfört mot samhället.

## Fullmäktige föreslås besluta

- att Läkarförbundet utvecklar sin lönecoaching
- att Läkarförbundet marknadsför central lönecoaching för sina medlemmar

## **Säkerställ adekvata insatser vid läkares arbetsrelaterade sjukdomar – både för medarbetare och chef (med Svenska Företagsläkarföreningen)**

Svenska Företagsläkarföreningens uppfattning är att den vanligaste orsaken till läkares psykiska ohälsa ligger i den organisatoriska arbetsmiljön.

I det färskaste betänkandet till regeringen Rätt förutsättning för sjukskrivning (SOU 2023:48) är man tydlig om arbetsgivarens roll: "Arbetsgivaren har en viktig roll eftersom det är arbetsgivaren som är ansvarig för och kan påverka den enskildes arbetsmiljö, arbetsuppgifter och arbetssituation. Arbetsgivaren är ansvarig för att det finns rehabiliterings- och anpassningsverksamhet på arbetsplatsen. Många arbetsgivare upplever dock att de har bristande kompetens och svårigheter i arbetet gällande rehabilitering och arbetsanpassning. Arbetsgivaren är skyldig att vid behov anlita företagshälsovård, men i vilken grad detta görs varierar kraftigt.

Vi bedömer att samarbete mellan professionerna inom hälso- och sjukvården är mycket viktigt men löser inte grundproblemet gällande arbetsgivares behov av stöd vid rehabilitering och anpassning på arbetsplatsen. I stället behöver arbetsgivare anlita företagshälsovård i detta syfte".

Arbetsmiljöverket är än mer precisa i sin AFS Arbetsmiljöverkets föreskrifter om organisatorisk och social arbetsmiljö AFS 2015:4. Ur föreskrifterna går att utläsa: 10 § Arbetsgivaren ska se till att arbetstagarna känner till 1. vilka arbetsuppgifter de ska utföra, 2. vilket resultat som ska uppnås med arbetet, 3. om det finns särskilda sätt som arbetet ska utföras på och i så fall hur, 4. vilka arbetsuppgifter som ska prioriteras när tillgänglig tid inte räcker till för alla arbetsuppgifter som ska utföras, och 5. vem de kan vända sig till för att få hjälp och stöd för att utföra arbetet.

Vi vill framhålla att tankegångarna från SOU 2023:48 och föreskrifterna i AFS 2015:4 även gäller för verksamheter där läkare är anställda.

Många arbetsgivare har svårt att följa ovanstående föreskrifter fullt ut. Om man lyckats följa föreskriften hade man sannolikt kunnat undvika många fall av stressrelaterad ohälsa bland läkare.

I Läkarförbundets publikation Arbetsmiljöpolitiskt program från 2019 skriver man att Sveriges Läkarförbund anser att arbetsgivaren som ansvarig för rehabilitering ska se till att tillgång till vårdgivare med kompetens att behandla läkare finns.

Inom företagshälsovården finns den kompetensen. Läkare som är specialister i arbetsmedicin/företagshälsovård har specialistkunskap bl a innefattande just organisatorisk och social arbetsmiljö, ohälsa förorsakad av arbetsrelaterad stress, och arbetsinriktad rehabilitering. Då arbetsmedicin är en tilläggsspecialitet har alla läkare som är specialister i arbetsmedicin också en annan grundspecialitet, varför det hos alla arbetsmedicinare finns en unik förståelse för läkarkollegornas generella arbetsvillkor. Mot den bakgrunden, och genom individuell konsultation i kombination med flerpartsmöte inkluderande företagsläkare, medarbetare och chef, finns möjlighet till en fördjupad förståelse av situationen som är svår att uppnå inom ramen för insatser inom övrig hälso- och sjukvård.

# Sjukhusläkarna

## Fullmäktige föreslås besluta

- att SLF skall verka för att säkerställa att läkare vid arbetsrelaterad psykisk ohälsa rutinmässigt får anlita/får stöd av specialister i arbetsmedicin/företagshälsovård
- att SLF skall verka för att säkerställa att det rutinmässigt används ett arbetssätt i den arbetsinriktade rehabiliteringen där läkaren och läkarens chef tillsammans med specialist i arbetsmedicin/företagshälsovård i flerpartsmöte jobbar med analys, riskbedömning och adekvata åtgärder, för att nå hållbarhet i arbetslivet