

Landstingsstyrelsen

## Styrning av läkarnas tid och kompetens

På vårt uppdrag har revisionskontoret och Anna M Roland Konsult granskat styrningen av läkarnas arbetstid och kompetenser. De övergripande revisionsfrågorna i granskningen har varit att undersöka om läkarbemanningen styrs och säkras - dagtid och jourtid och om avtalsenlig möjlighet till schemaläggning tas tillvara. I granskningen har även ingått att undersöka hur läkarna uppfattar landstingets mål som underlag för genomförande av vårdverksamheten samt hur läkarna uppfattar sin delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

Granskningen har genomförts dels som en dokument- och intervjustudie och dels med omfattande registeranalyser av uppgifter om verksamheten (enligt VAS) och utförd arbetstid (enligt Heroma) under år 2009 för de tre granskade områdena kirurgi, ortopedi och medicin. Intervjuer har gjorts med; verksamhetschefer, läkaravdelningschefer, företrädare för IT- och lönesystemet, chefläkare samt två grupper med läkare från de granskade områdena.

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Granskningen visar sammanfattningsvis att det, sedan revisorernas tidigare granskningar, skett en del förbättringar men att det fortfarande finns en obalans mellan verksamheternas behov av läkarinsatser och planeringen av läkararbetstiden.

I det följande redovisas några av de förbättringsområden som framkommit i granskningen.

- Planeringen av läkarresursen bör i ökad grad anpassas till vårdverksamheten som pågår dygnet runt och som genomgår förändringar i och med utveckling av nya behandlingsmetoder mm. Vår granskning visar att en mycket stor del av vården, här representerad av mottagning, operationer och inläggningar, inträffar utanför läkarnas ordinarie arbetstid. Vi anser att det därför finns anledning att ifrågasätta den nuvarande ordinarie läkararbetstidens förläggning, vanligtvis kl 07 – 17 vardagar.
- Vid vår kartläggning av de verksamhetsområdena som ingår i granskningen framkom att det i vissa fall saknades mål och bemanningsplaner.

Det är väsentligt att det vid arbetstidsplaneringen finns bemanningsplaner som grundar sig på analyser om verksamhetens behov vid olika tider på dygnet, för veckan och om eventuella säsongsvariationer.

- De möjligheter till en schemaläggning kl 07 – 21 samt även kvällar och nätter som ges i läkaravtalet bör nyttjas i högre grad än vad som nu görs för att anpassa läkarresursen efter verksamhetens behov och för att därmed minska den dyra jourverksamheten.
- Av granskningen framgår att jourverksamhet är av stor omfattning och att arbetstid under juren huvudsakligen utförs under den tid på dygnet samt under helger när ersättningsnivån är hög. Uppgifter ur personalsystemet Heroma visar att ca hälften av arbetade timmar i jourverksamheten år 2009 betalades med dubbel timersättning. Den jourkompensation som därmed uppkommer läggs ut för att klara arbetstidslagens bestämmelser men en stor del läggs ut i veckovisa ledigheter. Utrymmet för den planerade läkarverksamheten minskar i motsvarande grad och därmed även tillgängligheten, en utveckling som enligt erfarenheter bidrar till att skapa ett ökat behov av akutsjukvård.
- Granskningen visar även att arbetsdagen på fredagar är kortare än måndag – torsdag, vilket bl.a. innebär att operationssalar står oanvända under fredag eftermiddagar, tid som skulle kunna användas för vårdproduktion.
- I granskningen har även framkommit brister i läkarnas följsamhet till rutiner och regler för rapportering av arbetstiden och för inlämnande av önskemål om ledigheter. Konsekvenser av detta har blivit att registreringar av arbetad tid försvåras och att schemaläggningen blir tungrodd. Vi rekommenderar att det vidtas åtgärder för att komma till rätta med nämnda problem.
- Vid intervjuerna har framkommit att läkarnas medverkan i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet hittills varit blygsamt främst till följd av brist på utrymme i arbetsschemat och att dessa aktiviteter inte prioriterats i relation till andra arbetsuppgifter. Läkarnas delaktighet i kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet bör utvecklas med större grad av läkarmedverkan.

Vi emotser senast den 31 januari 2011 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer

  
Mona Nyberg  
Ordförande

  
Jöns Broström  
V ordförande

**Bilaga**

Rapporten Granskning av Styrning av läkarnas tid och kompetens

**Kopia till**

Fullmäktiges presidium

Landstingsdirektören

Bitr. landstingsdirektören

VO chefen för område kirurgi

VO chefen för område ortopedi

VO chefen för område medicin

Chefen för ledningsstab personal



Jämtlands Läns  
Landsting

## **REVISIONSRAPPORT**

**Styrning av läkarnas tid och kompetens**

**Revisionsgranskning av resursutnyttjande  
vid område Kirurgi, Medicin och Ortopedi**

**Ansvarig:**  
**Revisionsdirektör Majvor Enström**  
**Certifierad kommunal revisor Ulf Rubensson**



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>5</b>
<b>1 INLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1 BAKGRUND.....	8
1.2 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR, AVGRÄNSNING.....	8
1.3 METOD.....	9
1.4 GRANSKNINGSANSVARIG.....	9
1.5 RAPPORTENS DISPOSITION.....	9
<b>2 GRANSKNINGSRESULTAT, ANALYS OCH REKOMMENDATIONER</b> .....	<b>10</b>
2.1 PLANERAS LÄKARARBETSTIDEN UTIFRÅN VERKSAMHETENS BEHOV?.....	10
2.1.1 Verksamhetens behov.....	10
2.1.1.1 Operationer.....	10
2.1.1.2 Mottagningsbesök.....	11
2.1.1.3 Inskrivningar.....	12
2.1.2 Planering av läkararbetstiden.....	13
2.1.2.1 Ordinarie arbetstid.....	14
2.1.2.2 Mål för läkarbemanningen.....	16
2.2 VILKEN FRAMFÖRHÅLLNING I SCHEMAPLANERING EFTERSTRÄVAS RESPEKTIVE UPPNÅS?.....	18
2.3 HUR PÅVERKAS BEMANNINGEN I PRAKTIKEN AV SÄSONGSVARIATIONER I ARBETSBELASTNING? ...	19
2.4 ÄR MEDARBETARNA DELAKTIGA I SCHEMAPLANERINGEN?.....	20
2.5 HUR ANVÄNDS TIDEN 17-21 MÅNDAG-TORSDAG RESP 13-21 FREDAGAR? SCHEMALÄGGS DENNA TID?.....	21
2.5.1 Schemaläggning av beredskapsläkaren till kl 21. ....	22
2.6 HUR ANVÄNDS IT-STÖD FÖR PLANERING OCH UPPFÖLJNING AV LÄKARNAS TJÄNSTGÖRING? .....	22
2.7 HUR FÖRDELAS JOURERSÄTTNINGEN I LÖN RESPEKTIVE LEDIG TID? GENERELLT ELLER KLINIKSPECIFIKA SYSTEM? .....	23
2.8 HUR STYRS OCH SÄKRAS KOMPETENS TILL AKUTVERKSAMHET RESPEKTIVE PLANERAD VERKSAMHET MED SIKTE PÅ MÅL INOM KVALITET, PATIENTSÄKERHET OCH EFFEKTIV RESURSANVÄNDNING? .....	24
2.9 HUR STYRS OCH SÄKRAS ATT RÄTT ARBETSUPPGIFTER UTFÖRS UNDER JOUR OCH BEREDSKAP?.....	25
2.10 HUR FÖRDELAS JOURERSÄTTNINGEN I LÖN RESPEKTIVE LEDIG TID? GENERELLT ELLER KLINIKSPECIFIKA SYSTEM? .....	27
2.11 FÖRLÄGGS JOURKOMPLEDIG TID I ANSLUTNING TILL JOUR ELLER SAMLAT TILL ÖNSKADE VECKOR?.....	28
2.12 I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS GEMENSAMMA JOURLINJER?.....	28
2.13 HUR STYRS OCH FÖLJS MEDARBETARNAS (LÄKARNAS) MEDVETENHET OM GEMENSAMMA MÅL UPP? .....	28
2.14 HUR SER LÄKARAVDELNINGSCHEFERNAS UPPDRAG OCH MANDAT UT? .....	29
2.15 HUR STYRS LÄKARNAS DELAKTIGHET I DET SYSTEMATISKA KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETET? .....	31

---

<b>3</b>	<b>UTGÅNGSPUNKTER .....</b>	<b>32</b>
3.1	LANDSTINGSPLANEN.....	32
3.2	HSL OCH LYHS .....	32
3.3	KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET.....	33
3.3.1	Föreskrift om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet .....	33
3.3.2	Medicinska styrdokument.....	33
3.4	SLUTSATSER I TIDIGARE GRANSKNINGAR I SAMMANFATTNING .....	34

## SAMMANFATTNING

De förtroendevalda revisorerna i Jämtlands läns landsting har uppdragit åt revisionskontoret att göra en granskning med inriktning på hur läkarresursen tas tillvara, delvis en uppföljning av tidigare granskningar 1998–2005. Granskningen som rör verksamhetsområdena Kirurgi, Medicin och Ortopedi har genomförts dels av konsultföretaget Anna M Roland Konsult under december 2009–mars 2010 och dels av landstingets revisionskontor under perioden juni 2010 – augusti 2010.

Granskningen syftar till att undersöka hur läkararbetstiden planeras för att tillgodose verksamhetens behov, jourverksamheten, hur bemanning med nödvändig läkarkompetens styrs och säkras, hur arbetstidslagen (ATL) beaktas i planering och schemaläggning, hur avtalsenlig möjlighet till schemaläggning måndag-fredag i första hand kl 07-21 men även kvällar och nätter tas tillvara, på vilka grunder befintliga system för scheman har konstruerats samt hur system och rutiner för ersättning av jourtjänstgöring är konstruerade och används.

Granskningen har visat ett flertal exempel på förbättringar som genomförts sedan våra tidigare granskningar, bl. a schemaläggning av primärjourer fram till kl 21 vardagar inom granskade verksamhetsområden, skärpta regler för jourkomputtag och en något starkare anpassning mellan schema, kompetens och verksamhetsbehov.

I landstingets effektiviseringsåtgärder ingår förändringar i läkarnas anställningsvillkor. Stramare regler för hur länge intjänad jourkomp får sparas har införts, den extra ersättningen under storhelger har reducerats. Ersättning för arbetad tid efter kl 17 på fredagar har förhandlats under denna rapportens färdigställande.

Mot bakgrund av att en mycket stor del av den oplanerade vården till stor del inträffar utanför ordinarie arbetstid, finns det anledning att ifrågasätta den ordinarie arbetstidens förläggning utifrån ett verksamhets-/produktionsbehov. Det finns också anledning att, så långt det är kostnads-effektivt, utnyttja de möjligheter som avtalen för närvarande ger beträffande schemaläggning av ordinarie arbetstid under dygnet och att i övrigt, via SKL, verka för avtalskonstruktioner som är bättre anpassade för verksamhetens behov.

Granskningen visar att arbetsdagen på fredagar är kortare än måndag – torsdag, vilket innebär att operationssalar står oanvända under fredag eftermiddagar, tid som skulle kunna användas för vårdproduktion.

Registreringen av läkarnas arbetstid försvåras av sent inlämnade underlag från läkarna. Regelverk för inlämning av önskemål om ledigheter följs inte av alla läkare och det bidrar till att göra schemaläggningen mer tungrodd. Eftersom scheman läggs av läkare innebär detta ineffektiv användning av läkartid.

Arbetstidslagens regelverk ingår i schemaläggningens förutsättningar och uppmärksammas i uppföljningen av registrerad tid. Felaktiga registreringar förekommer när läkare registrerar, arbetad tid under jour/beredskap, utifrån ersättningsreglerna istället för faktisk arbetad tid, vilket medför att underlaget för uppföljning av arbetstidslagen blir missvisande.

Rapporter ur den IT-baserad tidsregistreringen har hittills inte anpassats till chefernas behov av uppföljning, som därmed försvårats. Ett utvecklingsarbete med användaranpassade rapporter ur tidsdatabasen pågår sedan hösten -09.



Organisationen innehåller nu en läkaravdelningschef vid samtliga granskade verksamhetsområden. Dennes/ dennas mandat är i paritet med andra första-linjen-chefer, uppdragen är muntligt framställda och tydliga för respektive läkaravdelningschef. Förbättringsområden finns när det gäller dessa chefers möjligheter att styra och följa upp medarbetarnas arbetstider och följsamhet till gemensamt överenskomna riktlinjer för framförhållning i schema och underlag för tidsregistrering. Cheferna genomför utvecklingssamtal enligt landstingets intentioner men bara delvis enligt landstingets standardmall.

Granskningen ger intryck av att läkaravdelningschefernas roll är svår och att de därför behöver uppmärksammas i högre utsträckning dels inför rekrytering och dels för att ges bättre verktyg för sitt uppdrag.

Resultaten i den senaste rapporten Öppna jämförelser indikerar att kvalitetsutvecklingen är en viktig utmaning för JLL att ta sig an. Läkarnas medverkan i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet har enligt uppgift hittills varit blygsamt, framför allt till följd av brist på utrymme i arbetsschemat och att aktiviteterna inte har prioriterats i relation till andra arbetsuppgifter.

Intresse finns i läkargrupporna och de exempel på delaktighet som getts i granskningen talar för att läkarnas medverkan kan förväntas bidra till positiva effekter, både för kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet och på sikt också för landstingets ekonomiska resultat. Oroande uppgifter i läkarintervjuer gäller ineffektiva lösningar i stödprocesser, t ex inloggning i system etc. som tar onödigt mycket tid från kärnverksamheten.

Sammantaget ger granskningen anledning till följande rekommendationer:

- Planeringen av läkarresursens bör utvecklas för att i högre grad anpassa denna till verksamhetens behov.
- Ramar i form av mål och bemanningsplaner bör tas fram som underlag för planeringen av läkarnas arbetstid.
- Behov av tydligare regelverk för framförhållning i underlag till schema och underlag till tidsregistrering, tydligare kommunikering av dessa regler och möjlighet att med tydligare åtgärder påverka läkare som nonchalerar reglerna.
- Behov av förtydligande när det gäller tolkningen av avtalets riktlinjer för vilka arbetsuppgifter som ska/ inte ska utföras under jour och beredskap.
- Läkaravdelningscheferna har muntligt väl avgränsade uppdrag men granskningen ger intryck av att de behöver effektivare verktyg för att styra och följa upp sina medarbetare. Landstinget rekommenderas därför att i ökad utsträckning uppmärksamma den svåra läkarchefsrollen och stärka läkaravdelningschefernas position i relation till medarbetare samt att säkra att IT-rapporter är anpassade efter användarnas behov.
- Organisationer med fristående läkaravdelningar kontra teamorganisation bör prövas utifrån vad som bäst kan bidra till en effektiv verksamhet.
- Läkarnas delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet behöver utvecklas med större grad av läkarmedverkan..
- I läkarintervjuerna framkommer synpunkter på "tidstjuvar" i jobbet, som indikerar att läkarnas arbetstid inte används effektivt. Landstinget rekommenderas därför analysera användningen av läkartiden i syfte att effektivisera de moment som kan påverkas.

- Landstinget rekommenderas också att genomföra en kostnad-nyttoanalys av utökad arbetstid på fredagar för bättre nyttjande av operationssalsresursen. T ex genom en ökning av polikliniska operationer på fredagar. Vi vill i detta sammanhang peka på att det i kalkylen bör tas med att en ökad sjukvårdproduktion på fredagar inte bara medför kostnader. Ett ökat utnyttjande av egna operationssalsresurser skulle kunna bidra till att minska landstingets kostnader för vård utanför länet.

# 1 INLEDNING

---

## 1.1 BAKGRUND

De förtroendevalda revisorerna har beslutat att granska hur läkarnas arbetstid inom Länssjukvården styrs. Granskningen är en uppföljning av tidigare granskningar 1998 – 2005, som har visat på ett antal förbättringsområden, bl. a avseende schemaläggning andra tider än kontorstider, samordning med övrig personal, anpassning av bemanning till verksamhetsbelastning, bättre kompetensutnyttjande, följsamhet till riktlinjer, IT-stöd för planering och uppföljning mm.

Jour- och beredskap för läkarna är också ett av deluppdragen i landstingets projekt Omställning 2010. Syftet är att reglera skulden för intjänad jour/beredskap, ”ta fram nya riktlinjer för hur mycket intjänad jour/beredskap man får samla på sig innan den betalas ut” och att ”genom schemaläggning och bättre planering under 2009 minska behovet av jour/beredskap med 10 %”. Enligt uppgifter är riktlinjerna antagna och reglering av skulden har påbörjats för vissa områden.

## 1.2 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR, AVGRÄNSNING

Granskningen är en uppföljning och det huvudsakliga syftet är att undersöka vilka åtgärder för att förbättra planering och nyttjande av läkararbetstiden som vidtagits sedan tidigare granskningar.

I granskningen avsågs att undersöka:

- hur bemanning med för verksamheten nödvändig läkarresurs styrs och säkras, dagtid och jourtid
- hur arbetstidslagen beaktas i planering och schemaläggning
- hur avtalsenlig möjlighet till schemaläggning måndag-fredag 07-21 tas tillvara
- på vilka grunder befintliga system för scheman har konstruerats
- och hur system och rutiner för ersättning av jourtjänstgöring är konstruerade och används.

Granskningen är avgränsad till verksamhetsområdena Kirurgi, Ortopedi och Medicin och är utförd i två etapper; under tiden december 2009 – mars 2010 samt juni – augusti 2010.

Revisionsfrågor

- Planeras läkararbetstiden utifrån verksamhetens behov?
- Hur styrs och säkras kompetens till akutverksamhet respektive planerad verksamhet med sikte på mål inom kvalitet, patientsäkerhet och effektiv resursanvändning?
- I vilken utsträckning används gemensamma jourlinjer?
- Hur används IT-stöd för planering och uppföljning av läkarnas tjänstgöring?
- Vilken framförhållning i schemaplanering eftersträvas respektive uppnås?
- Hur används tiden 17-21 måndag-torsdag resp 13-21 fredagar? Schemaläggs denna tid?
- Hur påverkas bemanningen i praktiken av säsongsvariationer i arbetsbelastning?

- Hur fördelas jourersättningen i lön respektive ledig tid? Generellt eller kliniks specifika system?
- Förläggs jourkompledig tid i anslutning till jour eller samlat till önskade veckor?
- Är medarbetarna delaktiga i schemaplaneringen?
- Hur styrs och följs medarbetarnas (läkarnas) medvetenhet om gemensamma mål upp?

Följande tre frågor tillkommit under granskningsperioden:

- Hur ser läkaravdelningschefernas uppdrag och mandat ut?
- Hur styrs och säkras att rätt arbetsuppgifter utförs under jour och beredskap?
- Hur styrs läkarnas delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet?

### 1.3 METOD

Granskningen har genomförts dels som en dokument- och intervjustudie och dels med registeranalyser. I underlaget ingår landstingets budget och flerårsplan, styrdokument inom granskade områden, läkarnas avtal, arbetstidslagen, rapporter ur tidsdatabas m.m. Verksamhetschefer, läkaravdelningschefer, företrädare för IT- och lönesystemen samt chefläkare har intervjuats liksom två grupper med läkare från ingående verksamhetsområden. Registeranalysen har omfattat uppgifter om verksamheten som hämtats främst ur VAS (landstingets vårdadministrativa system) och uppgifter om tjänstgöringen som hämtats ur Heroma (landstingets personaladministrativa system).

Verksamhetsområdescheferna inom de granskade områden har granskat utkast för kontroll av fakta, som i förekommande fall korrigerats.

### 1.4 GRANSKNINGSANSVARIG

Granskningen har genomförts under ledning av landstingets revisionskontor. Som stöd har anlåtats Anna Roland vid konsultföretaget Anna M Roland Konsult, som bistått med det huvudsakliga arbetet avseende dokumentstudier, intervjuer och analys. Revisionsdirektör Majvor Enström vid landstingets revisionskontor har varit projektledare och även medverkat i gruppintervjuer, analysarbetet samt rapportsammanställningen. Ulf Rubensson, certifierad kommunal revisor, vid landstingets revisionskontor har medverkat vid analys och sammanställande av rapporten samt framtagande av dataunderlag och registeranalys.

### 1.5 RAPPORTENS DISPOSITION

*Kapitel 1.3 och 1.4 redovisar metod respektive granskningsansvarig. Kapitel 2 innehåller iakttagelser i sammanfattning, uppställda per revisionsfråga. Kapitel 3 avslutas med synpunkter på viktiga förbättringsområden samt rekommendationer till landstinget. I kapitel 3 redovisas utgångspunkter/ revisionskriterier. I bilaga till rapporten återfinns ytterligare beskrivningar, statistik och viss avtalstext.*

För att underlätta läsbarhet och minska textmassan används ibland förkortningar, t ex VO för verksamhetsområde. KIR står för Kirurg, MED för Medicin och ORT för Ortoped. Verksamhetsområdeschef har förkortats VOC, läkaravdelningschef – LAC och Jämtlands läns landsting – JLL, m.m.

## 2 GRANSKNINGSRESULTAT, ANALYS OCH REKOM- MENDATIONER

### 2.1 PLANERAS LÄKARARBETSTIDEN UTIFRÅN VERKSAMHETENS BEHOV?

#### 2.1.1 Verksamhetens behov

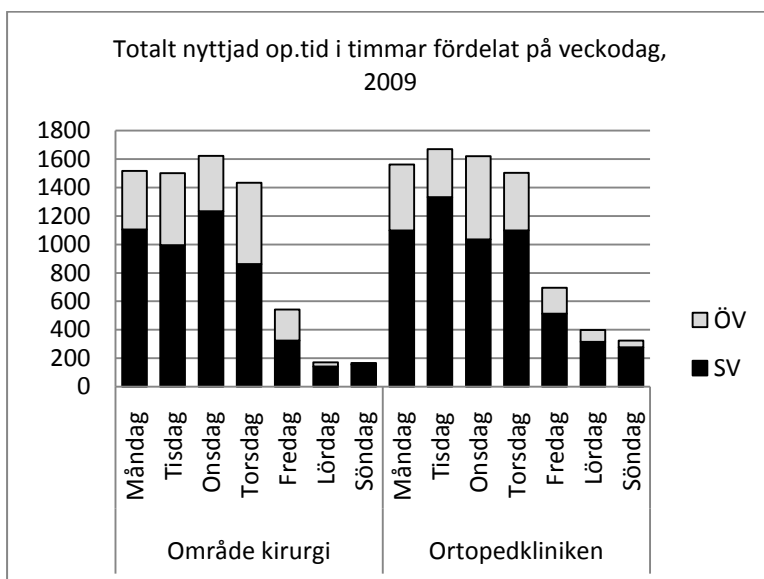
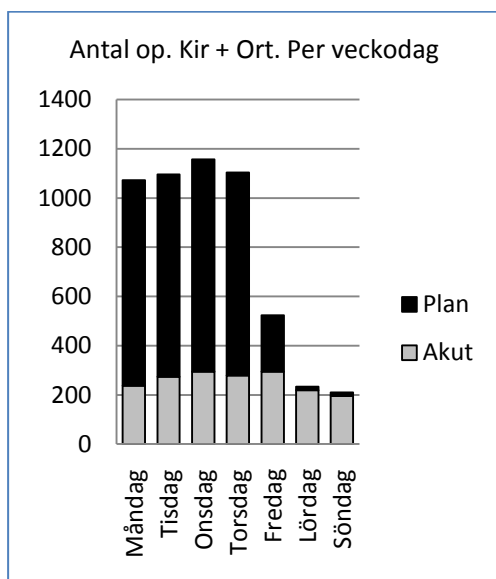
I det följande redovisas uppgifter om läkarverksamheten under år 2009 i tre centrala aktiviteter: **operationer, mottagningsbesök och inskrivningar**. Förutom de uppgifter om operation, mottagning och inskrivning under år 2009 som vi redovisar under denna rubrik finns ytterligare uppgifter att ta del av i **bilaga**. Syftet med redovisningen är att ge en bild av hur nämnda aktiviteter i läkarverksamheten fördelar sig på veckans dagar samt över dygnet. Läkarverksamheten omfattar ytterligare aktiviteter, inte minst arbetet på vårdavdelningarna, vilket enligt uppgift ökat i omfattning under senare år. Läkarbesöken hos inläggande patienter har dock inte varit möjliga att utläsa i landstingets IT-stöd (VAS).

Med uppgifter ur databaserna för ProDiver och VAS har vi kunnat göra följande iakttagelser om vilka tider på dygnet som läkarmedverkan i vården varit efterfrågad.

#### 2.1.1.1 Operationer

Under år 2009 har operationsverksamheten inom VO KIR och VO ORT haft en omfattning på 2673 op. inom VO KIR resp. 2722 op. inom VO ORT.

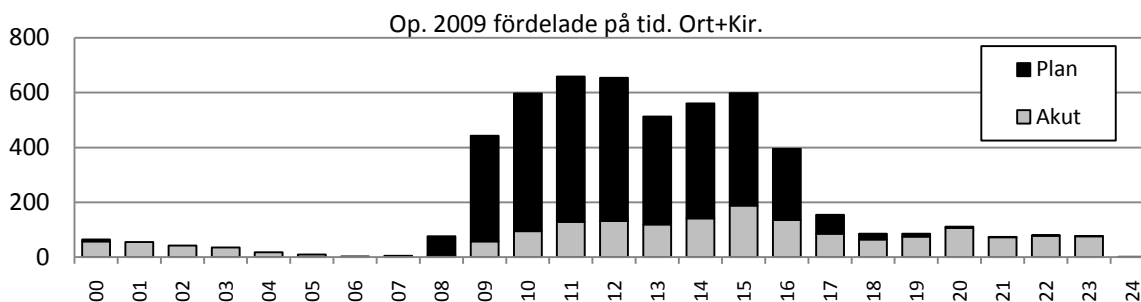
Nedanstående diagram visar antal operationer inom VO KIR och VO ORT under år 2009 fördelade på veckodag och på planerad resp akut verksamhet



Av diagrammet på föregående sida (ovan till vänster) framgår att den planerade verksamheten är starkt minskad under fredagar. Den kortare arbetsdagen på fredagar motsvaras inom de opererande specialiteterna enligt uppgift av korta dagar även för personal vid C-op och medför längre arbetstid måndag-torsdag vilket uppges ge bättre möjlighet att ta vara på operationstiden dessa dagar. Ett argument som angetts till att inte operera, i samma omfattning på fredagar, som övriga vardagar, är den minskade verksamheten på vårdavdelningarna under helger.

Operationer inom öppenvården (diagrammet till höger "Öv", föregående sida) uppvisar, liksom operationsverksamheten i övrigt, en starkt reducerad verksamhet på fredagar. Detta har dock inget samband med helgverksamheten på vårdavdelningarna. Orsaken har i detta fall uppgetts vara att operationer i öppenvården ofta kräver lika stora resurser, som operationer i slutenvården, i anslutning till ingreppet..

Då antal operationer inom VO KIR och VO ORT under år 2009 fördelas på dygnets timmar (starttider) erhålls nedanstående bild:



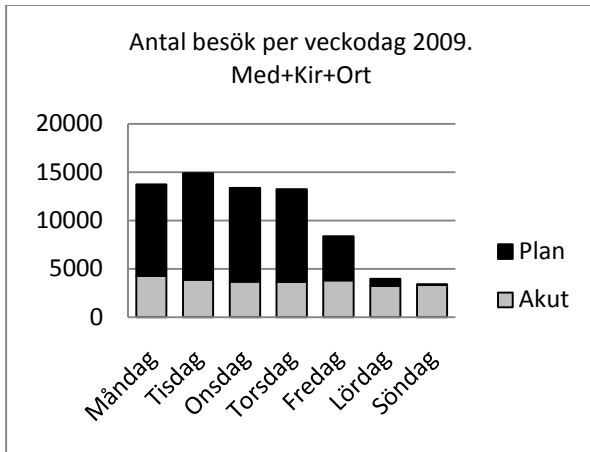
De flesta operationer under år 2009 har utförts, som diagrammet visar, under dagtid och är planerade.

Andelen operationer som utförs på annan tid än kl 07-17 (läkarnas ordinarie arbetstid) uppgår till 14 procent av samtliga operationer, lika inom VO KIR och VO ORT.

Andelen akuta operationer inom VO KIR och VO ORT uppgick till 27 procent respektive 40 procent för helåret 2009. För VO ORT har det inträffat en förändring under 2010 då andelen akuta operationerna har ökat påtagligt. Enligt uppgifter ur landstingets databas ProDiver uppgick de under tiden januari t o m aug 2010 till 53%.

### 2.1.1.2 Mottagningsbesök

I avsnittet redovisas planerade och akuta besök under år 2009 dels fördelade per veckodag och dels under dygnets timmar. Till akutverksamheten tillkommer de interna "besöken" som utförs när jourläkaren kallas till ineliggande patienter. Dessa besök som uppges vara en allt mer betydande uppgift för juren har dock inte varit möjliga att kartlägga i denna granskning.



Mottagningsverksamheten inom områdena (diagrammet ovan) har en relativt likartad profil måndag-torsdag medan verksamheten minskar påtagligt på fredagar.

De akuta besöken uppvisar en tämligen jämn fördelning under måndag-fredag medan besöken sjunker något under helgen. De akuta besökens andel av samtliga besök uppgår till 35 procent vid VO KIR, VO MED 33 procent och VO ORT 43 procent.

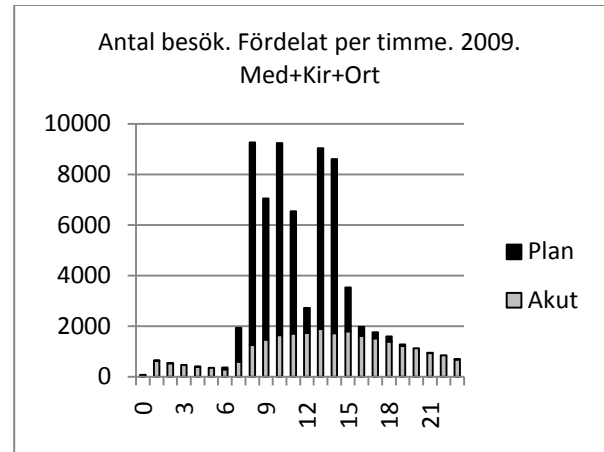
Vidstående diagram visar antalet besök hos resp VO under år 2009 med en fördelning på olika besökskategorier.

Av diagrammet framgår att samtliga tre VO har en liten andel nybesök medan akut- och återbesök utgör huvuddelen av besöken.

Förhållandet mellan besökskategorierna är en följd av tillgänglig tid för mottagningsverksamhet snarare än att det speglar behovet. De verksamhetsansvariga uppger att de akuta besöken är svåra att styra. Nybesöken prioriteras, främst av medicinska skäl, vilket leder till att återbesöken får vänta.

### 2.1.1.3 Inskrivningar

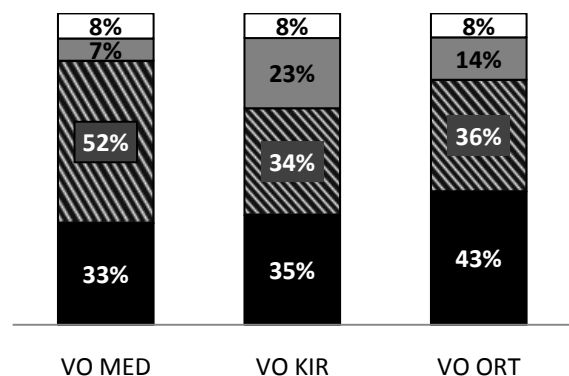
Inskrivningarna är ett annat mått som vi valt för att ge en bild av patienttillströmningen. Måttet som sådant visar den tidpunkt när registreringen av läkarens ordination om akutinskrivning sker, enligt uppgift vanligtvis inom en halvtimme efter ordinationstillfället. Uppgiften är intressant som en av indikatorerna för hur läkarresursen nyttjats.



De akuta besöken (diagrammet, ovan) kulminerar mellan kl 08 – 17 och fortsätter därefter i något sjunkande andel fram till midnatt för att efter midnatt förekomma endast i liten omfattning.

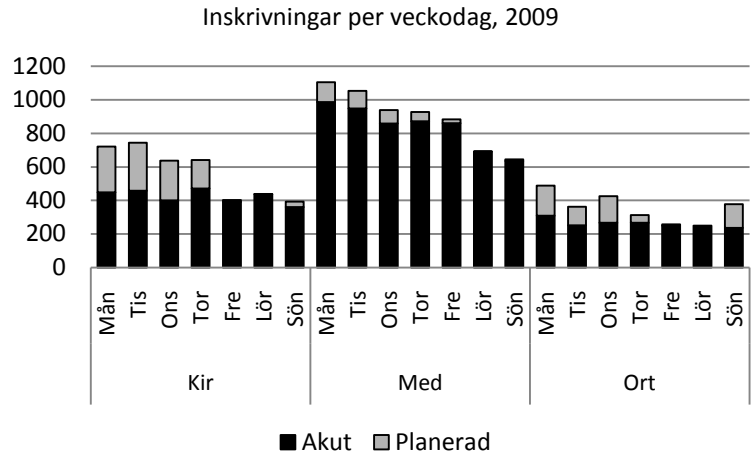
### Fördelning på typer av besök. 2009.

■ Akuta besök ■ Återbesök ■ Nybesök □ Övrigt



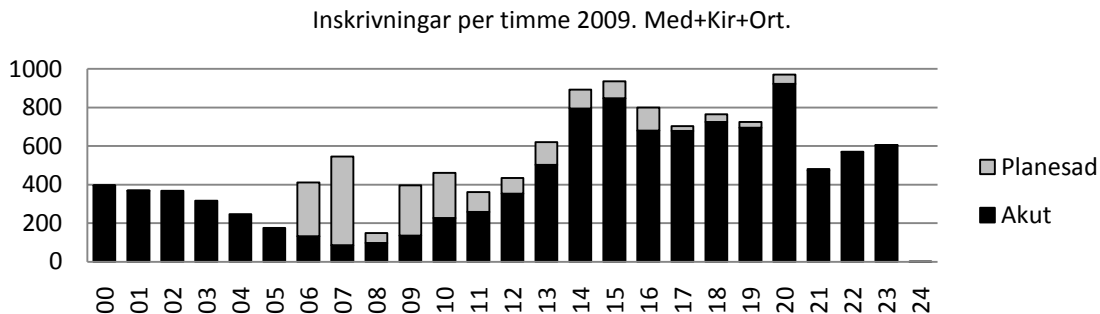
Diagrammet visar det sammanlagda antalet inskrivningar som genomförts under år 2009, för de studerade områdena, fördelat per veckodag.

Som framgår av diagrammet utgör de akuta inskrivningarna en mycket stor andel av inskrivningarna hos de aktuella klinikerna.



Den planerade inskrivningsverksamheten utförs liksom operations- och mottagningsverksamheten i huvudsak måndag-torsdag medan det under fredagar huvudsakligen endast görs akuta inskrivningar.

Nedanstående diagram visar inskrivningarna under år 2009 fördelade på dygnets timmar.



Diagrammet visar att huvuddelen av inskrivningarna under år 2009 var akuta och med en stor andel som utförs mellan kl 17-24. De planerade (*grå del av stapeln*) inskrivningarna har främst utförts vardagar mellan kl 06-17<sup>1</sup>.

### 2.1.2 Planering av läkararbetstiden

Enligt Specialbestämmelser för läkare: **Ordinarie arbetstid för läkare förläggts till helgfri måndag – fredag kl. 07.00-21.00.** Enligt underbilaga 2 i specialbestämmelserna för läkare finns även möjligheter för arbetsgivaren att övergå till annan arbetstidsförläggning. **Avtalet innebär därmed inget hinder för att schemalägga kvällar och nätter.**

I specialbestämmelser för läkare sägs att **vid planering och organisation av arbete under oönskade tid skall beaktas att ordinarie arbetstid förläggts under tid när arbetsbelastningen erfarenhetsmässigt är hög.**

<sup>1</sup> De planerade inskrivningar på morgonen är, enl. uppgift, inte helt rättvisande vad avser läkaraktiviteter då det förekommer att patienter ibland "skrivs in" på dagtid vid tidigare tillfälle (via t ex "Slussen") och kommer till sjukhuset på morgonen. Detta förändrar dock inte bilden av den stora mängden inskrivningar under kvällstid.



### 2.1.2.1 Ordinarie arbetstid

Tabellen visar dels den normalarbetstid (*vit markering*) som tillämpas vid de tre VO som ingår i granskningen och dels den tid som verksamheterna bedrivs som jourverksamhet (*svart markering*). Tidsintervallet för avslut fredagar framgår av den *grå markeringen* i tabellen. Siffrorna i tabellen anger ersättningsnivåer under jourverksamheten en normalvecka (utan "storhelger").

Timme	Mån	Tis	Ons	Tor	Fre	Lör	Sön
1	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2	2	2
7						2	2
8						2	2
9						2	2
10						2	2
11						2	2
12						2	2
13					1	2	2
14					1	2	2
15					1	2	2
16					1	2	2
17	1	1	1	1	1,5	2	2
18	1	1	1	1	1,5	2	2
19	1	1	1	1	1,5	2	2
20	1	1	1	1	1,5	2	2
21	1,5	1,5	1,5	1,5	2	2	2
22	1,5	1,5	1,5	1,5	2	2	2
23	1,5	1,5	1,5	1,5	2	2	2
24	1,5	1,5	1,5	1,5	2	2	2

Fre = VO ORT -> 12:45. VO KIR -> 13:45. VO MED -> 14:30.

Liksom i vår granskning "Hur planeras och fullgörs läkarnas arbetstid?" Dnr 594/1998 kan vi även i den nu aktuella granskningen notera att läkarnas ordinarie arbetstid förläggs måndag – torsdag mellan 07.00 - 17.00 och att fredagar avslutas mellan kl 12.45 - 14.30. Resterande tiden bedrivs läkarverksamheten som jour och beredskap med de ersättningsnivåer som framgår av tabellen (*i fälten med svart markering*).

Sedan föregående granskning har det dock skett en viss utökad schemaläggning. Detta gäller läkare som under jourveckan har sin ordinarie arbetstid förlagd till kl 21 måndag – torsdag och till kl 16 fredagar.

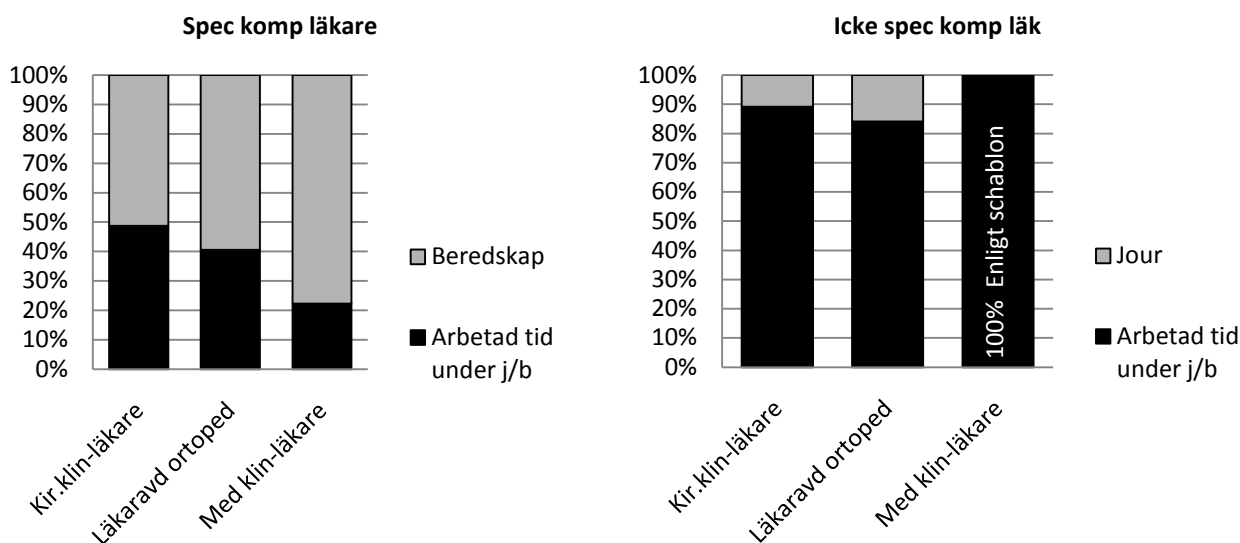
Möjligheter att schemalägga beredskapsläkaren till kl 21 har utretts men resultatet har enligt uppgift visat att detta inte är ekonomiskt fördelaktigt. Konsekvensbeskrivning avseende skillnader i arbetsinnehåll med nuvarande arbetstidsplanering respektive med ordinarie arbetstid till kl 21 har dock inte ingått i nämnda utredningar.

### Utförd jour- och beredskapstjänstgöring under år 2009

"Med jour avses att arbetstagare utöver fastställd ordinarie arbetstid står till arbetsgivarens förfogande på arbetsstället för att vid behov omedelbart kunna utföra arbete. Med beredskap avses att arbetstagare utöver fastställd ordinarie arbetstid står till arbetsgivarens förfogande på plats utom arbetsstället, som godkänts av arbetsledningen, för att vid behov utan dröjsmål kunna utföra arbete. Jour och beredskap **bör förekomma endast i den omfattning, som är absolut nödvändig**. Arbetsgivarens val mellan jour och beredskap ska göras **enbart** med hänsyn **till vad verksamheten kräver.**"<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Utdrag ur Specialbestämmelser för läkare.

### Andel utförd tid under beredskap resp jour



Diagrammen visar att den arbetade tiden, under främst jouden, är omfattande inom de tre klinikererna. Arbetad tid under jouden uppgick hos VO KIR till ca 85 % och hos VO ORT till ca 90 procent. Inom VO MED tillämpas en schabloniserad ersättning<sup>3</sup> för jouden, motsvarande 100 procent arbetad tid<sup>4</sup>.

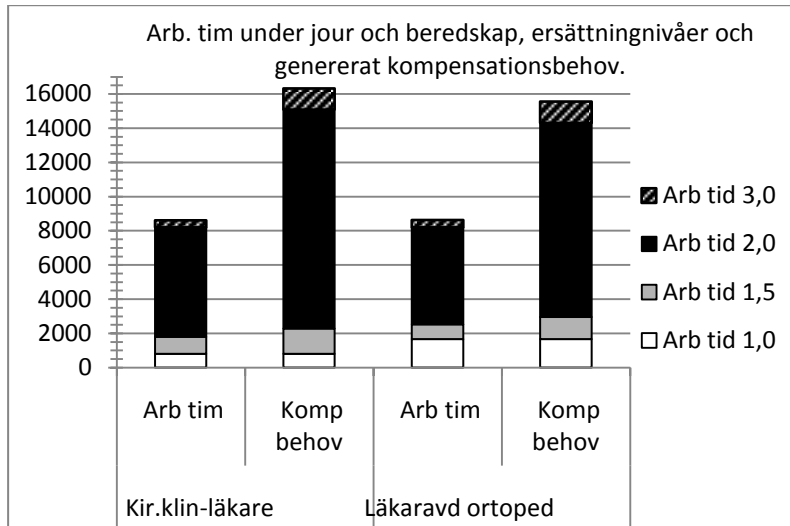
Det är dock inte så att all tid som på detta sätt registrerats som arbetad tid har ett "vårdinnehåll". Detta har sin förklaring i att påbörjad halvtimme räknas som en halvtimme samt att läkare i beredskap tillgodoräknas minst en timme för varje inkallelse till sjukhuset. Till detta kommer att arbetad tid under jour/beredskap även uppräknas med den för tidpunkten aktuella kompensationsfaktorn (se tabell i avsnittet om Ordinarie arbetstid). Det kan exempelvis innebära att 5 minuters arbete under jour/beredskap kan ge 1 timmes ersättning om arbetet sker mellan kl 24 – 07 vardagar eller under helger. *Detta är ett exempel enbart i syfte att tydliggöra avtalets innebörd.* Nedanstående diagram visar att övervägande delen av arbetad tid under jour/beredskap har utförts under perioder med kompensationsfaktorn 2,0.

Läkarnas arbetstid har under senare år diskuterats både på nationell nivå och inom de enskilda landstingen. I vårt landsting har denna fråga behandlats i Omställning 2010 med en ambition att minska behovet av jour/beredskap med 10 procent samt att minska "jourkomperberget". I samband med införande av EG:s arbetsdirektiv år 2005 kom följande uttalande från SKL: "Sveriges kommuner och landsting tycker att det är dags att ta upp diskussionen om läkarnas arbetstider. Kollektivavtalen ger redan idag landstingen möjlighet att schemalägga läkarnas arbetstid till kvällar och nätter. Resultatet av detta skulle vara minskad jourtid, bättre kvalitet på vården och bättre arbetsmiljö för läkarna".

<sup>3</sup> I 'Specialbestämmelser Läkare' punkt 6 B, anmärkning 2), framgår: " Arbetsgivare och berörda läkare äger beträffande viss klinik (motsvarande) överenskomma om att schabloniserad kompensation får utges för arbetad tid under varje jour- och beredskapspass med tid, som motsvarar den efter registrering under en 3-månadersperiod konstaterade genomsnittliga arbetade tiden under jour och beredskap vid kliniken."

<sup>4</sup> Område medicin uppger att man nyligen gjort en uppföljning av schablonjouren genom att bl.a. studera i vilken omfattning jouden blir kontaktad via personsökare över dygnets timmar.

Nedanstående diagram visar arbetade timmar under jour och beredskap år 2009 (vänstra kolumnen för resp VO) och den kompensations tid i timmar som de arbetade timmarna genererat (högerkolumn för resp VO).



VO MED redovisas inte i ovanstående diagram pga. att området tillämpar schabloniserad jourersättning och timmar för arbetad tid under juren finns därför inte att hämta ur IT-stödet.

Graferna visar att utförda timmar under jour och beredskap genererar ett stort kompensationsbehov eftersom jourverksamheten huvudsakligen utförs under den tid på dygnet samt under helger när ersättningsfaktorn är hög. Jourkompensation tas i hög grad ut i ledighet vilket medför att bemanningen måste ökas i motsvarande grad, för att täcka upp för dessa vakanser.

Utrymmet för ordinarie arbetstid minskas med olika ledigheter däribland den ledighet som uppkommer p.g.a. jourtjänstgöring. Denna ledighet omfattade år 2009 ca 12 procent av all ledighet i läkargruppen i de granskade VO. En del av jourkomp.ledigheten avser den tid som måste läggas ut för att klara arbetstidslagens regler om veckovila och nattvila i samband med jour- och beredskapstjänstgöringen. Den större delen av kompensationsledigheten utgörs av veckolånga ledigheter.

### 2.1.2.2 Mål för läkarbemanningen

Bemanningsplaner saknades vid två av VO vid tiden för våra intervjuer. Inom ett av dessa VO pågick det dock ett arbete med att ta fram en sådan plan.

Beträffande produktionsmålen för år 2009 har vi fått följande uppgifter:

	Vårdproduktion 2009		
	VO MED	VO KIR	VO ORT
	Mål	Mål	Mål
Öppen vård Läkarbesök tot.	Ej målsatt	20 405	Ej målsatt
Öppen vård Läkarbesök akuta	Ej målsatt	7 900	Ej målsatt
Sluten vård Antal vårddyggn	Ej målsatt	24 600	Ej målsatt
Sluten vård Antal inskrivna pat	Ej målsatt	4 400	Ej målsatt
Operationer Antal ingrepp tot.	*)	2 550	3 700

\*) har ingen op. verksamhet

Som framgår av tabellen saknades det i stor utsträckning mål avseende vårdproduktionen för två av de granskade områdena. VO ORT uppger att de nu (*sept. 2010*) har mål för planerade operationer samt antalet ny och återbesök.

Generellt har vi fått intrycket att läkarbemanningen har som mål att fylla de schemarader som finns för respektive verksamhet.

Då läkarna är organiserade i egna enheter inom resp. VO istället för gemensamt med annan personal kan det finnas en risk för en svaghet i organisationen, då en konsekvens är att personalen i arbetsteamerna har olika organisatorisk tillhörighet. Dessa aspekter faller dock utanför ramen för denna granskning men är ändå, enligt vår mening, väsentliga att diskutera utifrån hur organisationen ska se ut för att få optimala förutsättningar för planeringen och genomförandet av en effektiv verksamhet.

### ***Kommentar/bedömning***

- Verksamhetens karaktär har förändrats bl.a. genom den tekniska utvecklingen av behandlingsmetoder, en ökad vårdtyngd på vårdavdelningarna mm medan planeringen av läkararbetstiden i stort är oförändrad. Vissa förbättringar har dock genomförts sedan revisorernas tidigare granskningar. Detta gäller läkare i jouren (icke-specialisterna) som har ordinarie arbetstid till kl 21.
- Som framgår av ovanstående redovisning finns ett stort behovet av läkarmedverkan i vården inte bara dagtid utan även under andra tider på dygnet medan läkarnas ordinarie arbetstid i huvudsak är förlagd till kontorstid. Behovet av läkare i vården under andra tider än kontorstid framgår av en omfattande jourverksamheten där tjänstgöringen för jourläkaren uppgår till 85-100 procent av jourtiden och för läkare i bakjouren uppgår tjänstgöringen till 22-49 procent av beredskapstiden
- En utökad schemaläggning, vilket är fullt möjligt enligt läkaravtalet, skulle kunna medföra ett minskat behov av jourverksamhet och den jourkompensation som med nuvarande organisation tar av utrymmet för den ordinarie verksamheten. Den ev. "vinsten" med en ökad schemaläggning ligger p.g.a. avtalets konstruktion inte i att man kan minska ersättningen till läkarna men däremot i att det skulle kunna medverka till att frigöra mer läkartid och därmed mer tid för planerad läkarverksamhet.
- Utredningar (bl.a. inom landstinget i Jönköping) har visat att en ökad tillgänglighet kan minska behovet av jourverksamhet. Den utökade tillgängligheten kan åstadkommas genom en utökning av den planerade verksamheten. Mot bakgrund av den mottagningsverksamhet som bedrivits inom de tre granskade VO under år 2009 med en hög andel akuta besök och rådande kösituation förefaller det som om den planerade mottagningsverksamheten är underdimensionerad. Från verksamhetsområdena uppges att nybesöken prioriteras, vilket är bra. En utökning av utrymmet för nybesök bör dock fortfarande eftersträvas för att uppnå en mer planerbar och mindre kostsam verksamhet.
- Inom den granskade delen av länssjukvården framhålls att de sjukaste, mest behövande patienter inte finns på akuten, utan snarare på vårdavdelningar och vid mottagningar. **Landstingets uppdrag när det gäller planerad vård**, t ex operationer, ställer krav på tillgång till sådan kompetens under så stor del av **ordinarie arbetstid** som möjligt. Samtidigt ingår

det i landstingets **uppdrag att även klara den oplanerade vården** som även den kräver tillgång till hög kompetens på plats dygnet runt. Att hitta en rimlig balans mellan den akuta och den ordinarie verksamheten är ett problem p.g.a. att förutsättningar och krav kan variera över tiden. Därför finns det anledning att fortlöpande ha uppsikt över dessa faktorer och beredskap att ompröva valda lösningar.

- En konsekvens av kortare arbetsdagar på fredagar är att huvuddelen av operationssalarna står outnyttjade. Det är förståeligt att större ingrepp inte är lämpliga att utföra på fredagar inför stundande helg med lägre närvaro av erfarna läkare. Men för polikliniska och okomplicerade operationer skulle även fredagseftermiddagen ev. kunna nyttjas i högre utsträckning med en totalt ökad produktion som följd. Det finns därför skäl att göra en kostnadnytta-analys av schemalagd arbetstid inom opererande specialiteter och operationspersonal med inriktning på ökat nyttjande av operationssalsresursen, t ex för enklare dagkirurgiska ingrepp. Kostnaden skulle t.ex. kunna ställas mot den minskning av utomlänsvård som åtgärden kan tänkas medföra. En ökad poliklinisk verksamhet på fredagar skulle sannolikt också ge utrymme för fler operationer inom slutenvården under veckans övriga vardagar. VO cheferna har påtalat att den polikliniska verksamhet ibland kan kräva stora resurser såväl före som efter själva operationen vilket måste tas i beaktande i planeringen av vilka ev. operationer som är lämpliga att utföra på fredagar.

I gruppintervju med läkarna framkom bilden av späckade arbetsdagar vilket kan antas vara en följd av att arbetsveckan (40 tim.) koncentrerats till 4,5 dagar.

- Vilken grad av schemaläggning som är mest kostnadseffektivt är något som verksamhetsområdena själva måste komma fram till genom att närmare studera sina verksamheter och vid vilka tidpunkter läkarnas insatser erfarenhetsmässigt är höga. I samband med vår granskning har vi funnit att landstingets system inte alltid kan tillhandahålla information som kan visa hur "produktion" och arbetsinsatser fördelas över dygnet. Vi anser att sådan information är viktig för att på bästa sätt kunna anpassa läkarnas och övrig personals arbetstider till patientflödena och att systemen därför bör anpassas så att denna typ av data blir mer lättillgänglig.
- I granskningen har framkommit att mål för vårdproduktionen i vissa fall saknas liksom bemanningsplaner. Vi anser att sådana ramar är nödvändiga att fastställa för att kunna tillgodose personalens inflytande över schemaplaneringen.

## 2.2 VILKEN FRAMFÖRHÅLLNING I SCHEMAPLANERING EFTERSTRÄVAS RESPEKTIVE UPPNÅS?

Granskningen visar:

Att det hittills inte funnits övergripande riktlinjer för önskvärd framförhållning i läkarnas schemaplanering. Respektive VO har själv avgjort vilken framförhållning man velat ha. En tänkbar utveckling är, enligt intervjuer, ett kommande generellt direktiv om preliminärschema 6 månader och detaljschema för 3 månader. För- och nackdelar med övergripande riktlinjer är ännu inte utredda.

Att de granskade områdena har olika rutiner för framförhållning i schemat med långsiktiga preliminärscheman inom VO KIR och VO ORT, vilket ännu inte används inom VO MED. Framförhållningen i fastslaget schema är 6-8 veckor.

Att läkare önskar ca 2 månaders framförhållning i fastslaget schema.

Att problem med lång framförhållning finns, bl. a till följd av anställning av underläkare med kort varsel, kursansökningar som beviljats efter att schema lagts m.m.

Att schemaläggningen, som är en arbetsuppgift som sköts av läkare, kräver tid och personkännedom och som försvåras av att vissa läkare inte följer regler för inlämning av önskemål i tid.

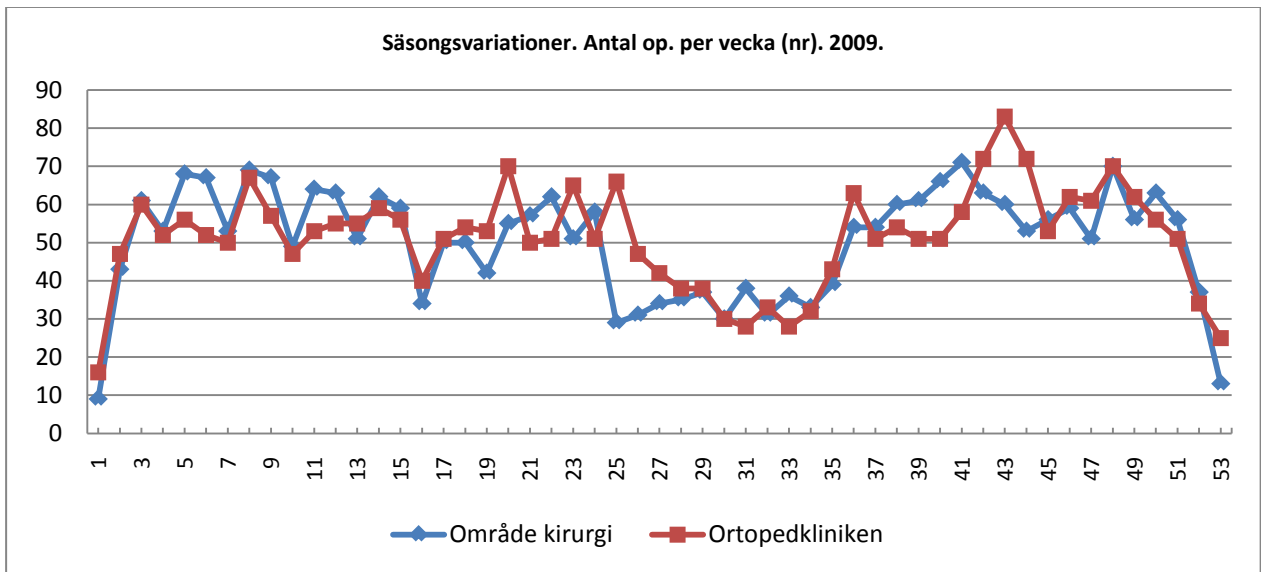
### **Kommentar/bedömning**

- En övergripande policy för schemats framförhållning och riktlinjer för vilka ändringar som sedan kan accepteras skulle kanske kunna bidra på ett positivt sätt. Det är också viktigt att påverka läkare att följa givna riktlinjer.
- Läkartid används till schemaläggning som annars skulle komma till nytta i andra arbetsuppgifter som det också finns behov av. Att medarbetare inte följer regelverken, t ex genom att komma med önskemål efter utsatt datum, bidrar till att processen att schemalägga blir ineffektiv. Det bör prövas om arbetsuppgiften istället kan läggas på administrativt utbildad personal.
- Olika verksamhetsområden kan behöva ha olika framförhållning i sina scheman och det kan finnas fördelar med dagens rutin att varje VO bestämmer sina regler. Ett övergripande regelverk bör dock tas fram som tar sikte på hur man inom varje VO fattar beslut om vilken framförhållning som ska gälla, hur regler kommuniceras till läkargruppen och hur man följer upp läkarnas följsamhet till dessa.

## **2.3 HUR PÅVERKAS BEMANNINGEN I PRAKTIKEN AV SÄSONGSVARIATIONER I ARBETSBELASTNING?**

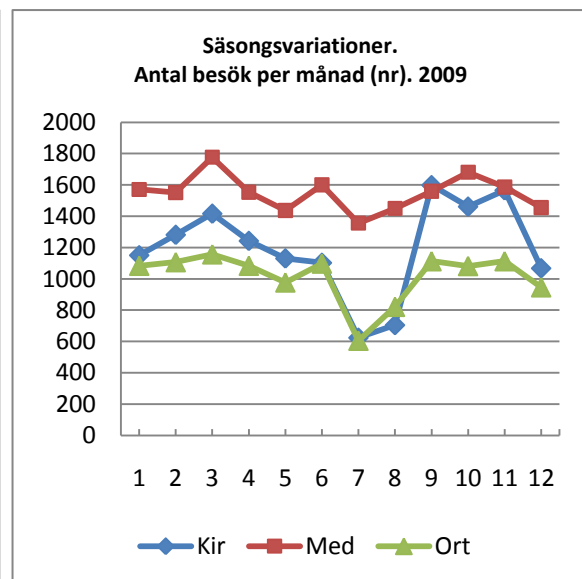
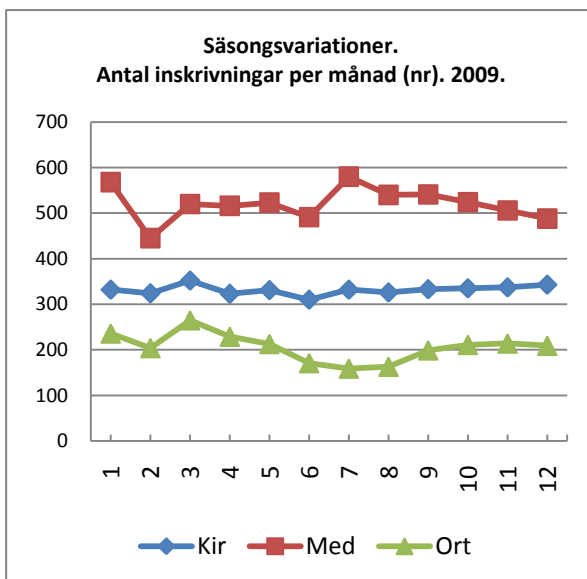
Inom VO ORT har man tidigare haft stora säsongsvariationer med särskilt hög arbetsbelastning under vintersportsäsongen och i synnerhet påskveckan. Säsongsvariationen uppges nu (*sept. 2010*) ha förändrats så att den är nästintill konstant under vintern med toppar sport och påsklov. Även under sommarperioden har andelen akuta ökat. För detta planeras med förstärkt bemanning genom en extra underläkare i primärjour dagtid under sportlovshelger och påskhelg samt en extra ST-läkare eller specialist för rondning av avdelningar och för C-OP under långhelgerna. Denna rutin har t ex använts senast under påskveckan 2010.

Säsongsvariationer inom VO KIR förekommer och är mest markant under sommarperioden, då godartade diagnoser huvudsakligen får vänta tills efter semesterperioden och området bemannas för reducerad verksamhet.



I fråga om operationsverksamheten hade VO KIR och VO ORT en påfallande likartad säsongprofil under 2009..

Inom VO MED varierar arbetsbelastningen i ringa utsträckning med säsong och även här är skillnaden i bemanning mer en konsekvens av semesterperioden.



Statistiken över inskrivningar (diagram till vänster) uppvisar inga större säsongvariationer (år 2009). Mottagningsbesöken uppvisar däremot en kraftig nedgång under semesterperioden, framför allt inom VO ORT och VO KIR.

## 2.4 ÄR MEDARBETARNA DELAKTIGA I SCHEMAPLANERINGEN?

Granskningen visar att läkarna själva kan påverka sitt schema, åtminstone när det gäller vilka veckor man ska arbeta och vilka man ska vara ledig samt i viss utsträckning när det gäller inplanering av jourer, både jourveckor och enstaka pass. Däremot är det dagliga schemat svårare för enskild läkare att påverka. I gruppintervju med läkarna framkommer bilden av en späckad arbetsdag och ringa inflytande över prioritering av arbetsuppgifter.



Subspecialiseringarna bidrar till att specialistläkare är begränsat "utbytbara" mot varandra och att en grupp där läkare kan ersätta varandra är en liten grupp subspecialister. Överenskommelser inom dessa grupper är viktiga för hur det slutliga schemat blir och läkarnas interna dialoger om vem som ska arbeta och vem som ska vara ledig styr en stor del av schemat.

ST-läkarna påverkar sitt schema på liknande sätt, men i lägre grad. ST-utbildningens planering ställer krav på kontinuitet i placering på viss vårdenhet och denna faktor har betydelse för schema-planeringen. En annan styrande faktor är fördelning av jourveckor mellan ST-läkare, så att det blir rimliga intervall och en rimlig och rättvis fördelning mellan olika läkare. I detta avseende är den enskilde läkarens inflytande begränsat.

### ***Kommentar/bedömning***

- Inflytande över de egna arbetsvillkoren anses generellt ha stor betydelse för trivsel och motivation. Detta förutsätter dock att det finns ramar i form av bemanningsmål och – planer.
- Ett ökat inflytande behöver dock förenas med ökat ansvar. Systemet med schemaansvar inom team/ subspecialitet, med eller utan samtidigt uppdrag att bemanna jourveckor och bakjourer, har förutsättningar att bidra till både smidigare schemaläggning, säkring av att rätt kompetens finns på plats och till ett stärkt engagemang hos läkarna för övergripande mål
- Ett gemensamt regelverk bör också ta sikte på att ge cheferna verktyg för styrning av följsamhet till regler. Det är samtidigt viktigt att uppnå en ökad förståelse och respekt hos läkarna för denna typ av regler med målet att stärka engagemanget i landstingets gemensamma mål.

## **2.5 HUR ANVÄNDS TIDEN 17-21 MÅNDAG-TORSDAG RESP 13-21 FREDAGAR? SCHEMALÄGGS DENNA TID?**

I specialbestämmelser för läkare sägs vidare att **vid planering och organisation av arbete under obekvämtid skall beaktas att ordinarie arbetstid förläggs under tid när arbetsbelastningen erfarenhetsmässigt är hög.**

Den utökning av ordinarie arbetstid som skett sedan nämnda granskning avser de läkare (icke-specialister) som under jourvecka numera har sin ordinarie arbetstid förlagd till kl 21.00 måndag-torsdag och fredagar till kl 16, i något fall till kl 20. Schemaläggning efter kl 17 för läkare som inte har jourvecka eller jourtjänst används inte. Ett argumentet som framförts är att det saknas verksamhetsbehov för en sådan åtgärd och att arbetstid fram till 17 ger den bästa samordningen med övrig personal.

### ***Kommentar/bedömning***

- Sedan föregående granskning av läkarnas arbetstid har det dock skett en viss utökad schemaläggningen av läkararbetstiden, detta gäller icke-specialisterna. Möjligheten att schemalägga läkares arbetstid utanför "kontorstid" förefaller dock i övrigt endast i begränsad del ha tagits tillvara.



### 2.5.1 Schemaläggning av beredskapsläkaren till kl 21.

Möjligheten att schemalägga bakjouren med ordinarie arbetstid fram till kl 21 har enligt uppgift utretts inom område kirurgi, liksom inom de övriga områdena. I utredningen konstaterades att bakjouren skulle kunna schemaläggas 3-4 timma per pass, vilket är den normala arbetade tiden under bakjourberedskapen fram till kl 21. En nackdel jämfört med beredskap ansågs vara att dessa timmar behöver balanseras med motsvarande ledighet under annan tid i veckan, vilket inte går att passa ihop med verksamhetens behov av kontinuitet och av kompetens på vårdavdelningarna och operation. Systemet med bakjour i beredskap ändrades därför inte.

Samtidigt uppgavs i vår intervju att det inom medicin var ett särskilt problem med att verksamheten till så hög andel utgörs av akuta fall, inkommande och inneliggande. Det betyder att skillnaderna i arbetsbelastning mellan vardagar och helgdagar är liten. Den stora skillnaden i bemanning uppgavs vara ett bekymmer och arbetsbelastningen för jourhavande läkare och bakjourer är avsevärd. Den tunga jourbelastningen uppges vara en viktig orsak till svårigheter att rekrytera läkare.

Som framgår av redovisningen av jourverksamheten i avsnitt "Jour och beredskap" är jourverksamheten av betydande omfattning d.v.s. verksamheten har stort behov av läkarmedverkan i vården även annan tid än "kontorstid". Arbetad tid under jourpassen uppgår till 84-100 procent, beredskapsläkarna arbetar 40-50 procent av beredskapspassen. Med ersättning enligt jouravtalet uppstår behov av kompensation motsvarande dubbla det antal arbetade timmar som fullgjorts under jour och beredskap.

#### ***Kommentar/ bedömning***

- Resonemanget om att en ökad schemaläggning av beredskapsläkaren skulle medföra ökat behov av att balansera med motsvarande ledighet under annan tid i veckan, ger inte hela bilden. Även med den nuvarande beredskapsorganisationen uppstår behovet att balansera timmar med motsvarande ledighet, inte minst för att efterleva arbetstidslagens regler om dygnsvila. Arbetade timmar under beredskap genererar inte sällan kvalificerad ersättning d.v.s. ersättning per timme med faktorn 1,5 och 2,0.

Enligt vår mening finns det därför anledning att noga överväga för och nackdelarna med en utökad schemaläggning av beredskapsläkaren. En utökad schemaläggning skulle förutom mer tillgänglig läkartid bl.a. kunna medföra ökad handledning och stöd till jourläkaren som vanligtvis är en läkare i utbildning (AT-läkare). En schemaläggning till kl 21 skulle även kunna medföra ett minskat behov av olika parallella jourer som exempelvis mellanjouren.

### 2.6 HUR ANVÄNDS IT-STÖD FÖR PLANERING OCH UPPFÖLJNING AV LÄKARNAS TJÄNSTGÖRING?

Granskningen visar att all tid, förutom primärjour inom VO MED som är schabloniserad till 100 %, registreras i IT-system och används för uppföljning både av arbetad tid, ledig tid och för ekonomisk ersättning enligt jouravtalet. Verksamhetschefer och läkaravdelningschefer får enligt uppgift månatliga rapporter avseende tid. Rapporterna har hittills innehållit enbart basala fakta (antal timmar) ur databasen och har varit till ringa stöd för analys och styrning. Sedan några månader pågår ett utvecklingsarbete för att utforma rapporter som är till bättre stöd för cheferna, för uppföljning, kontroll och beslut, t ex om fördjupningar, samtal med enskilda, förändrade riktlinjer, styrning av ledigheter m.m.

Granskningen visar att schemaplaneringen hittills hanteras manuellt och att det inom några år förväntas finnas IT-system som stöder planeringen.

I samband med vår granskning har vi funnit att landstingets system inte alltid kan tillhandahålla information som kan visa hur "produktion" och arbetsinsatser fördelas över dygnet.

### **Kommentar/ bedömning**

- Sammanställningar som svarar på specifika frågeställningar inom personalområdet behöver utvecklas för att chefer ska kunna använda sig av dem i sin uppföljning och styrning. Att rapporter nu designas i direkt samverkan mellan användare och IT-kunniga är därför ett viktigt steg på vägen mot en starkare styrning och uppföljning.
- Information om verksamheten är viktig för att på bästa sätt kunna anpassa läkarnas och övrig personals arbetstider till patientflödena och systemen med sådana uppgifter bör därför anpassas så att denna typ av data blir mer lättillgänglig. .

## **2.7 HUR FÖRDELAS JOURERSÄTTNINGEN I LÖN RESPEKTIVE LEDIG TID? GENERELLT ELLER KLINIKSPECIFIKA SYSTEM?**

Den tid läkarna i jour eller beredskap står till förfogande för arbetsgivaren för att vid behov träda i tjänst ersätts med 0,063 – 0,5 av läkarens timersättning. För den tid under jour och beredskap som läkarna fullgör arbetstid uppgår ersättningen till 1,0-2,5 av läkarens timersättning. Ersättningen varierar m.h.t. tid på dygnet samt vardag eller helgdag. Ersättning med 2,5 avser arbetad tid under jour/beredskap under storhelger. Den, under 2009, vanligast förekommande ersättningskvoten var 2,0, dvs. en arbetad timme ersattes med 2 timmar.

Påbörjad halvtimme räknas som hel halvtimme. Läkare, som fullgör beredskap, tillgodoräknas dock minst en timme för varje inkallelse till sjukhuset. Restid till och från arbetsstället kompenseras som arbetad tid, men utgör inte arbetstid enligt arbetstidslagen

Vid inställelse för tjänstgöring på arbetsställe och återfärd därifrån under ålagd beredskap utges ersättning för resekostnad, reseersättning och traktamente enligt samma grunder, som anges i kollektivavtalet om reseersättningar och traktamenten.

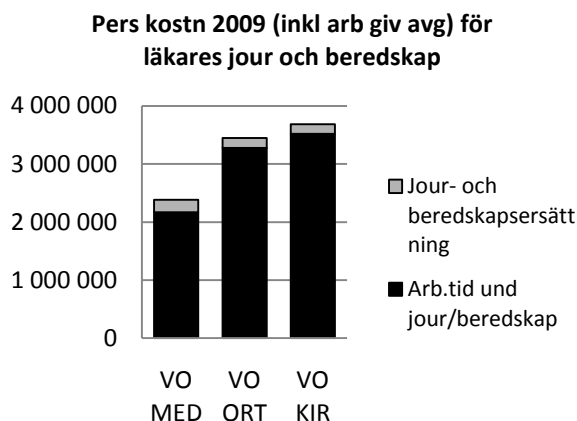
Kompensation för jour och beredskap kan utges som ledighet eller kontant ersättning enligt arbetsgivarens beslut, efter samråd med den anställde. Ersättning i kompensationsledighet har varit den vanligaste ersättningen.

I mars 2009 beslöts av LT-direktören *nya regler för intjänad jourkompensation*, i syfte att eliminera det "berg" av inestående jourkomp som uppstått under ett antal år. De ändrade reglerna avser jourrapportering och maxgräns för tillåtet jourkompsaldo enligt följande:

- *Innestående komp >200 timmar vid december månads utgång betalas ut som kontant ersättning.*
- *Innestående jourkomp regleras i samband med byte till befattning med högre lön, ex från ST-tjänst till Specialistläkare.*
- *Övergångsbestämmelse avs. jourkomperget för "särskilda fall", som ska godkännas skriftligt av verksamhetsområdeschef i dialog med landstingsdirektör.*

Ersättningsnivåer enligt avtal framgår mer i detalj i **bilaga** till rapporten och även översiktligt av tabellen på sidan 14.

Beträffande bokförda kostnader för jour och beredskap under år 2009 ser bilden ut enligt följande<sup>5</sup>:



Områdenas sammanlagda kostnader för läkare (inkl arb giv avg) uppgick till: VO MED 45,9 mkr, VO ORT 31,3 mkr och VO KIR 32,8.

### **Kommentar/bedömning**

- Den lokala överenskommelsen om ersättning under fredagar resp. storhelger (som omförhandlats och ändrats 2009) motsvaras av liknande regler inom flertalet andra landsting. Av 21 landsting/ regioner har endast 2 "ordinarie" ersättning under fredagskvällar, övriga har olika lösningar som överstiger detta och 5 landsting/ regioner har "ordinarie" ersättning under storhelgerna, medan övriga har större ersättning upp till 4,0 i ett landsting<sup>6</sup>. JLL:s nuvarande ersättning med faktor 2,5 under storhelger är därför "normal" för landet. Omförhandlingen av ersättningen på fredagskvällar är däremot ett steg längre än flertalet andra landsting hittills har tagit.
- Med de nya reglerna för intjänad jourkompensation finns förutsättningar för att minska jourkompberget. För att det inte skall uppstå en situation där kompensationsledighet ytterligare minskar utrymmet för den planerade verksamheten behövs dock en aktiv styrning avseende jourverksamhetens omfattning och ersättningsformer.
- De veckolånga jourkompensationsledigheterna kan planeringsmässigt ha sina fördelar men kan även skapa brister i läkarkontinuiteten.

## **2.8 HUR STYRS OCH SÄKRAS KOMPETENS TILL AKUTVERKSAMHET RESPEKTIVE PLANERAD VERKSAMHET MED SIKTE PÅ MÅL INOM KVALITET, PATIENTSÄKERHET OCH EFFEKTIV RESURSANVÄNDNING?**

Vid intervjuerna har framkommit att huvudlinjen för fördelning av arbetsuppgifter är att specialis-terna, som motsvarar den högsta kompetensen, ges ansvar för den verksamhet som bedrivs dagtid

<sup>5</sup> Källa: ProDiver

<sup>6</sup> Källa: Sveriges Läkarförbund, sep -09.

vid vårdavdelningar, behandlingsavdelningar och mottagningar och att icke-specialisterna, som motsvarar den lägre kompetensen i färd med kompetensutveckling, ges förstahandsansvar för tillkommande patienter som söker på akutmottagningen eller tagits in på observationsplats.

Enligt de verksamhetsansvariga motsvarar denna arbetsfördelning den bästa anpassningen mellan patienternas behov och verksamhetens samlade kompetensresurs, samtidigt som det bidrar till inskolningen av läkare under utbildning.

Cirka 20 procent av jouren bemannas, enligt uppgift, av AT-läkare med kort tid kvar till egen ST. Uppbackning av mellanjour uppges konsekvent användas för extra stöd till AT-läkare under deras första egna primärjourer. Bakjourstjänsten bemannas med erfarna specialister och de mindre erfarna skolas in i bakjournrollen.

Diskussion finns angående primärjournkompetensen. Inom granskade områden har ställning tagits för att AT-läkare ska skolas in i primärjournrollen och system för detta har enligt uppgift skapats och används. Synen på AT-läkare i dagjouren och jourverksamheten är samstämmig inom de tre undersökta VO, nämligen att det är en bra placering för kompetensutveckling, att det är rimligt och önskvärt att AT-läkare som tjänstgjort parallellt med erfaren kollega också kan ta självständiga arbetspass. Man anser också att det är acceptabelt att 15-20% av patienternas läkarmöten på akutmottagningen sker med AT-läkare.

Oerfarna AT-läkare lämnas, enligt uppgift, inte ensamma på akutmottagningen. AT-läkare som kommit långt tidsmässigt men inte bedöms ha tillägnat sig tillräcklig kompetens får inte ingå i dagjourn- eller jourshemat utan går alltid parallellt med erfaren läkare.

Tanken att bemanna akutmottagningen med specialister har diskuterats i möten med verksamhetsföreträdarna och läkarna. Responsen är en enig bild att det skulle kunna gagna flödet på akutmottagningen men samtidigt medföra kompetens- och resursbrist vid andra enheter och därmed hota kvalitet och patientsäkerhet. Dessutom skulle, enligt intervjuerna, risken öka att rekryteringen av nya läkare försvåras.

## 2.9 HUR STYRS OCH SÄKRAS ATT RÄTT ARBETSUPPGIFTER UTFÖRS UNDER JOUR OCH BEREDSKAP?

Begreppen jour och beredskap finns definierade i avtalets specialbestämmelser och i en kommentar finns specificerat vilka arbetsuppgifter som ingår:

Definition:

”Med jour avses att arbetstagare utöver fastställd ordinarie arbetstid står till arbetsgivarens förfogande på arbetsstället för att vid behov omedelbart kunna utföra arbete. Med beredskap avses att arbetstagare utöver fastställd ordinarie arbetstid står till arbetsgivarens förfogande på plats utom arbetsstället, som godkänts av arbetsledningen, för att vid behov utan dröjsmål kunna utföra arbete. Jour och beredskap **bör förekomma endast i den omfattning, som är absolut nödvändig**. Arbetsgivarens val mellan jour och beredskap ska göras **enbart med hänsyn till vad verksamheten kräver.**”

”Kompensation utgår för aktivt arbete under jour och beredskap utöver ordinarie arbetstid. Med aktivt arbete avses **alla former av medicinska ställningstaganden och åtgärder samt därmed sammanhängande skrivarbete, rådfrågning per telefon etc. som läkare har att utföra i egenskap av jourhavande.**”

De granskade VO saknar enligt intervjuade dokumenterade riktlinjer för vilka arbetsuppgifter som får eller ska utföras under jour och beredskap. Muntliga riktlinjer finns och diskuteras, men det är oklart i vilken utsträckning riktlinjerna är fullt kända och de är svåra att följa upp.

Uppföljningen av hur läkare registrerar arbetad tid sker enligt uppgift genom chefers medverkan i jourrapportering, genom övervakning av inlämnade tidlistor och bedömning av rimlighet. Inga uppgifter talar för att det är vanligt med missbruk av förtroendet att själv styra arbetsuppgifter under jour och beredskap och att skriva upp arbetad tid. Men vi har fått uppgifter som antyder att det förekommer enstaka avvikelser som cheferna känner till och att de agerar för att påverka de enstaka personer, som tycks bryta mot det som gäller.

Om AT-läkare ska tjänstgöra på akutmottagningen eller inte är en diskussion som ofta kommer upp i samband med anmälningsärenden, där läkarens brist på erfarenhet bedömts vara avgörande för att ett utfall inte blev det önskade. Inom granskade områden i JLL länssjukvård uppges inskolning av AT-läkare ske så att de gradvis ges större ansvar, från placeringar jämte en erfaren kollega till målet att tjänstgöra i mer självständiga arbetspass. En AT-läkare som närmar sig slutet på sin tjänstgöring kommer inom kort att vara en ST-läkare. Därför har det av medicinskt kunniga bedömts rimligt att en AT-läkare, som uppfyllt de krav som bedömande handledare och andra ställer, får tjänstgöra i första ledet redan kort tid innan man bytt status från olegitimerad till legitimerad, när den samlade läkarresursen är begränsad.

Genom uppföljning av den muntliga jourrapporteringen tillsammans med övervakning av inlämnade tidlistor uppgavs att cheferna kan få hygglig kontroll av om rätt arbetsuppgifter görs och tidförs under jour och beredskap.

Läkarna förvaltar ett förtroende att göra rätt saker under jour och beredskap och att skriva upp tid för just dessa arbetsuppgifter. Förtroende mellan arbetsgivare och medarbetare är en del i en hälsosam arbetsmiljö. Om enstaka läkare skulle missbruka förtroendet genom att skriva upp tid för fel saker riskerar det skada relationerna mellan landstinget och hela läkargruppen. Det ligger därför i både arbetsgivarens och läkarnas intresse att riktlinjerna är tydliga samt att de följs upp och att resultaten redovisas. Tydliga riktlinjer bör också vara en förhållandevis enkel sak att ta fram.

### **Kommentar/bedömning**

- Regelverket för arbetsuppgifter under jour och beredskap behöver förtydligas med dokumenterad uttolkning av avtalets, enligt uppgift, mångtydiga beskrivning "alla former av medicinska ställningstaganden /.../ som läkare har att utföra i egenskap av jourhavande".
- Eftersom en stor del av arbetet under jour och beredskap ersätts i relation till den arbetade tiden och med dubbel timersättning skulle det eventuellt kunna finnas en lockelse att utföra andra arbetsuppgifter än de som är direkt hänförliga till jouruppdraget och skriva upp tid för det, vilket dock inte är tillåtet.
- Vi anser dock att det bör diskuteras om jour- och beredskapsplaneringen sker på ett sådant sätt att den främjar handledning och utbildning av läkare under utbildning. Mot bakgrund av kompensationsreglerna genererar jourtjänstgöringen mycket ledighet, vilket rimligen torde kunna inverka menligt på den mängd praktik/erfarenhet som den ger förutom att utbildningsmomenten också riskerar att bli slumpmässiga.
- Fullständig kontroll över läkares arbete under jour och beredskap är knappast möjlig. Graden av kontroll över läkarnas arbetsinsatser under jour och beredskap så som den sker idag bedöms i huvudsak vara rimlig mot bakgrund av de kontrollmöjligheter som står till buds.

Vi föreslår ändock att det stickprovsmässigt vid några tillfällen per år görs fördjupade kontroller.

## 2.10 HUR FÖRDELAS JOURERSÄTTNINGEN I LÖN RESPEKTIVE LEDIG TID? GENERELLT ELLER KLINIKSPECIFIKA SYSTEM?

Granskningen visar att innestående jourkomp har vuxit, sedan 30/70-regeln togs bort 1996. Fram tills nyligen har varje verksamhetsområde huvudsakligen låtit verksamhetens behov av bemanning och läkarna själva styra hur jourkomp tagits ut.

Det nya regelverket innebär en generell regel i hela landstinget och syftar till att förhindra påbyggnad av nya "jourberg" och enligt vad som framkommit kommer alla befintliga sådana att vara utjämnade senast december 2014.

Granskningen visar också exempel på felkällor i registrerad tid. En sådan är registrering av halvtimme arbetstid även när den faktiskt arbetade tiden bara är några minuter. En annan är att det kan gå lång tid mellan den arbetade tiden och den tidpunkt när redovisningen görs, vilket innebär risk för fel pga. osäkerhet och glömska.

### *Kommentar/bedömning*

- Att innestående jourkomp växer till "jourberg" kan tolkas som uttryck för underbemanning, dvs. att verksamhetsbehoven inte medger att läkarna får ut sin jourkompensation i ledig tid. Det kan också – å andra sidan – tolkas som en avsiktlig "sparnit" hos läkarna, för att samla ihop till långa ledigheter längre fram, kanske med koppling till semester eller t.o.m. till pensioneringstillfället. Hittills har det ju också lönat sig att spara timmar, eftersom den kontanta ersättningen för sparade timmar kopplas till aktuell lön, som hinner öka medan jourberget sparas. Det har funnits personliga fördelar i att spara ihop jourberg. Om det sker, utan att verksamheten har behov av att läkarna är i tjänst i stället för lediga, så skulle det i så fall innebära att överbemanning förekommer (eller förekommit). Granskningen saknar förutsättningar att klarlägga i vilken utsträckning denna senare tolkning av jourbergens tillväxt har spelat roll.

En annan förklaring som framkommit är att de som har mycket innestående jourkomp i huvudsak finns hos de som arbetat mycket när bemanningen varit bristfällig.

- Landstingets rätt att styra över fördelningen mellan uttag i ledighet och uttag i pengar har i och med det nya lokala regelverket tagits tillvara, vilket är positivt.
- Arbetsgivarens skyldighet att följa och övervaka tiden enligt arbetstidslagen kräver att det är den faktiskt arbetade tiden som registreras, vilket enligt granskningen inte alltid sker. Med långt intervall mellan arbetat pass och den tidpunkt när det registreras i systemen ökar risken för överskridande av arbetstidslagens övertidstak. Det kan därför vara fördelaktigt att minska tidsperioden mellan arbetstillfället och den dag när listan lämnas in. Den tillåtna månaden enligt de nya reglerna är i sammanhanget generös.

## 2.11 FÖRLÄGGS JOURKOMPLEDIG TID I ANSLUTNING TILL JOUR ELLER SAMLAT TILL ÖNSKADE VECKOR?

Granskningen visar att systemet med nattjourveckor medför att jourkomp i hög utsträckning förläggs i direkt anslutning till jour för de läkare som ingår i nattjourssystemen. Bakjourerna tar ut jourkomp i närhet till helgjourer i syfte att säkra följsamhet till arbetstidslagen. I övrigt tas komplementen huvudsakligen ut i form av hela veckor.

### *Kommentar/bedömning*

- Systemet med jourkomplediga veckor är till nackdel för patienterna genom att det medför brister i patient-läkarkontinuiteten i de fall när medicinska skäl eller andra orsaker gör att besök eller ingrepp måste ske när patientens läkare är ledig hela veckan. Systemet är dock till gagn både för läkaren och för arbetsgivaren, genom att schemaplaneringen underlättas när schemat kan läggas som hela veckor i stället för enstaka dagar.
- Intjänad kompensationsledighet har hittills endast delvis kunnat tas ut i ledig tid, men med den nu aktuella begränsningsregeln för inestående komp kan en större andel än tidigare komma att läggas ut som ledighet, även när läkaren själv inte önskat det. Det ger arbetsgivaren ökad möjlighet att styra över läkarnas tid och kan därmed gagna effektiviseringar.

## 2.12 I VILKEN UTSTRÄCKNING ANVÄNDS GEMENSAMMA JOURLINJER?

Gemensamma jourlinjer används inte inom de tre granskade områdena. Medicinjurens arbetsuppgifter och arbetsbelastning är sådana att en samjour, enligt uppgift, knappast är tänkbar. Dock uppges att det finns en viss samjour inom VO Med i fråga om internmedicin, neurologi och infektion.

Samjour mellan VO KIR och VO ORT har diskuterats. Det viktigaste argumentet för gemensam jour är reducerad kostnad. Det viktigaste argumentet emot är risken för otillräcklig kvalitet och patientsäkerhet. Beslut togs att kvaliteten inte skulle kunna garanteras och idén förkastades därför.

### *Kommentar/bedömning*

Svaret på revisionsfrågan är att gemensamma jourlinjer har övervägts och att sådana i huvudsak har förkastats.

## 2.13 HUR STYRS OCH FÖLJS MEDARBETARNAS (LÄKARNAS) MEDVETENHET OM GEMENSAMMA MÅL UPP?

I intervjuer har framhållits att engagemanget för de medicinska aspekterna av verksamheten är läkarnas starkaste drivkraft, med fokus på omsorgen om enskilda patienter och ambitioner för den egna kompetensutvecklingen. Vi har också fått uppgifter om att aktiviteter för ökad medvetenhet om gemensamma mål förekommer, t. ex en ökande återföring av resultat i produktion och tillgänglighet, kvalitetsresultat via kvalitetsregister och Öppna Jämförelser, förbättringsprojekt i samverkan med andra VO. Delaktigheten i gemensamma mål ter sig, enligt vad som framkommit i gruppintervjuerna, ännu inte så starkt, uttryckt bl. a genom den osäkerhet som märktes när frågan om medverkan i kvalitetsarbetet lyftes fram. Istället noterades oförståelse kring krav om besparingar och effektiviseringar.



Ett undantag har framkommit genom gruppintervjuerna, där läkare berättar om den tillgänglighetssatsning som genomfördes under 2009. Här var målbilden konkret för alla inblandade och det skedde kontinuerlig återföring så att läkarna själva kunde följa resultatet av insatserna i relation till uppsatta mål. Intrycket är att detta upplevts positivt av läkarna själva.

Utvecklingssamtal sker mellan läkarna och deras avdelningschefer. Gemensamt system för styrning av dessa samtal används i begränsad omfattning och ingen systematisk uppföljning sker.

### ***Kommentar/bedömning***

- Granskningen ger intryck av att landstinget behöver arbeta mer för att stärka läkarnas medvetenhet om och delaktighet och engagemang i gemensamma mål.
- Produktion och tillgänglighet är viktiga värden och ett tydligare engagemang hos läkarna för dessa och andra gemensamma mål har potential att kraftfullt bidra till en positiv utveckling. En viktig aspekt gäller mål inom kvalitetsområdet.

## **2.14 HUR SER LÄKARAVDELNINGSCHEFERNAS UPPDRAG OCH MANDAT UT?**

Läkarna är organiserade under ledning av en läkaravdelningschef (LAC) inom de områden som ingår. I två av tre fall (VO KIR+VO ORT) är denna chef<sup>7</sup> läkare inom kategorin yngre specialist och utan egen tidigare chefserfarenhet inom landstinget. I det tredje (VO MED) är chefen sjuksköterska med chefserfarenhet och formell chefskompetens. Uppdragen innehas på deltid inom VO KIR och VO ORT och på (nästan) heltid inom VO MED. Skillnaden i tidsåtgång förklaras av skillnader i uppdragens omfattning, med betydligt större läkargrupp inom VO MED. Inom VO KIR och VO ORT ingår schemalaggningsansvaret i chefens ansvar, inom VO MED gör den inte det. Chefsuppdragen omfattar annars sedvanligt ansvar för linjechefer, dvs. personal-, budget, arbetsmiljö- och verksamhetsutveckling. Uppdragen är i inget fall dokumenterade och därmed inte heller strukturerade med uppföljbara resultat.

Läkaravdelningscheferna uppger att man hittills inte haft tillgång till en användbar och säkrad information ur databasen i användaranpassade rapporter. Ett exempel är registrerade timmar för arbete respektive ledighet, ett annat är uppföljning av jourkomputtagets fördelning mellan tid och pengar. Ett utvecklingsarbete pågår för att säkra sådan rapportering ur databasen.

LAC:s uppdrag uppges försvåras av att läkare avviker ifrån överenskomna regler när det gäller deadline för schemaönskemål.

### ***Kommentar/bedömning***

- Att organisera läkare i en egen enhet (läkaravdelningar) i stället för gemensamt med annan personal i funktionella enheter gör att verksamhetscheferna avlastas en del personalansvar, men kan dock innebära en svaghet i organisationen, då en konsekvens är att arbetsteamerna får olika organisatorisk tillhörighet. Dessa aspekter faller dock utanför ramen för denna granskning, men vi rekommenderar ändå att organisationen med fristående läkaravdelningar kontra teamorganisation prövas utifrån vad som bäst kan bidra till en effektiv verksamhet.

<sup>7</sup> Uppgiften avser förhållanden under granskningsperioden. Inom VO Ortopedi har läkaravdelningschefen bytts ut april -10.



- För att, i organisationen med läkaravdelningar, kunna ta vara på fördelen med en första-linjenchef för läkarna krävs att uppdraget är tydligt formulerat, förenat med behövligt mandat och verktyg att styra och följa upp det som ingår i detsamma. I dessa avseenden finns förbättringsområden inom granskade VO:n.
- Rollen som läkarchef kan visserligen jämföras med rollen som enhetschef vid vårdavdelning eller mottagning, men den personalgrupp för vilken man är chef har helt andra arbetssätt än en personalgrupp vid en avdelning eller mottagning. Till skillnad från en sådan personalgrupp arbetar läkarna vid flera enheter, ofta inom en och samma dag. De samverkar rutinmässigt med såväl verksamhetsområdets egen personal som andra verksamhetsområdens inom det egna landstinget och med andra utanför landstinget. Läkares arbetsuppgifter består i högre grad än hos andra grupper i hälso- och sjukvårdspersonalen av individuella bedömningar och en läkare tar under en arbetsdag många beslut. Dessa faktorer har betydelse för den som är chef över en läkargrupp, ett chefskap som är annorlunda än andra chefskap inom landstingets verksamhet.
- Att läkare är "svåra att styra" är omvittnat av flera, bl. a. uppmärksammat av en doktorand i Socialmedicin<sup>8</sup>. I hennes arbete har ingått att intervjua 18 av 21 landstingsdirektörer, som beskrev läkarna som "en stark och svårstyrd grupp". Ur en abstract hämtas följande citat:

"Vid kvalitativa analyser av data framkom att cheferna generellt såg läkare som en stark och svårstyrd grupp. Tre kategorier av beskrivningar av läkare kunde identifieras; läkare ansågs

- 1) ha hög status och hög expertis,
- 2) ha bristande kunskap om det sjukvårdssystem och den organisation de arbetar i samt
- 3) kunna göra "vad de vill" i sjukvårdsorganisationen.

Baserat i de här uppfattningarna beskrev cheferna olika strategier för att leda läkare. Några beskrev mer generella ledningsstrategier och menade att ledning av läkare inte skiljde sig från ledning av andra professionella grupper i sjukvården. De flesta beskrev dock olika typer av läkar-specifika ledningsstrategier vilka kunde kategoriseras som;

- 1) organisatorisk separation av läkare,
- 2) "tjat och gnat" samt
- 3) undandragande från chefsrollen.

Dessa strategier tycktes grundade i ett pragmatiskt förhållningssätt från chefernas sida, i syfte att behålla goda relationer med läkargruppen."

Det är därför inte orimligt att i detta sammanhang påstå att det är förenat med särskilda krav att chefa över en läkargrupp.

- För att "få med läkarna på banan" kan det därför vara av vikt att i högre grad uppmärksamma läkaravdelningschefernas uppdrag, villkor och verktyg. Av intervjuerna har framgått att läkarna kan – om de ges möjlighet till det – engagera sig för effektiviseringar och kvalitetsförbättringar i rutiner och arbetssätt

---

<sup>8</sup> "Chefers syn på sin roll i relation till läkare: en intervjustudie med de högsta cheferna i svensk sjukvård". Mia von Knorring (2), Angeliq de Rijk (1), Kristina Alexanderson (2) Department of Social Medicine, Maastricht University (1). Klinisk Neurovetenskap, sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet (2). 2009.

## 2.15 HUR STYRS LÄKARNAS DELAKTIGHET I DET SYSTEMATISKA KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETET?

JLL:s kvalitetsresultat i Öppna Jämförelser redovisas översiktligt i **bilaga** med en jämförelse mellan JLL och Landstinget i Jönköpings län, där kvalitetsarbetet prioriterats. Jämförelsen utfaller till JLL:s nackdel.

Granskningen visar att läkares delaktighet i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet är ett förbättringsområde. Vidare konstateras att resultatet uppfattas ha blivit mycket bättre i enskilda fall när läkare har varit delaktiga i konkreta aktiviteter inom kvalitetsarbetet, till exempel i arbetet med händelseanalyser. Granskningen visar också att läkare som medverkat i enstaka projekt med konkreta mål är nöjda och stimulerade, inte minst till följd av en tydlighet i uppdrag, mål och resultat.

### **Kommentar/bedömning**

- När det gäller resultaten i Öppna Jämförelser (**Bilaga**) är det viktigt att tolka dem med försiktighet. Den redovisade jämförelsen kan ses som en indikation på att JLL har anledning att prioritera kvalitetsarbetet för att uppnå bättre resultat i nästa omgång jämförelser. Det kan hävdas att ett litet landsting som JLL saknar kraft att rekrytera de bästa medarbetarna och därmed inte skulle klara att uppnå samma kvalitet som andra. Mot det bör ställas det faktum att indikatorerna avser basal sjukvård och att de är överenskomna mellan landstingen som jämförelseunderlag.
- Att läkares medverkan i verksamhetsutveckling i granskningen framstår som ett oprioriterat område innebär att landstinget här har en outnyttjad potential. I intervjuerna har sagts att läkare gärna tar initiativ och driver förbättringar inom medicinsk utveckling, ett uttryck för en lust att bidra och "göra något". Landstingets utmaning är att engagera läkarna att anamma att verksamhetsutvecklingen också hör till "deras bord". Det är särskilt viktigt att engagera läkarna i detta, då de genom sitt mandat att besluta om diagnostiska och terapeutiska åtgärder har avgörande betydelse för både kvalitets- och ekonomiska resultat. Ett system där läkare systematiskt engageras personligen i konkreta förbättringsprojekt har därför potential att både öka läkarnas lojalitet och arbetstrivsel och gagna landstingets mål inom kvalitet, produktion och ekonomi.
- För att kunna styra och ta tillvara läkares engagemang i dessa avseenden behöver cheferna igångsättningshjälp. Det är givetvis förenat med kostnad att dra igång ett nytt sätt att ta vara på läkarnas engagemang, då det enligt uppgift finns ringa utrymme för läkarna att parallellt med nuvarande arbetsbelastning också ha särskilt mycket tid för förbättringsprojekt. En viktig förutsättning är därför att deras arbetstid verkligen används effektivt och att de "tidstjuvar" som förekommer elimineras. Landstinget rekommenderas därför analysera hur läkartiden används med särskild uppmärksamhet på vilka moment som behöver och kan effektiviseras.
- Ett ökat engagemang från läkarna i verksamhetsutvecklingen har förutsättning att bidra till minskade kostnader och därmed betala sig på sikt. Landstingets kvalitetsbristkostnader har inte klarlagts i denna utredning. Intrycket är dock att landstinget, liksom de flesta andra landsting, inte har sådan kunskap. Från forskning inom hälso- och sjukvården liksom från forskning inom annan verksamhet som kan liknas vid sjukvård är det känt att kvalitetsbristkostnader kan utgöra ca 30 procent av de samlade kostnaderna. Det finns alltså stora be-

sparingar att göra om man klarar att optimera arbetsätten i vid bemärkelse. För sådant arbete är läkarna hittills en underutnyttjad resurs.

## 3 UTGÅNGSPUNKTER

---

Kapitlet har 3 delar: 3.1 lyfter fram ett urval punkter ur Landstingsplanen med relevans i granskningen, 3.2 motsvarande avseende HSL och LYHS, 3.3 motsvarande avseende kvalitet och patient-säkerhet. I 3.4 redovisas viktiga delar ur arbetstidslag och befintliga avtal. 3.5 presenterar i urval slutsatser ur tidigare granskningar.

### 3.1 LANDSTINGSPLANEN

Mål i LP 2009-2010 med relevans för föreliggande granskning rör huvudsakligen effektiv resursanvändning, ledarskap och arbetsmiljö. Nedan återges några citat i urval<sup>9</sup>:

God hushållning skapas genom att verksamheten drivs på ett **ändamålsenligt och kostnadseffektivt sätt** inom ramen för en långsiktigt uthållig finansiering. För att uppnå dessa förutsättningar måste landstinget skapa **tydliga samband mellan resursåtgång, prestationer, resultat och effekter**.

**Tillgängliga resurser ska nyttjas på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.** Det innebär att vården utformas och ges i samverkan mellan vårdens aktörer – baserat på tillståndets svårighetsgrad – och kostnadseffektiviteten för åtgärderna.

Landstinget behöver skapa **bättre och tydligare ledningsorganisation och -stöd för chefer/ledare** som ger möjlighet att utöva ledarskapet på ett tillfredsställande sätt. Chefskapets struktur och förutsättningar behöver därför utvecklas för att tillgodose framtida behov av chefer/ledare. Det måste även bli attraktivare än vad det är idag för medarbetare och andra att söka chefsposter inom landstinget. För att uppnå detta har en strategi för chef-/ledarskap arbetats fram inom landstinget.

**Utveckling av ledarskapet ska fortsätta.** Landstingets ledare ska ta ansvar för verksamhetens utveckling, ett hälsosamt arbetsliv och medarbetarnas utveckling samt vara goda föredömen.

För att kunna möta framtidens krav på attraktiva hälsofrämjande arbetsplatser ska medarbetarskapet fortsätta att utvecklas, så att **alla ges förutsättningar att vara delaktiga i verksamhetsplanering, utvecklings- och förbättringsarbete** samt i sin egen och arbetskamraternas arbetsmiljö.

Arbeta för att skapa **en god utbildningssituation** för elever, studenter som fullgör verksamhetsför-lagd utbildning i landstinget samt för läkare under utbildning.

### 3.2 HSL OCH LYHS

**Hälso- och sjukvårdslagen** (HSL, SFS 1982:763, SFS 2009:979) reglerar mål och principer för svensk hälso- och sjukvård samt föreskriver landstingens ansvar att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt

---

<sup>9</sup> Fetstilsmarkeringar i denna rapport

dem som är bosatta inom landstinget och åt andra som vistas där och behöver omedelbar hälso- och sjukvård. Det framgår också att hälso- och sjukvården skall ledas av en nämnd (i JLL Landstingsstyrelsen) samt att landstingen är skyldiga att upplåta anställning för läkares allmän- och specialiseringstjänstgöring. HSL föreskriver att ledningen av hälso- och sjukvården skall vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet av vården samt främjar kostnadseffektivitet samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras.

**Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område** (LYHS, SFS 1998:531, SFS 2009:980) reglerar villkoren för läkares yrkesutövning och föreskriver bl. a skyldighet att utföra arbetet i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet och ge sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård, som uppfyller dessa krav. Vidare fastslås att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen bär själv ansvaret för hur han eller hon fullgör sina arbetsuppgifter och får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. LYHS reglerar i övrigt behörighets- och legitimationsregler, tillsyn, disciplinpåföljder m.m. Kopplat till LYHS finns också en myndighetsförordning (SFS 1998:1513, SFS 2008:1241) som reglerar bl. a läkares allmäntjänstgöring respektive specialistutbildning m.m.

### 3.3 KVALITET OCH PATIENTSÄKERHET

#### 3.3.1 Föreskrift om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet

Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2005:12 om Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet kompletterar hälso- och sjukvårdslagen avseende dessa aspekter. Här fastslås vårdgivarens (landstingets) skyldighet att inrätta ett ledningssystem med syfte att förebygga vårdskador, baserat på verksamhetens vårdbehov, processer, inriktning och omfattning, och som ska utgå från mätbara mål och vara väl förankrat bland alla medarbetare i organisationen. Föreskriften ålägger hälso- och sjukvårdspersonalen att kontinuerligt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet genom att delta i utveckling av rutiner och metoder, i risk- och avvikelsehantering och i uppföljning av mål och resultat.

Ledningssystemet skall bl. a säkerställa att det finns rutiner som tillgodoser att personalen har kompetens för arbetsuppgifterna, rutiner som anger personalens ansvar och befogenheter och planer för deras kompetensutveckling utifrån verksamhetens behov.

Inom Jämtlands läns landsting pågår utvecklingen av ett ledningssystem enligt föreskriften, med målet att det ska vara klart under 2010 både på landstingsnivå och på verksamhetsområdesnivå.

#### 3.3.2 Medicinska styrdokument

En del i styrningen av hur läkare utför arbetsuppgifter är olika medicinska styrdokument. Exempel på det är nationella riktlinjer, som sedan 1990-talet ges ut av Socialstyrelsen i samverkan med expertgrupper. Långt ifrån hela, men ändå en avsevärd del av vården täcks av sådana riktlinjer. Fortsatt utveckling kan förväntas av nationella medicinska styrdokument i en riktning där läkares ställningstaganden och beslut alltmer styrs av övergripande rekommendationer. För de diagnoser och den vård som idag saknar riktlinjer fyller de nationella kvalitetsregistren en roll genom att spegla resultat och därigenom påverka hur vården bedrivs. Vidare sker genom specialistföreningarna och andra samverkansorgan utveckling av rekommendationer när det gäller metoder för diagnostik och behandling, i syfte att formulera det som brukar kallas evidensbaserad vård.

### 3.4 SLUTSATSER I TIDIGARE GRANSKNINGAR I SAMMANFATTNING

Tre granskningar är gjorda med liknande inriktning som denna sedan 1998. Slutsatser och förslag sammanfattas i nedanstående tabell:

Slutsatser och förslag i tidigare granskningar (utdrag med citat ur resp. rapport)	
<p>2006: "Granskning av bemaningsamordning mm vid Östersunds sjukhus"</p> <p>Avgränsning VO MED och Ortopedi</p>	<p>Klinikerna bör analysera användning av stafettläkare för primärjour och möjligheten att i stället anställa egna läkare.</p> <p>Antalet underläkare har ökat avsevärt. Utredningen har påvisat att dessa står för en mycket stor del av registrerad frånvaro. Klinikerna bör därför göra en analys av konsekvenser rörande kontinuitet och ekonomi och vidare undersöka möjligheterna att styra underläkarnas närvaro efter verksamhetens behov.</p> <p>Det är vanligt med tidig hemgång under fredagen. Det bör utredas hur utvidgad aktivitet under fredagar kan skapas för att få en högre utnyttjande grad på sjukhusets resurser.</p> <p>En stor andel av arbetet under jour och beredskap inom ortopedi utförs under tidpunkter med hög ersättningsnivå. Det bör analyseras om denna relation kan förändras.</p> <p>Schemalaggningsen av läkare bör bli IT-baserad för en smidigare och resurssnålare hantering.</p> <p>I samband med implementeringen av EU:s arbetstidsdirektiv bör övervägas att minska/samordna antalet jourlinjer.</p> <p>Polycymässigt har landstingsledningen ett ansvar att se till att det sker en bättre integration av planeringen bland läkare och vårdpersonal och en allmän spridning av information om planeringen på kort och lång sikt.</p>
<p>2000: "Arbetstid och arbetsuppgifter vid ortopediklinikens läkaravdelning"</p> <p>Avgränsning VO ORT</p>	<p>Läkarnas arbetstid bör schemaläggas även till annan tid än kontorstid. Det utrymme som ges i läkaravtalet att under vardagar förlägga arbetstiden mellan kl 07.00 och 21.00 bör utnyttjas.</p> <p>Kompensationsledighet för arbetad tid under beredskap bör fördelas ut över månaden. Kompensation för arbetad tid under beredskap bör i högre utsträckning ersättas i kontanter vilket skulle medföra ökad tid för planerad verksamhet. En utvidgad schemalaggningsen skulle också kunna ge utrymme för ökad mottagningstid och därmed undvika mer kostsamma extramottagningar.</p> <p>...det finns ett behov av att se över vissa arbetsuppgifter och hur arbetet är organiserat.</p> <p>Fredagar bör schemaläggas fram till kl 17.</p> <p>Schemalägga ordinarie arbetstid mellan 07.00 och 21.00 under vardagar enligt de möjligheter som ges i avtalet.</p>

Slutsatser och förslag i tidigare granskningar (utdrag med citat ur resp. rapport)

1998: "Hur planeras och fullgörs läkarnas arbetstid?"

Avgränsning VO KIR, Barnmedicin och KK

Läkarnas ordinarie arbetstid bör schemaläggas även till annan tid än kontorstid. I första hand bör läkaravtalets möjligheter till att förlägga arbetstiden mellan kl 07.00 och 21.00 utnyttjas men även schemaläggning av arbetstiden efter kl 21 och under helger bör prövas.

Jour- och beredskapsorganisationen bör ses över både i fråga om omfattning och bemanning.

Man bör enligt vår mening överväga om primärjouren i större utsträckning än idag skulle kunna bemannas med specialistutbildade läkare. Detta kan möjliggöras genom att arbetstid för specialisterna frigörs, dels genom schemaläggning av beredskapsläkaren till kl 21.00, dels att den ökade kompetensen i primärjouren medför att arbetad tid under beredskapstjänstgöring (bakjour) kan minskas.

Den tid under vilken planerat arbete utförs kan även ökas genom att kompensation för arbetad tid under jour och beredskap i större utsträckning ersätts kontant i stället för i tid.

Ramavtalet för flexitid bör /.../ omförhandlas.

Vi anser att arbetstiden måste planeras och förläggas med utgångspunkt från verksamhetens behov.

(M.m.)