

Rapport 2013:9

Ur led är tiden

Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens



► vårdanalys



Citera gärna ur Vårdanalys rapporter,
men ange alltid källa.

Rapporten finns även publicerad
på www.vardanalys.se

Beställning av Vårdanalys tryckta rapporter:
registrator@vardanalys.se
Box 6070, 102 31 Stockholm

© Myndigheten för vårdanalys

Grafisk Design och produktion: Les Creatives Sthlm

Omslagsbild: Thinkstockphotos

Tryck: TMG Sthlm, Stockholm 2013

ISBN 978-91-87213-21-2

Ur led är tiden

Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens

Beslut om denna rapport har fattats av Myndigheten för vårdanalys styrelse. Utredaren Sofia Almlöf har varit föredragande. I den slutliga handläggningen har analyschefen Christofer Montell deltagit.

Stockholm 2013-11-14
Myndigheten för vårdanalys

Eva Lindström
Styrelseordförande

Eva Fernvall
Styrelseledamot

Mef Nilbert
Styrelseledamot

Karin Tengvald
Styrelseledamot

Sofia Almlöf
Föredragande



Förord

I början av det här året tog vi del av ett antal intressanta fakta från internationella jämförande studier:

- Sverige har många läkare per 1000 invånare... (Sverige hamnar på plats 3 av 21 länder)
- ... men antalet läkarbesök per invånare och år är få (Sverige hamnar på plats 24 av 25 länder)

Då skulle man kunna tänka sig att det finns gott om tid för patientmöten i Sverige – men resultaten av internationella jämförelser visade motsatsen:

- Sverige utmärker sig som ett av de länder som har sämst resultat när det gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans.

Internationella jämförelser är alltid behäftade med metodologiska utmaningar. Det går helt enkelt inte att dra enkla slutsatser utifrån de fakta som vi redovisat ovan. Resultaten var dock tillräckligt intressanta och svårförklarade för att vi skulle initiera en studie för att närma oss frågan om hur vi använder läkares tid och kompetens i Sverige.

Vi kunde konstatera att det, trots att frågan har diskuterats från och till under många år, saknades en aktuell och samlad analys. Vi har därför genomfört en studie som identifierar de huvudsakliga utvecklingsområdena för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens inom hälso- och sjukvården i Sverige. Studien är unik genom att vara den första analysen genomförd av en oberoende aktör på nationell nivå.

Sofia Almlöf har varit projektledare och Hanna Fagerlind och Caroline

van Mourik har varit projektmedarbetare. I projektarbetet har också Jesper Olsson deltagit.

Vi vill framföra ett stort tack till alla personer som låtit sig intervjuas i studien, och till de respondenter som besvarat enkätundersökningarna. Utan er medverkan hade studien inte varit möjlig att genomföra.

Vi vill också rikta ett varmt tack till Hans Rutberg, adjungerad professor i utvärdering och hälsoekonomi vid Linköpings universitet, Jesper Stenberg, verksamhetscontroller division 4 vid Skånes Universitetssjukhus, Anders Ivarsson Westerberg, docent i företagsekonomi vid Södertörns högskola, David Jaraj, läkare vid Capio S:t Görans sjukhus, Göran Pettersson, läkare och professor i hälsoinformatik vid Linnéuniversitetet, Nina Rehnqvist, adjungerad professor i kardiologi vid Karolinska institutet och ordförande SBU, Anders Anell, adjungerad professor i hälsoekonomi vid Lunds universitet och Eva Fernvall, kommunikationsdirektör vid Apoteket AB som har bidragit med värdefulla synpunkter under projektets gång.

Sedan vi påbörjade detta projekt har den offentliga debatten om hur vi använder läkares tid och kompetens accelererat. Dagens Nyheter publicerade i våras en uppmärksammad artikelserie kring närliggande frågor (Patienten och prislappen), och i juni togs initiativ till det så kallade Läkaruppropet, som bland annat driver frågan om att minska administrationen för läkare. Vid dags datum har över 9 000 personer skrivit under uppropet, vilket tydligt visar att detta är en fråga som engagerar.

Vår förhoppning är att studiens resultat ska föra debatten framåt och ligga till grund för fortsatt arbete på både regional och nationell nivå för att uppnå en mer effektiv användning av de personella resurserna inom hälso- och sjukvården. I ljuset av att efterfrågan på hälso- och sjukvårdsinsatser kommer att öka under kommande år är det avgörande att beslutsfattare på nationell, regional och lokal nivå tar utmaningen på allvar för att vi i framtiden ska kunna erbjuda medborgare en sjukvård av hög kvalitet.

Stockholm i november 2013

Fredrik Lennartsson
Myndighetschef

Sammanfattning

Sverige är ett av de länder inom OECD som har flest antal läkare per tusen invånare. Samtidigt som Sverige är väl bemannat med läkare är antalet läkarbesök per invånare och år på en betydligt lägre nivå än genomsnittet inom OECD. Trots det utmärker sig Sverige i internationella jämförande studier som ett av de länder med sämst resultat när det gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans. Till exempel anger över hälften av patienterna i Sverige att läkaren inte tillbringat tillräckligt med tid med dem när de sökt vård eller behandling, och drygt hälften av allmänläkarna i Sverige uppger att de är missnöjda med tiden de lägger på varje patient (127) (126). Resultaten indikerar att det finns en förbättringspotential gällande hur läkares tid används inom hälso- och sjukvården.

I ljuset av att efterfrågan på hälso- och sjukvårdsinsatser kommer att öka under kommande år, beroende på bland annat befolkningens ökade livslängd och förbättrade metoder för att diagnostisera och behandla sjukdomar, är ett effektivt användande av läkarresursen centralt för att kunna erbjuda medborgare en sjukvård av hög kvalitet.

Debatten om huruvida läkares tid och kompetens används på rätt sätt har pågått under lång tid. Vårdanalys bedömning är att det saknas en sammanhållen analys av frågan ur ett medborgarperspektiv. Mot denna bakgrund har vi valt att genomföra en studie med syftet att identifiera huvudsakliga utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens.

Studien besvarar en övergripande frågeställning:

- Vilka är de huvudsakliga utmaningarna för att åstadkomma en mer effektiv användning av läkarresursen?

Vi söker besvara frågan genom en nationell kartläggning baserad på ett omfattande underlag. Studien är unik i det avseendet att det är en första sammanhållen analys genomförd på nationell nivå av en oberoende aktör. Ambitionen är att resultatet ska kunna utgöra underlag för fortsatt arbete, både regionalt och nationellt. Nästa steg är att utifrån studiens resultat identifiera och fastställa specifika utmaningar inom landstingen och därefter, på både regional och nationell nivå, identifiera och prioritera mellan olika förbättringsåtgärder.

METOD OCH GENOMFÖRANDE

Studien är baserad på ett stort underlag, där vi har använt flera olika metoder och datakällor för att belysa frågan ur olika perspektiv. Vi har använt oss av följande metoder:

- Litteratur- och dokumentstudie
- Intervjuer med tolv intressenter
- Intervjuer med elva experter
- Intervjuer med 49 landstingsföreträdare
- Enkätundersökningar med olika yrkesgrupper

I studien gör vi en avgränsning till en dimension av effektivitetsbegreppet inom hälso- och sjukvården som kallas klinikeffektivitet (Figur 1) (120). Klinikeffektivitet innebär en värdering av vårdens basenheter, såsom arbetet på klinik- eller mottagningsnivå.

Figur 1. Fem effektivitetsdimensioner inom hälso- och sjukvården

Behandlingseffektivitet	Värderar själva vårdinsatsen. Står resultatet för patientens hälsa av behandlingar, mediciner, operationer etc. i proportion till kostnaden? Hur många patienter drabbas av komplikationer som skulle gå att undvika?
Klinikeffektivitet	Värderar vårdens basenheter – kliniken eller vårdcentralen – som en produktionsenhet. Är det rätt ansvarsfördelning mellan olika yrkeskategorier? Finns ett ändamålsenligt administrativt stöd så att personalens tid används rationellt?
Processeffektivitet	Värderar samordningen mellan olika delar i vårdkedjan, till exempel mellan sjukhusvård och primärvård. Behandlas patienter på fel vårdnivå? Finns beredskap i primärvården när patienter lämnar sjukhusvården?
Struktureffektivitet	Värderar vårdens organisatoriska uppbyggnad, geografiska fördelning med mera. Finns det för många akutsjukhus? Är det rätt balans mellan primärvård, närsjukvård och specialiserad sjukhusvård? Samverkar landstingen på bästa sätt?
Systemeffektivitet	Värderar vården som generellt system. Har vården tillräcklig förmåga att ta till vara ny kunskap eller förnya och anpassa verksamheten? Är vården rättvis, har alla tillgång till vård på lika villkor?

Källa: (120)

Avgränsningen innebär att studien inte omfattar analyser av till exempel samordningen mellan olika delar av vårdkedjan (processeffektivitet), balansen mellan primärvård, närsjukvård och specialiserad sjukhusvård (struktureffektivitet) eller vårdens förmåga att tillvarata och omsätta ny kunskap samt erbjuda jämlik vård (systemeffektivitet). Ett effektivt användande av läkarresursen förutsätter dock hög effektivitet inom samtliga fem effektivitetsdimensioner.

Studien är genomförd under perioden januari-november 2013.

FYRA UTVECKLINGSOMRÅDEN FÖR EN MER EFFEKTIV ANVÄNDNING AV LÄKARRESURSEN

Vårdanalys bedömning är att det finns en betydande potential i att använda läkares tid och kompetens på ett mer effektivt sätt än idag. Vi har identifierat fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen (Figur 2). Nedan följer en kort introduktion till varje område.



Figur 2. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen



Utvecklingsområde 1, *Prioritera mellan administrativa krav*, beskriver omfattningen av det administrativa arbetet för läkare. Det handlar om krav på mätning, redovisning och uppföljning samt patientrelaterad administration.

Utvecklingsområde 2, *Förbättra it-stöden*, beskriver hur it-systemen fungerar som verktyg för läkarna i arbetet. Utvecklingsområde 1 adresserar kraven på det administrativa arbetet medan utvecklingsområde 2 belyser verktygen för arbetet.

Utvecklingsområde 3, *Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper*, beskriver fördelningen av arbetsuppgifter mellan läkare och annan personal.

Utvecklingsområde 4, *Optimera bemanningen utifrån patienternas behov*, beskriver hur planeringen av läkarbemanningen på klinik-/vårdcentralsnivå fungerar i relation till patienternas behov.

Vårdanalys vill understryka att de fyra utvecklingsområdena är nära sammankopplade. Det betyder bland annat att en förändring som påverkar ett utvecklingsområde också har potential att påverka ett eller flera andra utvecklingsområden.

UTVECKLINGSSOMRÅDE 1: Prioritera mellan administrativa krav

Utvecklingen har gått mot högre krav på dokumentation och redovisning, från både nationell och regional nivå. Det har medfört att omfattningen av det administrativa arbetet utgör en betydande del av läkares arbetstid. Tidigare studier visar att administration i många fall utgör ungefär en tredjedel av arbetstiden. Variationen är dock stor beroende på specialitet och klinik/mottagning. Att läkare ägnar tid till administrativt arbete beskrivs ofta som negativt, och som någonting som "stjäl tid" från patienterna. Begreppet administration saknar dock en entydig definition. Stora delar av det som i dagligt tal benämns "administration" är patientarbete som varken kan tas bort eller

överlätas på någon annan. Att vi idag har högre ställda krav på dokumentation, mätning, redovisning och uppföljning har också medfört att vi vet mer om hälso- och sjukvården i termer av resultat, kvalitet, jämlikhet, patientsäkerhet med mera. Detta är värdefull information i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. Samtidigt finns delar av det administrativa arbetet som kan ifrågasättas. Vårdanalys menar att det behövs en prioritering, där värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

► *Värdet av viss mätning, redovisning och uppföljning i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt*

Kraven på mätning, redovisning och uppföljning från både nationell och regional nivå har ökat. Många ifrågasätter omfattningen av arbetet. Det är däremot få specifika krav på mätning, redovisning och uppföljning som uppfattas som helt onödiga. Istället verkar det vara summan av ett stort antal administrativa krav som tillsammans leder till ett ifrågasättande av om värdet av den mätning, redovisning och uppföljning som görs står i proportion till arbetsinsatsen det kräver. Landstingsföreträdare upplever också flera av kraven som ett uttryck för misstro mot läkarkåren, istället för som medel för lärande och utveckling.

► *Värdet av viss patientrelaterad administration i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt*

Kraven på den patientrelaterade dokumentationen upplevs ha ökat, särskilt vad gäller patientjournalens innehåll. De ökade kraven på informationen i journalen tillskrivs ett ökat kvalitetsarbete, högre krav på patientsäkerhet och spårbarhet i journalerna samt högre krav på information till patienterna. Många ifrågasätter kraven på signering av journalanteckningar och hanteringen av intyg, framför allt sjukintyg till Försäkringskassan. Utöver att läkare upplever kraven på den patientrelaterade administrationen som omfattande, uppges oro över anmälningar och klagomål leda till överdokumentation i journalerna. Det förekommer också att läkare och annan vårdpersonal, framförallt sjuksköterskor, dokumenterar samma information i journalerna.

UTVECKLINGSSOMRÅDE 2: Förbättra it-stöden

Införandet av it har haft stor påverkan på det administrativa arbetet inom sjukvården, men det har inte inneburit den effektivisering av arbetet som



många i verksamheterna hade hoppats på. Den it-miljö som läkare arbetar i fungerar inte fullt ut stödjande i arbetet och det finns enighet kring att de it-stöd som används inte är anpassade efter användarnas behov.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

► *Läkare arbetar i it-system som inte upplevs användarvänliga*

Användarvänligheten i it-systemen upplevs bristfällig. Journalsystemens bristande användarvänlighet påtalas särskilt. Konkreta brister är dålig överskådlighet, dålig läsbarhet, svårigheter att orientera sig i olika menyer och flikar, avsaknad av sökfunktioner, osäkerhet kring innebörd av begrepp och termer och dålig intuitivitet. Informationen i systemen är inte strukturerad och presenterad på ett sätt som underlättar arbetet. Många beskriver att det saknas ett enhetligt användande av termer och begrepp vilket försvårar möjligheten att söka efter information i journalerna.

► *Läkare arbetar i många inkompatibla it-system*

Läkare använder ett flertal olika it-stöd, men kompatibiliteten mellan systemen upplevs vara bristfällig. Fleraparallella system med förstådiga in- och utloggningar. Att information inte alltid överförs automatiskt mellan olika system får konsekvenser både ur effektivitets-, arbetsmiljö- och patient-säkerhetsperspektiv.

UTVECKLINGSSOMRÅDE 3: Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper

Mycket tyder på att läkares kompetens inte tillvaratas fullt ut. Dessutom verkar många läkare utföra arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper, med bibehållen kvalitet. Andelen läkare som använder sin högsta kompetens under större delen av arbetstiden har minskat mellan åren 1992 och 2010, och 36 procent av läkarna menar att de ofta eller mycket ofta utför arbetsuppgifter som någon annan person eller yrkesgrupp borde göra (8). Dessutom uppger sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och medicinska sekreterare att de skulle kunna överta arbetsuppgifter från läkare. Sammantaget finns det potential i att se över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper för att kompetensen hos läkare och annan personal ska kunna användas på ett mer effektivt sätt.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

► *Läkare utför administrativa uppgifter som annan personal kan överta*

Administrativa uppgifter som tidigare sköttes av andra yrkesgrupper utförs idag av läkare. Många av de administrativa uppgifter som läkare utför skulle enligt landstingsföreträdarna kunna överlåtas till annan personal, med bibehållen eller högre kvalitet. Andra yrkesgrupper, i första hand medicinska sekreterare, anser att de kan och borde överta vissa administrativa arbetsuppgifter från läkare.

► *Läkare utför vård och behandling som annan personal kan överta*

Läkare utför vård och behandling som landstingsföreträdare anser att annan personal skulle kunna överta med bibehållen kvalitet. Också andra yrkesgrupper anser att de skulle kunna överta viss vård och behandling från läkare. Därigenom kan både läkare och andra yrkesgrupper använda sin tid mer effektivt.

UTVECKLING SOMRÅDE 4: Optimera bemanningen utifrån patienternas behov

För att vården ska kunna möta patienternas behov måste planeringen av vårdaktiviteter och bemanningen av läkare och annan personal ske utifrån en analys av patienternas behov. Flertalet landsting arbetar med planering och styrning av personalens arbetstider, ofta under namnet produktions- och kapacitetsplanering. Utvecklingen är positiv, men på många platser har arbetet nyligen inletts och det finns därför en betydande utvecklingspotential.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

► *Planeringen av läkares arbetstid utgår inte från patienternas behov*

Planeringen av läkares arbetstider baseras inte alltid på en analys av patienternas behov. På många håll saknas styrning av hur vårdens aktiviteter planeras i relation till hur verksamheten bemannas. Det förekommer också att planeringen av läkares och andra yrkesgruppers arbetstider sker separat, något som medför att det inte finns en samplanering mellan läkare och annan personal.

► *Möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte*

Mycket tyder på att det i första hand inte är hinder i lagstiftning eller avtal som hämmar en effektiv produktionsplanering. Det finns stora möjligheter att styra bemanningen inom befintliga ramar, men landstingen utnyttjar inte alltid dessa möjligheter. Jouravtalets påverkan är omdiskuterat. Vårdanalys gör ingen bedömning av på vilket sätt och i vilken omfattning jouravtalets utformning och tillämpning påverkar möjligheterna till en effektiv bemanning.

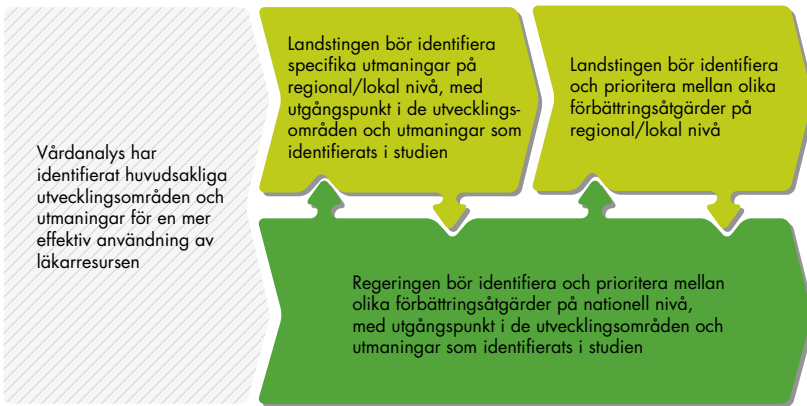
REKOMMENDATIONER FÖR DET FORTSATTAR BETET

Studien visar att det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens inom de fyra utvecklingsområden som identifierats.

Det finns en stark upplevelse hos många läkare att det administrativa arbetet har trängt undan tiden för möten med patienterna. Tidigare studier har visat att läkare ägnar en betydande del av sin arbetstid till administration, dock med stora variationer mellan olika verksamheter och specialiteter. Begreppet administration har också definierats olika i studierna vilket gör att det är svårt att dra generella slutsatser om den faktiska tiden som ägnas till administrativa uppgifter. Vårdanalys menar att diskussionen om hur mycket tid som bör ägnas till administration också måste omfatta vilken administration som utförs och om den är motiverad för att bedriva god vård. Den alternativkostnad som uppkommer vid införande av krav som medför administration måste beaktas. Vad gäller de krav som bedöms motiverade och nödvändiga, bör arbetet inriktas på att underlätta processerna genom att tydliggöra rutiner för det administrativa arbetet, se över vilka stödsystem som finns samt utreda i vilken utsträckning det går att överlåta arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper. Förutom att rätt arbetsuppgifter utförs av personal med rätt kompetens är det viktigt att säkerställa att bemanningen inom hälso- och sjukvården utgår från patienternas behov.

Utifrån studiens resultat bör nästa steg i arbetet vara att ta denna kunskap vidare genom att på regional och lokal nivå genomföra analyser, med utgångspunkt i de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, för att identifiera de egna behoven inom varje landsting. Därefter kan en identifiering och prioritering mellan olika förbättringsåtgärder göras. På nationell nivå är det angeläget att utifrån de identifierade utvecklingsområdena och utmaningarna identifiera och prioritera mellan olika förbättringsåtgärder för att uppnå en mer effektiv användning av de personella resurserna.

Figur 3. Förslag på det fortsatta arbetets inriktning



Vårdanalys vill understryka vikten av en helhetssyn i det fortsatta arbetet. Helhetssynen handlar dels om att se relationen mellan de fyra utvecklingsområdena, dels om att inte begränsa arbetet till endast läkare eftersom en effektiv hälso- och sjukvård måste använda alla personella resurser effektivt. Vidare har vi identifierat utvecklingsområdena inom dimensionen klinikeffektivitet, men vi menar att det krävs initiativ också inom andra effektivitetsdimensioner för att uppnå en mer effektiv användning av läkares och annan personals tid och kompetens. Det är också viktigt att ta hänsyn till tidsperspektivet och analysera vad som är möjligt och prioriterat att göra på kort, medellång respektive lång sikt. Avslutningsvis vill Vårdanalys understryka att det är viktigt att läkare och andra yrkesgrupper görs delaktiga i det fortsatta arbetet, eftersom personalen själva har avgörande kunskaper om hur hälso- och sjukvården fungerar och kan utvecklas.

Vårdanalys rekommenderar landstingen att ta arbetet vidare i två steg:

- *Landstingen bör, utifrån de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, identifiera den egna organisationens viktigaste utmaningar för en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

Det finns stora skillnader både mellan och inom landstingen vad gäller administrativa krav och rutiner, it-stöd, fördelning av arbetsuppgifter och arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. I rapporten ger vi ett antal konkreta inspel till landstingens fortsatta arbete.

- ▶ *Landstingen bör identifiera och prioritera vilka förbättringsåtgärder på regional/lokal nivå som kan bidra till en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

Prioriteringen av åtgärder bör göras utifrån förväntad effekt och komplexitet i genomförandet. En del initiativ behöver sannolikt utformas lokalt, medan andra åtgärder är gemensamma för hela landstinget.

Vårdanalys riktar en rekommendation till regeringen.

- ▶ *Regeringen bör, utifrån de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, identifiera och prioritera vilka förbättringsåtgärder på nationell nivå som kan bidra till en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

En prioritering av förbättringsåtgärder måste utgå ifrån en helhetsyn och en medvetenhet om de olika utvecklingsområdenas inbördes relation. Likaså behövs en analys av relationen mellan den nationella och regionala nivån inom respektive utvecklingsområde. Det är inte osannolikt att landstingen genom sitt arbete kommer att identifiera förbättringsåtgärder som behöver adresseras på nationell nivå. Det bör därför finnas en kontinuerlig dialog mellan regional och nationell nivå, som underlättar för landstingen att vid behov lyfta förbättringsåtgärder som kräver nationella initiativ. Det är avslutningsvis angeläget att beakta tidsperspektivet, och göra en avvägning mellan vilka utmaningar som bör prioriteras på kort, medellång respektive lång sikt. I rapporten har vi formulerat ett antal frågor som kan bidra med värdefull vägledning i arbetet med att identifiera tänkbara förbättringsåtgärder på nationell nivå.

Regeringen har efter denna studies genomförande beslutat att inrätta en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Denna studie kan betraktas som en möjlig utgångspunkt för den nationella samordnarens arbete.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar där behovet av vårdinsatser kommer att öka. För att kunna möta efterfrågan måste vården lyckas attrahera, rekrytera, utveckla och behålla engagerade och kompetenta medarbetare. En förutsättning för det är att arbetsvillkoren är goda. I det ingår att läkare och annan personal får använda sin kompetens fullt ut. De ska inte ägna tid till arbetsmoment som är direkt onödiga eller som borde utföras av någon annan yrkesgrupp. En effektivisering av hur läkares

och annan personals tid och kompetens används, kan därmed bidra till mer attraktiva arbetsvillkor, och sammantaget skapa bättre förutsättningar att klara av de utmaningar hälso- och sjukvården står inför.

Innehåll

1	Många läkare och få besök – ändå saknas tid för patienterna.....	23
1.1	Metod och genomförande	26
1.2	Omfattning och avgränsningar	28
1.2.1	Avgränsningar	30
1.2.2	Centrala begrepp i rapporten	31
2	Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen	35
2.1	Prioritera mellan administrativa krav	37
2.1.1	Värdet av viss mätning, redovisning och uppföljning i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt	41
2.1.2	Värdet av viss patientrelaterad administration i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt	44
2.1.3	Orsaker till ett ifrågasättande av administrativa krav	51
2.1.4	Exempel från landstingen	58
2.2	Förbättra it-stöden	59
2.2.1	Läkare arbetar i it-system som inte upplevs användarvänliga.....	62
2.2.2	Läkare arbetar i många inkompatibla it-system.....	68
2.2.3	Orsaker till att it-stöden inte upplevs stödjande i tillräcklig utsträckning.....	72
2.2.4	Exempel från landstingen	83
2.3	Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper	85
2.3.1	Läkare utför administrativa uppgifter som annan personal kan överta	89
2.3.2	Läkare utför vård och behandling som annan personal kan överta	93



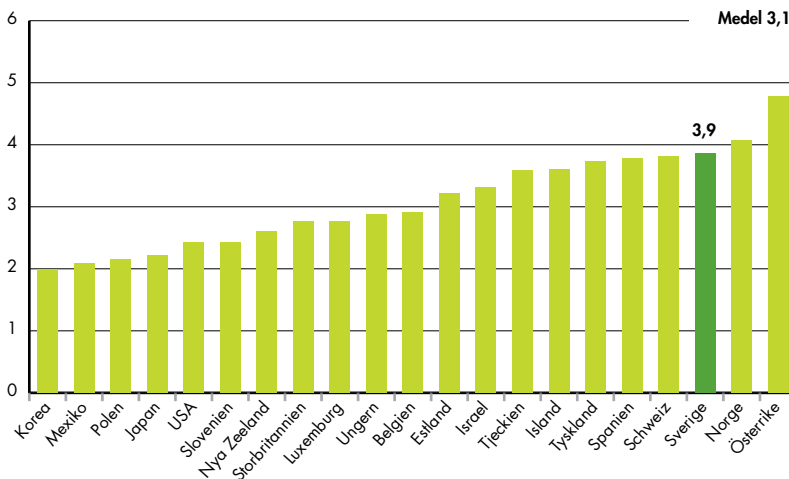
2.3.3	Orsaker som hindrar arbetet med överföring av arbetsuppgifter ..	99
2.3.4	Exempel från landstingen	110
2.4	Optimera bemanningen utifrån patienternas behov	112
2.4.1	Planeringen av läkares arbetstid utgår inte från patienternas behov.....	115
2.4.2	Möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte	118
2.4.3	Orsaker som hindrar arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.....	120
2.4.4	Exempel från landstingen	122
3	Sammanfattande diskussion och rekommendationer för det fortsatta arbetet	127
4	Referenser	139
Bilaga 1	Metod och genomförande.....	151
Bilaga 2	Intervjuade intressenter och experter	159
Bilaga 3	Intervjuade landstingsföreträdare	161
Bilaga 4	Enkätformulär.....	163
Bilaga 5	Sammanställning tidsstudier.....	167



Många läkare och få besök – ändå saknas tid för patienterna

Sverige är ett av de länder inom OECD som har flest antal läkare per tusen invånare (Figur 4) (63). I dagsläget finns fler yrkesaktiva läkare i vården än någonsin tidigare, och trenden är stadigt stigande (112) (113). På 1960-talet fanns cirka 7000 yrkesverksamma läkare i Sverige, vilket kan jämföras med 2009 då antalet yrkesverksamma läkare uppgick till omkring 33 400. Från att ha en läkare på 1 060 invånare har vi gått till att ha en läkare på 277 invånare (124).

Figur 4. Antal läkare per tusen invånare 2010



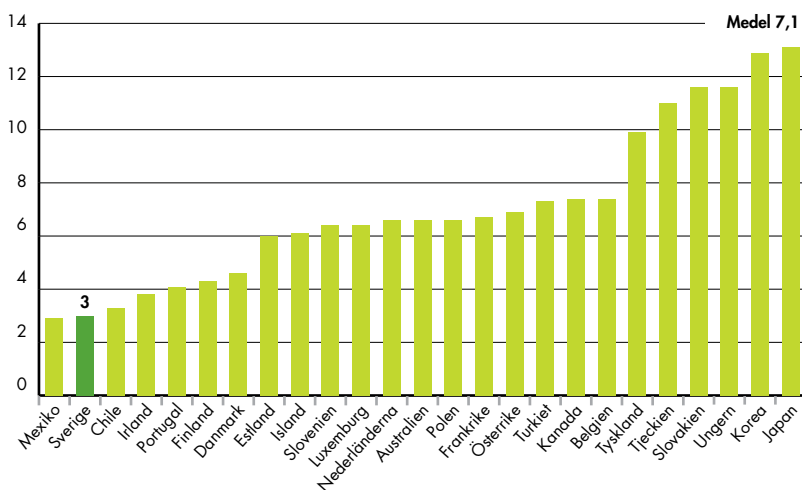
Källa: (63)



Även om Sverige generellt är väl bemannat med läkare, finns brister inom vissa medicinska specialiteter såsom allmänmedicin och psykiatri. År 2010 hade Sverige 0.63 specialister i allmänmedicin per 1000 invånare, vilket kan jämföras med snittet i OECD som uppgick till 0.66 (64).

Samtidigt som Sverige generellt sett är väl bemannat med läkare är antalet läkarbesök per invånare och år på en nivå som ligger långt under genomsnittet inom OECD (Figur 5) (65).

Figur 5. Läkarbesök per capita 2010



Källa: (65)

Efter Mexiko har Sverige det lägsta antalet läkarbesök per invånare och år. En möjlig delförklaring är att många av de besök som i andra länder sker hos läkare istället sker hos sjuksköterskor, barnmorskor och andra yrkesgrupper.

Eftersom Sverige är väl bemannat med läkare, och antalet besök per invånare och år är få, vore det rimligt att patienter och läkare i Sverige skulle tycka att det finns gott om tid för varje läkarbesök. Istället utmärker sig Sverige i internationella jämförande studier som ett av de länder med sämst resultat vad gäller upplevelsen av hur mycket tid patienter och läkare har tillsammans i mötet. Till exempel anger över hälften av patienterna i Sverige att läkaren inte tillbringat tillräckligt med tid med dem när de sökt vård eller behandling (127). Av patienter som själva anser sig ha dålig hälsa, eller som under senare tid vårdats på sjukhus eller genomgått operation, är drygt en fjärdedel missnöjda med tiden som läkaren tillbringat med dem när de sökt vård eller behandling (125). Även läkare upplever att tiden de har i mötet med patien-

terna inte räcker till. Drygt 50 procent av allmänläkarna i Sverige uppger att de är missnöjda med hur mycket tid de lägger på varje patient (126). Även om det finns metodologiska utmaningar i internationella jämförelser av detta slag indikerar resultaten att det kan finnas en förbättringspotential när det gäller hur läkares tid används.

Problembeskrivningen ovan ska ses i ljuset av att efterfrågan på hälso- och sjukvårdsinsatser kommer att öka (56) (97) (121). Utvecklingen beror bland annat på befolkningens ökade livslängd, och på förbättrade metoder för att diagnostisera och behandla sjukdomar (97). En större efterfrågan på hälso- och sjukvård kan mötas antingen genom att tillföra mer resurser eller genom att använda befintliga resurser på ett mer effektivt sätt.

Den enskilt största utgiftsposten för landstingen utgörs av personal. År 2012 stod personalen för 45 procent av landstingens totala utgifter på 270 miljarder kronor (123). Läkares lönekostnader är generellt betydligt högre än annan sjukvårdspersonal. Beräkningar från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) visar att om den ökade efterfrågan på hälso- och sjukvårdsinsatser ska mötas genom ökad finansiering skulle det innebära en kraftig höjning av kommunal- och landstingsskatten. Denna höjning är enligt SKL inte realistisk att genomföra (121).

Trots att hälso- och sjukvården i Sverige i många avseenden fungerar bra, och Sveriges invånare i ett internationellt perspektiv har en mycket god hälsa, finns det alltså anledning att se över hur läkarresursen, det vill säga läkares tid och kompetens, används. Många aktiviteter inom hälso- och sjukvården är beroende av läkare, och därmed av hur läkares tid planeras och disponeras. Att säkerställa en effektiv användning av läkares tid och kompetens är därför centralt för att kunna möta befolkningens efterfrågan på hälso- och sjukvård.

Diskussionen om huruvida läkares tid och kompetens används på rätt sätt är inte ny, och det har genomförts ett flertal studier på området. Vårdanalys bedömning är dock att det saknas en sammanhållen analys av frågan ur ett medborgarperspektiv. Mot denna bakgrund valde vi att initiera en studie med syftet att identifiera huvudsakliga utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Studien besvarar en övergripande frågeställning:

- Vilka är de huvudsakliga utmaningarna för att åstadkomma en mer effektiv användning av läkarresursen?

Studien är unik i det avseendet att det är en första sammanhållen analys genomförd på nationell nivå av en oberoende aktör.



1.1 METOD OCH GENOMFÖRANDE

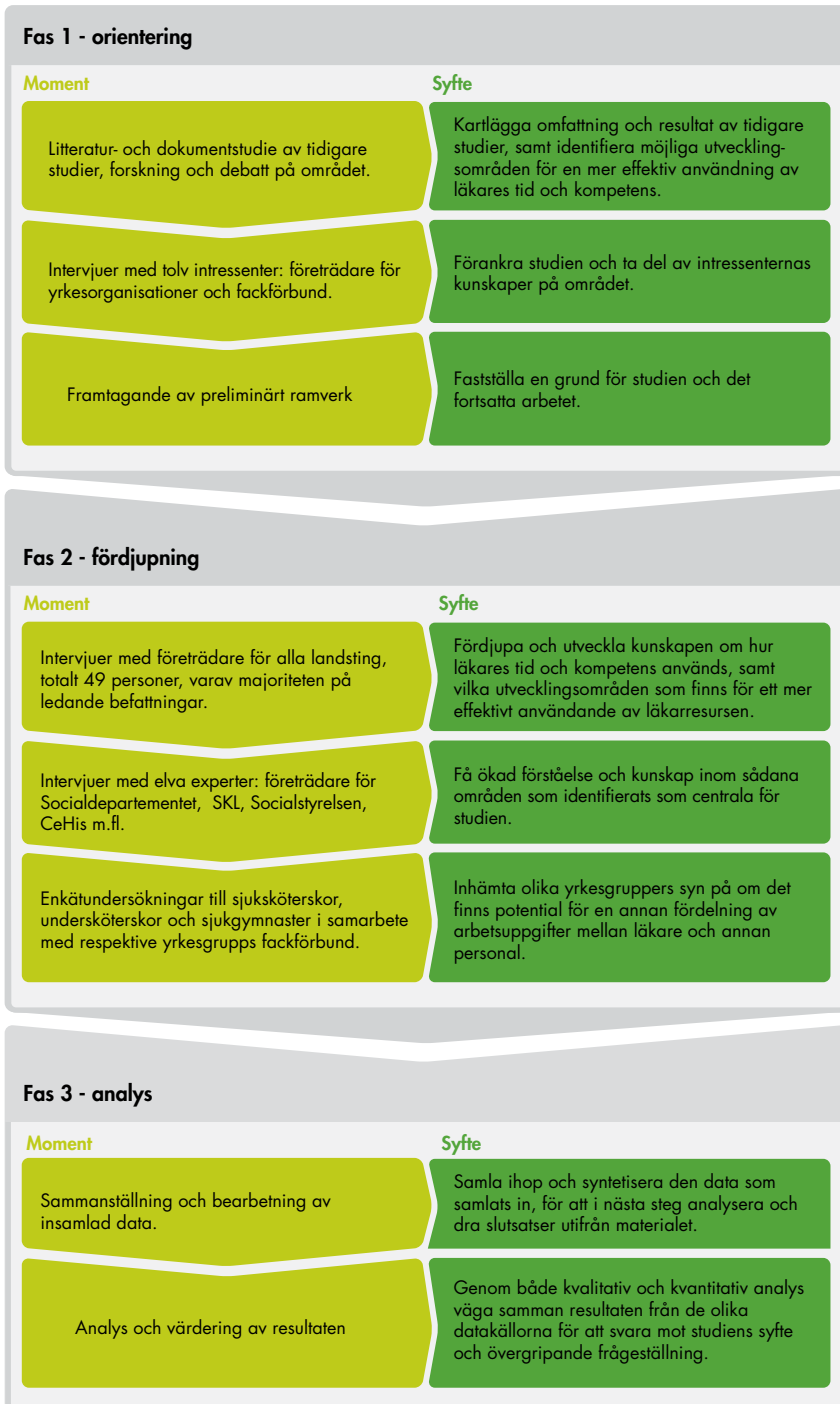
Studien är baserad på en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder, för att belysa frågan ur olika perspektiv med olika datakällor (triangulering). Det finns sedan tidigare mycket material om användandet av läkares tid och kompetens i form av lokala, regionala och nationella studier. Vårdanalys ambition har varit att belysa frågan ur ett helhetsperspektiv, genom att kombinera resultaten från tidigare studier med ny data. Vi har använt oss av följande metoder:

- Litteratur- och dokumentstudie
- Intervjuer med tolv intressenter
- Intervjuer med elva experter
- Intervjuer med 49 landstingsföreträdare
- Enkätundersökningar med olika yrkesgrupper

Vårdanalys har genomfört studien i tre faser (Figur 6).

Studien är genomförd under perioden januari-november 2013. För ytterligare information om studiens metod och genomförande, se bilaga 1.

Figur 6. Studiens genomförande i tre faser



Utöver de tre enkätundersökningar som Vårdanalys genomfört i samarbete med fackförbunden Sveriges Läkarförbund (fortsättningsvis Läkarförbundet), Kommunal och Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (fortsättningsvis Sjukgymnastförbundet) har vi tagit del av två tidigare genomförda enkätundersökningar bland läkare och medicinska sekreterare, se bilaga 1.

1.2 OMFATTNING OCH AVGRÄNSNINGAR

Studien undersöker om läkarresursen används på ett effektivt sätt. Med effektivitet syftar vi på en värdering av om läkares tid och kompetens används på ett sätt som skapar största möjliga nytta, det vill säga används läkares tid till rätt saker och genomförs arbetet på ett ändamålsenligt sätt.

Effektivitet inom hälso- och sjukvården kan analyseras utifrån olika dimensioner (Figur 7) (120):

- Behandlingseffektivitet – värderar själva vårdinsatsen.
- Klinikeffektivitet – värderar vårdens basenheter som en produktionsenhet.
- Processeffektivitet – värderar samordningen mellan olika delar i vårdkedjan.
- Struktureffektivitet – värderar vårdens organisatoriska uppbyggnad, geografiska fördelning med mera.
- Systemeffektivitet – värderar vården som generellt system.

Figur 7. Fem effektivitetsdimensioner inom hälso- och sjukvården

Behandlingseffektivitet	Värderar själva vårdinsatsen. Står resultatet för patientens hälsa av behandlingar, mediciner, operationer etc. i proportion till kostnaden? Hur många patienter drabbas av komplikationer som skulle gå att undvika?
Klinikeffektivitet	Värderar vårdens basenheter – kliniken eller vårdcentralen – som en produktionsenhet. Är det rätt ansvarsfördelning mellan olika yrkeskategorier? Finns ett ändamålsenligt administrativt stöd så att personalens tid används rationellt?
Processeffektivitet	Värderar samordningen mellan olika delar i vårdkedjan, till exempel mellan sjukhusvård och primärvård. Behandlas patienter på fel vårdnivå? Finns beredskap i primärvården när patienter lämnar sjukhusvården?
Struktureffektivitet	Värderar vårdens organisatoriska uppbyggnad, geografiska fördelning med mera. Finns det för många akutsjukhus? Är det rätt balans mellan primärvård, närsjukvård och specialiserad sjukhusvård? Samverkar landstingen på bästa sätt?
Systemeffektivitet	Värderar vården som generellt system. Har vården tillräcklig förmåga att ta till vara ny kunskap eller förnya och anpassa verksamheten? Är vården rättvis, har alla tillgång till vård på lika villkor?

Källa: (120)

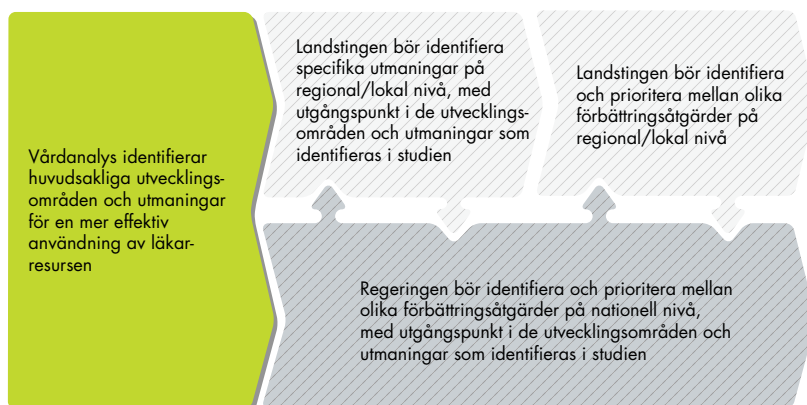
Denna studie är avgränsad till att belysa effektiviteten inom den dimension av effektivitetsbegreppet som kallas klinikeffektivitet. Klinikeffektivitet innebär en värdering av vårdens basenheter – arbetet på klinik- eller mottagningsnivå – och frågor kring administrativt stöd, ansvarsfördelning och rationellt användande av personella resurser. Avgränsningen innebär att studien inte omfattar analyser av till exempel samordningen mellan olika delar av vårdkedjan (processeffektivitet), balansen mellan primärvård, närsjukvård och specialiserad sjukhusvård (struktureffektivitet) eller vårdens förmåga att tillvarata och omsätta ny kunskap samt erbjuda jämlik vård (systemeffektivitet). Ett effektivt användande av läkarresursen förutsätter dock hög effektivitet inom samtliga fem effektivitetsdimensioner.

Detta är en första nationell, sammanhållen och oberoende analys av frågan. Rapporten är explorativ till sin karaktär och belyser ämnet på övergripande nivå. Eftersom studien spänner över ett stort område har det inte varit möjligt att fördjupa rapporten avseende varje aspekt som framkommit. Studien är vidare avgränsad till en analys av utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen på övergripande nivå. Tanken är att studiens



resultat ska kunna utgöra underlag för fördjupade analyser inom vissa områden, där ett nästa steg blir att identifiera specifika utmaningar på regional och lokal nivå, och därefter identifiera och prioritera mellan olika förbättringsåtgärder på både regional och nationell nivå.

Figur 8. Studiens avgränsning till identifiering av huvudsakliga utvecklingsområden



I rapporten redogörs för den samlade bilden utifrån insamlad data. Vårdanalys vill understryka att de utvecklingsområden som redovisas har olika relevans och grad av angelägenhet för olika verksamheter. Det finns variationer såväl mellan som inom landstingen i hur läkares arbete ser ut och organiseras. Rapporten ska därför inte betraktas som en redogörelse av situationen inom alla landsting, på alla kliniker och mottagningar.

1.2.1 Avgränsningar

Vårdanalys är medveten om den diskussion som pågår om bristen på läkare inom vissa specialiteter, och också bristen på personal inom andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Dessa utmaningar hanteras emellertid inte i denna rapport. Vi vill också framhålla att de områden som belyses i rapporten inte bara berör läkare, utan också andra yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Vår studie utgår dock från läkare och användningen av läkares tid och kompetens inom hälso- och sjukvården.

Runtom i landet pågår utvecklingsarbeten för att effektivisera och utveckla hälso- och sjukvården, bland annat genom att möjliggöra för patienter att bli mer delaktiga i sin egen vård. Exempel på sådana initiativ är att låta patienter

själva boka tid för olika besök, fylla i olika formulär via Internet innan besök eller registrera blodsockervärden och liknande. Utvecklingen har sannolikt stor potential att på sikt påverka hur hälso- och sjukvården använder de personella resurserna. Den komplexa frågan om patienters delaktighet och ansvar i sin egen vård behöver dock utredas utifrån ett annat perspektiv. Studien omfattar därför inte frågan om patienters delaktighet i sin egen vård.

1.2.2 Centrala begrepp i rapporten

Läkarresursen: Med läkarresursen avses i rapporten läkares tid och kompetens.

Landsting: Hälso- och sjukvården är organiserad i regioner och landsting. Begreppet landsting används dock genomgående i rapporten som benämning för sjukvårdshuvudmännen.

Landstingsföreträdare: Vårdanalys har intervjuat 49 företrädare för samtliga landsting i Sverige. Majoriteten av personerna har en ledande befattning, till exempel hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukhuschef, divisionschef, primärvårdschef och utvecklingschef. Personerna refereras till som landstingsföreträdare.





Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen

Studien syftar till att undersöka om läkares tid och kompetens används på ett effektivt sätt. I detta kapitel presenterar vi resultaten från studiens litteratur- och dokumentstudie, intervjuer och enkäter. Resultaten visar att det finns stor potential i att använda läkarresursen på ett mer effektivt sätt inom svensk hälso- och sjukvård.

Vårdanalys har identifierat fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen (Figur 9). Vårdanalys utesluter inte att det finns ytterligare områden inom klinikeffektivitet, utöver dessa utvecklingsområden, som har betydelse för ett effektivt användande av läkarresursen. Nedan följer en kort introduktion till varje område.

Figur 9. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen



Utvecklingsområde 1, *Prioritera mellan administrativa krav*, beskriver omfattningen av det administrativa arbetet för läkare avseende krav på mätning, redovisning och uppföljning samt patientrelaterad administration.

Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen

Utvecklingsområde 2, *Förbättra it-stöden*, beskriver hur it-systemen fungerar som verktyg för läkarna i arbetet. Utvecklingsområde 1 kan sägas adressera kraven på det administrativa arbetet medan utvecklingsområde 2 belyser verktygen för arbetet.

Utvecklingsområde 3, *Utveckla arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper*, beskriver fördelningen av arbetsuppgifter mellan läkare och annan personal.

Utvecklingsområde 4, *Optimera bemanningen utifrån patienternas behov*, beskriver hur planeringen av läkarbemanningen på klinik-/vårdcentralsnivå fungerar i relation till en analys av patienternas behov.

Vårdanalys vill understryka att de fyra utvecklingsområdena är nära sammankopplade. Varje utvecklingsområde handlar om huruvida läkares tid och kompetens tillvaratas på ett effektivt sätt i vardagen på klinik- eller vårdcentralsnivå. Utvecklingsområdena är därmed inte frikopplade från varandra. Det betyder att en förändring som påverkar ett utvecklingsområde också har potential att påverka ett eller flera andra utvecklingsområden. Till exempel kan administration som av många betraktas som onödig ha sin grund i dåliga it-system, vilket skapar ineffektiva processer. Förbättrade it-stöd kan på så vis bidra till minskad administration för läkare. Likaså kan en annan arbetsfördelning mellan läkare och andra yrkesgrupper bidra till att läkare avlastas med administrativa uppgifter. Utvecklingsområdenas inbördes relation diskuteras mer utförligt i rapportens avslutande kapitel 3.

Kommande avsnitt redogör för vart och ett av de fyra utvecklingsområdena. Rapporten avslutas med en sammanfattande diskussion och rekommendationer för det fortsatta arbetet.

2.1 PRIORITERA MELLAN ADMINISTRATIVA KRAV

Utvecklingen har gått mot högre krav på dokumentation och redovisning, från både nationell och regional nivå. Det har medfört att omfattningen av det administrativa arbetet utgör en betydande del av läkares arbetstid. Tidigare studier visar att administration i många fall utgör ungefär en tredjedel av arbetstiden. Variationen är dock stor beroende på specialitet och klinik/mottagning. Att läkare ägnar tid till administrativt arbete beskrivs ofta som negativt, och som någonting som "stjäl tid" från patienterna. Begreppet administration saknar dock en entydig definition. Stora delar av det som i dagligt tal benämns "administration" är patientarbete som varken kan tas bort eller överlåtas på någon annan. Att vi idag har högre ställda krav på dokumentation, mätning, redovisning och uppföljning har också medfört att vi vet mer om hälso- och sjukvården i termer av resultat, kvalitet, jämlikhet, patientsäkerhet med mera. Detta är värdefull information i arbetet med att utveckla hälso- och sjukvården. Samtidigt finns delar av det administrativa arbetet som kan ifrågasättas. Vårdanalys menar att det behövs en prioritering, där värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

- Värdet av viss mätning, redovisning och uppföljning i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt.
- Värdet av viss patientrelaterad administration i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt.

Det har under många år förts en diskussion om att det administrativa arbetet för läkare är omfattande och att kraven på administration har ökat, vilket går ut över arbetet med patienterna. Till exempel har Läkarförbundet vid flera tillfällen framfört att det har skett en byråkratisering av sjukvården, och att det har tillkommit krav på bland annat dokumentation, diagnosättning enligt DRG, olika intyg med mera som medför administrativt arbete för läkarna (128) (60) (130) (58). Läkare har framfört att antalet administrativa uppgifter har ökat, och att uppgifterna har blivit mer omfattande, vilket inneburit att deras tid för direkt patientarbete har minskat (81) (55) (87) (24) (66). Administrationen har beskrivits som ett "ostyrt fenomen", där ledningsansvariga uppges sakna en helhetsbild av hur mycket administrativt arbete läkare utför (35). Under våren 2013 undertecknade ett stort antal läkare och annan vårdpersonal det så kallade Läkaruppropet (54). Initiativtagarna menade att ett grundläggande problem, som gör att svenska läkare spenderar minst tid i Europa på sina patienter, är att läkare "åläggs en enorm administrativ börda som tar tid från patienterna" (54).



Inledningsvis kan vi konstatera att det inte finns någon gemensam definition av vad som ryms i begreppet administration inom hälso- och sjukvården. Även flera landstingsföreträdare framhåller i intervjuerna att det råder en begreppsförvirring, och att det inte alltid är tydligt vilka arbetsuppgifter diskussionerna om läkares administrativa arbete handlar om.

Vad är administrativt arbete för en läkare, och vad är inte administrativt arbete för en läkare? Är det administrativt arbete när jag signerar min journal? Är det administrativt arbete när jag tittar på ett röntgensvar och beslutar om en fortsatt behandling? Jag tycker att det är patientrelaterat arbete fast jag inte har patienten framför mig. Jag tycker att jag ägnar mig åt medicinsk verksamhet då. När jag rutinmässigt signerar anteckningar, ja det kanske är administrativt arbete. /.../ Det är svårt att veta vad som är vad i det här.

Man pratar lite slarvigt om det här med administration. /.../ Recept, sjukintyg, föra journal – det har alltid ingått i en läkares arbete. Det tycker jag inte finns någon anledning att ändra på. Ibland tror jag att man buntar ihop allt som har med skrivbord och papper och penna att göra och kallar det för administration.

Utöver otydligheten, eller på grund av densamma, menar flera landstingsföreträdare att begreppet administration har fått en negativ klang och att debatten ofta handlar om att administrationen måste minska. Men mycket av det som benämns administration uppges vara patientarbete som läkare utfört i alla tider. Det kan också vara arbete som tillkommit som ett resultat av att vården utvecklats och blivit mer avancerad. Att dokumentera information om mötet med patienterna och de beslut som följer av det är centralt, inte minst ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Att rapportera och följa upp betraktas av landstingsföreträdarna också som ett viktigt verktyg för att beskriva och ha kontroll över vad sjukvården levererar till medborgarna. Mycket av det som ofta benämns som administration anses således vara viktiga delar av läkares arbete, och ingenting som kan tas bort eller överlåtas till någon annan yrkesgrupp.

Om du pratar med enskilda läkare så tycker de att vi ålägger dem otroligt mycket rapportering och annat. Ändå måste vi ju beskriva vad det är som levereras till oss som medborgare. Jag tror inte att någon tycker att det är acceptabelt om vi lämnar ut en påse pengar, men vad vi får det kan vi inte beskriva och vi vet inte hur patienterna mår.

Flera landstingsföreträdare menar att det är viktigt att vara medveten om vad som ur ett läkarperspektiv betraktas som yrkets kärnuppgift, och vad som därmed kan förväntas av den professionella rollen, eftersom det sannolikt får konsekvenser för synen på andra uppgifter i arbetet.

Läkare känner att 'jag är utbildad för att operera patienten, eller prata med patienten'. Allting annat upplevs som tämligen meningslöst även om det inte är det.

Forskning visar att det är vanligt med en stark koppling mellan den professionella rollen och den egna identiteten inom legitimationsyrken. Den professionella rollen sätter ramarna för vad som kan, respektive inte kan, förväntas av individen i rollen. Uppgifter som upplevs ligga utanför den professionella rollen kan vara sådant som uppfattas inte alls behöver göras, eller uppgifter som uppfattas borde göras av någon annan (6).

Två kategorier av administrativt arbete

Som tidigare nämnts handlar debatten ofta om att läkare ägnar en stor del av sin arbetsdag till administration. I en arbetsmiljöundersökning bland medlemmar i Läkarförbundet 2010 uppgav 30 procent av drygt 1 500 läkare att deras arbete försvåras av onödigt pappersarbete (8). I en internationell studie från 2012 uppgav 49 procent av svenska allmänläkare att tiden som man själv eller som personalen lägger på att rapportera medicinsk information eller möta administrativa krav är ett problem (126).

Det är dock svårt att göra en samlad bedömning av hur omfattande administrationen är och hur den har utvecklats över tid. Inom forskningen finns få studier som belyser omfattningen av administrativt arbete inom hälso- och



sjukvården. Däremot finns ett flertal så kallade tidsstudier från olika verksamheter, som kartlagt läkares och annan vårdpersonals arbetstidsfördelning. En komplicerande faktor vid en bedömning av det administrativa arbetets omfattning är att tidigare studier är genomförda på olika kliniker/mottagningar, med olika medicinska specialiteter och i olika landsting. Det finns också stora metodologiska skillnader i genomförande och definitioner av olika arbetstidsmoment. Inte minst saknas en gemensam definition av begreppet administration.

Trots detta kan vi konstatera att tidigare studier uppvisar förvånansvärt likartade slutsatser, i det avseendet att läkare ofta ägnar en betydande del av sin arbetstid till administration. I flera fall utgör administrationen ungefär en tredjedel av läkarnas arbetstid, men variationen är stor beroende på specialitet och klinik/mottagning samt hur begreppet administration har definierats (42) (101) (70) (109) (4) (72) (41) (53) (29) (30) (96) (95) (31). För mer information finns i bilaga 5 en redovisning av huvudsakliga resultat från tidigare studier.

Utifrån litteratur- och dokumentstudien och intervjuer har Vårdanalys identifierat två kategorier av administrativt arbete som läkare ägnar mycket tid till; *mätning, redovisning och uppföljning* och *patientrelaterad administration*.¹ Mätning, redovisning och uppföljning innebär till exempel lokal, regional och nationell uppföljning och annat administrativt arbete som syftar till att granska och utveckla hälso- och sjukvården i ett större perspektiv. Patientrelaterad administration är sådan administration som är direkt kopplad till vården och behandlingen av en enskild patient, såsom journalföring, hantering av recept, remisser och intyg med mera. Landstingsföreträdarna är eniga om att delar av det administrativa arbetet kan ifrågasättas – både vad gäller mätning, redovisning och uppföljning och patientrelaterad administration. Vårdanalys menar att det behövs en prioritering, där värdet av vissa administrativa krav utreds och förtydligas.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar inom området:

- Värdet av viss mätning, redovisning och uppföljning i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt.
- Värdet av viss patientrelaterad administration i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt.

² Det finns också annan typ av administration, till exempel ekonomiadministration och administration kopplad till verksamheten i form av olika personaladministrativa system. Denna studie fokuserar dock på mätning, redovisning och uppföljning samt patientrelaterad administration.

2.1.1 Värdet av viss mätning, redovisning och uppföljning i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt

Landstingsföreträdarna menar att det har skett en kraftig ökning av krav på mätning, redovisning och uppföljning av olika slag. Majoriteten av landstingsföreträdarna är i grunden positiva till en utveckling som innebär ökad transparens, och därmed större möjligheter att jämföra och utveckla hälso- och sjukvården. Genom att följa upp verksamheternas arbete går det att öka kunskapen om vad som fungerar bra respektive mindre bra. Däremot ifrågasätter många om mängden krav är rimliga, i relation till arbetsinsatsen.

Några exempel på nationella initiativ som enligt landstingsföreträdarna medfört större krav på mätning, redovisning och uppföljning från nationell nivå är satsningarna på mest sjuka äldre, kömiljarden, patientsäkerhets-satsningen, tillgänglighetsöverenskommelsen, uppföljning av levnadsvanor kopplade till de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder och strukturerad journalgranskning.

Vi har krav på tydlighet, genomskinlighet, öppna jämförelser, kvalitetsregister. Jag tror att det snarare är mängden än syftet och uppsåtet som är problemet. /.../ Vi är väldigt fokuserade på mätning idag, en mätningshysteri kan jag nästan tycka, och där tror jag att man skulle behöva rensa mer i vad det är vi ska mäta och vad vi ska ha de här data till. Nationellt kan man fundera över vad man följer upp och hur meningsfullt det är att följa upp det här in absurdum, och också regionalt fundera över all uppföljning som vi gör.

Nu ska vi köra igång med strukturerad journalgranskning. Det är ett exempel på att även läkare, specialister, måste engagera sig i ett uppföljningsarbete som kräver extra administrativt arbete som ligger långt utanför det vanliga vårdjobbet.

Ett nationellt krav är införandet av datakoder för alla diagnoser (i journalerna, Vårdanalys anm.). De är så avancerade de där koderna så de måste man i allmänhet sitta och slå upp.



Utöver nationella initiativ som medför administrativt arbete tillkommer regionala och lokala initiativ som medför krav på mätning, redovisning och uppföljning. Dessa initiativ uppges ofta vara kopplade till en strävan om att öka transparensen och få mer kunskap om vårdens kvalitet, resultat och effektivitet. Flera landstingsföreträdare nämner specifikt införandet av vårdval som en orsak till att kraven på uppföljning har ökat. Även Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting framhöll införandet av vårdval som en bidragande orsak till att läkare ägnar allt mer tid till administration. Revisorerna konstaterade att vårdvalet lett till en ökad administration både för sjukhusen och för hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning. Eftersom ersättning ofta är kopplad till uppföljningsvariablerna ställs krav på systematisk registrering för att vårdgivarna ska få den ersättning de är berättigade till (52).

Förutom att själva registreringen av olika uppgifter tar tid anser landstingsföreträdare att arbetet många gånger stör mötet med patienterna.

Att det tar tid må vara hänt men det stör även konsultationen och mötet med patienten. Jag kommer på mig själv med att sitta och tänka att "vilken KVÅ-kod kan det här bli då?", och då är det fel fokus.

Flera landstingsföreträdare nämner också registrering i nationella kvalitetsregister som en administrativ uppgift som upplevs tidskrävande. I dagsläget finns 73 nationella kvalitetsregister som byggts upp av professionerna själva (57). Driften av registren sköts av personal på olika kliniker runt om i landet.

Det finns hos flera landstingsföreträdare en upplevelse av att viss uppföljning görs för att i första hand tillfredsställa politiker och tjänstemän. Det efterfrågas mer dialog och en större lyhördhet inför vad som vore relevant att följa upp.

Jag har jättesvårt att få med mig läkarna. Lägga tid på att registrera och mäta saker som ändå inte skapar något värde. Det är inte lätt att stå och elda på och säga att "det här är viktigt".

Upplevelsen är att man på statlig nivå och landstingsnivå tycker att man behöver ta kontroll över vården genom att få all den här informationen. Man missar enligt min mening att huvudpoängen är att man i ett lärande mikrosystem måste följa upp och utveckla vad man själv gör, och ser istället fördelen med den centrala kontrollen, men den centrala kontrollen leder inte till samma lärande lokalt.

Upplevelsen av låg relevans i delar av de data som samlas in leder till ett starkt ifrågasättande av kraven på mätning, redovisning och uppföljning. Kraven upplevs också av flera landstingsföreträdare som ett uttryck för misstro mot läkarkåren, i det avseendet att kraven betraktas som verktyg för att kontrollera istället för som medel för lärande och utveckling.

Jag hör mina kollegor säga att de kan ha upp till nitton administrativa rutiner för dokumentation som inte är direkt knutna till patienten. Det kan till exempel vara att dokumentera hur lång tid det tog innan du ringde upp patienten från det att patienten ringde på telefontiden. Likaså att dokumentera exakt hur länge patienten satt i väntrummet. För mig är det en misstro mot att vårdgivarna inte skulle göra sitt bästa. Det finns många sådana exempel som handlar om att kontrollera.

Denna uppfattning har också hörts i debatten där Läkarförbundet, tillsammans med Polisförbundet och Lärarnas Riksförbund, framfört att kraven på registrering är en del i en högre grad av politisk och ekonomisk styrning som medfört en administrativ överbyggnad av hälso- och sjukvården. De upplever att tilliten i det professionella ansvaret ersatts av kontrollsystem som riskerar att sätta den professionella etiken ur spel (44).

Sammanfattningsvis visar resultaten att kraven på mätning, redovisning och uppföljning från både nationell och regional nivå upplevs ha ökat. Många ifrågasätter omfattningen av arbetet. Det är däremot få specifika krav på mätning, redovisning och uppföljning som uppfattas som helt onödiga. Istället verkar det vara summan av ett stort antal administrativa krav som tillsammans leder till ett ifrågasättande av om värdet av den mätning, redovisning och uppföljning som görs står i proportion till arbetsinsatsen



det kräver. Landstingsföreträdare upplever också flera av kraven som ett uttryck för misstro mot läkarkåren, istället för som medel för lärande och utveckling.

2.1.2 Värdet av viss patientrelaterad administration i relation till arbetsinsatsen är ifrågasatt

Landstingsföreträdarna uppger att kraven på den patientrelaterade dokumentationen har ökat. Det gäller särskilt kraven på vad patientjournalen ska innehålla. Högre krav på kvalitetsarbete uppges ha medfört högre krav på den primära journalföringen, eftersom uppgifterna som registreras i journalen ska användas för att följa upp olika kvalitetsvariabler. Likaså har högre krav på patientsäkerhet och spårbarhet medfört att dokumentationen i journalerna behöver vara mer detaljerad än tidigare. Dessutom har kraven på information till patienterna ökat. Landstingsföreträdarnas inställning till utvecklingen varierar, men gemensamt är övertygelsen att det tar mer tid för läkarna att svara upp mot de krav som ställs.

Genom vårt ökade kvalitetsarbete ställs allt högre krav på den primära journalföringen. Om du ska rapportera till kvalitetsregister så måste du mäta HBA1C, blodtryck, vikt, en massa saker. Tidigare var det inte lika viktigt, vi ställde inte krav på att man måste vara med men det gör vi nu. I många fall ersätter vi mot resultaten. Då måste man vara noga med vad man dokumenterar i journalen.

Tidigare studier bekräftar att kraven på vårddokumentationen i patientjournalen har ökat. Socialstyrelsen framförde 2000 att det under 90-talet tillkom flera nya författningar som medförde administrativt arbete (101). Sedan patientdatalagen (2008:355) infördes 2008 har reglerna utvecklats ytterligare, och möjligheten till sammanhållen journalföring har lett till att det uppkommit nya krav på journalföringen.

Utöver höga krav på dokumentation i patientjournalen har flera av landstingsföreträdarna tagit upp signering av journalanteckningar och hanteringen av intyg som två tidskrävande patientrelaterade administrativa uppgifter. Många ifrågasätter om kraven är rimliga i relation till arbetsinsatsen.

Signeringskravet

Signeringen av journalanteckningar uppges vara mycket tidskrävande, och många är osäkra på vilka anteckningar som måste signeras. Många ifrågasätter också värdet av framför allt signering av daganteckningar. Även Läkarförbundet har ifrågasatt värdet av att varje anteckning som läkaren själv har dikterat i efterhand ska genomläsas och signeras (128).

Hur låsta är vi av de signeringskrav som finns? Är vi låsta på grund av våra system eller hälso- och sjukvårdslagen eller vad är det som styr oss? Det är så hos oss att läkaren måste signera i princip allt, inklusive makulerade prover, alltså prover som har beställts med som sedan inte ska tas. Då måste läkaren signera både beställningen och att de är makulerade. Alla provsvar, precis allting, måste läkaren signera och det upplevs ju som otroligt tidskrävande.

Det finns regler kring signeringar, men här skulle man säkert kunna se över. Vad måste signeras? Vilken typ av anteckningar? Måste man signera remisser när de är dikterade och skrivna? Kan inte sekreterare bara trycka på knappen och skicka iväg?

Flera landstingsföreträdare tvivlar på om signeringskravet verkligen bidrar till en högre patientsäkerhet eftersom de är tveksamma till om läkare i detalj går igenom sina anteckningar vid signering. Liknande resonemang har framförts i debatten och i tidigare studier där det har ifrågasatts huruvida signeringskravet ökar patientsäkerheten, då läkare har uppgivit att de inte noggrant läser igenom det de ska signera utan istället signerar som en ren formalitet (88) (87) (89) (101). Socialstyrelsens utredning om administration i vården 2000 visade att 76 procent av de tillfrågade läkarna ansåg att kravet på signering borde förändras eller tas bort. Socialstyrelsen föreslog att det skulle vara verksamhetschefens ansvar att avgöra när signering behövs (101). Patientdatautredningen (SOU 2006:82) behöll dock kravet att vissa anteckningar alltid måste signeras (115). Kravet regleras nu i patientdatalagen (2008:355), där det i 3 kap. 10 § föreskrivs att en journalanteckning, om det inte finns något synnerligt hinder, ska signeras av den som ansvarar för uppgiften (68).

Undantag från signeringskravet

I Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (2008:14) anges i 4 kap. 3, 4 §§ vilka uppgifter som alltid måste signeras (107). Samtidigt får vårdgivaren besluta om att göra vissa undantag från signeringskravet när det gäller andra uppgifter än de som är obligatoriska enligt föreskrifterna. Undantag från signeringskravet får enligt 4 kap. 4 § SOSFS 2008:14 inte göras för väsentliga ställningstaganden som rör vård och behandling, förhållningsregler enligt smittskyddslagen (2004:168) samt epikriser och andra sammanfattningar av genomförd vård. Det är därför upp till varje vårdgivare att själv bedöma vilka uppgifter som ska undantas från signeringskravet, och att dokumentera det i de rutiner för hantering av patientuppgifter som vårdgivaren enligt föreskrifterna är skyldig att ha. I praktiken verkar dock finnas en stor osäkerhet på området.

Flera landstingsföreträdare var skeptiska till krav på signering av daganteckningar. Enligt Socialstyrelsens handbok kring informationshantering i vården kan daganteckningar som inte innefattar några väsentliga ställningstaganden rörande vård och behandling vara exempel på sådana anteckningar som kan undantas i vårdgivarens rutiner för signering. Även andra uppgifter kan enligt handboken undantas från kravet på signering. Det gäller exempelvis anteckningar som endast innehåller administrativa uppgifter och rutinmässiga provtagningar såsom Hb, kroppstemperatur och liknande (108). I en enkätundersökning genomförd av tidningen Sjukhusläkaren, som besvarades av femtio läkare runt om i landet, framkom att endast en respondent uppgav att kliniken tillvaratagit möjligheten att göra undantag från signeringskravet (88). Det finns en önskan om att sjukhus- och klinikledning bör ta möjligheten till beslut om undantag från signeringskravet på större allvar (89). Samtidigt finns det personer som menar att undantag från signeringskravet skulle innebära så små tidsbesparingar att vinsterna skulle bli obefintliga (90).

Krav på signering regleras även i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshantering i hälso- och sjukvården och Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende (103) (104).

Administration av intyg

Landstingsföreträdare inom framför allt primärvården uppger att administration av intyg till patienter ökat, i synnerhet sjukintyg till Försäkringskassan.

När jag började hade man en A5 och så skrev man "vila" och sjukskrev patienten. Nu måste man för den minsta sak fylla i ett formulär med mängder av frågor som i många fall är irrelevanta för en kort sjukskrivning, säg en lunginflammation. Jag ska fylla i diagnos, aktuellt sjukdomsförlopp, funktionsnedsättning, observation av undersökningsfynd och utredningsresultat, aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos och funktionsnedsättning, planerade åtgärder, arbetslivsriktad rehabilitering, nuvarande arbete och så vidare. Det är rätt många frågor, om vi tänker oss en lunginflammation.

Flera landstingsföreträdare framför önskemål om att förenkla sjukintygen för den första sjukskrivningsperioden, eftersom majoriteten av de som sjukskrivs går tillbaka i arbete inom relativt kort tid. Vid Försäkringskassan pågår för närvarande projektet *En enklare sjukförsäkringsprocess*, som bland annat ska förenkla och förbättra kommunikationen med läkarna. Inom projektet pågår ett arbete där patientärenden som förväntas ge en sjukskrivning på max tre månader hanteras med ett enklare och mindre omfattande intyg (28).

Det uppges av landstingsföreträdarna vara vanligt att de sjukintyg som läkarna fyller i inte godtas av Försäkringskassan, vilket innebär en process där samma sjukintyg skickas fram och tillbaka mellan läkaren och Försäkringskassans handläggare för kompletteringar. Detta upplevs som frustrerande och tidskrävande. Flera landstingsföreträdare menar att den information som Försäkringskassan efterfrågar i sjukintygen inte alltid kan besvaras av läkare. Det kan handla om uppgifter om arbetsförhållanden, där de menar att till exempel arbetsgivaren vore bättre lämpad att lämna sådan information.

Intygen handlar om att koppla ihop sjukdom med arbetsförmåga, och det är inte alltid läkare vet något om det. Vi kan beskriva vad patienten har för symptom, men vad de kan arbeta med, det kan inte vi avgöra riktigt.

Samtidigt finns landstingsföreträdare som menar att de krav som ställs på sjukintygen är rimliga och adekvata, trots den extra administrativa tid det innebär för läkarna att hantera intygen.



Jag tror att så som dagens samhälle ser ut så behöver man fånga in mycket av det man gör. Jag förstår utvecklingen, men den får effekter för läkares arbetsdag. Förut låg det väldigt stort individuellt ansvar på varje läkare att göra rätt bedömning och sjukskriva i lagom omfattning. Jag uppfattar att de individuella bedömningarna, det har man kunnat visa i olika utredningar, att de inte räcker till. Systemet måste ta ett ansvar för att sjukskrivningsinstrumentet används på ett adekvat sätt. Om systemet ska kunna ta det ansvaret så behöver det matas med uppgifter som gör att man kan följa upp. Jag tycker inte att det är helt fel.

Ett komplicerat intyg till Försäkringskassan kan avgöra hur resten av livet blir för den patienten. Det tycker jag är viktigt patientarbete.

Att sjukintygen till Försäkringskassan upplevs krävande bekräftas i en enkätundersökning till yrkesverksamma läkare i Sverige från 2012, som besvarades av 19 000 läkare. En tredjedel upplevde sjukskrivningsärenden som problematiska minst en gång i veckan, och tyckte att de var mycket eller ganska problematiska att handlägga. En tredjedel av läkarna uppgav att sjukskrivningsärenden innebär ett arbetsmiljöproblem. Majoriteten av läkarna var nöjda med kontakten med Försäkringskassan, men 38 procent uppgav att Försäkringskassan "begär onödiga kompletteringar och intyg". I jämförelse med tidigare genomförda undersökningar var det en större andel 2012 som upplevde sig/sina bedömningar ifrågasatta av handläggare, och att läkare och handläggare "talar olika språk". En absolut majoritet, 91 procent, uttryckte behov av att utveckla sin försäkringsmedicinska kompetens, bland annat med avseende på bedömning av arbetsförmåga (3).

Utöver sjukintyg uppger landstingsföreträdare att läkare inom framför allt primärvården ägnar mycket administrativt arbete till hantering av andra intyg, och även det arbetet uppges ha ökat i omfattning. Det handlar exempelvis om intyg till olika försäkringsbolag, intyg till kommunen för olika stöd och hjälpmedel, intyg till myndigheter för körkort och intyg för vapeninnehav. Landstingsföreträdare menar att läkare har blivit samhällets bedömare av en mängd olika saker, och ifrågasätter om det verkligen är läkare som alltid är bäst lämpade att ansvara för dessa intyg.

Socialstyrelsen framförde 2000 i sin utredning om administration i vården att läkare inom vissa specialiteter ägnar flera timmar i veckan åt intygsskrivning. I rapporten konstaterades att läkare använder många olika intygsskyltar, och att det fanns intyg som läkare uppfattade vara helt onödiga (101).

Överdokumentation och dubbeldokumentation förekommer

I intervjuerna framkommer att viss dokumentation i journalerna sker i syfte att tåla en utomstående granskning. Landstingsföreträdare uppger att oron för anmälningar och mer frekventa granskningar har medfört att det vuxit fram en rädsla för att utelämna information och riskera att bli fälld vid en eventuell anmälan. Den rädslan gör att läkare dokumenterar information som egentligen inte behövs för vården av patienten. Detta beskrivs som en av orsakerna till att journalerna blivit alltmer omfattande.

Det finns en inneboende rädsla att om jag inte skriver också detta så kan det vändas mot mig. Det har blivit negativ bevisföring, jag måste skriva lite mer för att vara säker på att jag gjort allt och redovisa att jag gjort det på rätt sätt.

Det dokumenteras för mycket i onödan idag. Det beror dels på tradition, men också på rädsla för att inte ha dokumenterat allt. Man brukar säga att man framför allt ska dokumentera avvikelser. Men så kommer det någon lex Maria-anmälan eller så uppstår det någon vårdskada och så ska det utredas, och då undrar Socialstyrelsen varför det inte dokumenterades att patienten mätte bra vid tidpunkt xx?

I Socialstyrelsens tillsynsrapport 2013 framkommer att det har skett en ökning av både anmälningar enligt lex Maria och enskildas klagomål (114). Lex Maria är en regel i 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) som innebär att vårdgivare ska anmäla händelser som har medfört eller hade kunnat medföra en allvarlig vårdskada till Inspektionen för vård och omsorg (tidigare Socialstyrelsen) (69). Enskilda som vill klaga på hälso- och sjukvården kan inte själva göra en lex Maria-anmälan. Istället finns en möjlighet att enligt 7 kap. 10 § anmäla klagomål till Inspektionen för vård och omsorg (tidigare Socialstyrelsen). Patienter kan enligt lagen (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m. även vända sig till de patientnämnder som finns för att framföra klagomål och framföra synpunkter (49).



Under 2006 skedde en stor ökning av antalet lex Maria-anmälningar, vilket kan ha samband med att Socialstyrelsens föreskrift om lex Maria ändrades den 1 februari samma år. Förändringen innebar att vårdgivarna även är skyldiga att anmäla självmord som begås i anslutning till en patients kontakt med hälso- och sjukvården. Mellan 2008 och 2009 skedde ytterligare en stor ökning av antalet lex Maria-anmälningar, vilket enligt Socialstyrelsen eventuellt kan förklaras med att Socialstyrelsen, SKL och andra aktörer inom vårdsektorn under 2009 bedrev ett aktivt arbete kring patientsäkerhetsfrågor. Ökningen av lex Maria-anmälningar betraktas av Socialstyrelsen i första hand som en konsekvens av att vårdgivarna i större utsträckning arbetar med patientsäkerhetsarbete (114).

Sedan patientsäkerhetslagen (2010:659) trädde i kraft 1 januari 2011 har vårdgivaren skyldighet att informera patienter som drabbats av vårdskada om deras möjligheter att anmäla klagomål. En av intentionerna med patientsäkerhetslagen var att det skulle bli enklare för patienter att framföra klagomål. Tidigare krävdes att klagomålet gällde en specifik person, och vilka fel personen begått. Enligt patientsäkerhetslagen är det möjligt att istället anmäla en händelse. 2012 inkom drygt 7 100 klagomål, vilket är en ökning med över 400 från 2011 (114).

Tidigare studier styrker att den patientrelaterade dokumentationen ökat till följd av att läkare vill skydda sig mot eventuella anmälningar/klagomål (101). SKL konstaterade i en kartläggning av administrativa processer 2005 att många ”dokumenterar för Socialstyrelsen och inte för patienten”. SKL:s bedömning var att dokumentationskravet övertolkas av alla yrkesgrupper vid varje tillfälle (119). En rapport från Östergötlands läns landsting 2011 visade att det i 120 av 200 granskade journaler förekom information som inte är journalinformation, bland annat information om när en patient ankom eller lämnade avdelningen, information om receptföreskrivning och information om att journalkopior skrivits ut (11).

Förutom överdokumentation förekommer dubbeldokumentation mellan läkare och annan vårdpersonal, framför allt mellan läkare och sjuksköterskor. Dubbeldokumentationen mellan läkare och sjuksköterskor uppges ha tillkommit i samband med akademiseringen av sjuksköterskeyrket som medförde ett större ansvar för dokumentation.

Sjukvården har många gånger misstolkat. Det här med dubbel journalföring, man har läst Socialstyrelsens föreskrifter helt uppåt väggarna. Det finns ingenting som säger att sjuksköterskorna ska ha sin egen journal, det går alldeles utmärkt att ha journalföring i ett system, men det man gör ska journalföras.

Problematiken med att läkare och sjuksköterskor eller annan personal dokumenterar var och en för sig på olika ställen istället för att arbeta teambaserat kring vårdokumentationen har lyfts i debatten vid ett flertal tillfällen (35) (80) (82) (2) (24). Läkarförbundet har framfört att ”dokumentationsöverdriften”, där olika yrkesgrupper dokumenterar allt som är av intresse för den egna yrkesgruppen, beror på behovet av att legitimera sitt eget arbete (128).

Ett flertal tidigare studier beskriver att det förekommer dubbeldokumentation, en otydlig arbetsfördelning, avsaknad av rutiner och informationsöverföring samt bristande samordning av administrativa uppgifter (43) (11) (119).

Sammanfattningsvis visar resultaten att kraven på den patientrelaterade dokumentationen upplevs ha ökat, särskilt vad gäller patientjournalens innehåll. De ökade kraven på informationen i journalen tillskrivs ett ökat kvalitetsarbete, högre krav på patientsäkerhet och spårbarhet i journalerna samt högre krav på information till patienterna. Många ifrågasätter kraven på signering av journalanteckningar och hanteringen av intyg, framför allt sjukintyg till Försäkringskassan. Utöver att läkare upplever kraven på den patientrelaterade administrationen som omfattande, uppges oro över anmälningar och klagomål leda till överdokumentation i journalerna. Det förekommer också att läkare och annan vårdpersonal, framförallt sjuksköterskor, dokumenterar samma information i journalerna.

2.1.3 Orsaker till ett ifrågasättande av administrativa krav

Vårdanalys har identifierat fyra orsaker till den situation som råder med ifrågasättande av värdet av viss administration samt överdokumentation och dubbeldokumentation:

- Samhällsutvecklingen medför högre krav på dokumentation, mätning, redovisning och uppföljning.
- Kraven på mätning, redovisning och uppföljning upplevs vara bristfälligt koordinerade.
- Återkoppling av resultat från regional och nationell uppföljning upplevs vara bristfällig.
- Kraven på viss patientrelaterad administration upplevs vara otydliga.

Samhällsutvecklingen medför högre krav på dokumentation, mätning, redovisning och uppföljning

Debatten om att läkare ägnar mycket tid till administrativt arbete är inte unik för just läkare eller för hälso- och sjukvården. Frågan har varit uppe för dis-



kussion bland många andra yrkesgrupper inom offentlig sektor, som till exempel inom polis- och lärarkåren (33). Utvecklingen bör ses i relation till en större samhällsförändring som pågår sedan flera decennier, där ett allt större fokus på mätning, granskning, uppföljning och utvärdering utgör nya ideal för styrning av offentlig verksamhet.

Det är ett samhällsfenomen som jag tycker har accelererat de senaste åren. Du läser detsamma om lärare och andra yrkesgrupper. Samhällets krav på dokumentation, byråkrati och administration har ju ökat enormt. Man får inte bortse från att det finns ett yttre tryck.

De förändringar som skett de senaste decennierna startade med att de traditionella styrnings- och förvaltningsideal som i hög utsträckning var baserade på regelstyrning och ett starkt professionellt ideal började ifrågasättas. Dessutom började den offentliga sektorns service och tjänster i proportion till de resurser som togs i anspråk att diskuteras (10). New public management (NPM) är en samlingsbenämning för de styrprinciper som växte fram som ett alternativt ideal med inspiration av idéer från den privata sektorn (10) (33).

Ett tydligt inslag i NPM är ett ökat fokus på resursutnyttjande, vilket medför krav på förändrade principer för redovisning och styrning. NPM handlar också om ett ökat fokus på verksamhetens resultat, vilket bland annat tar sig uttryck i prestationsorienterad styrning. Fokuseringen på resultat ställer krav som är kopplade till mätbarhet (10). Exempel på managementidéer som införts i offentlig sektor är målstyrning, beställar-/utförarmodeller och resultatenheter (33).

Införandet av NPM anges ofta som orsaken till högre krav på mätning. Mätningarna är emellertid inte begränsade till ekonomisk uppföljning, och utvecklingen kan därför också ses som en del av en trend som handlar om allt mer detaljerad uppföljning. Kraven i samhället på insyn har ökat, och detta har också spridit sig till hälso- och sjukvården – en verksamhet som tidigare haft stort förtroende och autonomi (25).

Forskarna Anders Forssell och Anders Ivarsson Westerberg menar att högre krav på extern transparens medför en ökning av så kallad legitimerande administration, det vill säga administration som inte är direkt nödvändig för själva verksamheten eller för ledningen och styrningen av verksamheten. Den legitimerande administrationen syftar istället till att upprätthålla organisationens legitimitet gentemot viktiga delar av omgivningen. Delar av läkares

administrativa arbete kan betraktas som legitimerande administration, till exempel sådan dokumentation som endast görs av rädsla för en eventuell anmälan eller klagomål. Sådan administration är delvis frikopplad från vården och behandlingen av patienten, och görs utan att det finns ett explicit krav på att den ska finnas. Istället finns ett antagande om att krav kommer att ställas, och då används en slags ”anteciperingsstrategi” för att hålla ryggen fri (26).

Krav på mätning, redovisning och uppföljning upplevs bristfälligt koordinerade

Kraven på mätning, redovisning och uppföljning från både nationell och regional nivå upplevs vara höga. Landstingsföreträdare har generellt svårt att peka ut enskilda krav/initiativ som upplevs direkt onödiga. Däremot uppger många att de saknar en koordinering av de initiativ som lanseras.

Det är som att hela Mc Donald's bollhav släpps ut över vården. En ostrukturerad röra som gör att man kanske inte alltid jobbar med rätt saker här ute för man springer på det istället.

Det är oerhört värdefullt förstås att vi mäter vårdrelaterade infektioner och trycksår, jag säger ingenting om det. Men om man samtidigt ska gå in och mäta överbeläggningar som vi också mäter nu, och dessutom mäta och redovisa hur många enskilda patienter som får med sig läkemedelslistan när de skrivs ut från slutenvård, vilket vi annars inte mäter. Det blir väldigt många olika mätningar att dra igång när klinikerna redan har fullt upp med själva vården. Varje sak kan tyckas viktig och värdefull och leda till någonting gott, men det är inte korrelerat. Ofta är det också korta tidsintervall till redovisningen från det att vi får påbudet, det är ett problem.

Man öser på vården nya krav, nånstans är det nånting i det som inte är riktigt bra. /.../ Jag kan inte komma på saker på rak arm som jag tycker är vansinnigt fel eller omotiverat, det är mycket mer sofistikerat. Det är massor med goda initiativ och välvilja som i sin helhet blir för mycket.



Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen

Ingen tar ansvar för helheten. Försäkringskassan ställer sina krav, Apoteket och Läkemedelsverket ställer sina krav, Socialstyrelsen ställer sina krav. Det finns ingen som säger "nu är bägaren full, nu måste vi ta bort något", utan var och en plussar på. Sedan lägger vårdgivaren på sina önskemål. Det är ingen som håller samman.

Många landstingsföreträdare beskriver att det hela tiden tillkommer nya initiativ som medför krav på mätning, redovisning och uppföljning, men att det väldigt sällan rensas bland tidigare krav.

Vi tar aldrig bort någonting, vi bara inför nytt. Det blir en målträngsel, och en mätträngsel, som är svår att förhålla sig till och som heller inte är effektiv.

De som ersätter vården för på nya och nya krav men det är väldigt sällan de tar bort en administrativ rutin. De glömmer bort att de året innan eller fem år innan förde på nån administrativ rutin som ligger kvar. /.../ Ta bort om du inför något nytt. Ifrågasätt en gång om året den kompletta mängden du har och se vad som kan rationaliseras och effektiviseras.

SKL konstaterade i en rapport 2005 att det råder bristande kunskaper om administration på olika ledningsnivåer i landstingen. Dessutom framhölls att landstingen saknar en samlad ledning och styrning av det sammantagna administrativa arbetet som sker på verksamhetsnivå (119).

Det finns på nationell nivå viss reglering vad gäller inhämtande av uppgifter från landstingen. I förordningen (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner anges att i de fall uppgiftsinsamling ska ske via blankett ska de uppgifter som ska lämnas vara utvalda och definierade så att uppgiftslämnande begränsas till den information som behövs med hänsyn till ändamålet och så att uppgiftslämnandet underlättas så långt möjligt (27). Innan en myndighet beslutar om ett nytt formulär till blankett eller om en icke obetydlig ändring i ett tidigare fastställt formulär, ska myndigheten samråda med organisation eller annan som kan anses företräda de näringsidkare och kommuner som ska lämna uppgifterna. Om uppgifter ska inhämtas genom enkät ska samråd äga rum vad gäller urvalet av uppgiftslämnare och tiden för enkätens genomförande. SKL skriver på sin hemsida att det är med dem samrådet enligt förordningen ska ske (118).

Återkoppling av resultat från regional och nationell uppföljning upplevs vara bristfällig

Många är positiva till uppföljning som ökar transparensen och möjligheterna till utveckling av hälso- och sjukvården. Men en förutsättning för lärande och utveckling är att det sker återkoppling av de resultat som framkommer. Många landstingsföreträdare upplever att de får lite återkoppling från både nationell och regional nivå av resultatet från den uppföljning som görs.

Det gäller att vi får tillbaka något som vi kan använda i vårt arbete för att bli bättre. Om det bara blir propåer att man ska rapportera in ditten och datten och man inte känner att man har någon nytta av det, då blir det inte lika meningsfullt.

Fråga också vad den här uppföljningen har lett till? Vad gjorde man med den här datan? Om man inte gör någonting med den här datan överhuvudtaget så är det ingen idé att ha den. /.../ På central nivå förs det upp en enorm mängd information som inte förs ner igen.



Flera landstingsföreträdare har svårt att se hur de uppgifter som samlas in nationellt och regionalt ska användas för att utveckla verksamheterna, eftersom de sällan får återkoppling av resultaten i sådan form att det kan användas för lärande lokalt. Det medför ett ökat ifrågasättande av arbetet med att mäta, redovisa och följa upp.

Krav på viss patientrelaterad administration upplevs vara otydliga

Flera landstingsföreträdare menar att överdokumentation och dubbeldokumentation kommer av att det finns lite stöd kring vad som ska dokumenteras i journalerna och på vilket sätt det ska ske, och efterfrågar mer vägledning i vad patientjournalen ska innehålla.

Det är svårt att definiera vad som är lagom och vad som är rätt. Ingen förs säga hur det ska vara. Om man ställer en konkret fråga så får man ingen ledning.

Socialstyrelsen är inte mycket till hjälp. De säger ju ungefär som så att "ni behöver inte dokumentera mer än vad som behövs", men vad som behövs vet man inte förrän efteråt.

Utöver osäkerheten kring vad som ska dokumenteras, finns också en osäkerhet kring vilken information som ska dokumenteras av vilken yrkesgrupp. Det medför att framför allt läkare och sjuksköterskor ibland dokumenterar samma information. I intervjuerna framkom också att det finns en osäkerhet kring signeringskravet och möjligheten att göra undantag.

Kraven på journalföring, det vill säga vilka uppgifter som ska dokumenteras, hur och av vem, regleras i patientdatalagen (2008:355) och i Socialstyrelsens föreskrift om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14) (68) (107). I patientdatalagen anges i 3 kap. 2 § att syftet med att föra patientjournal i första hand är att bidra till en god och säker vård av patienten. En patientjournal är också, enligt samma bestämmelse, en informationskälla för patienten, uppföljning och utveckling av verksamheten, tillsyn och rättsliga krav, uppgiftsskyldighet enligt lag, samt forskning.

I patientdatalagen 3 kap. 5-8 §§ regleras vilka uppgifter som ska dokumenteras i journalen. Socialstyrelsen har i föreskrifterna (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården närmare angivit vilka krav som ställs på journalernas innehåll. I 3 kap. 1 § anges att vårdgivaren har ett ansvar att säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen.

I 3 kap. 3 § patientdatalagen anges bland annat att den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke ska föra patientjournal. Den personen ansvarar enligt 4 § för sina uppgifter i journalen. I förarbetena till patientdatalagen uttalades att samma journaluppgifter bör om möjligt bara noteras en gång eftersom dubbeldokumentation tynger journalerna och gör dem svårtillgängliga (74). En av poängerna med sammanhållen journalföring är att kunna undvika dubbeldokumentation (108).

Sammanfattningsvis har Vårdanalys identifierat fyra orsaker till den rådande situationen. Samhällsutvecklingen medför generellt allt högre krav på dokumentation, redovisning, mätning och uppföljning inom den offentliga sektorn, vilket delvis förklarar den ökning av administrativt arbete som läkare upplever. Dessutom upplevs flera av kraven som medför administrativt arbete vara bristfälligt koordinerade. Det leder till att administrationen som helhet upplevs alltför betungande. Därutöver upplevs återkopplingen av resultaten från den uppföljning som görs vara bristfällig, vilket gör att arbetsinsatsen inte upplevs stå i proportion till värdet av de data som samlas in. Kraven på den patientrelaterade dokumentationen upplevs också vara otydliga, vilket skapar osäkerhet kring vad som ska dokumenteras och på vilket sätt. Det medför bland annat överdokumentation och dubbeldokumentation, vilket gör det administrativa arbetet ännu mer omfattande.



2.1.4 Exempel från landstingen

Arbetsgrupp för att effektivisera vårddokumentationen i Landstinget Kronoberg

Landstinget Kronoberg inledde i januari 2013 ett projekt för att effektivisera vårddokumentationen under namnet *Vårddokumentation, kvalitet och utveckling*. Bakgrunden var att landstinget såg att informationsmängderna i patientjournalerna kraftigt ökade. Bland annat identifierades problem med dubbeldokumentation mellan yrkesgrupper, och information som upprepades på flera ställen i journalerna. Landstinget såg ett behov av att ta fram tydliga gemensamma regler för hur information ska dokumenteras, vilken information som ska dokumenteras och av vem informationen ska dokumenteras. Projektet leds av en projektledare och en projektassistent som tillsammans med en arbetsgrupp bestående av fem läkare, tre sjuksköterskor, tre medicinska sekreterare och en person från landstingets it-avdelning arbetar för att, i nära dialog med landstingets olika verksamheter, utveckla sättet att arbeta med vårddokumentation. Projektets styrgrupp har tagit fram ett dokument med principer för vårddokumentation som ska vara vägledande. Hittills har arbetsgruppen fokuserat på att identifiera de utvecklingsområden som bedöms vara mest angelägna att arbeta vidare med. Det fortsatta arbetet kommer att inriktas mot att ta fram förslag på åtgärder som kan bidra till att utveckla och effektivisera vårddokumentationen.

2.2 FÖRBÄTTRA IT-STÖDEN

Införandet av it har haft stor påverkan på det administrativa arbetet inom sjukvården, men det har inte inneburit den effektivisering av arbetet som många i verksamheterna hade hoppats på. Den it-miljö som läkare arbetar i fungerar inte fullt ut stödjande i arbetet och det finns enighet kring att de it-stöd som används inte är anpassade efter användarnas behov.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

- Läkare arbetar i it-system som inte upplevs användarvänliga.
- Läkare arbetar i många inkompatibla it-system.

Den it-miljö som läkare arbetar i har under många år varit uppe för diskussion, och många menar att it inte fullt ut fungerar stödjande i arbetet. De it-stöd som används inom sjukvården har kritiserats, och upplevelsen är att it inte har inneburit den effektivisering av arbetet som många hade hoppas på. I media har beskrivits hur bristande funktionalitet i systemen, och ständiga in- och utloggningar i olika system, medför att arbetsmoment tar onödigt lång tid. Brister i systemen skapar stress och irritation samt tar tid och fokus från patienterna (36) (60) (94) (14) (17) (87) (84) (91). Läkarförbundet har bland annat framfört att läkare tvingas ägna mycket tid och energi till att försöka få inkompatibla datasystem att kommunicera med varandra (58).

Arbetet med e-tjänster inom vård och omsorg utgår på nationell nivå från Nationell eHälsa – strategin för tillgänglig och säker information inom vård och omsorg (tidigare Nationella IT-strategin). Arbetet har sedan starten 2006 utvecklats från att fokusera på teknik, it-lösningar och infrastruktur till att nu fokusera på införande, användning och nyttan av eHälsa för invånare, beslutsfattare och vård- och omsorgspersonal. Målet är bland annat att vård- och omsorgspersonalen ska ha tillgång till välfungerande och samverkande elektroniska beslutsstöd som garanterar en hög kvalitet och säkerhet, samtidigt som det underlättar deras dagliga arbete. Nödvändig och strukturerad information ska finnas tillgänglig som underlag för beslut om insatser och behandlingar (98). Arbetet leds av ledningsgruppen för Nationell eHälsa med representanter för Socialdepartementet, Socialstyrelsen, SKL, Vårdföretagarna och Famna. Den nationella strategin är inget bindande avtal mellan regeringen och landstingen eftersom SKL, som företräder landstingen, inte kan träffa bindande avtal med staten om vad landsting ska göra.

Inom ramen för nationell eHälsa pågår sedan flera år ett arbete med att ta fram en enhetlig informationsstruktur. Arbetet leds av Socialstyrelsen, som har



regeringens uppdrag att utveckla och förvalta en gemensam informationsstruktur för vård och omsorg. I uppdraget till Socialstyrelsen anges att för att information som produceras i hälso- och sjukvården ska vara ändamålsenlig, sökbar och möjlig att återanvända måste dokumentationen bygga på en gemensam informationsstruktur och göras med en enhetlig terminologi, det vill säga ett nationellt fackspråk (75). Den gemensamma informationsstrukturen utgörs av en nationell informationsstruktur (NI), ett nationellt fackspråk (NF) och regler för tillämpning. Socialstyrelsen ansvarar för utvecklingen av den gemensamma informationsstrukturen. Huvudmännen för hälso- och sjukvård ansvarar för att införa metoderna och produkterna i den egna verksamheten.

Landstingen ansvarar själva för utveckling av sina respektive it-system och för beslut om investeringar i nya eHälsotjänster. Staten ansvarar för att skapa förutsättningar för en enhetlig och välstrukturerad information, och för lagar och regelverk som möter teknikens möjligheter och verksamhetens behov (98). När det gäller utveckling och införande av vissa gemensamma eHälsotjänster, teknisk infrastruktur och gemensamma regelverk och standarder samarbetar landstingen inom ramen för Center för eHälsa i samverkan, CeHis. Landstingen har tagit fram en egen handlingsplan för att utveckla och införa de tekniska lösningar som krävs för att förverkliga den nationella strategin. Nuvarande handlingsplan omfattar perioden 2013-2018 (12).

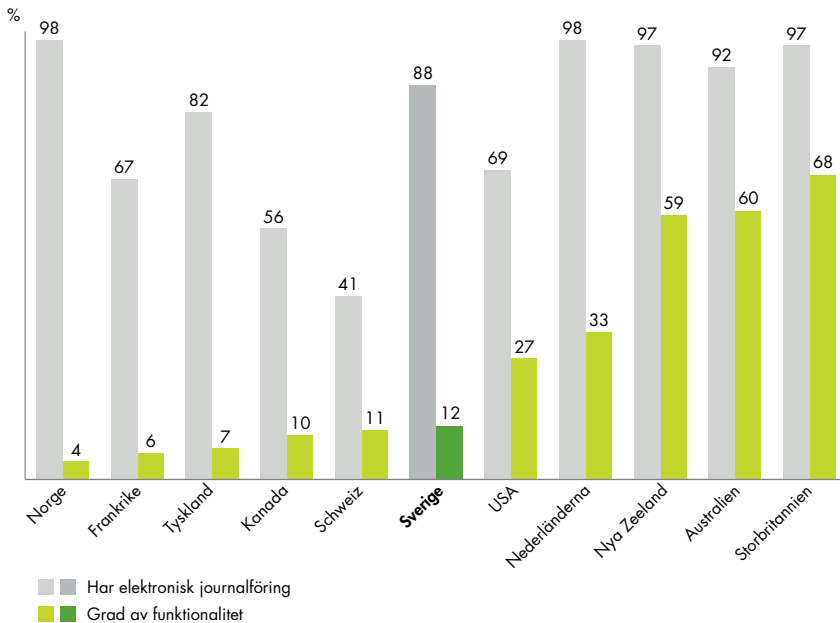
Den svenska it-marknaden för journalsystem domineras i dagsläget av fem leverantörer (Siemens, Evry, Cambio och CompuGroup samt landstinget Norrbotten) som står för 96 procent av alla användare. Landstingen använder olika journalsystem där de sex vanligaste är Cosmic, Melior, Take Care, System Cross, VAS och PMO/J3 (45).

Sverige var tidigt med att införa it-system i hälso- och sjukvården och i ett internationellt perspektiv ligger Sverige långt fram när det gäller övergången till it-baserade system i vården (45) (99). Som exempel hade samtliga landsting år 2010 it-stöd för all vårddokumentation. År 2011 var alla landsting klara med införandet av digital vårddokumentation för både sjukhus, psykiatri och primärvård (99) (45). Enligt CeHis utmärker sig Sverige internationellt genom att landstingen i stor utsträckning har sammanhållen journalföring, det vill säga journalen är åtkomlig för alla landstingets verksamheter (12).

Den betydande användningen av it inom hälso- och sjukvården är dock inte synonymt med att de system som används fungerar tillfredställande och stödjande i arbetet. I en rapport från 2010 konstaterades att utvecklingen med en hög it-användning inom vården inte har medfört att mer tid har kunnat frigöras för patientkontakter. Rapporten framhöll också att it-användningen inte har gett personalen större möjligheter att anpassa vården efter varje en-

skild patients behov (47). I en internationell jämförande studie bland allmänläkare 2012 framkom att Sverige har kommit långt vad gäller användning av elektronisk journalföring, men att funktionaliteten är sämre än i många andra länder (Figur 10) (126).

Figur 10. Användning av elektronisk journalföring och grad av funktionalitet.



Med grad av funktionalitet avses om journalsystemet har minst två av följande administrativa stödfunktioner: receptförskrivning, extrahera information om en patient, extrahera information om en grupp patienter, medicinskt beslutsstöd till exempel interaktioner (126). I rapporten *Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013* konstaterades att det finns en stor utvecklingspotential för it inom svensk hälso- och sjukvård. It-systemen måste i större utsträckning stödja vårdens professioner istället för att tekniken upplevs som ett hinder för att kunna ge god vård på ett effektivt sätt (48).

Vårdanalys har identifierat två utmaningar inom området:

- Läkare arbetar i it-system som inte upplevs användarvänliga.
- Läkare arbetar i många inkompatibla it-system.

2.2.1 Läkare arbetar i it-system som inte upplevs användarvänliga

Landstingsföreträdarna är eniga om att det finns brister i användarvänligheten i dagens it-system. De upplever att it-systemen är betydligt mindre användarvänliga än andra it-verktyg i samhället.

Jag tycker att it-utvecklingen har gått betydligt fortare framåt än vad användarvänligheten har gjort. Det är ytterst o-intuitiva system, som jag kan tycka är många gånger svårare än de man möter i samhället i övrigt, exempelvis när man ska betala sina räkningar.

Landstingsföreträdarna lyfter särskilt fram journalsystemens bristande användarvänlighet och pekar bland annat på brister som handlar om design och funktionalitet. Konkreta brister uppges vara dålig överskådlighet, dålig läsbarhet på grund av diffusa färgval och avsaknad av möjlighet till textförstoring. Det finns en osäkerhet kring innebörden och användningen av termer och begrepp vilket gör att många har svårt att orientera sig i menyer och flikar. Andra saker som upplevs vara problematiska är dålig intuitivitet och avsaknad av sökfunktioner.

Journalsystemet har många brister. Det är bara gråskalor. Själva fälten går inte att göra som en ballong och förstora, och det som står i systemet går inte att ändra på. Vi kan gå in på andra vårdcentraler i hela länet och titta i deras journaler, men varje gång tar det ungefär fyrtio sekunder att hitta rätt vårdcentral. De står inte uppräknade i bokstavsordning eller geografisk ordning. Ingen begriper i vilken ordning de står.

Lab-lista heter inte Lab-lista i journalsystemet utan "Svar obunden". Om man tittar i menyerna längst upp på dataskärmen så är det inte alltid man förstår vad varje meny innebär.

I systemen är det en annan vokabulär. I journalsystemet heter väntelista "vårdplaneringsåtgärd" till exempel. Det tar mycket tid att förstå vad som menas.

Journalsystemen skapar merarbete

I avsnitt 2.1.2 redogjorde vi för hur flera landstingsföreträdare framförde att kravet på signering är betungande för många läkare. Intervjuerna visar att infrastrukturen i journalsystemen i flera fall har medfört att sådant som tidigare varit undantaget från signering numera måste signeras, vilket gjort den patientrelaterade administrationen mer omfattande. Flera landstingsföreträdare beskriver hur de så kallade signeringskorgarna i journalsystemen fylls med både viktiga och mindre viktiga saker som kräver signering, vilket innebär en risk för att läkare ska missa prioriterade signeringar.

Det som komplicerar i det direkta vårdarbetet är att man som läkare får signera oändligt många fler dokument än vad man fick göra förut. Det kommer in så mycket i läkarnas signeringskorgar, och jag ser risker i att viktiga saker drunknar i mindre viktiga saker. /.../ I det gamla systemet kunde man lägga in något som hette automatisk signering, det vill säga vissa dokument som vi kom överens om rutiner för behövde inte läkarna se, men nu går inte det.

Flera landstingsföreträdare uppger vidare att det saknas funktioner i journalsystemen för att datorisering ska kunna ske fullt ut. Vissa delar hanteras därför manuellt, parallellt med den digitaliserade dokumentationen.

Vi lever i dubbla system. Vi har datajournal men vi har jättemycket papper ändå. Det är till exempel så att remisser skrivs in i journalsystemet, skrivs ut på papper, skickas till sjukhuset där de förs in i deras datajournal (samma journalsystem, Vårdanalys anm.) och sedan skickas svaret på papper tillbaka hit. Folk tror inte att vi är riktigt kloka när man berättar det. Det är på gång att vi ska få elektroniska remisser. Vi har testat flera gånger men det har varit svårt att få till det.



Jag skulle vilja att systemet hanterade det så att när en epikris var skriven ploppade den upp som ett mail hos läkaren, så läkaren kunde gå in via datorn och signera. Idag tas den ut på ett papper och läggs i en brevkorg på mottagningen, och då måste läkaren hämta den där tillsammans med journalen. Då man har ju inte kommit ifrån pappersjournalen.

Sammantaget upplevs journalsystemen inte fungera stödjande i arbetet i tillräcklig utsträckning. Det finns en stor enighet om att införandet av it i vården har varit positivt och bidragit med en effektivisering av arbetet, men de problem som beskrivits skapar mycket frustration och bidrar till en ineffektiv användning av läkarnas tid.

Jag hade en patient häromdagen, det var bara en bagatellsak, men innan hon gick så sa jag "hur mycket har du och jag haft ögonkontakt egentligen?". Jag satt bara och stirrade in i skärmen för att fixa de här olika sakerna, hon skulle ha recept och det var sjukskrivning. Säg att i två tredjedelar av tiden satt jag och stirrade rakt in i skärmen.

It har många fördelar, det är ingen som vill gå tillbaka till det gamla, men man vill ha det bättre. Jag är väldigt ödmjuk inför de klagomål som kommer, det måste vara oerhört stressande och frustrerande när man har 15-20 minuter per patient och så fungerar inte inloggningen eller så känner man en oro över att läkemedelslistan inte hänger med patientjournalen. Det måste vara fruktansvärt.

Rapporter om icke användarvänliga journalsystem har också kommit från tidigare studier. I en enkätundersökning till läkare 2010 uppgav 36 procent av drygt 1 500 läkare att arbetet i hög eller mycket hög grad tyngs eller försvåras av datajournaler/-system som krånglar (8). SKL konstaterade 2005 att it-systemen inom svensk hälso- och sjukvård är icke-intuitiva (119), och rapporten *Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013* framhöll

att användbarheten i dagens eHälsosystem måste förbättras för att garantera patientsäkerheten samt stödja personcentrerad vård och omsorg och optimal resursanvändning (48).

Västerbottens läns landsting genomförde ett projekt för att minska läkares administrativa arbete, och konstaterade att it-systemen var den största orsaken till frustration bland läkarna i det administrativa arbetet. Bristande funktionalitet orsakade irritation och stress och medförde att arbetsmoment tog onödigt lång tid (9). En rapport från UsersAward från 2010 framhöll att fem miljarder kronor skulle kunna sparas per år, om it-systemen fungerade på det sätt som vårdpersonalen önskar (47). Också forskning har visat att läkarna är frustrerade över systemens bristande användbarhet. I en vetenskaplig artikel framkom att ingen av de 19 läkare som intervjuats upplevde att den elektroniska journalen stödde deras arbete fullt ut. Flera läkare menade att systemen skulle kunna bli mer intuitiva och användarvänliga (40).

Journalssystemen upplevs som ostrukturerade

Flera landstingsföreträdare uppger att journalssystemen inte presenterar tidigare information på ett överskådligt sätt. Utöver svårigheter att orientera sig i informationen dokumenteras samma information flera gånger, ofta i löpande fritext, som en försäkran om att informationen inte tappas bort. Exempel på sådant som ofta skrivs flera gånger kan vara patientens anamnes (sjukdomshistoria), hereditet (ärtlighet) och sociala omständigheter. Uppreпningen av information gör att journalerna blir mycket omfattande. Avsaknaden av struktur betraktas av landstingsföreträdarna som ett kvalitetsproblem. Det blir även ett potentiellt patientsäkerhetsproblem eftersom viktiga uppgifter riskerar att försvinna i den stora mängden text. Det finns en önskan hos flera landstingsföreträdare att dels strukturera informationen i journalerna, dels standardisera användandet av termer och begrepp, i enlighet med arbetet med en gemensam informationsstruktur som pågår på Socialstyrelsen.

Ett annat block (som behöver utvecklas, Vårdanalys anm.) är strukturerad och kvalitativ vårdinformation, att du jobbar väldigt mycket mer med kodad data som inte är fritext. Om det är fritext ska det vara definierade sökbara begrepp, inte bara en stor PDF-bild på en skärm som du måste scrolla i med ögonen.



Vi måste vänja oss vid att föra journal på ett annat sätt. Det traditionella är en textmassa uppifrån och ner, de textmassorna har tenderat att bli längre och längre. Det måste vara så att man i högre grad operationaliserar det här med checkboxar och siffror.

Det behövs nationella standarder! Allt ifrån tekniska standarder, hur man får in info och hur man överför och tar ut, till dokumentationsstandarder. Vad är en god dokumentation, vad ska den innehålla, vad ska en inläggningsjournal innehålla?

Flera landstingsföreträdare efterfrågar journalsystem som bygger på flervalsfrågor, där dagens fritextbeskrivningar ersätts med kryss i fördefinierade rutor för exempelvis diagnoser, undersökningar, behandlingar och/eller prover som ordinerats. Ett mer strukturerat journalsystem betraktas dels som ett sätt att minska tiden som ägnas till journalskrivning, dels som en förutsättning för att underlätta informationsutbyte och automatisk datafångst mellan olika system.

Enligt 3 kap. 1 och 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården har vårdgivaren en skyldighet att säkerställa att det finns rutiner för hur patientuppgifter ska dokumenteras i patientjournalen. Rutinerna ska säkerställa att uppgifterna så långt möjligt dokumenteras med hjälp av nationellt fastställda begrepp och termer, klassifikationer och övriga kodverk.

Tidigare studier bekräftar landstingsföreträdarnas beskrivningar. Östergötlands läns landsting konstaterade i en rapport att informationsmängderna i journalerna har ökat drastiskt, och att mängden text försvårar sökbarheten och överskådligheten. Ett exempel var en patientjournal där en patient med ett års anamnes av en kronisk sjukdom hade 1 288 anteckningar. I rapporten framhölls att information ofta dokumenterades ostrukturerat under ett sökord istället för att struktureras under flera sökord. Dessutom förekom ofta samma informationsmängder i flera anteckningar (11). En kartläggning av rutiner för journalföring vid onkologkliniken på Karolinska Institutet konstaterade att samma

information ibland skrevs under olika journalrubriker, eller att samma journalrubrik innehöll olika sorts information. Konsekvensen var svårigheter att söka efter information och dessutom svårt att veta vilken typ av information som kan förväntas i en viss typ av anteckning. Rapporten visade att det saknades en tydlig struktur för vilken information som ska skrivas var. Dessutom förekom språkliga brister, förkortningar och användande av ett medicinskt språkbruk som riskerade att leda till att information i journalerna misstolkas (46).

Som vi nämnde tidigare pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att utveckla en gemensam informationsstruktur. Landstingsföreträdarna uppger dock att det i dagsläget finns lite stöd från nationell nivå kring hur arbetet ska bedrivas.

Termkatalogerna ligger egentligen bara där utan att det finns ett utvecklingsarbete runt användningssättet eller hur man skulle kunna implementera det.

Utvecklingen går väldigt segt. Steg ett är ett samlat språk, att alla kallar en förkylning för en förkylning. Det andra är att det finns system som kan stödja en sådan kodad inmatning av information, regelverk och processer som stödjer det. Du måste också utmana professionens bild av hur du ska dokumentera.

Riksrevisionen konstaterade 2011 att ett nationellt fackspråk kommer att kräva ett stort utvecklingsarbete att införa. Det kräver både insatser för att utveckla journalsystemen så att de följer den nationella informationsstrukturen, och insatser för att förändra vårdpersonalens sätt att dokumentera (77). Också Socialstyrelsen själva beskrev i slutrapporten för uppdraget 2012 att mycket grundarbete återstår innan det går att erbjuda samstämmiga regler och anvisningar för införandet (111). Socialstyrelsen konstaterade att det är en stor utmaning för landstingen att utveckla förutsättningar för en ändamålsenlig och strukturerad vårddokumentation, parallellt med en omfattande implementering av teknisk infrastruktur och nationella e-tjänster. En enkätundersökning till landstingen visade att det fanns en efterfrågan på en tydligare målbild och tydligare nationell styrning i form av ett samlat regelverk för användningen av nationellt fackspråk och nationell informationsstruktur (110). Regeringsuppdraget för 2013



anger att Socialstyrelsen särskilt ska intensifiera arbetet med att möjliggöra och stödja införande av nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk genom att ta fram och sprida metoder, regler, utbildningsmaterial med mera. Socialstyrelsen ska redovisa uppdraget till Regeringskansliet (Socialdepartementet) senast den 31 december 2013 (75).

Sammanfattningsvis visar resultaten att användarvänligheten i it-systemen upplevs bristfällig. Journalsystemens bristande användarvänlighet påtalas särskilt. Konkreta brister är dålig överskådlighet, dålig läsbarhet, svårigheter att orientera sig i olika menyer och flikar, avsaknad av sökfunktioner, osäkerhet kring innebörd av begrepp och termer och dålig intuitivitet. Informationen i systemen är inte strukturerad och presenterad på ett sätt som underlättar arbetet. Många beskriver att det saknas ett enhetligt användande av termer och begrepp vilket försvårar möjligheten att söka efter information i journalerna.

2.2.2 Läkare arbetar i många inkompatibla it-system

Förutom journalsystem använder läkare också andra system för dokumentation. Som exempel kan nämnas system för dokumentation av förlossningsjournal inom mödrahälsovården (marknaden domineras av Obstetrix från Siemens som finns i 17 landsting) och system för operationsplanering (marknaden domineras av Provisio och Orbit som finns i 15 landsting). Läkare använder också särskilda it-stöd för läkemedelshantering (45).

För överföring av recept till apoteket används e-recept i stor utsträckning. Under 2012 infördes ett nytt webbaserat ordinationsverktyg för doshantering (Pascal). Det finns en ambition om att ge en samlad bild av de läkemedel som förskrivits för en patient av olika vårdgivare, genom en gemensam läkemedelslista, men det uppges bli en komplicerad process i de landsting som har många olika system eller installationer att ta hänsyn till (45). Nationellt pågår ett projekt som syftar till att skapa en nationell ordinationsdatabas (NOD) där en patients samtliga aktuella läkemedel ska finnas listade.

Landstingsföreträdarna anser att det är ett problem att läkare hanterar flera olika it-stöd som inte alltid är kompatibla med varandra.

Man måste ofta gå ut ur ett system och in i nästa. Nu när vi inför ett nytt journalsystem i primärvården har vi inte lyckats integrera det med listnings-systemet. Vi har ett antal privata vårdgivare som inte finns med i systemet på riktigt samma villkor. Om man ska tanka över information till uppföljnings-systemet då är det egna system för det. Man måste bläddra ganska mycket.

Det är kvalitetsregister. Och vi har ett vårdplaneringssystem som ska kollas varje dag. Det är inte kopplat till journalsystemet. Mina vårdkontakter är inte heller kopplat till journalen så då måste man slå in personnumret när man ska in där. Röntgen följer med, men inte i sjukhusjournalerna, bara om vi tittar i epikriser. Om vi ska ha en sjukhusjournal måste vi leta fram sjukhuset i en jättelång lista som av någon anledning inte går att ha i bokstavsordning utan det är en enda röra, för att sedan slå in personnummer igen för att läsa kirurgjournalen till exempel.

Jag har ett A4 med alla koder som behövs om jag ska in i olika system. Jag ska in i vårt journalsystem, jag ska in i Pascal, jag ska in i sjukskrivningssystemet och så vidare. Det tar en herrans tid.

Flera landstingsföreträdare beskriver integrationen mellan journalsystemet och system för läkemedelshantering som särskilt problematisk, inte bara ur ett effektivitets- och arbetsmiljöperspektiv utan också ur ett patientsäkerhetsperspektiv.

Apodos var integrerat i vårt tidigare journalsystem, det är det inte nu med Pascal. Vi har ytterligare ett annat system för patienter som står på varan-behandling. Då måste vi gå ur vårt eget system och in i det systemet för att ordinera där, och det ser vi inte sedan i vårt eget system. Det lever ett liv för sig.

Det knepiga är att Pascal och läkemedelslistan inte är ihopkopplade, så om man missar att patienten har dosfördelning i Pascal så ser man inte vad patienten står på. Som läkare måste man hela tiden vara medveten och titta efter om det finns en liten markering längst ner när man har läkemedelsmodulen uppe om patienten har någonting i Pascal, för det syns inte på raderna där uppe. Det är detaljer som, om man inte vet om det, så kan det hända allvarliga saker.



För att man ska kunna skicka med patienten rätt läkemedelslista hem så är det ett klippande och klickande mellan olika listor. Man får plocka från den ena och lägga in i den andra. Det är ett handarbete. Jag fick en beskrivning för några veckor sedan: två underläkare ska lägga in en medicinpatient med lång medicinlista. Då sitter de med två skärmar och två datorer för att hjälpas åt och få det här korrekt. Det måste vara något som är allvarligt fel när det krävs två personer för det arbetet?

Problematiken har belysts av Riksrevisionen som i en rapport 2011 framförde att vårdpersonal ofta saknar tillgång till en patients kompletta läkemedelslista, och istället behöver söka information om patientens läkemedel i olika system (77).

Flera landstingsföreträdare beskriver vidare hur hopp mellan olika system ofta kräver nya inloggningar och att patienternas personnummer inte följer med utan behöver anges separat i varje system.

Det var någon som klockade en dag på mottagningen. Bara det här att hålla på och klicka och logga in på nytt tog en dryg halvtimme. Det är ju ett patientbesök.

I flera landsting pågår arbetet med införande av tjänsten SITHS (Säker IT i Hälso- och Sjukvården), som ger möjlighet till säker inloggning i alla nationella tjänster inom e-hälsa. SITHS är en tjänstelegitimation som används för både fysisk och elektronisk identifiering, samt säker inloggning. Tjänsten bygger på att alla har ett personligt elektroniskt ID-kort. En förutsättning för SITHS är infrastrukturtjänsten HSA, som är en elektronisk katalog med uppgifter om personer, behörigheter, funktioner och enheter. Genom införandet av SITHS ska landstingen på sikt kunna nå sina verksamhetssystem med en samordnad, enkel och säker inloggning.

Enligt rapporten eHälsa i landstingen 2013 har en nationellt gemensam it-säkerhetsinfrastruktur i form av SITHS, HSA och säkerhetstjänster implementerats i samtliga landsting (45). Enligt uppgifter i media har dock landstingen kommit olika långt i införandet, och det finns oklarheter kring vilka it-system som strukturen ska omfatta. För att också journalsystem och andra lokala/regionala system ska omfattas av förenklad inloggning krävs anpassningar i de egna systemen (37). En intervjuad expert menar att definitionen av att en tjänst är införd inte är kopplad till användningen, vilket delvis kan för-

klara de olika bilderna av hur långt landstingen kommit i implementeringen av SITHS.

Sedan borde man också ställt krav på leverans. Inte av tjänsterna, men på användningen. Det var svårt att mäta till exempel SITHS-korten, det var länge sedan alla sa att de hade infört det. Ett landsting kunde ha 25 000 kort utfärdade, andra hade 15 kort utfärdade, men båda var gröna för i teorin var det möjligt att använda tjänsten men den användes mest för att öppna en dörr till exempel.

Också Riksrevisionen har påtalat att det förekommer att nationella tjänster för ett säkert informationsutbyte är införda men utan att användas, eller används för andra syften än för ett säkert utbyte av patientinformation (77).

Automatisk överföring mellan system skulle kunna spara flera heltidstjänster

Floran av olika it-stöd, och bristande kompatibilitet dem emellan, gör att läkare manuellt matar in samma information i flera it-system, istället för att information i ett system automatiskt överförs till de system där informationen ska finnas registrerad. Landstingsföreträdarna upplever att det är särskilt frustrerande att uppgifter i journalen inte alltid automatiskt överförs till kvalitetsregister, utan kräver manuell dubbelinmatning. Den extra arbetsbörda som registreringen i kvalitetsregistren innebär medför att flera landstingsföreträdare ifrågasätter kvaliteten på de inrapporterade uppgifterna.

Ett mindre landsting har uppskattat att tiden som åtgår för dokumentationen i de nationella kvalitetsregister som landstinget deltar i motsvarar 30 heltidstjänster, varav 3 läkartjänster. Också andra landstingsföreträdare uppger att tiden som går åt för att registrera uppgifter i kvalitetsregister är betydande.

Vi för journal på vanligt sätt när vi har patienter på besök, men i nationella diabetesregistret måste man sedan mata in i webgränssnittet. Värderna på blodtryck, kolesterol, komplikationer, läkemedel och så. I genomsnitt tar det mellan fem och tio minuter per patient. Vi har 10 000 typ 2-diabetiker. Om de gör ett besök per år kan du lätt se att det är en årstidsarbetare som bara sitter och knappar med detta. /.../ Det finns system som kan hämta automatiskt, jag har försökt få vårt landsting att köpa det programmet, men utan framgång.



En expert som Vårdanalys intervjuat menar att om de tekniska överföringsmetoderna fungerade skulle det inte spela någon roll hur många system som användes parallellt. En sådan informationsöverföring förutsätter däremot en gemensam användning av termer och begrepp, vilket som vi beskrivit tidigare ofta saknas.

I en rapport från SKL 2013 beskrevs att inmatning av data till register måste underlättas om registren ska kunna ha hög datakvalitet och täckningsgrad. En svårighet med automatisk datafångst uppgavs vara att informationen i många journalsystem är inbäddad i löpande text. I rapporten framhålls att för att register ska kunna användas på ett ändamålsenligt och säkert sätt behövs en standardiserad struktur och en enhetlig användning av termer och begrepp (71).

Det pågår ett arbete för att begränsa dubbelregistrering och främja förenklad datainsamling till kvalitetsregister genom det Nationella programmet för datainsamling (NPDi) som leds av SKL på uppdrag av Socialdepartementet.

Sammanfattningsvis visar resultaten att läkare använder ett flertal olika it-stöd, men att kompatibiliteten mellan dessa system upplevs vara bristfällig. Flera parallella system medför ständiga in- och utloggningar. Att information inte alltid överförs automatiskt mellan olika system får konsekvenser både ur effektivitets-, arbetsmiljö- och patientsäkerhetsperspektiv.

2.2.3 Orsaker till att it-stöden inte upplevs stödjande i tillräcklig utsträckning

Läkare arbetar i många it-system som inte upplevs användarvänliga. Utifrån materialet har Vårdanalys identifierat två orsaker till den rådande situationen:

- Utvecklingen av nya och befintliga it-system brister.
- Implementeringen av nya och befintliga it-system brister.

Utvecklingen av nya och befintliga it-system brister

It-system har inget egenvärde i sig, utan ska betraktas som verktyg för att distribuera hälso- och sjukvård. Vid utveckling av nya it-system måste en avvägning göras mellan utveckling av system för att stötta redan befintliga arbetssätt, och utveckling av system för att utmana och förändra nuvarande arbetssätt. Experter som Vårdanalys intervjuat menar att de it-system som införs i verksamheterna ofta misslyckas med att adressera de behov som finns.

Tekniken kanske är rätt, men verksamheten kan inte använda den för den är inte anpassad efter det tekniken medger. Eller så har man system som inte alls är anpassade efter den verksamhet man vill bedriva. Man har kravställt fel eller inte alls gjort en inventering av behoven.

SYSTEMEN BASERAS PÅ FÖRÅLDRAD TEKNIK

Ett av problemen med dagens it-system, och särskilt journalsystemen, uppges vara att de i grunden baseras på gammal teknik och har en infrastruktur som byggdes upp långt innan den moderna teknologin fanns på plats.

Våra it-system i Sverige är från 80-talet. Att ta ett språng framåt kostar mycket pengar. Jag kan konstatera att ibland är jag avundsjuk på USA till exempel. De har inte digitaliserat sig som vården har gjort i Sverige, vi var tidigare och har legat långt framme. Vad händer nu? Jo det har vuxit fram bra it-system som är lätta att implementera, men vi har gamla system som vi har lappat och lagat.

När man byggde journalsystemen använde man dem som ordbehandlare. Hade man från början tänkt mer strukturerat hade vi ju aldrig haft den här textmassan som vi har idag.

Läkare har framfört att journalsystemens gamla teknikgrund medför att de är svåra att utveckla, vilket i sin tur leder till att de förändringar som görs ofta bara blir av kosmetisk karaktär (85). Vissa menar att sjukvårdens it-lösningar ligger 5-10 år efter industrins, och enligt informationsarkitekten och författaren Jonas Söderström ligger systemen ännu längre efter programmässigt. Söderström uppger att det faktum att it-systemen bygger på gammal teknik begränsar möjligheten att utveckla systemen och utöka antalet funktioner. Att utveckla systemen innebär ofta en ökad risk för datahaverier (93). Också de befintliga it-systemens säkerhet har diskuterats. Exempelvis drabbades Stockholm av tre omfattande it-haverier under senvåren 2013. Det ledde till att Läkarförbundet riktade skarpa uppmaningar till samtliga vårdgivare att förbättra sina rutiner, eftersom haverier i systemen innebär allvarliga patient-säkerhetsrisker (38).



KOMMUNIKATIONSGAP MELLAN ANVÄNDARE OCH UTVECKLARE

En annan orsak till att utvecklingen av it-system brister uppges vara den komplexa situation som råder mellan användare (läkare och annan vårdpersonal) och utvecklare av systemen. I strategin för nationell eHälsa framhålls att det är avgörande för arbetet ”att alla intressenter som medverkar i individens vård- och omsorgsinsatser deltar i framtagandet av effektiva och samverkande stöd för en säker och effektiv informationshantering, och då särskilt personalföreträdare” (98). Flera landstingsföreträdare menar emellertid att utvecklingen av it/eHälsa behöver drivas av eller i samråd med verksamhetens personal i större utsträckning än vad som sker idag.

I professionen finns ett främlingskap. Man borde satsa på att förklara att detta är ert viktigaste vardagsverktyg – ställ krav på era chefer, på leverantörerna, var en del av utvecklingen och driv den själva.

Landstingsföreträdarna menar att det är svårt för personer i de kliniska verksamheterna att formulera och kommunicera sina behov till de som utvecklar systemen. Det leder till att landstingen inte klarar av att formulera krav på verksamhetsanpassning av it-system vid upphandling och utveckling. I intervjuerna påtalades ett behov av att överbrygga klyftan mellan behoven i de kliniska verksamheterna och de möjliga tekniska lösningarna. Flera av de landsting som arbetar med att involvera läkare i arbetet med utveckling av it-system uppger att det är svårt att frigöra tid för arbetet.

När man väl får sakerna i sin hand som användare känner man ”det var inte det här jag ville ha” medan leverantörerna säger ”men ni sa ju det, ni har ju varit med och lämnat synpunkter”. Det finns inget enkelt recept för hur man ska göra. Man måste se till att man i projekt har med användare, och rätt sorts användare som är representativa för de flesta användare.

Det räcker inte att ha it-människor med i det här arbetet. Önskan är att bemanna den gruppen med en medicinläkare, en kirurg osv. /.../ Det är svårt att hitta läkare att rycka loss från vården.

Även i den offentliga debatten har påtalats att det finns ett avstånd mellan utvecklarna av it-system och de som ska arbeta i systemen. Ordförandena för Läkarförbundet, Vårdförbundet, Kommunal och SKTF gick under våren 2011 tillsammans ut och framförde att vårdpersonalen måste göras mer delaktiga i utvecklingen av it-systemen och ges ett reellt inflytande över systemens utformning (62).

Tidigare studier från UsersAward visar att vårdpersonalens delaktighet i utformningen av it-system har sjunkit mellan 2004 och 2010, vilket bedöms vara allvarligt eftersom användarmedverkan är kritiskt för att verksamheten ska utvecklas positivt (47). I undersökningen från 2010 framkom att läkare är den yrkesgrupp som upplever minst användarmedverkan av samtliga undersökta yrkesgrupper. Vidare är läkarna den grupp som är minst nöjda med hur kvalitet, säkerhet och effektivitet hos it-systemen utvecklats (47). En nyligen publicerad forskningsstudie visade samtidigt att läkare generellt inte ser it som en del av sitt ”riktiga” arbete. Det kan innebära att många läkare inte känner sig tillräckligt motiverade för att delta i utvecklingen av it-system. De läkare som engagerat sig i utvecklingen av journalsystemen uppgav att de haft ett alltför litet mandat att kunna förändra systemen. Dessutom upplevde de att deras insats inte värderats tillräckligt högt (40). I samma forskares avhandling konstaterades att läkare som varit engagerade i förändringsarbete kring journalsystem ofta känner sig besvikna och frustrerade då de insamlade förändringsförslagen mött motstånd både från landstingsledningen och från it-leverantören (39). Det beskrivs också finnas ett gap mellan chefer inom vårdorganisationen, som betonar vikten av att journalsystemet måste anpassas efter användarnas behov, och chefer för it-organisationen, som betonar betydelsen av att användarna måste ändra sina rutiner och arbetssätt så att de fungerar tillsammans med journalsystemet (39).

SKL konstaterade i en rapport från 2005 att det finns ett behov av att utveckla processen för upphandling och kravspecifiering av it-stöd (119). En rapport från SKL 2013 konstaterade att vid både utveckling och utvärdering av olika it-stöd behövs tvärvetenskaplig kompetens inom framför allt datavetenskap och vård (71). Samma sak går att läsa i rapporten *Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013*, som framhåller att utveckling och utvärdering av eHälsosystem kräver att användare, hälsoinformatiker och användbarhetsexperter är delaktiga i större utsträckning (48).



Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen

ANSVARSFÖRDELNINGEN MELLAN REGIONAL OCH NATIONELL NIVÅ ÄR IFRÅGASATT

Många landsting uppger att det är svårt att skapa förutsättningar för att införa och utveckla it-system. Det finns en stark önskan hos flera landstingsföreträdare om mer nationell samordning på it-området. Flera landstingsföreträdare menar att det leder till onödigt höga utvecklingskostnader när varje landsting utvecklar sitt eget journalsystem. I framför allt mindre landsting finns en uppgivenhet inför avsaknaden av ekonomiska resurser som gör det svårt att utveckla nya och vidareutveckla befintliga it-system, och det finns därför en efterfrågan på nationella insatser för att de journalsystem som landstingen använder ska utvecklas snabbare och bli mer funktionella.

Den största utmaningen är att det är för många kockar som kokar sin egen soppa. Det är för många som ska uppfinna hjulet själva. De här problemen som vi har med kvalitetsregistren har ju vuxit fram ganska naturligt eftersom man var tvungen på 80- och 90-talet att koka sin egen soppa, då fanns ju inte alternativ. Idag ser vi nackdelarna med att termer och begrepp är definierade på olika sätt, och databaserna är byggda på olika sätt. Då tycker jag att om man tänker framåt så måste vi se till att man lär sig utav det, men istället sitter vi här och bygger olika system i alla fall.

Jag ser att små landsting som vårt inte har tillräckligt med resurser. Vi har lika många system som t.ex. Landstinget i Östergötland eller Region Skåne som vi ska förvalta och anpassa, men vi är många gånger färre och det är klart att det är svårt att få riktigt tryck i det arbetet.

Nationellt borde man bidra med pengar för möjligheten att koppla de nationella kvalitetsregistren till de olika systemen så att uppgifterna hämtas per automatik. Vi har inte råd att bygga det här varje landsting för sig.

Flera landstingsföreträdare önskar ett gemensamt journalsystem i hela Sverige. En sådan satsning anses ge ekonomiska förutsättningar att skapa ett

användarvänligt journalsystem, samtidigt som ett nationellt system skulle innebära att samtliga läkare skulle få snabb och säker tillgång till patienternas journaler oavsett patientens hemvist och vårdställe. Förespråkare menar också att ett nationellt journalsystem skulle medföra att läkare inte skulle behöva lära sig nya journalsystem när de byter arbetsplats, vilket skulle göra dem mer rörliga på arbetsmarknaden.

Jag tycker att drömmen skulle vara att man hade ett it-system i hela Sverige. Vi är nio miljoner eller så och det är ofattbart att vi har mer än ett system. Och det skulle underlätta för alla som arbetar i det. Vi är i ändå i en situation där vi har otaliga hyrläkare, och det är ingen situation som vi vill ha framöver men vi sitter i den situationen, och det innebär att de som är hyrläkare måste arbeta i många olika system, och hade vi haft ett system hade det varit ganska mycket enklare. Plus att jag tycker att det är en ekonomisk fråga, då hade vi bara behövt utveckla ett system.

Andra landstingsföreträdare menar att ett gemensamt nationellt journalsystem inte är rätt väg att gå. De uppger att det skulle kväva konkurrensen på marknaden, och leda till långtgående kompromisser, som i slutändan skulle göra att journalsystemet inte skulle vara verksamhetsanpassat för någon. Möjligheten till lokala anpassningar av journalsystemen uppges vara central för att utveckla system som fungerar i verksamheterna.

Om man vill få en konsolidering någorlunda snabbt, då skulle man införa ett gemensamt system. Det tar i sig säkert fem år att handla upp och införa. När man väl har gjort det, då har man tagit livet av marknaden. /.../ Min slutsats är därför att jag inte tror på ett gemensamt journalsystem, också för att det inte är möjligt för 21 landsting att enas och driva den processen.

En medelväg som många förespråkar är att arbeta för en nationell enhetlighet i systemen, genom nationellt stöd kring upphandling och utveckling av journalsystemen. Flera landstingsföreträdare efterfrågar en specificering av nationella grundkrav på vad ett journalsystem i sjukvården ska innehålla för att uppfylla nationell standard.



Jag tror man behöver ha en nationell infrastruktur, en it-infrastruktur med definierade gränssnitt. Om man nu vill att det ska se ut på ett sätt i ett hörn av Sverige och på ett annat sätt någon annanstans så kanske man ska ha frihet där då om det är nödvändigt, men man behöver ha en gemensam infrastruktur. Så får man koppla på det man behöver på olika enheter.

Det finns idag vissa allmänna grundkrav på informationssystem i vården. Programvaror och medicinska informationssystem som har ett medicinskt syfte, enligt definitionen av en medicinteknisk produkt i 2 § lagen (1993:584) om medicintekniska produkter, ska CE-märkas. Läkemedelsverket har i skriften ”Medicintekniska informationssystem - vägledning för kvalificering och klassificering av programvaror med medicinskt syfte” tagit fram en vägledning till stöd för tillverkare, inköpare och myndigheter.

Det finns hos vissa landstingsföreträdare en önskan om att göra nuvarande journalsystem kompatibla över landstingsgränserna. Det pågår för närvarande ett arbete i den riktningen i och med införandet av Nationell Patientöversikt (NPÖ). NPÖ är en nationell it-tjänst som gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Landstingen är anslutna till NPÖ sedan september 2012, men det pågår fortsatt anslutning av kommuner och privata vårdgivare samt vidare anslutning i landstingen av fler system och informationsmängder (13).

Flera landstingsföreträdare uppger att de tycker att arbetet går för långsamt. För att överföringen av information från journalsystemen till NPÖ ska vara välfungerande måste det emellertid finnas en gemensam informationsstruktur som möjliggör uttag och export av informationen. I flera rapporter har framhållits att en stor gemensam utmaning under kommande år är införandet av nationella tjänster, till exempel NPÖ (99) (45). Socialstyrelsen menar däremot att en lika stor utmaning för landstingen är att skapa en ändamålsenlig och strukturerad dokumentation, eftersom det är innehållet i vårddokumentationen som ska hanteras och tillgängliggöras i NPÖ och andra gemensamma eHälsotjänster (110).

Samtidigt som flera landstingsföreträdare tycker att införandet av NPÖ går för långsamt finns hos andra landstingsföreträdare ett ifrågasättande av nyttan av införandet av NPÖ.

Man måste ändå fråga sig värdet av det? Hur stor andel av vår befolkning är det som man behöver läsa journalen för på det här sättet, säg att man bor i ett landsting men är opererad i ett annat. Är det det vi ska satsa jättemycket på eller ska vi istället få det att fungera för den stora mängden patienter inom varje landsting?

Riksrevisionen konstaterade i en rapport från 2011 att det inte har gjorts någon kartläggning av behovet av patientinformation inom hälso- och sjukvården, som identifierat var behovet av informationsutbyte är som störst. Riksrevisionen framhöll att NPÖ inte i första hand motsvarar de behov som flertalet landsting gett uttryck för, men att den trots det har prioriterats framför att lösa det lokala informationsutbytet (77).

Flera landstingsföreträdare efterfrågar mer nationell samordning kring utveckling av it-stöd. Samtidigt utgör landstingens gemensamma finansiering på eHälsoområdet inom ramen för CeHis endast en liten del av landstingens totala budget för it. Landstingens totala kostnader för it uppgick 2011 till knappt 8 miljarder kronor, vilket utgjorde cirka 3 procent av landstingens omslutning (45). Av dessa användes cirka 300 miljoner för gemensam utveckling och förvaltning via CeHis, där förvaltningen utgör en stor andel av de gemensamma resurserna (12). Också inom landstingen uppges en stor andel av den egna it-budgeten gå till förvaltning av befintliga system. Flera landstingsföreträdare menade att it-frågorna inte hade en tillräckligt hög prioritet inom landstinget.

Landstingen satsar runt 8 miljarder på it-stöd och förvaltning i landstingens regi, det är gigantiska summor. Men man ska veta att majoriteten av det bara är förvaltning av gamla skitsystem som man inte vill ha kvar egentligen.

Var och en gnetar på sin kammare. Det betyder att man inte kan få ihop tillräckligt mycket pengar för att ta de där stora stegen. Man är inte smart nog när man använder pengarna. Man gör samma saker på många ställen och betalar för det överallt.



En expert menar att ett hinder för utökat ekonomiskt samarbete mellan landstingen är att det inte finns någon tradition av att arbeta gemensamt. Det skapar en stor osäkerhet kring förtroende, och osäkerhet kring möjligheterna för landstingen att enas om vad pengarna ska användas till.

CeHis är det enda verktyget landstingen har att själva styra någonting nationellt. /.../ Men man vill inte släppa kontrollen över sitt eget system, eller sin egen tekniska miljö. De (Landstingen, Vårdanalys anm.) har investerat mycket i sina egna system och vill inte att grannlandstinget ska komma och säga att vi ska ta deras system istället. Det handlar om prestige och gamla kulturskillnader som lever kvar.

Det (CeHis, Vårdanalys anm.) är initiativ i rätt riktning, men även det går rätt långsamt. Jag ser i landstinget här, hur fort kopplar man på och använder de möjligheter som finns? Det är lite fritt valt arbete över det hela. Det skulle behövas bättre tag i de här frågorna.

SKL framförde i en rapport från 2013 att en förutsättning för att tillvarata eHälsa i utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvården är samverkan på olika nivåer i systemet. Att varje landsting eller klinik bygger egna it-lösningar kan förhindra eller fördröja nödvändig samordning, och därmed nationellt sett bli mer kostsamt (71).

Införandet av nya it-system och funktioner brister

Enligt flera landstingsföreträdare saknas ofta ett systematiskt arbete vid införandet av nya it-stöd. Det uppges finnas ett stort behov av riktade målgruppsanpassade utbildningsinsatser i samband med införandet av nya system och funktioner. Landstingsföreträdarna menar att brister i införandet har gjort att it-systemen inte används som de ska, vilket gör att de möjligheter som tekniken innebär inte alltid utnyttjas.

Många landsting har vid införandet av journalsystem inte förstått vikten av att göra ett breddinförande med gemensamma plattformar. Man har börjat lite snyggt men krokant över att det tagit för lång tid, så då har man släppt det fritt. Vi har landsting där alla kliniker har sina egna sökord i samma journalsystem, det är barockt. Då finns ingen kvalitetssäkring överhuvudtaget.

Vi har en gemensam journal idag men vi utnyttjar det inte fullt ut. Vi har till exempel en flik med patienthistorik. Men om man inte uppdaterar den utan hela tiden skriver i löptext under en annan flik, och inte använder sökord, då blir det väldigt svårt att hitta informationen. Tyvärr har vi ingen löpande sökfunktion som kan leta efter ord i hela texten. Den finns en filtreringsfunktion som ingen kan använda på ett bra sätt.

På många håll verkar det som om behovet av kompetensutveckling inom it underskattas, och att det behövs mer resurser för att utbilda läkare i de it-stöd som används. En expert som Vårdanalys intervjuat menar att utbildningsinsatser kring användning av nya och befintliga it-stöd skulle lösa stora delar av den it-stress som finns, eftersom det inte alltid är systemen i sig som är bristfälliga utan att det ibland istället handlar om användarnas bristande förmåga att använda systemen. Det finns samtidigt åsikter om att nuvarande it-stöd bör vara så intuitiva och användarvänliga att de går att arbeta i utan omfattande utbildningsinsatser.

I landsting som erbjudit utbildningsinsatser uppger flera landstingsföreträdare att det varit svårt att få läkare att prioritera dessa. Det tycks alltså finnas utmaningar med att involvera läkare både i utvecklingen av systemen och vid införandet av systemen. En av experterna efterfrågar därför obligatoriska utbildningsinsatser, och menar att utbildning i it-system måste ingå redan i grundutbildningen.

Du lär dig inte de system du kommer använda, eller ens logiken i att dokumentera. Du bara ställs på golvet och förutsätts kunna det här hemska systemet från 80-talet som du inte förstår, för du har levt med en iPad hela livet. Du möter system som du inte har sett sedan du var barn i datasalen.



I strategin för Nationell eHälsa anges att ”eftersom e-hälsotjänster idag används som en naturlig del i arbetet inom hälso- och sjukvården är det viktigt att eHälsa integreras som en naturlig del i utbildnings- och fortbildningsinsatser för personalen, så att de under sin yrkesutövning fullt ut kan tillägna sig teknikens möjligheter” (98).

Vad gäller utvecklingen av it-system framhölls i tidigare avsnitt att det finns ett avstånd mellan användarna och utvecklarna av systemen, där användarna många gånger intar en passiv roll. Dessa roller tycks kvarstå även vid implementeringen enligt en expert som Vårdanalys intervjuat.

Det finns en känsla att det trycks på uppifrån från någon som inte kan vård, att man är under attack av konstiga it-stöd som man inte har frågat efter. /.../ I USA har man vänt på det. 'Kolla här, nu kan vi möta våra behov och det är de i teknikkorridoren som har hjälpt oss med det'. Det är det jag skulle vilja se i Sverige, ett sådant driv.

Också landstingsföreträdare ger uttryck för en känsla av att nya it-system ibland ”trycks på” uppifrån.

Det är ett högt tempo idag, finns lite tid för reflektion. Det är frustrerande när man har speedat upp och nästan tvångsinfört it-systemen. De är egentligen efterlängttade men man har satsat för lite resurser (på implementeringen, Vårdanalys anm.).

Bilden som framkommer i intervjuerna med landstingsföreträdarna bekräftas i tidigare studier. SKL framhöll i en utredning från 2005 att många användare saknar rätt kompetens för att kunna använda it-systemen optimalt, eftersom de inte getts tillräcklig utbildning (119). Även UsersAward konstaterade i en rapport från 2010 att det finns brister i personalens inflytande vid införande av it-systemen. Bara 29 procent av användarna rapporterade att de är nöjda med användarmedverkan vid införandet av it-system. Vidare uppgav en tredjedel av användarna att de inte fått nödvändiga kunskaper och färdigheter för att använda it-systemen. Det anmärktes också på att de it-utbildningar som

ges ofta genomförs utan krav på färdighetsbevis, som oftast finns för annan medicinteknisk utbildning (47). Östergötlands läns landsting konstaterade i en rapport från 2011 att läkare inte i tillräcklig utsträckning har förändrat sitt sätt att dokumentera i och med införandet av en mer strukturerad, daterad patientjournal. I rapporten framhölls att det saknas kunskap om hur dokumentationen i journalsystemen ska gå till, och det identifierades ett behov av utbildning i vårddokumentation (11). Forskning stärker också vikten av att anpassa utbildning kopplat till it-stöd efter olika gruppers it-mognad, då det finns erfarenheter från vissa läkare om att de utbildningar som erbjudits varit alltför grundläggande (40). Enligt rapporten *Störande eller stödjande? Om eHälsosystemens användbarhet 2013* måste utbildning och kompetensutveckling inom eHälsa prioriteras i utbildningssystemet och fortlöpande i arbetet (48).

Sammanfattningsvis har Vårdanalys identifierat två orsaker till den rådande situationen. Den första orsaken är att utvecklingen av nya och befintliga it-system inte fungerar effektivt. Ett grundläggande problem är att många av de it-system som idag används är baserade på föråldrad teknik, vilket begränsar utvecklingsmöjligheterna. Vidare finns ett glapp mellan utvecklarna av systemen och användarna av systemen, där utvecklingen i alltför hög grad sker utan användarnas medverkan. Konsekvensen blir att de färdiga systemen inte motsvarar användarnas förväntningar eller behov. Många menar att ökad nationell samordning inom it-området skulle främja utvecklingen. Men samtidigt som huvudmännen efterfrågar mer nationell samordning uppgår landstingens gemensamma finansiering för it endast till en mindre del av landstingens totala it-budget. Den andra orsaken är att införandet av nya it-system och funktioner fungerar ineffektivt. Implementeringen verkar ofta ske ostrukturerat, och behovet av kompetensutveckling inom it underskattas. Konsekvensen blir att användarna inte alltid använder systemen på rätt sätt.

2.2.4 Exempel från landstingen

Utvecklande av journalmallar för mer effektiv dokumentation av operationsberättelser vid Örebro läns landsting

För att effektivisera dokumentationen har kirurgkliniken vid Örebro läns landsting (ÖLL) under fem år arbetat med att utveckla journalmallar för operationsberättelser. Journalmallarna är utvecklade av it-intresserade läkare och it-enheten inom ÖLL, och är integrerade i journalsystemet. Mallarna är uppbyggda efter ett antal standardiserade kryssfrågor. Varje svar medför en



standardmening och efteråt kan anteckningen läsas som en något fragmenterad vanlig text. I dagsläget är en journalmall (tyreoidea operationer) i bruk. Mallar för gallkirurgi, obesitas operationer och bröstkirurgi är utvecklade men används ännu inte. Fler än tio andra mallar är under utveckling i olika stadier, exempelvis mallar för akut skallskada och akut bukoperation.

Införandet av journalmallar har visat goda resultat. Dels går dokumentationen av operationsberättelserna fortare, dels blir anteckningen inklusive postoperativa ordinationer direkt tillgänglig för annan vårdpersonal på postoperativa enheter och vårdavdelningar. Det betyder att det inte uppstår någon väntan på utskrivna diktat. Standardiserad information via journalmallar kan också överföras direkt till kvalitetsregister. Kirurgiska kliniken i Örebro, Kvalitetsregistret för Halskirurgi, ÖLL, Tieto, SKL och Alfa Kommun och Landsting har tillsammans utarbetat en automatisk överföring av data från operationsanteckningen till kvalitetsregistret. Överföringen mellan mallen för tyreoidea operationer och Halsregistret kommer vara i drift före årsskiftet 2013/14.

2.3 UTVECKLA ARBETSFÖRDELNINGEN MELLAN OLIKA YRKESGRUPPER

Mycket tyder på att läkares kompetens inte tillvaratas fullt ut. Dessutom verkar många läkare utföra arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av andra yrkesgrupper, med bibehållen kvalitet. Andelen läkare som använder sin högsta kompetens under större delen av arbetstiden har minskat mellan åren 1992 och 2010, och 36 procent av läkarna menar att de ofta eller mycket ofta utför arbetsuppgifter som någon annan person eller yrkesgrupp borde göra. Dessutom uppger sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster och medicinska sekreterare att de skulle kunna överta arbetsuppgifter från läkare. Sammantaget finns det potential i att se över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper för att kompetensen hos läkare och annan personal ska kunna användas på ett mer effektivt sätt.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

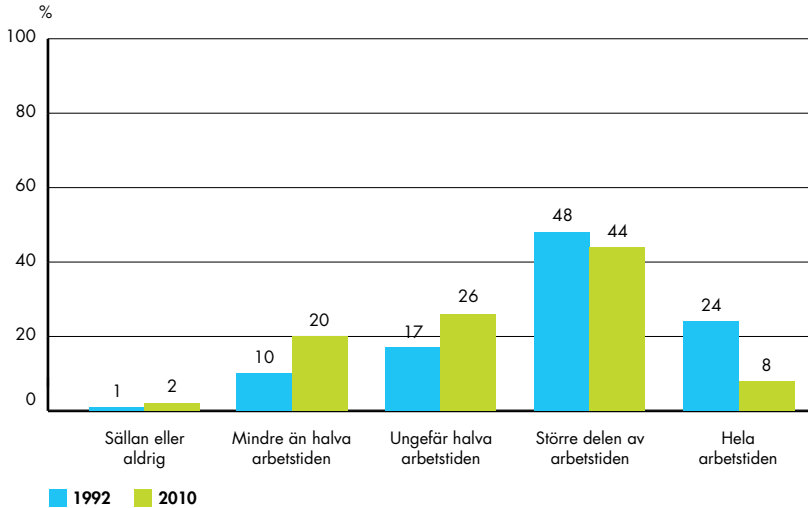
- Läkare utför administrativa uppgifter som annan personal kan överta.
- Läkare utför vård och behandling som annan personal kan överta.

I den offentliga debatten har flera gånger påtalats att läkares kompetens i första hand måste användas till sådana uppgifter som endast läkare är kvalificerade att utföra, och att läkare skulle kunna ägna mer tid till direkt patientarbete om någon annan yrkesgrupp övertog arbetsuppgifter som inte kräver läkarkompetens (1) (14) (86). Läkare har framfört att det behövs en mer ändamålsenlig arbetsfördelning mellan läkare, sjuksköterskor och sekreterare för att öka läkarnas tid med patienterna (35). Läkarförbundet har påtalat att det behövs medarbetare som kan avlasta läkare med uppgifter som inte kräver läkarkompetens (58).

En enkätundersökning till läkare genomförd på Psykologiska Institutionen vid Stockholms universitet 2010, fortsättningsvis kallad Läkarenkäten, visade att endast drygt hälften av läkarna (52 procent) tyckte att de fick användning av sin högsta kompetens under hela eller större delen av arbetstiden. Detta är en kraftig minskning mot 1992 då 72 procent av läkarna uppgav att de fick användning av sin högsta kompetens under hela eller större delen av arbetstiden (8). Endast 8 procent av läkarna uppgav 2010 att de använder sin högsta kompetens under hela arbetstiden, vilket kan jämföras med 24 procent 1992 (Figur 11) (8).



Figur 11. I vilken utsträckning får du användning av din högsta kompetens i dina arbetsuppgifter? n=353/1932

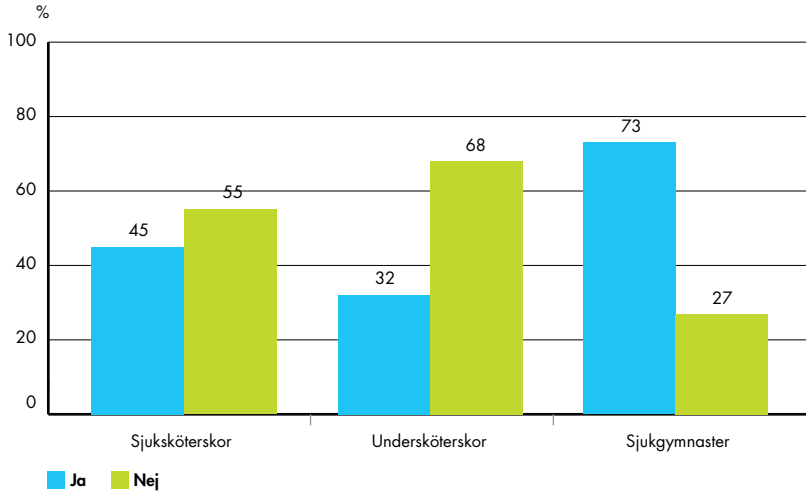


Källa: (8)

Läkarenkäten visar också att andelen läkare som anser att de oftast eller ganska ofta har så många arbetsuppgifter att det inverkar negativt på deras möjligheter att arbeta effektivt har ökat – från 26 procent 1992 till 36 procent 2010. Nästan 17 procent uppgav 2010 att arbetet i hög eller mycket hög grad försvåras av att de inte får den assistans de behöver. Hela 36 procent av läkarna uppgav att de ofta eller mycket ofta utför arbetsuppgifter som de anser att någon annan person eller yrkesgrupp borde göra (8).

Vårdanalys enkätundersökningar till medlemmar i Vårdförbundet, Kommunal och Sjukgymnastförbundet visar att det finns respondenter inom samtliga yrkesgrupper som anser att de kan och bör överta vissa arbetsuppgifter från läkare (Figur 12).

Figur 12. Finns det arbetsuppgifter som idag utförs av läkare som du anser att sjuksköterskor/undersköterskor/sjuktymnaster kan och borde utföra istället? n=838/133/435

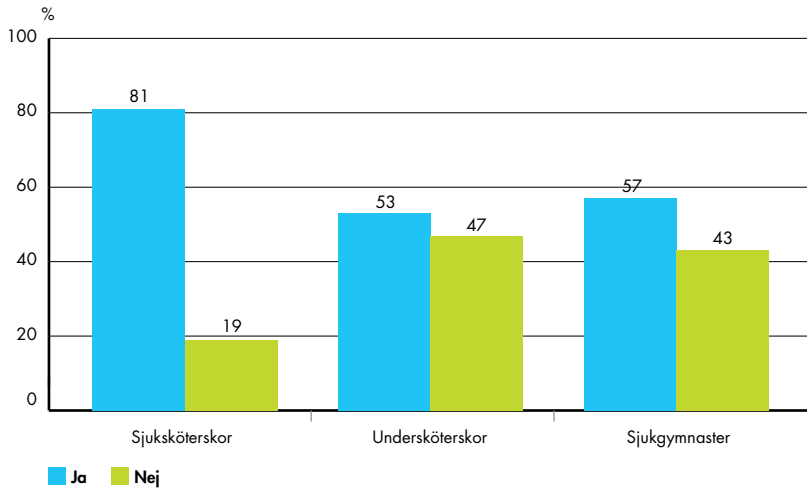


I Visions enkätundersökning till medicinska sekreterare framkom att nästan 60 procent av de medicinska sekreterarna ansåg att det finns arbetsuppgifter som de skulle kunna utföra men som de inte utför idag.

Det finns samtidigt en stor andel respondenter, framför allt bland undersköterskor och sjuksköterskor, som inte anser att det finns uppgifter som de kan och borde överta från läkare. Vårdanalys vill poängtera att ansvarsfördelningen mellan läkare och annan personal ser olika ut på olika kliniker/mottagningar, och att det kan vara en förklaring till de olika svaren. Det kan också finnas andra skäl som spelar in, såsom att många inte anser sig ha tid att ta på sig ytterligare uppgifter.

I enkätundersökningarna framkom också att majoriteten av sjuksköterskorna, undersköterskorna och sjukgymnasterna har arbetsuppgifter som de anser att någon annan yrkesgrupp kan och borde utföra (Figur 13).

Figur 13. Har du arbetsuppgifter som andra yrkesgrupper kan och borde utföra så att din kompetens som sjuksköterska/undersköterska/sjuktymnaster kommer till större nytta? n=838/133/425



Sammantaget tyder enkätresultaten på att det finns potential att se över arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Det finns också ett flertal tidigare studier som pekar på att det finns potential i en annan arbetsfördelning mellan läkare och annan personal (119) (70) (9) (135) (72) (43) (42) (41) (53) (72).

Utöver effektivitetsskäl visar forskning att det finns arbetsmiljömässiga skäl att se över fördelningen av arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper. Resultat från Läkarenkäten 2010 visade att de läkare som ofta hade arbetsuppgifter som de upplevde att någon annan skulle kunna utföra löpte en betydligt högre risk för ohälsa. Bland annat var risken att drabbas av utmattningssymptom fem gånger högre i den gruppen. Förekomsten av stressrelaterade kognitiva problem, såsom minnesstörningar, koncentrationsförmåga, nedstämdhet och liknande var också betydligt högre bland läkare som upplevde att de har en stor andel arbetsuppgifter som skulle kunna utföras av någon annan (6).

Vi vill understryka att utgångspunkten vid fördelning av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper måste vara patienternas behov av vård och omsorg. Överföring av arbetsuppgifter måste alltid vägas mot aspekter såsom patient-säkerhet och patienternas preferenser.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar inom området:

- Läkare utför administrativa uppgifter som annan personal kan överta.
- Läkare utför vård och behandling som annan personal kan överta.

Vårdanalys har inte genomfört konsekvensanalyser av vad en överföring av arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper skulle innebära. Den fortsatta redovisningen ska därför betraktas som ett underlag för fortsatta diskussioner kring arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal, och inte som förslag eller rekommendationer.

2.3.1 Läkare utför administrativa uppgifter som annan personal kan överta

Som vi redogjorde för i avsnitt 2.1 upplever läkare att det administrativa arbetet har ökat i omfattning, och studier visar att läkare idag ägnar en betydande del av sin arbetstid till administration. I Läkarenkäten 2010 framkom att 30 procent av läkarna i hög eller mycket hög grad upplevde att arbetet försvåras av onödigt pappersarbete. Dessutom uppgav 29 procent att arbetet i hög eller mycket hög grad försvårades av bristfälligt administrativt stöd (8).

Det har vid flera tillfällen framförts i debatten att läkare inte bör utföra administration som andra yrkesgrupper skulle kunna utföra. Läkarsekretärens och sjukvårdsadministratörers förbund har påtalat att om läkare och sjuksköterskor vårdar patienter, och medicinska sekreterare tar hand om journaldokumentationen, så skulle det leda till mer tid för patienterna, en ökad patientsäkerhet, en bättre arbetsmiljö och en bättre ekonomi (134). Företrädare för Läkarförbundet har vid flera tillfällen framfört att medarbetare med olika kvalifikationer bör göra det de har kompetens för, och att administrativ personal bör avlasta läkarna med administrativt arbete (61) (2) (58).

Omfördelning av administrativ personal har påverkat arbetsfördelningen

Under 1990-talet skedde stora nedskärningar av administrativ personal inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsens utredning från 2000 konstaterade att administrativa uppgifter, som en konsekvens av det, "tryckts nedåt" i organisationen och flyttat över på läkare och annan vårdpersonal (101). Också andra studier från början av 2000-talet konstaterade att stödet till läkare från administrativ personal hade minskat (42) (43).

Utvecklingen av antalet medicinska sekreterare sedan dess är inte entydig, till följd av ändringar av yrkesklassificeringen som gör det svårt att jämföra statistiken över tid. Enligt uppgifter från fackförbundet Vision har det skett en viss ökning av medicinska sekreterare under 2000-talet. Antalet läkare och sjuksköterskor har dock ökat i högre takt vilket innebär att det skett en relativ minskning av yrkesgruppen.



I debatten har framförts att omfördelningen av yrkesgrupper har medfört att administration och andra sysslor som tidigare sköttes av administrativ personal idag i större utsträckning hanteras av läkare (35) (128) (2) (60) (92) (61) (61). I Läkarenkäten 2010 uppgav en fjärdedel av läkarna att arbetet i hög eller mycket hög grad tyngs eller försvåras av letande efter kontorsmaterial, instrument, dokumentation etc. (8). En orsak till nedskärningar av administrativ personal går sannolikt att finna i datoriseringen av arbetsplatsen. Utvecklingen har gett läkare och annan vårdpersonal tillgång till verktyg som möjliggör att de själva kan hantera allt mer av det administrativa arbetet.

Flera landstingsföreträdare uppger att läkare idag utför administrativt arbete som tidigare hanterades av medicinska sekreterare. Några landstingsföreträdare menar att det finns behov av att återanställa medicinska sekreterare för att överföra administrativt arbete från läkarna.

Man kan tycka att det är småsaker att hämta post, se till att det finns kuvert, skriva kallelser och skicka dem, gå till posten etc. Men det är saker som annan kan göra.

Sammantaget har det skett en förskjutning av administrativt arbete från ett funktionsperspektiv till ett processperspektiv. Det betyder att administration numera ingår i alla typer av arbete istället för att vara reserverat vissa yrkesgrupper. Utvecklingen innebär färre renodlade administrativa specialister, men fler som administrerar som en del av arbetet. Forskare menar att det finns en risk för att administrationen utförs på ett mindre effektivt sätt när den inte längre utförs av specialister (26).

Administrativa uppgifter som anses kunna överföras från läkare till annan personal

I enkätundersökningarna har sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster redogjort för arbetsuppgifter som de ansåg att de kunde och borde överta från läkare. Av underlaget framkom att vissa administrativa uppgifter ansågs kunna överföras. Överföring av administrativa arbetsuppgifter diskuterades också i en gruppintervju med medicinska sekreterare från fackförbundet Vision samt i intervjuerna med landstingsföreträdare. Nedan ger vi exempel på administrativa uppgifter som landstingsföreträdare, sjuksköterskor och medicinska sekreterare anser kan överföras från läkare till andra yrkes-

grupper. Övergripande ser landstingsföreträdarna stora möjligheter i en överföring av administrativa arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper.

Visions enkätundersökning till medicinska sekreterare visar att nära hälften av de medicinska sekreterarna som arbetar inom offentlig vård uppgav att andra yrkesgrupper utför arbetsuppgifter som medicinska sekreterare normalt skulle ha utfört. Enkätundersökningen visade också att nästan 60 procent av de medicinska sekreterarna ansåg att det finns ytterligare arbetsuppgifter som de skulle kunna utföra men som de inte utför idag. Enkäten talade däremot inte om vilken typ av arbetsuppgifter det kunde röra sig om. I den gruppintervju som Vårdanalys genomförde med medicinska sekreterare kunde vi identifiera vissa arbetsuppgifter, som vi redogör för nedan.

FÖRBEREDA BLANKETTER OCH INTYG

Medicinska sekreterare och landstingsföreträdare uppgav att läkare skulle kunna avlastas genom att annan personal förbereder brev, intyg och liknande genom att fylla i vissa patientuppgifter (till exempel adress- och personuppgifter).

Jag tror att rätt så många intyg är likartade om man kan se till att någon gör ett utkast. Jag tror att många läkare har lite ångest för att sätta sig framför datorn och skriva det. Alla äldre är inte så datorvana till att börja med, att formulera oss i skrift är vi läkare ovana vid.

DOKUMENT- OCH POSTHANTERING

Flera landstingsföreträdare och medicinska sekreterare anser att medicinska sekreterare skulle kunna avlasta läkare med dokument- och posthantering. Det uppges finnas ett behov av att någon hjälper läkare att prioritera bland inkommande dokument.

Vad skulle hända om varje läkare som är fast anställd, hade en egen sekreterare som man satt ner med 5-10 minuter om dagen och bara gick igenom vad som behövde signeras, "här är det bara en anteckning, inget konstigt, här är remisser som behöver gå iväg nu". Man skulle kunna fundera på att strukturera för läkarna, om vi nu vill att läkaren ska ägna sig åt mera avancerade medicinska bedömningar och patientkontakt, då måste vi bygga ett system som främjar det.



SÖKA REDA PÅ VÅRDPLATSER

Att söka reda på vårdplatser för patienter som ska skrivas in är en uppgift som uppges ta mycket tid från läkare, framförallt på akutavdelningarna. I Läkarenkäten 2010 framkom att 21 procent av läkarna i hög eller mycket hög grad anser att arbetet tyngs eller försvåras av letande efter vårdplatser (8). Flera landstingsföreträdare menar att det är en arbetsuppgift som sjuksköterskor eller så kallade vårdplatskoordinatorer skulle kunna ta över. Även sjuksköterskor nämnde detta som en arbetsuppgift som de skulle kunna avlasta läkare med.

KLASSIFICERING OCH KODNING

Flera landstingsföreträdare och medicinska sekreterare menar att medicinska sekreterare borde avlasta läkare med patientklassificering (DRG) och klassifikation av vårdåtgärder (KVÅ) i större utsträckning. Landstingsföreträdare beskriver att omfattningen av koder är så stor att läkare manuellt behöver slå upp de koder som ska användas vid registrering. Medicinska sekreterare framförde i gruppintervjun att de har särskild utbildning i klassificering och kodning, och att hälso- och sjukvården borde tillvarata denna kompetens i större utsträckning. I intervjuerna med landstingsföreträdare framkom att det också finns landsting som utbildat medicinska sekreterare som enbart arbetar med patientklassificering (DRG).

SCHEMALÄGGNING

Flera landstingsföreträdare och medicinska sekreterare menar att arbetet med schemaläggning av läkare skulle kunna hanteras av annan personal än läkarna själva. De medicinska sekreterarna ansåg dock att schemaläggning måste ske i nära samråd med läkargruppen då läkares individuella kompetens behöver beaktas.

Flera landsting har redan överfört schemaläggning från läkare till sekreterare eller sjuksköterskor. Förändringen uppges ha sparat läkartid, och medfört att verksamheterna skapat en koordinerad schemaläggning mellan läkare och sjuksköterskor. Schemaläggning lyftes också fram som en uppgift som kan överföras från läkare vid en utvärdering vid Ortopeden vid Skånes universitetssjukhus (20).

REGISTRERING I KVALITETSREGISTER

Registrering av uppgifter i kvalitetsregister är en arbetsuppgift många landstingsföreträdare ifrågasätter, eftersom det ofta innebär en dubbelregistrering av information som redan finns dokumenterad i patientjournalen. Eftersom

tekniska förutsättningar som stödjer en direktöverföring från journalsystem till kvalitetsregister på många håll verkar dröja, borde det vara effektivt att avlasta läkarna från denna arbetsuppgift.

Flera landstingsföreträdare uppgav att inmatningen av uppgifter i kvalitetsregister i dagsläget hanteras helt eller delvis av andra yrkesgrupper.

När det gäller kvalitetsregister så är det en hel del doktorer som sitter och gör det. Vilket jag tycker är helt... det är ett typiskt sådant exempel som man har gjort av gammal vana, för att man inte tror att det blir rätt ifyllt annars, men det blir ännu bättre ifyllt och mer noggrant och går mycket snabbare om en sekreterare gör det som har en vårdadministrativ utbildning.

Sammanfattningsvis visar resultaten att administrativa uppgifter som tidigare sköttes av andra yrkesgrupper idag utförs av läkare. Många av de administrativa uppgifter som läkare utför skulle enligt landstingsföreträdarna kunna överlåtas till annan personal, med bibehållen eller högre kvalitet. Andra yrkesgrupper, i första hand medicinska sekreterare, anser att de kan och borde överta vissa administrativa arbetsuppgifter från läkare.

2.3.2 Läkare utför vård och behandling som annan personal kan överta

I enkätundersökningarna ombads sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster redogöra för arbetsuppgifter som de ansåg att de kunde och borde överta från läkare. Det visade sig att många tyckte att vissa vårdande och behandlande uppgifter skulle kunna överföras. Överföring av arbetsuppgifter inom vård och behandling diskuterades också i intervjuerna med landstingsföreträdare.

Nedan redogör vi för exempel på arbetsuppgifter inom vård och behandling som landstingsföreträdare och sjuksköterskor, undersköterskor samt sjukgymnaster anser kan överföras från läkare till andra yrkesgrupper. Generellt ser landstingsföreträdarna stora möjligheter i att överföra vård och behandling från läkare till andra yrkesgrupper. Detta skulle enligt dem frigöra tid för läkare att utföra sådana arbetsuppgifter som endast läkare kan utföra.



Sjuksköterskor kan överta viss vård och behandling

Enkäten till sjuksköterskor och intervjuerna med landstingsföreträdare visar att viss vård och behandling uppges kunna överföras från läkare till sjuksköterskor. I enkätundersökningen uppgav 45 procent av sjuksköterskorna att läkare utför uppgifter som sjuksköterskor kan och borde utföra istället. På frågan om i vilken utsträckning du får användning av din högsta kompetens i dina arbetsuppgifter uppgav 64 procent av sjuksköterskorna hela eller större delen av arbetstiden.

Flera sjuksköterskor uppgav att de skulle kunna ta ett större ansvar för vissa *undersökningar och bedömningar*. Exempel de nämnde var undersökning och bedömning vid misstanke om hud-, hals-, öron- eller urinvägsinfektion, endoskopier, rektoskopier, blodgas, insättning av PICC-line och ögonmätningar inför operation. Också flera landstingsföreträdare ansåg att sjuksköterskor i större utsträckning skulle kunna ansvara för en första bedömning av patienter.

Sjuksköterskorna uttryckte också att de skulle kunna ta ett större ansvar för *återbesök och kontroller*. Bland annat nämndes kontroll av patienter med astma eller KOL, kontroller efter okomplicerade knä- eller höftledsoperationer och levnadsvaneuppföljningar vid högt blodtryck.

Flera sjuksköterskor ansåg att de skulle kunna *utfärda remisser* för att avlasta läkarna inom vissa områden. Exempel som gavs i enkäten var remisser till röntgen, ultraljud, logoped och dietist. Också flera landstingsföreträdare var positiva till att låta sjuksköterskor remittera.

Ytterligare ett exempel som flera sjuksköterskor uppgav i enkäten var att de skulle få en *utökad möjlighet till förskrivning av läkemedel och hjälpmedel*. Idag har sjuksköterskor en begränsad förskrivningsrätt som regleras av Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel (102). En utökad förskrivningsrätt skulle därför kräva förändringar i nuvarande föreskrifter. Bland landstingsföreträdarna var inställningen till en utökad förskrivningsrätt för sjuksköterskor varierande. Vissa ansåg att det vore bra för att avlasta läkarna, medan andra var skeptiska. Många menade att läkemedelsförskrivning är komplext, och att läkemedelshandlingen bör ingå i det totala ansvaret för en patients behandling. Också Läkarförbundet har uttalat sig kritiskt mot en utökad förskrivningsrätt för sjuksköterskor (32).

I intervjuerna med landstingsföreträdare uppkom flera exempel på uppgifter som redan överförs från läkare till sjuksköterskor. Många landsting har utvecklat särskilda sjuksköterskemottagningar som sköter vissa patientgrupper självständigt, i nära samverkan med läkargruppen. Exempel på sköterskeledda mottagningar är allergimottagningar, hjärtsviktsmottagningar, lungmedicinmottagningar, MS-mottagningar, Parkinson-mottagningar, infektionsmottagningar, hypotonimottagningar och skopimottagningar.

Landstingsföreträdarna berättade också om överföring av specifika arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor. Nedan redovisas några exempel. I Landstinget i Östergötland har specialutbildade sjuksköterskor inom kirurgverksamheten övertagit vissa uppgifter från läkare. Det handlar till exempel om vissa utredningar och avdelningsarbete. I Region Halland har sjuksköterskor övertagit utprovning av andningshjälpmedel från läkarna. I Landstinget i Värmland träffar blodtryckspatienter sjuksköterskor istället för läkare vid vissa återbesök. Landstinget i Kronoberg har utbildat njursviktssköterskor som tar två av tre återbesök för patienter som står på lista och snart behöver dialys. I Landstinget Väster-norrland genomför sjuksköterskor basalutredningar inom anorexi samt affektiva intervjuer för att bedöma bipolaritet. På akutmottagningarna i Region Skåne remitterar sjuksköterskor patienter med frakturer till röntgen innan läkaren träffar patienten. I Västerbottens Läns Landsting har specialistsjuksköterskor på delegation ansvar för att justera hjärtsviktsmedicin.

Överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor har också belysts i media vid flera tillfällen. I ett lokalt projekt på Neurocentrum på Norrlands universitetssjukhus i Umeå har arbetet organiserats i team så att MS-patienters återbesök varannan gång hanteras av en sjuksköterska och varannan gång av en neurolog. Sjuksköterskorna har på delegation fått rätt att skriva remisser till både magnetkameraundersökningar och rehabilitering. Uppföljningen av projektet visade att både läkare och sjuksköterskor använt sin kompetens på ett mer effektivt sätt. Även patienterna var positiva till arbets-sättet (133). Ett annat exempel kommer från sjukhuset i Karlshamn där sjuksköterskor efter vidareutbildning övertagit delar av dialysbehandlingen från läkare. Klinikchefen anser att omfördelningen har inneburit att arbetet blivit effektivare, och att det nya arbetssättet har medfört att kliniken kan ta emot fler patienter än tidigare (23).

Sjukgymnaster kan överta viss vård och behandling

I enkäten till sjukgymnaster och i intervjuerna med landstingsföreträdare framkom att viss vård och behandling anses kunna överföras från läkare till sjukgymnaster. I enkätundersökningen uppgav 73 procent av sjukgymnas-



terna att det finns arbetsuppgifter som idag utförs av läkare som sjukgymnaster kan och borde utföra istället. På frågan om i vilken utsträckning du får användning av din högsta kompetens i dina arbetsuppgifter uppgav 67 procent av sjukgymnasterna hela eller större delen av arbetstiden.

Det fanns dock skillnader mellan olika arbetsplatser, där sjukgymnaster på privata mottagningar i störst utsträckning uppgav att de fick användning av sin högsta kompetens (85 procent), följt av sjukgymnaster på vårdcentraler/hälsocentraler (70 procent). Bland sjukgymnaster på sjukhus uppgav endast 49 procent att de fick användning av sin högsta kompetens under hela eller större delen av arbetstiden. Samtidigt var det en mindre andel av sjukgymnaster anställda på sjukhus som ansåg att de kunde överta uppgifter från läkare, jämfört med sjukgymnaster på vårdcentraler/hälsocentraler eller privata mottagningar.

Flera sjukgymnaster ansåg att de skulle kunna ta ett större ansvar för *undersökningar och bedömningar*, till exempel neurologiska undersökningar, mätning av muskelstyrka samt ryggundersökningar. Också flera landstingsföreträdare uppgav att sjukgymnaster skulle kunna ansvara för en första bedömning av patienter med skador och smärtor i rörelseapparaten. Samtidigt framfördes tveksamheter från andra landstingsföreträdare.

Sjukgymnasten kan göra primärbedömningar, kronisk värk i ryggar och så. De är naturligtvis mycket bättre på det än ST-läkaren i allmänmedicin. Men ST-läkaren är kanske bättre på att identifiera depressionen som ligger bakom ryggvärken.

I dagsläget finns inget remisstvång för att besöka en sjukgymnast, vilket innebär att sjukgymnaster redan idag kan träffa patienter för en första bedömning.

En annan arbetsuppgift som både landstingsföreträdare och sjukgymnaster uppgav att sjukgymnaster skulle kunna ta ett större ansvar för var att *utfärda remisser*, exempelvis till röntgen, ultraljud och ortopedtekniker. I vissa landsting har sjukgymnaster tillåtelse att remittera. Som exempel kan nämnas Uppsala där sjukgymnaster kan remittera till ortopedkonsulter.

En annan arbetsuppgift som framkom i enkäten var att sjukgymnasterna skulle kunna avlasta läkare med *återbesök och uppföljning* av vissa patienter, till exempel efter operation.

Ytterligare områden där flera sjukgymnaster anser sig kunna ta ett större

ansvar var för viss *behandling och förskrivning av läkemedel*. Exempel på behandling var bland annat cortisoninjektioner, lokalbedövning, behandling av yrselrelaterade besvär och tidig behandling av muskuloskeletala besvär. Den förskrivningsrätt som de angav var begränsad till vissa smärtstillande läkemedel för smärttillstånd i rörelseapparaten. Idag har sjukgymnaster ingen förskrivningsrätt. Bland landstingsföreträdarna var vissa positiva till att sjukgymnaster skulle få förskrivningsrätt, medan andra var tveksamma eller negativa. Legitimerade sjukgymnasters förbund har tidigare framfört att det vore en god idé att utöka förskrivningsrätten för sjukgymnaster. Enligt förbundet borde specialistsjukgymnaster ges rätt att skriva ut smärtstillande läkemedel och utföra antiinflammatoriska injektioner. Läkarförbundet ställde sig dock kritiska till förslaget (32).

I både enkätundersökningen och i intervjuerna med landstingsföreträdare uppgav flera att sjukgymnaster borde kunna *utfärda bedömningsunderlag för kortare sjukskrivningar* för muskuloskeletala besvär. Det fanns också motståndare till att andra yrkesgrupper än läkare ska kunna utfärda sjukintyg. De som var skeptiska ansåg att uppgiften kräver läkarkompetens och att sjukgymnaster inte har kompetens för att bedöma bakomliggande orsaker till muskuloskeletala besvär.

Överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjukgymnaster har också belysts i media. Verksamhetscheferna på Universitetssjukhuset Örebro har inom ramarna för ett projekt gett sjukgymnasterna rätt att på egen hand sköta vidareremitteringen av patienter från sjukhuset till primärvården, vilket tidigare sköttes av läkare. Projektet har inneburit att primärvården fått mer utförlig och säker information om patienten och snabbare kunnat komma igång med rehabiliteringen (15).

Undersköterskor kan överta viss vård och behandling

I enkäten till undersköterskor och i intervjuerna med landstingsföreträdare framkom att viss vård och behandling anses kunna överföras från läkare till undersköterskor. Det var dock en mindre andel undersköterskor som i enkäten ansåg att de kan och borde överta arbetsuppgifter från läkare (32 procent), vilket kan ha flera orsaker. Bland annat är skillnaden i utbildningsnivå mellan läkare och undersköterskor stor, vilket gör att det finns begränsningar i vilka arbetsuppgifter som kan överföras. Totalt 73 procent av undersköterskorna uppgav i enkäten att de får användning av sin högsta kompetens i sina arbetsuppgifter under hela eller större delen av arbetstiden.

Av de undersköterskor som ansåg att de kunde och borde överta arbetsuppgifter från läkare uppgav flera att de skulle kunna ta ett större ansvar för



enklare undersökningar och bedömningar, till exempel sårbedömningar, blodtryckskontroller, vikt- och längdmätningar samt enklare provtagningar. Även *andra vårdande uppgifter*, exempelvis omläggning av sår, gipsning, omläggning av suturer och delning av medicin angavs i enkäten som möjliga för undersköterskor att ansvara för i högre utsträckning.

I enkäten fanns också exempel på uppgifter som var av *stödjande och underlättande* karaktär för patienten. Det kunde till exempel vara att hämta och förbereda patienten inför läkarbesök, samt att vid behov hjälpa patienter med av- och påklädning i samband med besöket.

Inom primärvården får distriktsläkarna göra väldigt mycket själva. Hämta patienten i väntrummet, byta papper på britsen, hämta grejer till rummet, sköta mycket sådant. Man har minskat ner mycket på undersköterskor, det tror jag att vi har tappat mycket läkartid på.

Även flera landstingsföreträdare vittnade om undersköterskornas viktiga roll, och flera landstingsföreträdare menar att den minskning som skett av undersköterskor inom hälso- och sjukvården inneburit att läkare idag utför arbete som undersköterskor tidigare gjorde. Det fanns hos flera landstingsföreträdare en upplevelse av ökad efterfrågan på undersköterskor.

Först gjorde vi oss av med alla vårdbiträden, och sedan, ja du vet hur förskjutningen mellan sjuksköterskor och undersköterskor var, ett tag skulle vi bara ha sjuksköterskor. Men nu är det flera förvaltningar som efterfrågar undersköterskor igen. Det ingår ju i det här att rätt yrkesgrupp ska göra rätt sak.

Andra yrkesgrupper kan överta viss vård och behandling

Utöver yrkesgrupperna ovan kan det naturligtvis också finnas potential i att överföra arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper. Exempel på yrkesgrupper som flera gånger nämndes av landstingsföreträdarna var psykologer, farmaceuter och biomedicinska analytiker. Många ansåg att psykologer borde kunna utfärda underlag för sjukskrivning, samt i vissa fall genomföra en första bedömning av patienter. Farmaceuter ansågs av flera

landstingsföreträdare kunna bistå vid utskrivning av patienter och vid läkemedelsgenomgångar. Vad gäller biomedicinska analytiker framfördes att de skulle kunna överta uppgifter från läkare inom kardiologi och patologi. Vårdanalys menar att det sannolikt finns potential som kan vara intressant att undersöka närmare.

Sammanfattningsvis visar resultaten att läkare utför vård och behandling som landstingsföreträdare anser att annan personal skulle kunna överta med bibehållen eller högre kvalitet. Också andra yrkesgrupper anser att de skulle kunna överta viss vård och behandling från läkare. Därigenom kan både läkare och andra yrkesgrupper använda sin tid mer effektivt.

2.3.3 Orsaker som hindrar arbetet med överföring av arbetsuppgifter

Studien indikerar att det kan finnas stor potential i att omfördela arbetsuppgifter mellan olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården. Som vi redogjort för ovan finns också flera goda exempel från landsting runt om i landet, där arbetsuppgifter har överförts från läkare till annan personal med goda resultat. Flera landstingsföreträdare beskriver dock att utvecklingen går långsamt och sker osystematiskt.

Vi måste bli smartare på att använda till exempel läkarnas arbetstid på ett mer effektivt sätt så att de träffar fler patienter utan att de springer fortare. Vi måste bli smartare på att ge vård! /.../ Du ställde frågan innan om det finns arbetsuppgifter som skulle kunna överföras från läkare till andra? Ja, det finns mängder av arbetsuppgifter, men varför går det så trögt?

Nedan redogör vi för ett antal orsaker som upplevs hindra en överföring av arbetsuppgifter från läkare till annan personal.

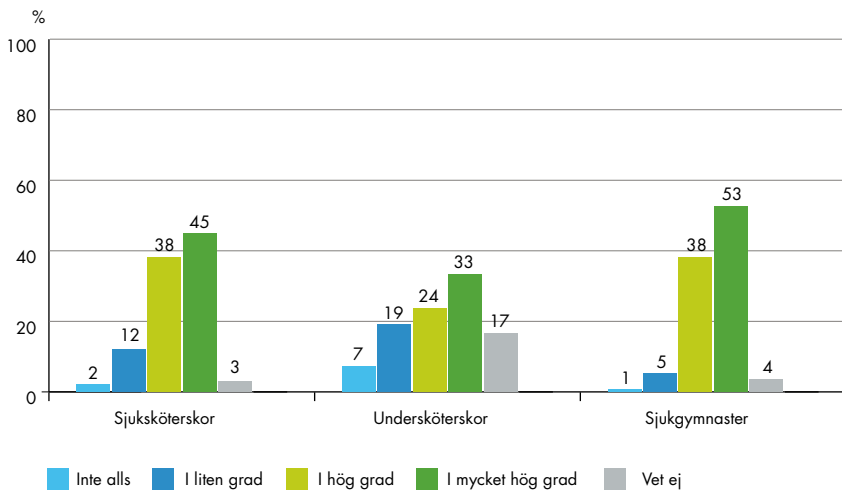
- Traditioner och vanor.
- Starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter.
- Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler.
- Ledningen prioriterar inte frågan.
- Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas.
- It-systemens utformning och behörighetsstruktur.
- Ersättningssystemen styr arbetsfördelningen.



Traditioner och vanor

Enkätresultaten visar att både sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster upplever att traditioner och vanor är ett stort hinder för överföring av arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper. Av sjukgymnasterna är det hela 91 procent som upplever det som ett hinder i hög eller mycket hög grad. Bland sjuksköterskor och undersköterskor upplevde 83 respektive 57 procent att traditioner och vanor i hög eller mycket hög grad utgör ett hinder.

Figur 14. Andel som ansåg att traditioner och vanor var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Samma sak bekräftas i intervjuerna med landstingsföreträdare, där flera personer anser att traditioner och vanor påverkar utvecklingen negativt.

Det är mest informella och kulturella hinder. Det finns tongivande personer som kan säga att "såhär har jag alltid jobbat och jag tänker fortsätta så tills jag går i pension".

Många vill inte lämna ifrån sig ansvar. Hur man har tänkt i alla år styr vilken inställning vi har. Det är kanske inte logiskt jämt. /.../ Det finns kanske inga formella hinder men vi har satt hinder i systemet, av tradition.

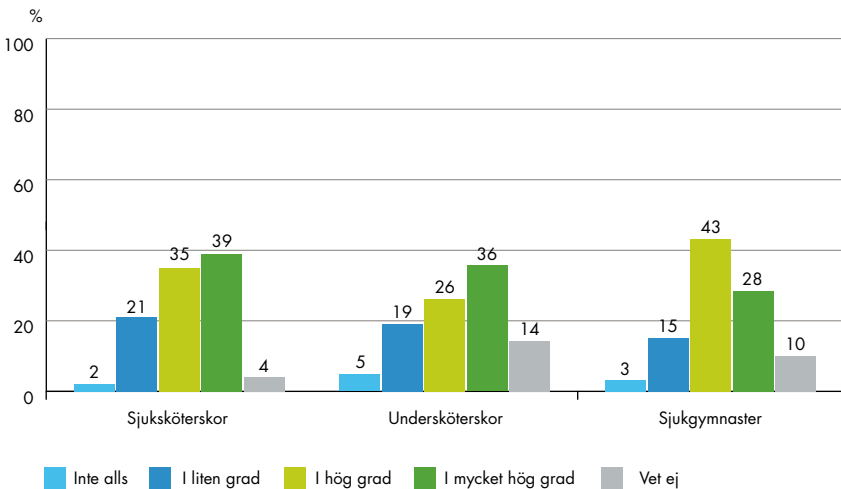
Det framkom också i både intervjuer och enkätsvar att många patienter efterfrågar och vill träffa en läkare framför till exempel en sjukgymnast för en första bedömning.

Jag skulle vilja backa tillbaka lite ifrån att doktorn ska vara en diversehandel. Du får ju inte träffa den värsta specialisten inom vilken organisation som helst. Om du har något du vill fråga en jurist om så får du börja med allmänjuristen, du kan inte komma till den här smala superspecialiserade, men i primärvården kommer man direkt in till högsta kompetensen. Det känns inte alltid nödvändigt.

Starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter

En stor andel av både sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster upplever att ett hinder för att utveckla arbetsfördelningen är starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter.

Figur 15. Andel som ansåg att starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Även landstingsföreträdarna menar att starka professioner kan hämma utvecklingen. Landstingsföreträdarna uppger att det finns en stark prestige

hos läkarkåren, som ofta manifesteras i ett motstånd mot att lämna ifrån sig arbetsuppgifter. Vissa läkare kan ibland också motsätta sig en överföring av enklare medicinska arbetsuppgifter, med motiveringen att arbetet som återstår blir alltför tungt.

Vi talar om yrkesgrupper som är väldigt fostrade i ett individuellt perspektiv. Vi har blivit utbildade i att det är jag och min professionalitet, det är jag som ska vara suveränt duktig och ta hand om min patient. /.../ I en sådan kultur måste vi hela tiden jobba med att vidga våra perspektiv.

Jag tror att det finns två läger i läkarkåren. En del tycker att det är bra (med överföring av enklare medicinska arbetsuppgifter, Vårdanalys anm.) för då kan vi koncentrera oss på svårare fall, medan den andra delen säger "får vi inte några lätta fall också då blir arbetet för tungt. Träffar jag bara multisjuka dag ut och dag in, så blir inte det här yrket det som jag tycker är kul, utan jag behöver den lättare delen för att yrket ska vara kul".

Flera landstingsföreträdare framhåller också att det finns ett fackligt motstånd mot överföring av arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper. Landstingsföreträdarna menar att den typen av skråmentalitet, där de enskilda yrkesgrupperna värnar om sitt, hindrar professionerna från att samverka.

Min upplevelse är att man ofta hänvisar till Socialstyrelsen "det här får man inte göra", och nästan varje gång man kollar så får man visst göra det. Det är ett fackligt argument för att skrået, vilket det än må vara, har rätt att göra det och hinner man inte med så kan man inte lämna över arbetsuppgiften, utan argumentet blir att man behöver vara fler.

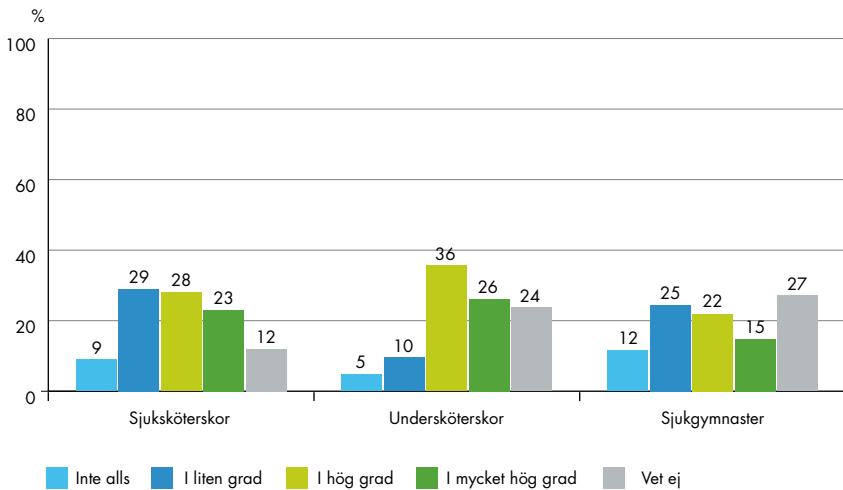
Förutom att läkare motsätter sig en överföring av arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper uppges det ibland också finnas ett motstånd hos andra yrkesgrupper att överta arbetsuppgifter. En förklaring till motståndet att överta

uppgifter kan enligt några landstingsföreträdare vara att det inte alltid innebär en högre lön att åta sig nya och mer avancerade uppgifter. De ekonomiska incitamenten på individnivå blir därför svaga.

Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler

Många sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster anser att lagstiftning, föreskrifter och/eller regler utgör ett hinder för en förändrad arbetsfördelning.

Figur 16. Andel som ansåg att lagstiftning, föreskrifter och/eller regler var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Även flera landstingsföreträdare uppger att lagstiftning, föreskrifter och/eller regler hindrar en förändrad arbetsfördelning. Det stora hindret verkar framför allt vara osäkerheten kring hur regelverken ska tolkas. Landstingsföreträdarna vittnar om okunskap på området, och flera personer upplever att det är otydligt vem som får göra vad inom hälso- och sjukvården. Många landstingsföreträdare anser att regelverk avseende delegering av vård- och behandlingsuppgifter bör förtydligas från nationellt håll.



Frågan har funnits i mitt huvud: vem har bestämt att bara läkare får remittera till röntgen? Det vore bra om man från nationell nivå kom med goda exempel. Vem får göra vad? Vi har en massa föreställningar i vården om vem som får göra vad. Det finns nog ett antal konkreta saker som man kan klargöra att det till exempel är ok att en sjuksköterska gör istället för en läkare.

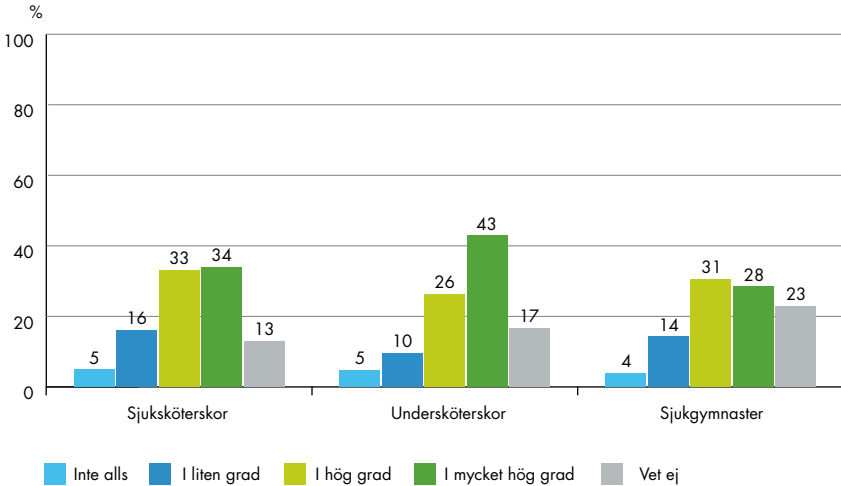
Vi har ganska stor frihet inom sjukvården att delegera arbetsuppgifter. /.../ Med rätt utbildad personal finns det inga hinder. Jag tror inte att vi utnyttjar den möjlighet som finns. Det handlar om okunskap, osäkerhet, otrygghet, rädsla för att det ska gå fel. Jag tror att det handlar mer om det än en stelbent lagstiftning.

Enligt Socialstyrelsen ska arbetet fördelas på ett sådant sätt att det uppnår de grundläggande kraven på hälso- och sjukvården som formuleras i hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) samt det som numera är patientsäkerhetslagen (2010:659) (105). Det är i dagsläget ett relativt begränsat antal arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården som enligt författning är reserverade för en viss yrkesgrupp. Exempel på uppgifter som är förbehållna läkare är rätten att utfärda vissa intyg som regleras i Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m. (106). Uppgifter som är förbehållna en viss yrkesgrupp i författning får inte delegeras till någon annan yrkesgrupp enligt SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (100). När det gäller arbetsuppgifter som det inte regleras särskilt i författning vem som ska utföra, gäller att den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen formellt sett är kompetent att utföra de arbetsuppgifter som hon eller han har utbildning för. Socialstyrelsen menar att reglerna ofta missförstås vilket leder till att vissa delegerar uppgifter i onödan (105). Det är verksamhetschefen/motsvarande som ska ta ställning till vilka arbetsuppgifter som kan utföras under eget yrkesansvar och vilka som kräver delegering. Det medför att det finns stora möjligheter för den verksamhetsansvariga chefen att fördela arbetsuppgifter så att personalens kompetens används på bästa sätt (105).

Ledningen prioriterar inte frågan

Enkätresultaten visar att en ledning som inte prioriterar frågan upplevs av både sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster som ett stort hinder för att förändra arbetsfördelningen.

Figur 17. Andel som ansåg att ledningen prioriterar inte frågan var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Enligt många landstingsföreträdare sker arbetet med överföring av arbetsuppgifter ofta på lokal nivå inom enskilda kliniker/mottagningar. Arbetet drivs många gånger av eldsjälar.

Det är på vårdcentralsnivå som det har hänt saker. Förändringarna drivs underifrån mer. Det hänger mycket på verksamheterna att det blir av, att det finns intresse.

Flera landstingsföreträdare uppger att förvaltningarna har i uppdrag från landstingsledningen att utgå ifrån den så kallade LEON-principen (lägsta/lämpligaste effektiva omhändertagandenivå). Det betyder att varje patient ska bli omhändertagen på den vårdnivå som bäst kan behandla patienten utifrån patientens behov. Men det verkar som om uppdraget på många håll betraktas som ett allmänt synsätt snarare än något som styr arbetet. Flera landstings-

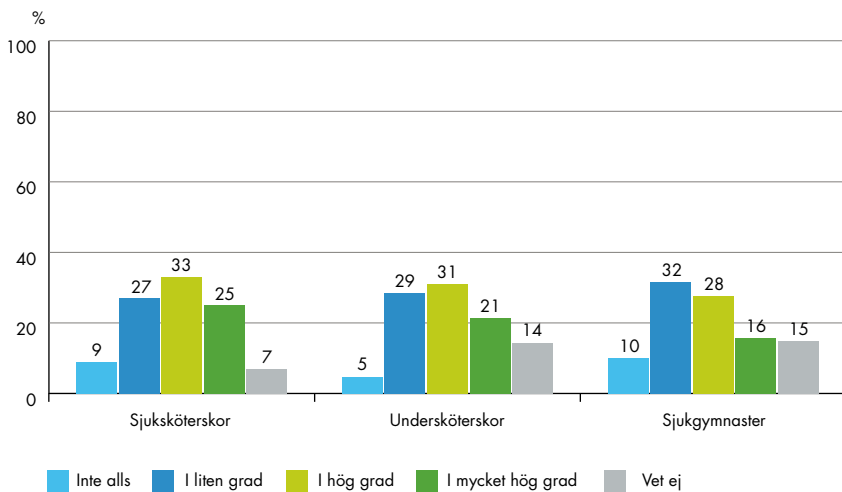


företrädare uppger till exempel att det inte genomförts någon utredning av hur verksamheterna använder personalens resurser, och många menade att det saknas tid för den typen av strategiskt arbete. Flera landstingsföreträdare var självkritiska till att landstingsledningen inte hade prioriterat frågan om rätt använd kompetens högre.

Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas

En stor andel av både sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster upplever att avsaknad av formell kompetens är ett hinder för att kunna överföra arbetsuppgifter från läkare till andra yrkesgrupper.

Figur 18. Andel som ansåg att formell kompetens saknas var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Även landstingsföreträdare påtalade att avsaknad av formell kompetens ibland kan hindra överföring av arbetsuppgifter från läkare till annan personal. Flera landstingsföreträdare menar att det finns ett behov av specialistutbildningar inom vissa nischer för framför allt sjuksköterskor, och i några landsting har vidareutbildning av sjuksköterskor till motsvarande nurse practitioners diskuterats.

Att överföra arbetsuppgifter kan i vissa verksamheter medföra ett behov av nya kompetenser och yrkesgrupper, såsom vårdplatskoordinatorer, operationskoordinatorer, registerhanterare och liknande. För att det ska vara aktuellt med vidareutbildning av personal måste sjukvårdshuvudmännen efterfråga den kompetens som vidareutbildningarna ger. Det finns en uppfattning

hos flera av landstingsföreträdarna om att personal tidigare har genomgått utbildningar där de skaffat sig en kompetens som arbetsplatsen sedan inte efterfrågat. Ytterligare ett problem uppges vara svaga incitament på individnivå i form av möjligheter till högre lön.

Ett annat hinder för överföring av arbetsuppgifter är enligt flera landstingsföreträdare att undersköterskeutbildningarna inte följer en nationell standard.

Kvaliteten på omvårdnadsutbildningarna är väldigt skiftande. Det hade nog varit bra om man ensat sig kring ett utbildningsinnehåll och kvalitetskriterier och lärandemål, så att en undersköterska var en undersköterska oavsett vilket gymnasium man gått och vilket län man utbildats i. Det är jättestor variation idag.

En gång i tiden var det tydligt vad en undersköterska kunde och inte, yrkesinnehållet var tydligt så man visste vad man kunde be en undersköterska göra. Jag kan inte riktigt säga när det ändrades, någonstans för 10-20 år sedan, så har deras utbildning blivit väldigt diffus. Det medför att du inte vet vad en undersköterska kan eller inte kan och vad du kan be honom göra.

Detta problem lyftes fram i en rapport från SKL 2005, där SKL konstaterade att det finns brister i tydligheten i yrkesrollen. SKL framhöll att undersköterskeutbildningen inte matchar det behov som finns vad gäller sjukvårdskompetens, och verksamhets- och utbildningsföreträdare behöver samverka mer när de tar fram utbildningsinnehållet (119).

Flera landstingsföreträdare var också kritiska till förändringen av sjuksköterskeutbildningen. De menade att den i för hög utsträckning är forskningsinriktad.

Akademiseringen av sjuksköterskeprofessionen är en utveckling som är jättebra men samtidigt så innebär det att vi får sjuksköterskor som är duktigare på forskningsmetodik och vetenskapsteori än att faktiskt sätta en nål.



Det finns stor potential för en mer effektiv användning av läkarresursen

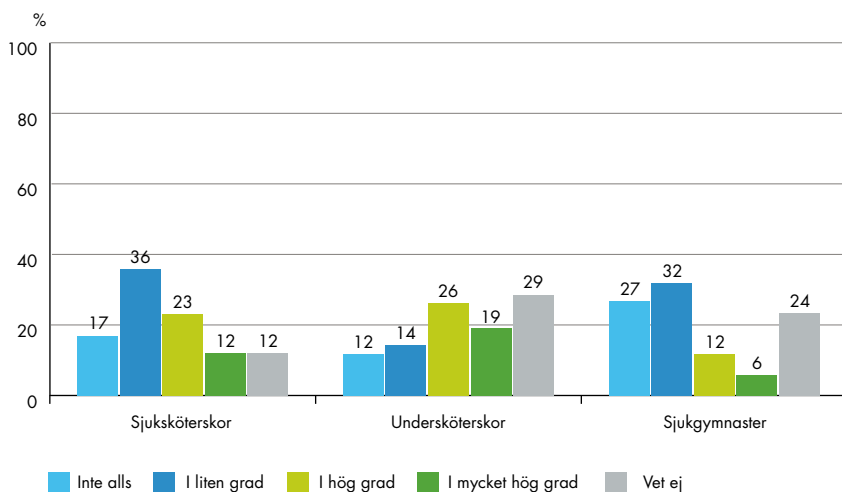
Flera landstingsföreträdare framhöll att sjukvården behöver mer teamarbete och menade att grundutbildningarna borde innehålla fler moment som främjar samarbete mellan yrkesgrupper.

Olika personer gör samma saker, man vet inte om vad andra gör. Till exempel receptförnyelse – läkarsekreteraren och sjuksköterskan förbereder, men när läkaren sedan ska göra förskrivningen så tittar han inte alls på det de förberett. De har inte pratat med varandra. Man ser sig inte som en del i en helhet, utan bara som en del som inte hänger ihop med nånting annat.

It-systemens utformning och behörighetsstruktur

It-systemens utformning och behörighetsstruktur upplevs i viss utsträckning som ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och andra yrkesgrupper.

Figur 19. Andel som ansåg att it-systemens utformning och behörighetsstruktur var ett hinder för en förändrad arbetsfördelning mellan läkare och sjuksköterskor, undersköterskor och sjukgymnaster. n=381/42/310



Även landstingsföreträdare uppger att behörigheter och infrastrukturella begränsningar i it-systemen kan hindra överföring av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper. Detta på grund av att systemen kan framtvunga en viss arbetsfördelning. Det kan till exempel innebära att en sjukgymnast inte kan skicka en remiss även om en delegering finns på plats, på grund av att behörighetsstrukturen i it-systemet inte tillåter det.

I många landsting är det så att man har lagt in rättigheter att läsa olika delar av journaltext i systemen. De rättigheterna går i någon typ av kunskapshierarkisk ordning, vilket gör att sjuksköterskan undanhålls från viss information.

Ersättningssystem styr arbetsfördelningen

Flera landstingsföreträdare uppger att de ersättningssystem som används styr arbetsfördelningen mellan yrkesgrupper. Överföring av arbetsuppgifter från läkare till annan personal hindras av att läkarbesök värderas högre än till exempel besök hos sjuksköterska. Det förekommer därför att landsting som tidigare haft sköterskeledda mottagningar frångått det arbetssättet och istället låter läkare ta hand om patienterna. Flera landstingsföreträdare riktar också kritik mot att ersättningssystem inte i tillräcklig utsträckning premierar teamarbete.

Det fanns en period då man byggde väldigt mycket bra sköterskeledda mottagningar för patienter med kroniska tillstånd, t ex diabetes, hjärt-kärlmottagningar och liknande. Sedan tog man bort ersättningarna för det, vad hände då? Jo, då började läkarna ta de där besöken och blev mycket frustrerade för att man tyckte som doktor att man kanske inte kan tillföra så mycket.

Ersättningssystemen är uppbyggda utifrån tillgänglighet. Teamarbetet premieras inte. Det kommer vissa satsningar men det genomsyrar inte vården. Våra politiker, våra vårdavtal, premierar inte alls teamarbete. Det handlar bara om väntetider och tillgänglighet. Ersättningssystemen borde utformas så att de gynnar samverkan. De styr ju idag till läkarbesök.



Sammanfattningsvis har Vårdanalys identifierat sju orsaker till att arbetet med överföring av arbetsuppgifter mellan läkare och andra yrkesgrupper går långsamt och sker osystematiskt, trots att det bedöms finnas en tydlig potential i att se över arbetsfördelningen. De sju orsakerna är:

1. Traditioner och vanor.
2. Starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter.
3. Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler.
4. Ledningen prioriterar inte frågan.
5. Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas.
6. It-systemens utformning och behörighetsstruktur.
7. Ersättningssystem styr arbetsfördelningen.

2.3.4 Exempel från landstingen

Distriktssköterska avlastar läkare med administration i Västmanlands läns landsting

Hemdal vårdcentral i Västmanlands läns landsting har genomfört ett projekt där de sett över hanteringen av inkommande dokument till vårdcentralen. Projektet påbörjades 2011, och har inneburit en förändrad arbetsfördelning av hanteringen av de dokument som omhändertas av den patientansvarige läkaren PAL och den patientansvarige sjuksköterskan PAS. Tidigare omhändertog läkaren alla inkommande dokument. Efter projektet delas dokumenten upp efter innehåll, och 80 procent av dokumenten omhändertas istället av sjuksköterskan.

Projektet har uppskattningsvis lett till en timme mindre administration per läkare och vecka, vilket motsvarar fyra besök för varje läkare. Förändringen har också inneburit en avsevärt förkortad handläggningstid för de inkommande dokumenten. Dessutom ökar patientsäkerheten eftersom färre dokument blir liggande. Läkarna på vårdcentralen upplever stor skillnad av den minskade administrationen, även om vissa tyckt att det varit svårt att släppa kontrollen. Sjuksköterskorna upplever det som positivt att få en ökad kännedom om patienter i teamet. Vårdcentralen arbetar nu med att förbättra sekreterarnas och sjuksköterskornas administration. På grund av projektets goda resultat har projektet fått spridning och ytterligare ett tiotal vårdcentraler implementerar nu detta arbetssätt.

Operationskoordinatorer har minskat behovet av läkarresurser vid inskrivning av patienter inom Kvinnosjukvård i Landstinget Dalarna

Kvinnokliniken Falu lasarett och Kvinnokliniken Mora lasarett har sedan 2009 ändrat vårdkedjan för patienter som ska genomgå planerade gynekologiska operationer. Innan landstinget ändrade sina rutiner skrevs cirka 80 procent av patienterna in på vårdavdelning dagen före operation av en läkare, och var inskrivna över natten. Inför förändringsarbetet bedömde landstinget att dessa vårddygn i många fall var onödiga, både ur verksamhetens och ur patienternas perspektiv. I de nya rutinerna sätts patienten upp för operation direkt vid mottagningsbesöket och journalanteckningen från detta besök innehåller all nödvändig information inför operation. I samband med mottagningsbesöket sker också relevant provtagning, kontroll av EKG och om en preoperativ narkosläkarbedömning behöver göras sker den oftast samma dag. Två veckor före planerad operation ringer en operationskoordinator – en sjuksköterska/barnmorska som genomgått internutbildning vid kliniken – upp patienten och lämnar information inför operationen. Vid samtalet sker också en uppdatering av om något har ändrats i patientens hälsotillstånd. Operationsplaneringen utförs av operationskoordinatorn och finjusteras av operatörerna veckan före operation.

Sedan landstinget införde operationskoordinatorerna skrivs cirka 850 patienter varje år in på kvinnokliniken samma dag som de ska genomgå operation, vilket motsvarar 85 procent av alla patienter. De nya rutinerna har därmed minskat antalet vårddygn och frigjort läkartid genom att operationskoordinatorns telefonsamtal ersätter den preoperativa inskrivningsdagen. Även sekreterarresurser har frigjorts genom att antalet läkaranteckningar har minskat. Inte minst uppskattar flertalet patienter att få sova hemma i sin egen säng natten före operation.



2.4 OPTIMERA BEMANNINGEN UTIFRÅN PATIENTERNAS BEHOV

För att vården ska kunna möta patienternas behov måste planeringen av vårdaktiviteter och bemanningen av läkare och annan personal ske utifrån en analys av patienternas behov. Flertalet landsting arbetar med planering och styrning av personalens arbetstider, ofta under namnet produktions- och kapacitetsplanering. Utvecklingen är positiv, men på många platser har arbetet nyligen inletts och det finns därför betydande utvecklingspotential.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar:

- Planeringen av läkares arbetstid utgår inte från patienternas behov.
- Möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte.

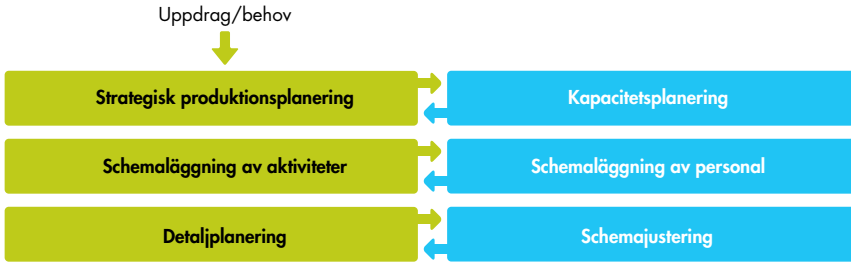
Ofta har debatten om läkares arbetstider handlat om jouravtalets utformning och tillämpning (19) (18) (79). Läkarförbundet har framfört att planeringen av verksamheten måste styras utifrån produktionsbehovet och att verksamhetens olika behov måste beaktas (131) (60). Parallellt med debatten har verksamhets- och resursplaneringen i ett antal landsting undersökts studier. Studierna ger ingen sammanhållen bild av situationen nationellt, men konstaterar att planeringen och styrningen av läkares arbetstider inte alltid sker utifrån patienternas behov (76) (135) (7) (50).

Produktions- och kapacitetsplanering

Flera landsting har under senare år uppmärksammat problemet med en ineffektiv bemanning. Många har påbörjat ett arbete för att se över och effektivisera planeringen av läkares och annan personals arbetstider, ofta under namnet produktions- och kapacitetsplanering. SKL har sedan hösten 2011 arrangerat ett antal heldagsseminarier om produktions- och kapacitetsplanering, på initiativ från landstingsdirektörernas nätverk (122).

Produktions- och kapacitetsplanering är ett verktyg för att skapa effektiva flöden. Det handlar om att planera verksamhetens kapacitet utifrån patienternas behov. Arbetet går förenklat till enligt följande: Först tar verksamheten fram en produktionsplan som består av en grundlig analys av nuvarande och framtida behov. Produktionsplanen ställs sedan mot en kapacitetsplan som visar vilka personella resurser som finns tillgängliga. Produktionsplanen matchas mot kapacitetsplanen genom schemaläggning av aktiviteter och personal. Genom kontinuerlig uppföljning och analys kan planeringen justeras kontinuerligt för att matcha resurser mot behov på ett effektivt sätt. I Figur 20 illustrerar vi processen i tre nivåer (67).

Figur 20 Planering på tre nivåer



Produktions- och kapacitetsplanering kan bidra till ett tydligt patientfokus. Genom en tydligare struktur och planering kan resurserna matchas mot behoven så att patienten får vård i rätt tid. Det kan också bidra till faktabaserade underlag för verksamhetsbeslut och till att säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig när den behövs. Utöver det kan produktions- och kapacitetsplanering påverka samordningen mellan olika yrkesgrupper positivt, samt tydliggöra vad som förväntas av den enskilda medarbetaren (51).

Det finns flera exempel på lyckad produktions- och kapacitetsplanering. Ett exempel är barn- och ungdomskliniken i Kristianstad, som tidigare hade problem med långa väntetider, svårigheter att hitta läkartider och en stressig arbetsmiljö. Genom produktions- och kapacitetsplanering lyckades kliniken korta vårdköerna och förbättra arbetsmiljön (132). Intensivvårdskliniken vid Universitetssjukhuset Mas i Malmö hade problem med låg bemanning under dygnets mest intensiva timmar. De hade också problem med dålig arbetsmiljö. Genom schemaläggning enligt en treskiftsmodell med tre åttatimmarspass kom kliniken till rätta med problemen. De kunde frigöra ungefär 20 procent arbetstid trots bibehållen vårdproduktion (16).

En forskningsrapport från 2012 visade att kirurgkliniken i Skövde lyckades korta operationskön från i genomsnitt 120 dagar till i genomsnitt 30 dagar genom att bland annat säkerställa en jämn bemanning av kirurger på operationsavdelningen. Kliniken utförde arbetet inom ramen för befintliga resurser. Personalen på kliniken upplevde ingen ökad arbetsbörda, utan tvärtom att arbetsbördan blev jämnare över tid (73).

Landstingsföreträdare för landsting som arbetat systematiskt med produktions- och kapacitetsplanering betraktar det som ett verktyg för att uppnå en bemanning som möter patienternas behov. För många har det blivit tydligt att det är möjligt att planera verksamheten så att en bättre balans uppnås. Förutom att planeringen har potential att korta väntetider och säkerställa att patienter får rätt vård i rätt tid, kan den bidra till en bättre arbetsmiljö med jämnare arbetsbelastning och mindre stress.



Produktionsplanering har vi gjort under lång tid och det vi kan se är att det blir mycket tydligare vad man behöver göra, vad var och en behöver göra. /.../ Man kan fördela arbetet på ett sådant sätt att man reducerar stress.

Landstingsföreträdare framhåller att produktions- och kapacitetsplanering också har ett värde genom att den kan synliggöra vilka arbetsuppgifter läkare har, och hur mycket tid olika arbetsmoment kräver. Den informationen utgör underlag för fortsatta diskussioner om prioriteringar av läkares arbetsuppgifter, bland annat kopplat till administrativa uppgifter.

När man synliggör att det finns administrativa uppgifter du ska göra och de tar så här lång tid, då måste man som vårdgivare förhålla sig till om man tycker att det är rimlig tid som läggs på de här arbetsuppgifterna. Om det innebär att du ska titta på prover och svara patienten, ja då ser man till att det finns tid avsatt för det. Då blir administrationen inte en börda utan en uppgift som alla andra.

I de verksamheter där polletten trillar ner händer det jättemycket. Det frigörs tid. Känslan som många doktorer har innan är att de alltid är på fel ställe. Det får du koll på genom det här arbetet, vardagen blir hanterbar. Man kan börja ta bort saker som inte är nödvändiga för dem att hålla på med, administrativa uppgifter till exempel. Det blir en annan nöjdhet och en tillgänglighet till mer patienttid.

Att landstingen arbetar med produktions- och kapacitetsplanering är positivt. Det finns däremot en stor variation i hur långt arbetet har kommit. Det finns landsting och verksamheter som arbetat framgångsrikt med produktions- och kapacitetsplanering under flera år, men också verksamheter som ännu inte påbörjat arbetet eller som precis inlett ett arbete. Utifrån intervjuerna med landstingsföreträdare är den sammantagna bilden att det på många håll finns stor utvecklingspotential.

Vårdanalys har identifierat två utmaningar inom området:

- Planeringen av läkares arbetstid utgår inte från patienternas behov.
- Möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte.

2.4.1 Planeringen av läkares arbetstid utgår inte från patienternas behov

För att vården ska kunna möta patienternas behov måste planeringen av vårdaktiviteter och bemanningen av läkare och annan personal ske utifrån en analys av patienternas behov. Genom en effektiv bemanning kan läkarresursen användas mer ändamålsenligt. Men ett grundläggande problem är att planeringen av läkares arbetstid inte alltid sker utifrån en systematisk analys av patienternas behov. Det förekommer att bemanningen sker utifrån tillgänglig personal, där arbetet inleds med schemalägningsprocessen istället för med en analys av behoven.

På något sätt har det varit så att resurserna kommer för sig själv, sedan blir det den vården det blir av det, och så har uppdragen kommit för sig själv. Man har inte kopplat ihop det.

Det finns en föreställning om att patienterna 'bara kommer'. Man tror att de har olika sökmönster, men så är det inte. Det ser nästan likadant ut varje år. Däremot varierar våra tidböcker. Det är inte patienterna som står för variationen, det är vi som skapar den genom att tidböckerna ser ut som de gör.

En landstingsföreträdare uppger att det under en helgdag i genomsnitt finns en tiondel av den läkarbemanning som finns måndag-fredag klockan 8.00–17.00. Det motsvarar inte arbetsbelastningen.



Idag bedriver vi sjukvård årets alla dagar, 24 timmar om dygnet, men vi har en schemaläggning som baseras på kontorstid. /.../ Det är inte ett sätt att förlägga arbetstiden som motsvarar patienternas behov.

Det är som på akuten. Vid 13–14 på dagen är det nästan inga patienter men man har ändå full bemanning.

Flera landstingsföreträdare uppger att läkarna själva har stort inflytande över sina arbetstider. Det förekommer att önskemål om ledighet planeras in först, vilket gör att det är tillgängliga resurser som styr vilken vård som tillhandahålls istället för tvärtom.

När vi gör våra scheman för veckan så tror jag att vi ofta utgår från vad som är bäst för oss som personal.

Att läkare själva kan påverka planeringen av sin arbetstid framkom också i Läkarenkäten från 2010. Där uppgav 67 procent att de helt eller i viss mån kunde påverka hur deras arbetstid förläggs (8). Inflytande över de egna arbetstiderna kan naturligtvis vara positivt, inte minst ur arbetsmiljösynpunkt. Men det måste finnas en balans mellan personalens önskemål och behoven i verksamheten. Utgångspunkten måste vara att bemanningen i första hand ska svara mot patienternas behov av vård. Det behöver därför finnas en viss central styrning, som sätter ramarna inom vilka det finns möjligheter att påverka.

Landstingsföreträdare uppger även att det är vanligt att planeringen av läkares och andra yrkesgruppers arbetstider sker separat. Det betyder att varje yrkesgrupp har ett separat schema som inte är koordinerat med övriga yrkesgruppers scheman. Detta försämrar förutsättningarna att uppnå effektiva flöden och vårdprocesser kraftigt, eftersom det saknas en samplanering mellan läkare, sjuksköterskor, undersköterskor och andra yrkesgrupper.

Här är det så att läkaren lägger läkarschema, sjuksköterskan lägger sjuksköterskeschema, undersköterskan lägger undersköterskeschema. Ett praktexempel är att vissa dagar är det så många doktorer på mottagningen att rummen inte räcker till, andra dagar finns det nästan inga läkare alls och då har den övriga personalen ingenting att göra.

Vi lägger fortfarande läkarscheman för sig, sjuksköterskescheman för sig. Det är olika personer som schemalägger olika personalkategorier. Jag tror att man måste utgå ifrån vem vi är till för, vad kunderna har för behov av tillgänglighet, hur många remisser vi får på ett år, och hur vi måste planera för att hantera det här. Det låter ju fullkomligt självklart, men så har vi inte jobbat.

Tidigare studier bekräftar att matchningen mellan patienternas behov och tillgängliga resurser inte alltid är effektiv. Landstinget i Östergötland konstaterade i en rapport 2008 att det förekom att bemanningen inte planerades efter patienternas behov av vård (50). Revisionskontoret i Jämtlands Läns Landsting redovisade 2010 i en granskning av hur läkarbemanningen styrs och säkras att det fanns en obalans mellan verksamheternas behov av läkarinsatser och planeringen av läkarnas arbetstid. Läkarnas ordinarie arbetstid förlades i huvudsak under kontorstid, trots att det fanns ett stort behov av läkarmedverkan också under andra tider på dygnet. Granskningen visade också att läkare inom olika verksamhetsområden var organiserade i egna enheter istället för gemensamt med annan personal (76). Svenskt Näringsliv konstaterade 2011 att ett hinder för en effektiv planering var att planeringen av arbetstid ofta var styrd av tradition istället för behov. Planeringen av läkarnas arbetstid skedde heller inte alltid synkroniserat med planeringen av andra yrkesgruppers arbetstid (135).

Vårdanalys bedömer att det finns en stor potential i en bättre matchning av patientbehov och läkarbemanning. Ett exempel visar att en produktionsplanering på en klinik som medför att ytterligare en operation per dag kan genomföras innebära cirka 200 operationer extra per år. En schablonberäkning av kostnaden för att köpa dessa operationer av annan aktör ger 200 x 50 000 kronor – en besparing för den enskilda kliniken på totalt 10 miljoner kronor (34).



Sammanfattningsvis visar resultaten att planeringen av läkares arbetstider inte alltid är baserad på en analys av patienternas behov. På många håll är styrningen av hur vårdens aktiviteter planeras, i relation till hur verksamheten bemannas, svag. Det förekommer också att planeringen av läkares och andra yrkesgruppers arbetstider sker separat, något som medför att det inte finns en samplanering mellan läkare och annan personal.

2.4.2 Möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal tillvaratas inte

Läkares arbetstider regleras formellt av EU:s arbetstidsdirektiv, arbetstidslagen (1982:673) och de kollektivavtal och lokala överenskommelser som finns i landstingen (5). Bemanningen sker inte alltid utifrån en systematisk analys av patienternas behov, och flera landsting har vittnat om att läkares ordinarie arbetstid ofta förläggs till vardagar mellan klockan 07.00 och 17.00. Det är dock enligt specialbestämmelser i läkarnas kollektivavtal möjligt att förlägga läkares ordinarie arbetstid till helgfri måndag-fredag klockan 07.00-21.00 (116). Trots det tycks det vara få landsting som utnyttjar möjligheten att schemalägga läkare till klockan 21.00. Arbetsgivaren har också enligt specialbestämmelserna möjlighet att övergå till annan arbetstidsförläggning. Detta innebär att det inte finns några avtalsmässiga hinder för att schemalägga läkare även under kvällar och nätter, för verksamheter där sådana behov finns.

Flera tidigare studier konstaterar att det inte är lagstiftning som hindrar utvecklingen mot en mer effektiv bemanning. Revisorerna i Region Skåne presenterade 2009 en granskning av Region Skånes användande av läkarresurserna. De konstaterade att det inte finns några hinder i det arbetsrättsliga och avtalsmässiga regelverket för det lokala arbetet med att förbättra produktiviteten (7). Även Svenskt Näringsliv konstaterade 2011 att existerande regler och avtal inte utgör något formellt hinder för en planering av läkarnas arbetstid utifrån patienternas behov. Däremot ansåg chefer och andra personer som arbetar med planeringen av läkares arbete att kollektiv- och avstegsavtalen blivit allt mer komplicerade och svåra att överblicka, något som gjort att arbetet med att planera resurserna och lägga scheman blivit allt mer komplext och administrativt krävande (135).

Revisionskontoret i Jämtlands Läns Landsting konstaterade 2010 att en utökad schemaläggning inom ramarna för nuvarande avtal skulle kunna medföra ett minskat behov av jourverksamhet. En ökad schemaläggning skulle inte innebära att ersättningen till läkarna skulle minska, men däremot skulle det kunna frigöra mer läkartid och på så vis mer tid för planerad verksamhet (76).

Jouravtalets inverkan är omdiskuterat

Konsekvenserna av jouravtalets utformning och tillämpning har flera gånger varit uppe i den offentliga debatten. Förespråkare har framhållit att jouravtalet är flexibelt, att det möjliggör att läkare med olika kompetens är kontinuerligt närvarande på dagtid vardagar och att det till en låg kostnad möjliggör att ha hög kompetens som beredskap i bakjoursledet (78). Läkarförbundet har kallat jouravtalet för ”arbetsgivarnas räddning”, och har vid flera tillfällen argumenterat mot en utökad schemaläggning. Det har de bland annat motiverat med att det skulle få stora ekonomiska konsekvenser att schemalägga läkare dygnet runt (59) (131) (129). Motståndare till joursystemet har hävdats att det är ett gammalmodigt system som bland annat leder till att läkare finns tillgängliga under fel tid på dygnet (21).

Jouravtalet innebär att läkare finns tillgängliga utanför ordinarie arbetstid under jour och beredskap. För jour- och beredskapsarbete utgår extra kompensation, som läkare kan ut i pengar eller i tid. Den så kallade 70/30-regeln, som innebar ett uttag av 70 procent av jourkompensationen i ledighet och 30 procent i pengar, har avskaffats av många landsting. Idag är det vanligt att läkare kan välja att ta ut all kompensation i ledighet eller i en blandning av ledighet och pengar. Ersättning med mindre än tolv procent i ledig tid är inte möjligt på grund av gällande vilokrav, som anger att läkare måste ta ut viss ledighet i direkt anslutning till jourtjänstgöringen.

Som skydd för läkarnas arbetsmiljö, och i förlängningen för patienternas säkerhet, regleras i arbetstidslagen (1982:673) att maximalt 200 timmars övertid medges per arbetstagare under ett kalenderår. Till denna kopplas en så kallad avräkningsperiod inom vilken läkarna genom uttag av kompensationsledigheten ska reglera sin övertid. Undersökningar har dock visat att det inte är ovanligt att arbetstidslagens begränsningar överskrids (22) (117).

Några landstingsföreträdare menar att joursystemet hindrar en effektiv planering av läkarresursen. De uppger att joursystemet dränerar hälso- och sjukvården på läkartid och att ersättningskvoter och ekonomiska incitament, som framför allt regleras i de lokala överenskommelserna, gör det mer lönsamt för läkare att arbeta kvällar, nätter och helger istället för dagtid. När läkarna sedan tar ut stora delar av jourkompensationen i ledighet medför det att de inte finns tillgängliga när patienterna behöver dem.

Det finns ett antal tidigare studier som belyst joursystemets konsekvenser. Svenskt Näringsliv framhöll 2011 att joursystemets uppbyggnad och tillämpning är ett hinder för ett effektivt utnyttjande av läkarresursen. De ansåg att kompensationsreglerna skapade ekonomiska incitament för läkarna att arbeta utanför ordinarie arbetstid. Jourkompensationen togs sedan ofta ut i ledighet, vilket



medförde att färre läkare var i tjänst dagtid. Uttag av ledighet uppgavs heller inte alltid ske med hänsyn till behoven i verksamheten (135). Även Revisionskontoret i Jämtlands Läns Landsting konstaterade i sin granskning att flera verksamheter hade en omfattande jourverksamhet. De såg att utförda timmar under jour och beredskap genererade ett stort kompensationsbehov som läkare i hög grad tog ut i ledighet, vilket fick konsekvenser för bemanningen dagtid (76).

I en studie av läkares arbetstider och läkarbemanningen på Sundsvalls sjukhus 2010 framkom att det inte skulle vara billigare att schemalägga läkarna efter klockan 21 jämfört med dagens jour- och beredskapssystem. Slutsatsen var att en sådan schemaläggning inte skulle ge några vinster, utan istället öka kostnaderna. De ansåg dock att det var viktigt att se över planeringsprocessen så att läkarnas arbetstider matchade verksamhetens produktionsbehov (83).

Åsikterna om jouravtalet är skiftande, och diskussionerna om jouravtalets konsekvenser har förts under lång tid. Vårdanalys gör i föreliggande studie ingen bedömning av på vilket sätt eller i vilken omfattning jouravtalets utformning och tillämpning inverkar på möjligheterna till ett effektivt utnyttjande av läkarresursen.

Sammanfattningsvis visar resultaten att det är mycket som tyder på att det i första hand inte är hinder i lagstiftning eller avtal som hämmar en effektiv produktionsplanering. Det finns stora möjligheter att styra bemanningen inom befintliga ramar, men landstingen utnyttjar inte alltid dessa möjligheter. Jouravtalets påverkan är omdiskuterat. Vårdanalys gör ingen bedömning av på vilket sätt och i vilken omfattning jouravtalets utformning och tillämpning påverkar möjligheterna till en effektiv bemanning.

2.4.3 Orsaker som hindrar arbetet med produktions- och kapacitetsplanering

Läkarbemanningen är inte alltid baserad på en analys av patienternas behov, och de möjligheter som finns att styra läkares arbetstider används sällan av landstingen. Flera landsting arbetar med produktions- och kapacitetsplanering vilket är positivt, men variationen i hur långt arbetet har kommit inom och mellan landstingen är stor.

Utifrån materialet har Vårdanalys identifierat tre orsaker till den rådande situationen:

- Traditioner och vanor.
- Starka professioner.
- Avsaknad av bra it-stöd.

Traditioner och vanor

Flera landstingsföreträdare menar att även om det finns ett identifierat behov av nya sätt att arbeta med planering och styrning av bemanningen, så är det svårt att förändra invanda beteenden och rutiner.

*Du har vissa turer och scheman i sjukvården, "såhär har vi alltid jobbat".
/.../ Jag uppfattar att det är tradition som har hindrat utvecklingen.*

När det gäller schemaläggning ser vi ju att de avtal som finns ger utrymme att schemalägga och göra det vi behöver göra för att kunna utnyttja läkarnas arbetstid på ett effektivt sätt, så det handlar mer om att våga än att behöva teckna massa nya avtal.

Starka professioner

Det uppges finnas en rädsla hos många chefer att en ökad styrning av arbetstiderna ska leda till uppsägningar bland personalen. Det här gäller särskilt i mindre landsting som har problem med stora vakanser. Att decentralisera ansvaret och låta läkarna själva till stor del styra sina arbetstider blir därmed en strategi för att behålla och attrahera personal. Landstingsföreträdare uppger även att professionshierarkier försvårar arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Det är väldigt svårt för andra yrkeskategorier att ifrågasätta läkarnas rätt att definiera sina krav och villkor. Ofta har vi sjuksköterskor som enhetschefer och de har svårt att ställa de kraven på läkarna.

Många landstingsföreträdare menar att den centrala styrningen som sätter ramarna för planeringen och styrningen av läkares arbetstider är svag.



Ausaknad av bra it-stöd

Många av de landsting som arbetar med produktions- och kapacitetsplanering efterfrågar bättre it-stöd som underlättar arbetet med planering och schemaläggning. Flera landstingsföreträdare uppger att arbetet sker i Excel eller helt manuellt med hjälp av papper och penna. Sådan planering försvårar möjligheterna till uppföljning och överblick. Det finns också en efterfrågan på it-stöd som möjliggör uppföljning av produktionen, och som kan fungera som stöd vid planering av personalbemanning.

Det finns en massa data, men den är inte anpassad och grupperad på ett sätt som underlättar för chefer att fatta beslut i frågor om schemaläggning. Ofta blir det manuellt arbete och en hel del handpåläggning för att få tag på rätt data som presenteras på rätt sätt.

I en granskning av läkarbemanningen i Jämtlands läns landsting konstaterades att landstingets it-system uppvisade brister avseende möjligheterna till återkoppling om produktion och arbetsinsatser. Det material som tillhandahölls var i liten utsträckning ett stöd för ledningen i styrningen av verksamheterna. I rapporten framhölls att it-stöd som underlättar planeringen och uppföljningen av produktionen, där schemaläggning kan kopplas till produktionsplaner och ekonomisk data, skulle förbättra förutsättningarna för arbetet (76).

Sammanfattningsvis pågår det på flera håll arbete inom landstingen med produktions- och kapacitetsplanering. I studien har dock framkommit att det finns fortsatt stor potential i att utveckla arbetet. Vårdanalys har identifierat tre orsaker som hindrar arbetet. Traditioner och vanor gör att det är svårt att förändra invanda beteenden och rutiner, trots att det finns ett identifierat behov. Starka professioner medför en rädsla att förlora personal om friheten att själv styra över arbetstiderna begränsas. Dessutom saknar många landsting adekvata it-stöd som stödjer arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

2.4.4 Exempel från landstingen

Produktionsskola i Landstinget i Gävleborg

I landstinget i Gävleborg har alla verksamhetschefer och första linjens chefer genomgått en "Produktionsskola" – en tvådagarsutbildning i produktions- och

kapacitetsplanering. Produktionsskolan startade 2012, men landstinget började arbeta med produktions- och kapacitetsplanering redan 2009. I Produktionsskolan får cheferna lära sig att utifrån inflödet av patienter se över hur de kan bemanna verksamheten för att optimera produktiviteten. Inom ramen för "Produktionsskolan" får deltagarna i uppgift att bemanna sin verksamhet utifrån en produktionsplan, baserat på en av de mallar som utvecklats inom landstinget för detta ändamål. De chefer som genomgått Produktionsskolan får sedan arbeta vidare med att införa produktions- och kapacitetsplanering vid respektive verksamhet. För att säkerställa god efterlevnad följs chefernas arbete upp efter ett halvår, varefter de har möjlighet att bli certifierade. Utvecklingsarbetet med produktions- och kapacitetsplanering har utvärderats med goda resultat. På operationssidan har produktionen ökat med 27 procent sedan 2009. Även medicinkliniken och psykiatrin har uppnått en ökad tillgänglighet sedan produktions- och kapacitetsplanering infördes.





Sammanfattande diskussion och rekommendationer för det fortsatta arbetet

Inledningsvis konstaterade vi att Sverige i en internationell jämförelse har många läkare i relation till befolkningen. Det skapar goda möjligheter för hög kvalitet och tillgänglighet inom hälso- och sjukvården, men en förutsättning är att läkares tid och kompetens används på ett effektivt sätt. Vårdanalys samlade bedömning är att det finns en betydande potential i att tillvarata läkares tid och kompetens på ett mer effektivt sätt än idag. I föreliggande studie har vi identifierat fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen (Figur 21).

Figur 21. Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen



Ett genomgående tema i de fyra utvecklingsområdena är att arbetet inte alltid utgår ifrån patienternas behov. Det administrativa arbetet upplevs inte alltid vara motiverat utifrån vad som krävs för att säkerställa en god vård, de it-stöd som används uppges inte alltid vara anpassade efter patientens väg genom



vården, fördelningen av arbetsuppgifter uppges inte alltid ske utifrån en analys av vad som är bäst för patienten och planeringen och styrningen av läkares arbetstider uppges inte alltid ske utifrån en analys av patienternas behov av hälso- och sjukvård. Vårdanalys vill framhålla vikten av att fortsätta utveckla hälso- och sjukvården så att arbetet utgår ifrån patienternas behov.

De fyra utvecklingsområdena är nära sammankopplade i det avseendet att de påverkar varandra. Till exempel har införandet av it inom hälso- och sjukvården haft stor påverkan på det administrativa arbetet. Det har bland annat ökat den administrativa kapaciteten och möjliggjort mer uppföljning. Införandet av it har troligtvis också påverkat arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal, bland annat genom en förskjutning av administrativt arbete från administrativ personal till läkare. Digitaliseringen av hälso- och sjukvården har dessutom inneburit ett starkt beroende av it-stöd, vilket får märkbara konsekvenser när systemen inte stödjer det vardagliga arbetet.

Inom vart och ett av de fyra utvecklingsområdena har vi identifierat ett antal utmaningar. Eftersom utvecklingsområdena har starka kopplingar sinsemellan kan en förändring som påverkar en identifierad utmaning också få konsekvenser för en eller flera andra utmaningar. Till exempel har förbättrade it-stöd sannolikt stor potential att minska frustrationen över delar av det administrativa arbetet. It-stöd kan också underlätta arbetet med produktions- och kapacitetsplanering i landstingen. Det i sin tur kan påverka alla fyra utvecklingsområdena genom att synliggöra vårdpersonalens arbetstidsfördelning. En välfungerande produktions- och kapacitetsplanering tydliggör vilka arbetsuppgifter som olika yrkesgrupper utför och hur lång tid olika uppgifter tar. Processen fungerar på så sätt som underlag för diskussion om prioritering av arbetsuppgifter, vilka stödsystem som finns tillgängliga och hur arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal bör se ut.

Många läkare upplever att det administrativa arbetet har trängt undan tiden för möten med patienterna. I studien har dock få konkreta administrativa uppgifter identifierats som uppfattas som helt onödiga. Istället verkar det vara summan av ett stort antal administrativa krav som tillsammans gör att läkarna upplever arbetet som tungt. Många anser att kraven är svagt koordinerade och många gånger otydliga, och att återkopplingen av resultat är bristfällig.

Tidigare studier har visat att läkare ägnar en betydande del av sin arbetstid till administration, med stora variationer mellan olika verksamheter och specialiteter. Eftersom begreppet administration har definierats olika i studierna är det svårt att dra några generella slutsatser om hur mycket tid som faktiskt ägnas åt olika typer av administrativt arbete. Hur mycket tid som är rimligt att ägna till administrativa uppgifter finns heller inget givet svar på. En sådan

diskussion förutsätter också att det finns en gemensam förståelse för vad begreppet administration avser. Diskussionen bör därför inte begränsas till hur många timmar som ägnas till administration respektive direkt patientarbete, utan också omfatta vilken administration läkarna utför och om den är motiverad för att bedriva en god vård.

Utöver nationella krav som är gemensamma för alla, fastställer landstingen regionala och lokala krav på vad som ska dokumenteras och följas upp. Det behövs därför en översyn och prioritering av krav som påverkar läkares administrativa arbete på alla nivåer. En viktig utgångspunkt är att beakta den alternativkostnad som krav på administration innebär. Dokumentation och uppföljning kan bidra med värdefull information om hälso- och sjukvården, men om inte befintliga data används sker registrering av uppgifter på bekostnad av andra arbetsuppgifter. Det måste därför noga övervägas hur läkares tid och kompetens bäst används.

Vad avser de administrativa krav som bedöms vara motiverade och nödvändiga, bör arbetet inriktas på att underlätta processerna. Det kan göras genom att tydliggöra rutiner för det administrativa arbetet, se över vilka stödssystem som finns samt utreda i vilken utsträckning det går att överföra arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper. Tidigare studier tyder på att läkares och andra yrkesgruppers kompetens inte tillvaratas fullt ut, och att det finns potential i att omfördela uppgifter mellan personal för att utnyttja resurserna bättre. Det skulle innebära att alla yrkesgrupper får arbeta med mer kvalificerade uppgifter och därmed utvecklas i sin yrkesroll. Det är oroväckande att andelen läkare som anser att de använder sin högsta kompetens hela eller större delen av arbetstiden minskar, samtidigt som efterfrågan på högkvalitativ hälso- och sjukvård i Sverige ökar och kommer fortsätta öka.

Förutom att rätt arbetsuppgifter utförs av personer med rätt kompetens är det viktigt att säkerställa att bemanningen utgår ifrån patienternas behov. Studien visar att det finns få formella eller legala hinder för en mer effektiv bemanning, och vi vill därför understryka vikten av att ledningar styr och fördelar arbetet utifrån en analys av patienternas behov.

Det fortsatta arbetet

Denna studie belyser om läkarresursen används effektivt på klinik-/mottagningsnivå, och utgör en analys av situationen på övergripande nivå. Nästa steg i arbetet bör vara att ta denna kunskap vidare genom att identifiera och fastställa specifika utmaningar på regional och lokal nivå, och därefter fokusera på vilka åtgärder som kan vidtas på lokal, regional och nationell nivå för att uppnå en mer effektiv användning av de personella resurserna i vården.



Vårdanalys vill understryka vikten av en helhetssyn i det fortsatta arbetet. Eftersom de fyra utvecklingsområdena är nära sammankopplade måste det finnas en medvetenhet om hur åtgärder inom ett område kan påverka andra områden. Vidare har vi identifierat de fyra utvecklingsområdena inom den dimension av effektivitetsbegreppet som kallas klinikeffektivitet. Lösningssrummet sträcker sig dock utanför klinik-/mottagningsnivå och det krävs därför initiativ också inom andra effektivitetsdimensioner för att uppnå ett mer effektivt användande av läkarresursen. Som exempel kan nämnas it-området där samverkan mellan landstingen är avgörande (struktureffektivitet) eller överföring av arbetsuppgifter mellan yrkesgrupper som i vissa fall skulle kunna innebära förändrad ansvarsfördelning mellan olika delar i vårdkedjan (processeffektivitet). I det fortsatta arbetet är det därför centralt att beakta alla effektivitetsdimensioner, eftersom en snäv fokusering på enbart en effektivitetsdimension riskerar att leda till suboptimering.

Denna inledande studie avgränsade vi till att omfatta läkare. En effektiv hälso- och sjukvård förutsätter dock att alla personella resurser inom vården används effektivt, och det fortsatta arbetet bör därför inte begränsas till enbart läkare. Flera av de utmaningar som vi identifierat i studien är också relevanta för andra yrkesgrupper. Till exempel omfattas sjuksköterskor, sjukgymnaster, psykologer och andra personalkategorier av krav som medför administrativt arbete. De it-stöd som används är ofta gemensamma för flera yrkesgrupper. Inte minst måste det finnas en helhetssyn vid genomförandet av produktions- och kapacitetsplanering, med en analys av arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper.

Vårdanalys menar vidare att det är viktigt att beakta tidsperspektivet i det fortsatta arbetet. Vad kan göras på kort, medellång respektive lång sikt för att uppnå en mer effektiv användning av läkarresursen? Inom vissa områden är det troligtvis både möjligt och angeläget med ett snabbt agerande, medan det inom andra områden kan behövas mer tid för att åstadkomma förändring.

Det är också väsentligt att läkare och andra yrkesgrupper görs delaktiga i det fortsatta arbetet, eftersom personalen själva har avgörande kunskaper om hur hälso- och sjukvården fungerar och kan utvecklas.

Sammanfattningsvis menar Vårdanalys att det krävs insatser på kort och lång sikt, inom flera effektivitetsdimensioner och på alla nivåer inom hälso- och sjukvården. Ledare på lokal, regional och nationell nivå har ett ansvar för att strategiskt och målmedvetet arbeta för att de personella resurserna används på ett effektivt sätt utifrån patienternas behov.

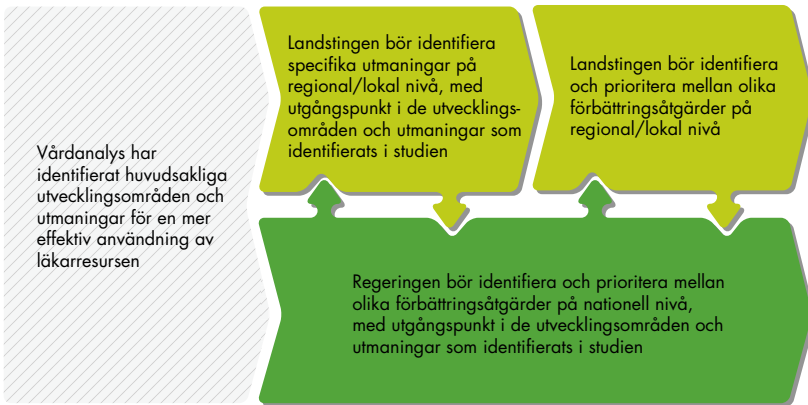
Det finns flera utmaningar i det fortsatta arbetet. Den mångfald av styrning som gäller inom hälso- och sjukvården medför att verksamheter på lokal

nivå, förutom den egna interna styrningen, ska förhålla sig till en mängd olika ibland bristfälligt koordinerade styrsignaler från både regional och nationell nivå. Det är en komplex ledningssituation, och Vårdanalys menar att en otydlig flernivåstyrning riskerar att leda till att ingen tar det samlade ansvaret.

I rapporten har också redogjorts för att traditioner och vanor, liksom starka professioner som utifrån sina intressen motsätter sig förändrade arbetsätt, utgör hinder för utvecklingen. Det innebär därmed en stor ledarskapsutmaning att bemöta, hantera och förändra invanda beteenden och arbetsätt för att möjliggöra utvecklingen mot en mer effektiv hälso- och sjukvård som utgår ifrån patienternas behov.

Som vi påtalat ser situationen olika ut både mellan och inom landstingen vad gäller de fyra identifierade utvecklingsområdena. Därför behövs analyser på regional och lokal nivå, med utgångspunkt i de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, för att identifiera de egna behoven inom varje landsting. Därefter kan landstingen identifiera och prioritera mellan olika förbättringsåtgärder. Även på nationell nivå är det angeläget att utifrån de identifierade utvecklingsområdena och utmaningarna i ett nästa steg identifiera och prioritera mellan olika förbättringsåtgärder.

Figur 22. Förslag på det fortsatta arbetets inriktning



Vårdanalys rekommenderar landstingen att ta arbetet vidare i två steg.

- ▶ *Landstingen bör, utifrån de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, identifiera den egna organisationens viktigaste utmaningar för en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

Det finns stora skillnader både mellan och inom landstingen när det gäller administrativa krav och rutiner, it-stöd, fördelning av arbetsuppgifter och arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Igenkänningsfaktorn är därför olika hög beroende på arbetsplats. Landstingen bör därför basera det fortsatta arbetet på en analys av de egna behoven och de egna förutsättningarna. Analysen bör, för att bli rättvisande, brytas ned på varje sjukhus, klinik och vårdcentral. I figur 23 ges exempel på frågor som kan bidra med värdefull vägledning för respektive landstingsledning i arbetet med att kartlägga utmaningarna i det egna landstinget.

- ▶ *Landstingen bör identifiera och prioritera vilka förbättringsåtgärder på regional/lokal nivå som kan bidra till en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

Utifrån de specifika utmaningar som fastställts för det egna landstinget bör varje landsting identifiera vilka åtgärder de kan vidta för en mer effektiv användning av de personella resurserna. En del initiativ behöver sannolikt utformas lokalt, medan andra åtgärder är gemensamma för hela landstinget. Som vi redogjort för ovan bör arbetet utgå från en helhetssyn. Prioriteringen av åtgärder bör landstingen göra utifrån förväntad effekt och komplexitet i genomförandet. Det kan exempelvis handla om att bedöma vad som är möjligt att åstadkomma på kort, medellång respektive lång sikt.

Figur 23. Förslag på vägledande frågor i det fortsatta arbetet på regional nivå



Vårdanalys menar vidare att vissa av de förutsättningar som behövs för en mer effektiv användning av de personella resurserna är nationella angelägenheter. Vårdanalys riktar därför en rekommendation till regeringen.

- ▶ *Regeringen bör, utifrån de utvecklingsområden och utmaningar som identifierats i denna studie, identifiera och prioritera vilka förbättringsåtgärder på nationell nivå som kan bidra till en mer effektiv användning av de personella resurserna.*

Utifrån de fyra övergripande utvecklingsområdena och de specifika utmaningar som vi identifierat i denna studie bör regeringen identifiera och prioritera vilka förbättringsåtgärder på nationell nivå som kan bidra till en mer effektiv användning av personella resurser inom hälso- och sjukvården. Det kan innebära fördjupade utredningar och konsekvensanalyser inom vissa områden. En prioritering av förbättringsåtgärder måste utgå ifrån en helhetssyn och en medvetenhet om de olika utvecklingsområdenas inbördes relation. Likaså behövs en analys av relationen mellan den nationella och regionala nivån inom respektive utvecklingsområde. Det är inte osannolikt att landstingen kommer att identifiera förbättringsåtgärder som kräver nationella initiativ. Det bör därför finnas en kontinuerlig dialog mellan regional och nationell nivå, som underlättar för landstingen att vid behov lyfta sådana förslag. Avslutningsvis är det viktigt att ta hänsyn till tidsperspektivet, och att noga avväga vilka utmaningar som bör prioriteras på kort, medellång respektive lång sikt.

I Figur 24 ges exempel på frågor som kan bidra med värdefull vägledning i arbetet med att identifiera tänkbara förbättringsåtgärder på nationell nivå.

Figur 24. Förslag på vägledande frågor i det fortsatta arbetet på nationell nivå



Regeringen har efter denna studies genomförande beslutat att inrätta en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Denna studie kan betraktas som en möjlig utgångspunkt för den nationella samordnarens arbete.

Svensk hälso- och sjukvård står inför stora utmaningar där behovet av vårdinsatser kommer att öka. För att kunna möta efterfrågan måste vården lyckas attrahera, rekrytera, utveckla och behålla engagerade och kompetenta



medarbetare. En förutsättning för det är att arbetsvillkoren är goda. I det ingår att läkare och annan personal får använda sin kompetens fullt ut. De ska inte ägna tid åt arbetsmoment som är direkt onödiga eller som borde utföras av någon annan yrkesgrupp. En effektivisering av hur läkares och annan personals tid och kompetens används kan därmed bidra till mer attraktiva arbetsvillkor, och sammantaget skapa bättre förutsättningar att klara av de utmaningar hälso- och sjukvården står inför.



4

Referenser

1. Agerberg M. Malmöläkare ska få mer tid. Läkartidningen. 2012;109:2070-5.
2. Agerberg M. Svårt att befria läkarna från administrationsbördan. Läkartidningen. 2012;109:2072-4.
3. Alexanderson K, Arrelöv B, Brännström R, Gustavsson C, Hinas E, Kjeldgård L, et al. Läkares erfarenheter av arbete med sjukskrivning. Resultat från en enkätstudie år 2012 och jämförelser med 2008 och 2004. Institutionen för klinisk neurovetenskap, Sektionen för försäkringsmedicin, Karolinska Institutet. Rapport 2013.
4. Anskär E. Vad gör vi på jobbet? En deskriptiv studie om arbetstidens innehåll på en vårdcentral. Landstinget i Östergötland. Forsknings- och utvecklingsenheten för Närsjukvården i Östergötland. Rapport 2012:1.
5. Arbetstidslag (1982:673).
6. Aronsson G, Bejerot E, Härenstam A. Onödiga och oskäligen arbetsuppgifter bland läkare. Samband mellan illegitima arbetsuppgifter och stress kartlagt i enkätstudie. Läkartidningen. 2012;109:2216-9.
7. Arthursson M, Boman D, Månsson M, Reje L. Granskning av läkarnas produktivitet. Micartur AB. Rapport 2009.
8. Bejerot E, Dunér D, & Winkler A. Professioner i fokus: Läkare – sökbar databas på internet. <http://data.pifokus.se> [2013-11-19].
9. Bergström E, Agerhäll M, Algers G, Gärskog H, Lindmark S, Netterling H et al. Vårdadministrativa resurser – läkaradministration. Projekt balans, Delprojekt 14. Västerbottens Läns Landsting. Rapport 2012.
10. Berlin J, Kastberg G. Styrning av hälso- och sjukvård. Malmö: Liber; 2011.

11. Carlsén S. Resultat av journalgranskning inom ramen för projektet standardiserad vårddokumentation i LIÖ. Landstinget i Östergötland. Rapport 2011.
12. Center för eHälsa i samverkan. Handlingsplan 2013-2018. Landstings, regioners och kommuners samarbete inom ehälsområdet. Rapport 2012.
13. Center för eHälsa i samverkan, Nationell Patientöversikt (NPÖ). 2013-11-04. Tillgänglig på <http://www.cehis.se/vardtjanster/npo/>. [2013-10-15].
14. Dagens Medicin. Läkare lägger nästan halva sin arbetstid på administration. 2002-11-25. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/lakare-lagger-nastan-halva-sin-arbetstid-pa-administration/> [2013-11-20].
15. Dagens Medicin. Remisser av sjukgymnaster gav effektivare behandling. 2007-01-17. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/remisser-av-sjukgymnaster-gav-effektivare-behandling/> [2013-11-20].
16. Dagens Medicin. Schemaläggning gav läkare bättre arbetsmiljö. 2008-03-19. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/schema-laggning-gav-lakare-battre-arbetsmiljo/> [2013-11-20].
17. Dagens Medicin. Mer administration och mindre tid med patienterna. 2009-04-09. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/nyheter/mer-administration-och-mindre-tid-med-patienterna/> [2013-11-20].
18. Dagens Medicin. Läkarna kan få schematid dygnet runt. Nr 22/10, 2010-06-02.
19. Dagens Medicin. Vårdförbundet föreslår samma arbetstidsavtal för hela vården. Nr 21/10, 2010-05-26.
20. Dagens Medicin. De synade hur läkarna ska få mer tid till vård. 2012-06-14. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/jobb/de-synade-hur-lakarna-ska-fa-mer-tid-till-vard----/> [2013-11-20].
21. Dagens Medicin. Vill ge läkarna mindre ledigt. 2012-12-14. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/jobb/vill-ge-lakarna-mindre-ledigt/> [2013-11-20].
22. Dagens Nyheter. Många läkare jobbar sjukt mycket övertid. 2009-03-25. Tillgänglig på <http://www.dn.se/nyheter/sverige/manga-lakare-jobbar-sjukt-mycket-overtid/> [2013-11-20].
23. Dagens Sjuksköterska. Sjuksköterskor i Blekinge får större ansvar för påsdialys. 2010-10-19. Tillgänglig på <http://www.dagenssjukskoterska.se/nyheter/karriar/sjukskoterskor-i-blekinge-far-storre-ansvar-for-pasdialys/> [2013-11-20].

24. Dahl J. Låt dokumentationen bli en ensak för administratörer. Dagens Medicin. 2013-05-29. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/debatt/lat-dokumentationen-bli-en-sak-for-administratorer/> [2013-11-20].
25. Fernler K, Krohwinkel Karlsson A, Holmgren P.G. Ledande frågor. 13 röster från praktiken möter organisationsforskare om villkoren för ledning och styrning av vård. Leading Health Care. 2013.
26. Forssell A, Ivarsson Westerberg A. "Vad kostar transparens?" i Levay C, Waks C. (red). Strävan efter transparens. Stockholm: SNS Förlag; 2006.
27. Förordning (1982:668) om statliga myndigheters inhämtande av uppgifter från näringsidkare och kommuner.
28. Försäkringskassan. En enklare sjukförsäkringsprocess. Tillgänglig på: http://www.forsakringskassan.se/omfk/samverkan_och_projekt/en_enklare_sjukforsakringsprocess!/ut/p/bo/04_Sj9CPykssyoxPLMnMz-ovMAfGjzOKNDQoMLJoMHQosghzNDTxdwgIDPFyMjU3CjPQLsh-oVAtUtQ! [2013-09-04].
29. Gillingsjö R, Karlstedt K. Rätt tid inom Stockholms läns landsting. Kvartersakuten Surbrunnsgatan (primärvården), SLSO. Stockholms läns landsting. Rapport 2005.
30. Gillingsjö R, Karlstedt K, Eriksson A. Rätt tid inom Stockholms läns landssting. Geriatriken, avdelning 38, SLSO. Stockholms läns landsting. Rapport 2005.
31. Gillingsjö R, Sjöström T, Eriksson A. Rätt tid inom Stockholms läns landsting. Ortopedmottagningen och avdelning 59, DS. Stockholms läns landsting. Rapport 2005.
32. Gunnarsdotter S. Utökad förskrivningsrätt lockar inte läkare. Läkartidningen. 2006;103:2125.
33. Hasselbladh H, Bejerot E, Gustafsson R.Å. Bortom new public management - institutionell transformation i svensk sjukvård. Lund: Academia Adacta; 2008.
34. Helseplan på Verksamhetschefens dag 2012, Dagens Medicin. Presentationsmaterial: Gyllensvärd A. Produktionsplanering – få kontroll över produktionsmålen och kapacitetsbehoven. 2012-10-02. Tillgänglig på http://www.dagensmedicin.se/Global/Dagens_medicin/Agenda/verksamhetschefensdag2012/amandagyllensward.pdf [2013-10-15].
35. Holstad M. Därför har doktorn inte tid. Svenska Dagbladet. 2003-04-28. Tillgänglig på http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/darfor-har-doktorn-inte-tid_89530.svd [2013-11-20].

36. It i vården. Datasystem anmäls till arbetsmiljöverket. 2012-10-29. Tillgänglig på <http://itivarden.idg.se/2.2898/1.474007/datasystem-anmalls-till-arbetsmiljoverket> [2013-11-20].
37. It i vården. En inloggning är fortfarande flera. 2013-06-13. Tillgänglig på <http://itivarden.idg.se/2.2898/1.512484/en-inloggning-ar-fortfarande-flera> [2013-11-20].
38. It i vården. Haverier skapar misstro mot systemet. 2013-06-19. Tillgänglig på <http://itivarden.idg.se/2.2898/1.513422/haverier-skapar-misstro-mot-systemet> [2013-11-20].
39. Janols R. Evolving systems - engaged users. Key principals for improving region-wide health it adoption. Acta Universitatis Upsaliensis. Uppsala. 2013.
40. Janols R, Göransson B, Borälv E, Sandblad B. Physicians' concept of time usage- a key concern in epr deployment. E-health. 2010;335:71-81.
41. Jansson A, Hjelmqvist T. Läkarnas och sjuksköterskornas arbetssituation och arbetsinnehåll. En studie enligt kartläggningskonceptet "Rätt Tid". Köpings Lasarett. Västmanlands läns landsting. Rapport 2003.
42. Jansson A, Lundberg A. Revisionsrapport. Läkarnas åtagande, tidsfördelning och arbetssituation. Centrallasarettet Västerås. Västmanlands läns landsting. Rapport 2002.
43. Jansson A, Norman I, Lundberg A. Läkarnas åtagande, tidsfördelning och arbetssituation. Granskning av hur läkarresursen nyttjas samt läkarnas tidsfördelning mellan patientkontakt och administration. Universitetssjukhuset Örebro (USÖ). Örebro läns landsting. Rapport 2002.
44. Jansson B, Nitz L, Wedin M. Våra yrken har kidnappats av ekonomernas modeller. Dagens Nyheter. 2013-06-24. Tillgänglig på <http://www.dn.se/debatt/vara-yrken-har-kidnappats-av-ekonomernas-modeller/> [2013-11-10].
45. Jerlvall L, Pehrsson T. eHälsa i landstingen. Inventering på uppdrag av SLIT-gruppen. Center för eHälsa i samverkan. Rapport 2013.
46. Klinga C, Hansson J, Andreen Sachs M. Kartläggning av rutiner för journalföring vid onkologkliniken Karolinska universitetssjukhuset: Ett underlag för utvecklingsinsatser. Karolinska Institutet, Institutionen för lärande, informatik, management och etik (LIME). Rapport 2012.
47. Kommunal, SKTF, Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet, Sveriges Kommuner och Landsting. Vård it-rapporten 2010. En sammanfattning. Uppföljning av användarundersökningen vård it-kartan från 2004. Users Award. Rapport 2010.

48. Kommunal, Svensk Sjuksköterskeförening, Svenska Läkarsällskapet, Sveriges Läkarförbund, Vårdförbundet. Störande eller stödjande. Om e-hälsosystemens användbarhet 2013. Slutrapport från projektet hälso-systemens användbarhet 2013. Rapport 2013.
49. Lag (1998:1656) om patientnämndsverksamhet m.m.
50. Landstinget i Östergötland. Slutrapport Projekt 10⁶ 2004-2007. Rapport 2008.
51. Landstinget i Östergötland. Produktions- och kapacitetsplanering. 2013-09-23. Tillgänglig på [http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-ostra-Ostergotland/Verksamhetsutveckling-IT/Kapacitetsplanering/\[2013-10-15\]](http://www.lio.se/Verksamheter/Narsjukvarden-i-ostra-Ostergotland/Verksamhetsutveckling-IT/Kapacitetsplanering/[2013-10-15]).
52. Landstingsrevisorerna Stockholms Läns Landsting. Ersättningssystemen på sjukhusen. Projekt rapport Nr 10/2009. Rapport 2009.
53. Lundin Y, Persson J. Landstingen i Blekinge och Kronobergs län. Granskning av tidsanvändningen i vården. Rapport 2003.
54. Läkaruppropet. 2013-06-18. Tillgänglig på [http://upprop.nu/VVGV.\[2013-10-15\]](http://upprop.nu/VVGV.[2013-10-15]).
55. Marklund S-E. Läkarnas administrativa arbete ökar allt snabbare. Läkartidningen. 2010;107:1600-1.
56. McKinsey & Company. Tillväxt och förnyelse i den svenska ekonomin. Utveckling, nuläge och prioriteringar inför framtiden. Rapport 2012.
57. Nationella kvalitetsregister. <http://www.kvalitetsregister.se>. [2013-10-15].
58. Nilson Bågenholm E. Tung administration själ tid. Läkartidningen. 2009;106:2183.
59. Nilson Bågenholm E. Arbetstider efter behov. Läkartidningen. 2010;107:1447.
60. Nilson Bågenholm E. Vad läkarna gör på jobbet. Läkartidningen. 2010;107:1903.
61. Nordmark E, Stensmyren, H. Rätt kompetens på rätt plats är värdefull. Dagens Medicin. 2010-04-14. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/debatt/ratt-kompetens-pa-ratt-plats-ar-vardefull/> [2013-11-20].
62. Nordström A, Eklund A-K, Wedin M, Nordmark E. Ge vårdpersonalen en central roll i utvecklingen av it-system. Dagens Medicin. 2011-04-13. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/debatt/ge-vardepersonalen-en-central-roll-i-utvecklingen-av-it-system/> [2013-11-20].
63. OECD. OECD StatExtracts health care resources: Physicians, year 2010. Tillgänglig på <http://stats.oecd.org/> [2013-10-24].
64. OECD. OECD StatExtracts health care resources: Physicians by categories, year 2010. Tillgänglig på <http://stats.oecd.org/> [2013-10-24].

65. OECD. OECD StatExtracts health care utilisation: Consultations, year 2010. Tillgänglig på <http://stats.oecd.org/> [2013-10-24].
66. Olsson B. Byråkraterna vill behålla makten över sjukvården. Dagens Medicin. 2013-10-12. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/kronikor/byrakraaterna-vill-behalla-makten-over-sjukvarden/> [2013-11-20].
67. Palmgren M. Planering & styrning. Tillgänglig på http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=05993f83-cefo-40f7-b930-3e5c359b1dad&FileName=Planering+och+styrning%2C+Myrna+Palmgren.pdf [2013-11-19].
68. Patientdatalag (2008:355).
69. Patientsäkerhetslag (2010:659).
70. Persson M, Anell A. Vad gör läkarna? Arbetsrapport 2000:1. Institutet för hälso- och sjukvårdsekonomi. Rapport 2000.
71. Petersson G. "eHälsa kan utveckla och utvärdera hälso- och sjukvården – möjligheter och förutsättningar" i Sveriges Kommuner och Landsting (red). Kvalitetssäkrad välfärd, sex röster om uppföljning och utvärdering 2013. Rapport 2013.
72. Pfeiler F, Roland A. Rapport över granskning av läkares tidsanvändning – en studie i landstinget Dalarna. Rapport 2003.
73. Plantin A, Johansson M. Implementing production planning processes in health care - a case study of a surgery clinic. Proceedings of PLAN Research and Application Conference, Lund, 2012.
74. Proposition 2007/08:126 Patientdatalag m.m.
75. Regeringen. Uppdrag om nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk. s2007/4754/FS.
76. Revisionskontoret Jämtlands Läns Landsting. Styrning av läkarnas tid och kompetens. Revisionsgranskning av resursutnyttjande vid område kirurgi, medicin och ortopedi. Rapport 2010.
77. Riksrevisionen. Rätt information vid rätt tillfälle inom vård och omsorg – samverkan utan verkan? Rapport 2011:19.
78. Sjukhusläkaren. Schemaläggning på obekvämtid löser inga problem. 2005-06-22. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2005/06/22/%E2%80%9Dschemalaggning-pa-obekvam-tid-loser-inga-problem%E2%80%9D/> [2013-11-20].
79. Sjukhusläkaren. Striden gäller hur mycket en läkare ska arbeta. 2005-08-22. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2005/08/22/%E2%80%9Dstriden-galler-hur-mycket-en-lakare-ska-arbeta%E2%80%9D/> [2013-11-20].

80. Sjukhusläkaren. För mycket dokumentation hot mot patientsäkerheten. 2005-10-22. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2005/10/22/%E2%80%9Dfor-mycket-dokumentation-hot-mot-patientsakerheten%E2%80%9D/> [2013-11-20].
81. Sjukhusläkaren. Läkarnastid utnyttjas felaktigt. 2008-04-30. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2008/04/30/%E2%80%9Dlakarnastid-utnyttjas-felaktigt%E2%80%9D/> [2013-11-20].
82. Sjukhusläkaren. Dokumentationshysteri tvingar alla yrkesgrupper att arbeta med fel saker. 2009-10-27. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2009/10/27/%E2%80%9Ddokumentationshysteri-tvingar-alla-yrkesgrupper-att-arbeta-med-fel-saker%E2%80%9D/> [2013-11-20].
83. Sjukhusläkaren. Kritiken mot läkarnas arbetstider obefogad. 2010-10-28. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2010/10/28/%E2%80%9Dkritiken-mot-lakarnas-arbetstider-obefogad%E2%80%9D/> [2013-11-20].
84. Sjukhusläkaren. Det stora problemet är att systemen inte hänger ihop. 2012-05-01. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2012/05/01/det-stora-problemet-ar-att-systemen-inte-hanger-ihop/> [2013-11-20].
85. Sjukhusläkaren. Hur storslaget är epic egentligen? 2012-05-01. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2012/05/01/hur-storslaget-ar-epic-egentligen/> [2013-11-20].
86. Sjukhusläkaren. Mötet mellan patient och läkare är vårdens huvudprocess. 2012-10-25. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2012/10/25/6689/> [2013-11-20].
87. Sjukhusläkaren. Administrationsbördan har exploderat under senare år. 2013-02-10. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/02/20/administrationsbordan-har-exploderat-under-senare-ar/> [2013-11-20].
88. Sjukhusläkaren. Signering: Så tyckte läkare från norr till söder. 2013-02-19. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/02/19/signering-sa-tycker-lakare-fran-norr-till-soder/> [2013-11-20].
89. Sjukhusläkaren. Använd möjligheten till undantag från signerings-tvånget. 2013-02-20. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/02/20/anvand-mojligheten-till-undantag-fran-signeringstvanget/> [2013-11-20].
90. Sjukhusläkaren. Färre signeringar ger obefintliga vinster. 2013-02-20. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/02/20/farre-signeringar-ger-obefintliga-vinster/> [2013-11-20].

91. Sjukhusläkaren. Malmö/lund: Samma klinik – men olika IT-system. 2013-06-11. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/06/11/malmolund-samma-klinik-men-olika-it-system/> [2013-11-20].
92. Sjukhusläkaren. Onödiga och oskäligen arbetsuppgifter riskfaktor för utmattning. 2013-06-11. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/06/11/onodiga-och-oskaliga-arbetsuppgifter-riskfaktor-for-utmattning/> [2013-11-20].
93. Sjukhusläkaren. Det finns en gräns för hur länge man kan bygga på gamla system. 2013-06-18. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/06/18/det-finns-en-grans-for-hur-lange-man-kan-bygga-pa-gamla-system/> [2013-11-20].
94. Sjukhusläkaren. Krånglande PMO ett problem i sig. 2013-06-19. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2013/06/19/kranglade-pmo-ett-problem-i-sig/> [2013-11-20].
95. Sjöström T, Eriksson A. Rätt tid inom Stockholms läns landsting. Kirurgen avdelning 61, DS. Stockholms läns landsting. Rapport 2005.
96. Sjöström T, Eriksson, A. Rätt tid inom Stockholms läns landsting. Kvinnokliniken avdelning 12, DSAB. Stockholms läns landsting. Rapport 2005.
97. Socialdepartementet. Den ljusnande framtid är vård, delresultat från LEV-projektet. Regeringskansliet. Rapport 2010.
98. Socialdepartementet. Nationell ehälsa – strategin för tillgänglig och säker information om vård och omsorg.
99. Socialdepartementet. En rapport för Socialdepartementet. Ehälsa i Sverige – nuläge och framtida mål. Rapport 2012.
100. SOSFS 1997:14 Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård.
101. Socialstyrelsen. Omfattningen av administration i vården. Rapport 2000.
102. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2001:16) om kompetenskrav för sjuksköterskor vid förskrivning av läkemedel.
103. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2000:1) om läkemedelshandtering i hälso- och sjukvården.
104. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2003:20) om hem för vård eller boende.
105. Socialstyrelsen. Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården? Rapport 2004.
106. Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:29) om utfärdande av intyg inom hälso- och sjukvården m.m.

107. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14).
108. Socialstyrelsen. Handbok till SOSFS 2008:14, Informationshantering och journalföring. Rapport 2009.
109. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser och utvärdering. Psykiatrisk vård – ett steg på vägen. Rapport 2010.
110. Socialstyrelsen. Hur utvecklar landstingen vårddokumentationens innehåll och struktur? – en enkätundersökning. Rapport 2013.
111. Socialstyrelsen. Nationell informationsstruktur och nationellt fackspråk – slutrapport 2012. Rapport 2013.
112. Socialstyrelsen. Nationella planeringsstödet 2013. Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Rapport 2013.
113. Socialstyrelsen. Statistikdatabasen, hälso- och sjukvårdspersonal. <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas>. [2013-11-19].
114. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2013. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Rapport 2013.
115. SOU 2006:82 Patientdatalag, betänkande av patientdatautredningen.
116. Specialbestämmelser för läkare. Bilaga 3 till HÖK 10. 2010.
117. Svenska Dagbladet. Här kostar läkarnas övertid mest. 2013-04-12. Tillgänglig på http://www.svd.se/naringsliv/nyheter/sverige/har-kostar-lakarnas-overtid-mest_8078988.svd [2013-11-20].
118. Sveriges Kommuner och Landsting. Uppgiftsinsamling från kommuner och landsting. 2013-07-04. Tillgänglig på http://www.skf.se/vi_arbetar_med/statistik/statistikinsamling/uppgiftsinsamling_fran_kommuner_och_landsting [2013-11-05].
119. Sveriges Kommuner och Landsting. Effektivare nyttjande av tid och resurser? Kartläggning av de administrativa processerna samt undersköterskors och läkarsekreterares uppgifter. Rapport 2005.
120. Sveriges Kommuner och Landsting. Produktivitet och effektivitet i hälso- och sjukvården. Rapport 2006.
121. Sveriges Kommuner och Landsting. Framtidens utmaning – välfärdens långsiktiga finansiering. Programberedningen för välfärdsfinansieringen. Rapport 2010.
122. Sveriges Kommuner och Landsting. Tillgänglighet i vården, konferenser och seminarier. Tillgänglig på http://www.skf.se/vi_arbetar_med/halsa-ochvard/tillganglighet-i-varden/konferenser-och-seminarier [2013-11-19].

123. Sveriges Kommuner och Landsting. Sektorn i siffror. 2013-10-11. http://www.skl.se/vi_arbetar_med/ekonomi/sektorn_i_siffror. [2013-10-28].
124. Sveriges Läkareförbund. Sverige behöver fler läkare. 2009-11-12. Tillgänglig på <http://www.slf.se/Aktuellt/Sverige-behover-fler-lakare/> [2013-11-19].
125. The Commonwealth Fund. The 2011 Commonwealth Fund international survey of sicker adults.
126. The Commonwealth Fund. The 2012 Commonwealth Fund international survey of primary care doctors.
127. The Commonwealth Fund. The 2013 Commonwealth Fund international health policy survey.
128. Wedin M. Sjukvården behöver en egen ansvarsutredning. Sjukhusläkaren. 2004-04-30. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2004/04/30/sjukvarden-behover-en-egen-ansvarsutredning/> [2013-11-20].
129. Wedin M. Vi säger nej till schemalagt nattarbete. Sjukhusläkaren. 2005-06-22. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2005/06/22/%E2%80%9Dvi-sager-nej-till-schemalagt-nattarbete%E2%80%9D/> [2013-11-20].
130. Wedin M. Varför träffar allt fler läkare allt färre patienter? Sjukhusläkaren. 2010-09-07. Tillgänglig på <http://www.sjukhuslakaren.se/2010/09/07/varfor-traffar-allt-fler-lakare-allt-farre-patienter/> [2013-11-20].
131. Wedin M. Behovet styr obekvämtid. Läkartidningen. 2011;108:7.
132. Väntetider i Vården. Produktionsplanering gav bättre tillgänglighet. Tillgänglig på <http://www.vantetider.se/foerbaettringsarbete/goda-exempel/produktionsplanering-gav-baettere-tillgaenglighet>. [2013-07-31].
133. Västerbottens Läns Landsting. Rätt använd neurologisk kompetens. 2013-01-04. Tillgänglig på <http://www.vll.se/default.aspx?id=62799> [2013-10-28].
134. Zander Ögren H. Låt sekreterare sköta journalerna. Dagens Medicin. 2012-04-24. Tillgänglig på <http://www.dagensmedicin.se/debatt/lat-sekreterare-skota-journalerna/> [2013-11-20].
135. Öberg Lindevall M, Källberg N, Morin A. Mot en patient- och behovsstyrd hälso- och sjukvård – kraven på ökad produktivitet i svensk sjukvård och tillgången på läkare. Svenskt Näringsliv. Rapport 2011.



Bilaga 1

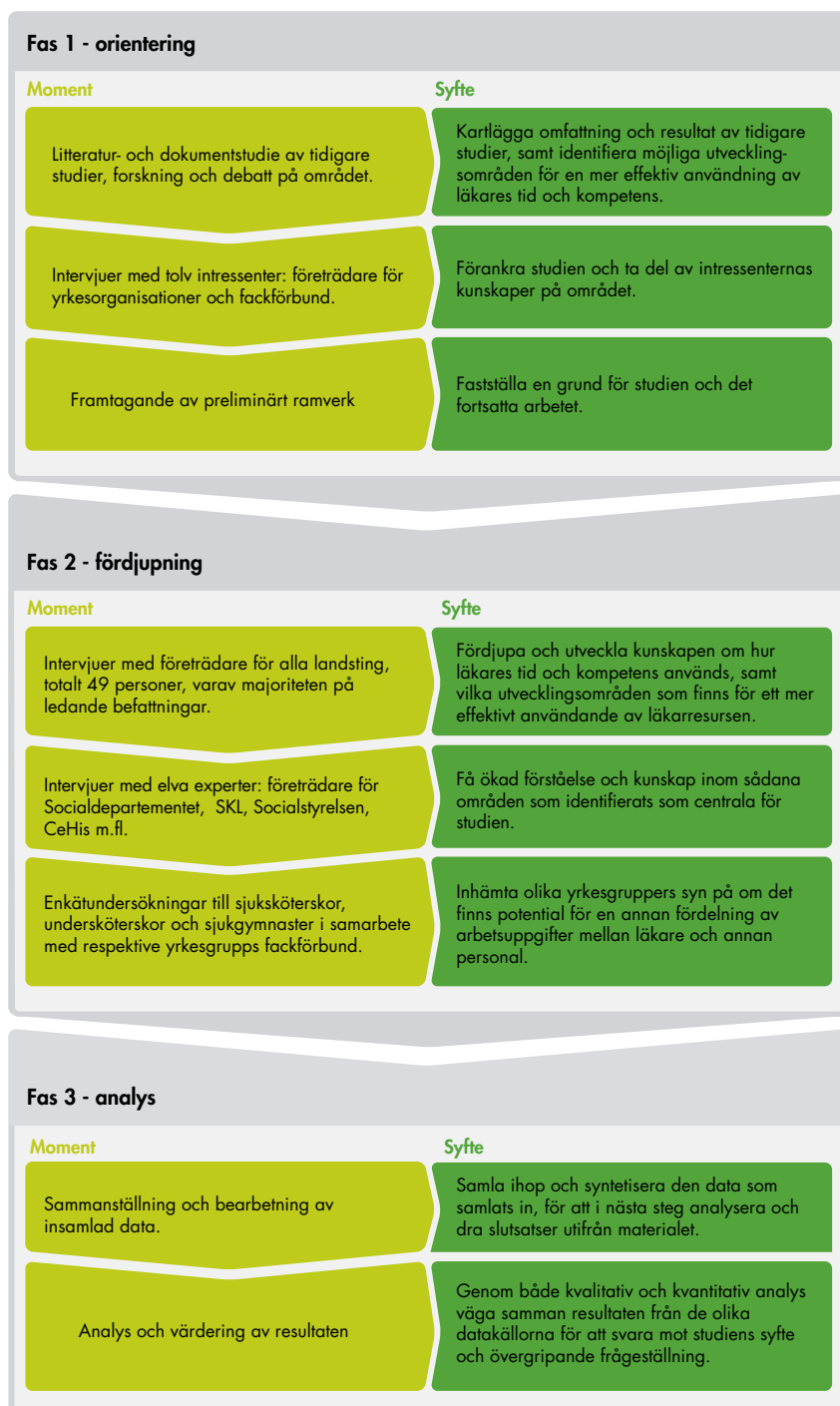
Metod och genomförande

Studien är baserad på en kombination av kvantitativa och kvalitativa metoder, för att belysa frågan ur olika perspektiv med olika datakällor (triangulering). Vi har använt följande metoder:

- Litteratur- och dokumentstudie
- Intervjuer med intressenter
- Intervjuer med experter
- Intervjuer med landstingsföreträdare
- Enkätundersökningar med olika yrkesgrupper

Studien är genomförd under perioden januari-november 2013. Vi genomförde studien i tre faser, vilka vi redogör för mer utförligt nedan (Figur 25).

Figur 25. Studiens genomförande.



ORIENTERINGSFAS

Studien inleddes med en orienteringsfas. Orienteringsfasen var av explorativ karaktär och syftade till att skapa en förståelse för den samlade kunskapen och debatten på området. Orienteringsfasen utgjordes av en litteratur- och dokumentstudie samt intervjuer med intressenter. Orienteringsfasen genomfördes under perioden januari-mars 2013.

Litteratur- och dokumentstudie

Syftet med litteratur- och dokumentstudien var att skapa en överblick över omfattningen och resultaten av tidigare studier. Dessutom var syftet att identifiera möjliga utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarsursen. Litteratur- och dokumentstudien omfattade lokala, regionala och nationella studier och forskningsrapporter som undersöker hur läkares tid och kompetens används. Litteraturstudien omfattade även en genomgång av den debatt som förts kring detta.

Litteratur- och dokumentstudien gör inte anspråk på att vara heltäckande, utan syftar främst till att belysa utmaningarna ur olika perspektiv.

Intervjuer med intressenter

I orienteringsfasen genomförde vi intervjuer med företrädare för fackförbund och yrkesorganisationer. Syftet var dels att förankra studien, dels att ta del av intressenternas kunskaper och syn på området. Vårdanalys intervjuade företrädare för Sveriges Läkarförbund (fortsättningsvis Läkarförbundet), Vårdförbundet, Kommunal, Legitimerade Sjukgymnasters Riksförbund (fortsättningsvis Sjukgymnastförbundet), Vision, Sveriges Psykologförbund, Svenska Läkaresällskapet och Svensk Sjuksköterskeförening. För en fullständig förteckning över intervjupersoner, se bilaga 2.

Framtagande av preliminärt ramverk

Orienteringsfasen avslutades med framtagande av ett preliminärt ramverk med utmaningar för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Ramverket baserades på tidigare studier och intervjuer med intressenter. Syftet var att fastställa en grund för studien och det fortsatta arbetet.

FÖRDJUPNINGSFAS

I fördjupningsfasen genomförde vi den empiriska datainsamlingen för studien, som bestod av intervjuer med landstingsföreträdare och experter samt

tre enkätundersökningar i samarbete med olika fackförbund. Fördjupningsfasen genomfördes under perioden april-juli 2013.

Intervjuer med landstingsföreträdare

Intervjuerna med landstingsföreträdare syftade till att fördjupa och utveckla kunskapen om huruvida läkarresursen används på ett effektivt sätt, samt vilka utvecklingsområden och utmaningar som finns för en mer effektiv användning av läkarresursen.

Vårdanalys genomförde 46 intervjuer med totalt 49 företrädare för samtliga landsting i Sverige. Ambitionen var att nå ett brett urval av intervjupersoner på ledningsnivå, i syfte att fånga flera olika perspektiv. Exempel på personer som vi intervjuat är hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukhuschef, divisionschef, primärvårdschef och utvecklingschef. För en fullständig förteckning över intervjupersoner, se bilaga 3. En betydande del av de intervjuade landstingsföreträdarna kombinerar sitt ledningsarbete med klinisk verksamhet. Det har inneburit att intervjupersonerna kunnat bidra med erfarenheter från olika perspektiv.

30 av intervjuerna genomfördes på plats i respektive landsting och 16 intervjuer genomfördes via telefon. Intervjuerna baserades på en intervjuguide som utgick från ett antal övergripande områden som vi i orienteringsfasen identifierat som områden med potential att effektivisera hur läkarresursen används. Samtidigt gavs intervjupersonerna stort utrymme att tala fritt, vilket möjliggjorde för dem att lyfta fram sådan information som de ansåg vara viktig. Varje intervju pågick i genomsnitt 1-1,5 timme. Intervjuerna är inspelade och transkriberade.

Intervjuer med experter

Intervjuerna med experter syftade till att få ökad förståelse och kunskap dels om området i stort, dels inom specifika områden. Exempel på områden som intervjuerna behandlade var nationell eHälsa, landstingens gemensamma arbete på it-området och produktions- och kapacitetsplanering. Vårdanalys träffade bland annat företrädare för Sveriges Kommuner och Landsting, Socialdepartementet och CeHis. En fullständig förteckning över intervjupersoner finns i bilaga 2.

Enkätundersökningar

Det huvudsakliga syftet med enkätundersökningarna var att få olika yrkesgruppers syn på fördelningen av arbetsuppgifter mellan läkare och annan personal.

Vi genomförde tre webbaserade enkätundersökningar i samarbete med fackförbunden Vårdförbundet, Kommunal och Sjukgymnastförbundet. Läkarförbundet tillfrågades att delta, men avböjde med hänvisning till en genomförd enkätundersökning 2010, som bland annat behandlade arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal (se nedan). Vårdanalys publicerar resultat från denna enkätundersökning, i rapporten kallad Läkarenkäten. Vårdanalys har också fått tillåtelse av fackförbundet Vision, som organiserar medicinska sekreterare, att publicera resultat från en relevant enkätundersökning som fackförbundet genomförde 2012 (se nedan).

Enkätundersökningarna till medlemmar inom Vårdförbundet, Kommunal och Sjukgymnastförbundet genomförde vi under sommaren. Det innebär sannolikt ett större bortfall än om vi skickat ut enkäterna vid en annan tidpunkt. Vad gäller enkäten till undersköterskor är bortfallet betydande. Det innebär att resultaten måste tolkas med stor försiktighet. Det är inte möjligt att generalisera resultaten eller att dra slutsatser som sträcker sig längre än de respondenter som besvarat enkäterna. Vårdanalys vill därför understryka att enkätresultaten inte utgör underlag för slutsatser eller rekommendationer. De fungerar i första hand som underlag för diskussion om arbetsfördelningen mellan läkare och annan personal.

Enkät Vårdförbundet

Enkäten skickades ut via e-post med en webblänk till 3000 sjuksköterskor i Vårdförbundets medlemspanel. Svarsperioden var 4-28 juli. Svarsfrekvensen uppgick till 37 procent (1 113 svar). Vårdanalys gjorde dock en avgränsning i materialet och exkluderade de individer som uppgav att de varken arbetar på vårdcentral/hälsocentral eller på sjukhus. Antalet respondenter uppgick då till 838 personer.

Enkät Kommunal

Enkäten skickades ut via e-post med en webblänk till 3000 undersköterskor i Kommunals medlemspanel. Svarsperioden var 27 juni-5 juli. Svarsfrekvensen uppgick till 25,5 procent (765 svar). Efter att ha exkluderat de individer som uppgav att de varken arbetar på vårdcentral/hälsocentral eller sjukhus uppgick antalet respondenter till 133 personer.

Enkät Sjukgymnastförbundet

Enkäten skickades ut via e-post med en webblänk till 1 800 sjukgymnaster. Svarsperioden var 17-27 juni 2013. Svarsfrekvensen uppgick till 40 procent (719 svar). Efter att ha exkluderat de individer som uppgav att de inte arbetar

på vårdcentral/hälsocentral, sjukhus eller egen praktik återstod 436 respondenter.

Enkät Läkarförbundet

1992 genomfördes vid Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet den så kallade SACO-studien. I studien ingick de 24 förbunden i SACO (Sveriges Akademikers Centralorganisation). Urvalet var ett obundet slumpmässigt urval med vissa tilläggsurval. Enkäten besvarades av 387 läkare.

I maj 2010 genomfördes på Psykologiska institutionen vid Stockholms universitet en enkätundersökning till 3000 läkare i hela Sverige. Flera av frågorna i 2010 års enkät formulerades exakt som i 1992 års enkät, vilket innebär att jämförelser mellan 1992 och 2010 kan göras.

Urvalet i enkäten 2010 var ett obundet slumpmässigt urval från Sveriges Läkarförbunds medlemsregister. Nettosvarsfrekvensen, efter justering för förklarad bortfall, uppgick till 53 procent (1 534 svar). Under 2011 kompletterades enkäten med ett nytt utskick, nu med enbart frågorna som ställdes 1992, till de som inte besvarat enkäten. Då svarade ytterligare 403 personer, vilket gav en svarsfrekvens på 67 procent. Forskningsprojektet har finansierats av AFA Försäkring, VINNOVA samt med bidrag från Sveriges Läkarförbund.

Enkät Vision

I mars 2012 genomförde fackförbundet Vision en webbaserad enkätundersökning till medicinska sekreterare inom förbundet. Syftet med enkäten var att få kunskap om hur medicinska sekreterare inom offentlig och privat sektor ser på sin arbetssituation och vilka yrkes- och fackliga frågor som upplevs viktiga. Enkäten ställde bland annat frågor om rätt använd kompetens. Enkäten skickades till 8 200 medicinska sekreterare ur Visions medlemsregister. Svarsperioden var 23 mars-11 april 2012. Svarsfrekvensen uppgick till 57 procent (4 700 svar).

Som komplement till enkätresultaten genomförde Vårdanalys en gruppintervju med yrkesnätverket för medicinska sekreterare i samband med ett av nätverkets ordinarie möten i april 2013. Yrkesnätverket för medicinska sekreterare består av en representant för varje landstingsavdelning inom Vision. Yrkesnätverket träffas två gånger per år.

ANALYSFAS

Genomförandet avslutades med en analysfas. Vi inledde med att sammanställa och bearbeta insamlad data, för att i nästa steg kunna analysera och

dra slutsatser utifrån materialet. Studien är baserad på ett stort underlag, där flera olika datakällor och metoder har använts för att belysa frågan ur olika perspektiv. Genom både kvalitativ analys av tidigare studier och intervjudata samt kvantitativ analys av enkätresultat vägde vi samman resultaten från de olika datakällorna för att besvara studiens frågeställningar.

Bilaga 2

Intervjuade intressenter och experter

Intressenter		
Namn	Befattning	Arbetsplats
Camilla Damell (1)	Förbundsjurist	Sveriges Psykologförbund
Ulrika Edwinson (2)	Chef avdelningen för arbetsliv och juridik	Sveriges Läkarförbund
Anneli Hagberg	Välfärdspolitisk strateg	Vision
Peter Hammarin (3)	Enhetschef	Kommunal
Per Johansson (1)	Utredare	Sveriges Psykologförbund
Stefan Jutterdal	Ordförande	Sjukgymnastförbundet
Maria Lindhe (1)	Professionsansvarig	Sveriges Psykologförbund
Alicia Lycke (2)	Ombudsman	Sveriges Läkarförbund
Lisbeth Löpare	Utvecklingsstrateg	Vårdförbundet
Kristina Mårtensson (3)	Samhällsekonomisk chef	Kommunal
Filippa Nyberg	VD	Svenska Läkaresällskapet
Tori Palm-Ernsäter	Sakkunnig kvalitet- och vårdutveckling	Svensk Sjuksköterskeförening

1. Camilla Damell, Per Johansson och Maria Lindhe intervjuades vid samma tillfälle.
2. Ulrika Edwinson och Alicia Lycke intervjuades vid samma tillfälle.
3. Peter Hammarin och Kristina Mårtensson intervjuades vid samma tillfälle.

Experter		
Namn	Befattning	Arbetsplats
Stefan Ackerby	Tf samordnare öppna jämförelser	Sveriges Kommuner och Landsting
Anders Ekholm	Analyschef	Socialdepartementet
Daniel Forslund	Chefsstrateg	Vinnova
Roger Molin	Nationell vårdvals-samordnare	Socialdepartementet
Myrna Palmgren	Optimeringsexpert	Region Skåne
Sofia Palmquist	Verksamhetsutvecklare	Capio S:t Görans sjukhus
Kristina Bränd Persson	Enhetschef	Socialstyrelsen
Göran Petersson	Verksamhetsledare	eHälsainstitutet
Åke Rosandher	Chef	CeHis
Jonas Söderström	Informationsarkitekt och författare	
Mathias Wallin	Jurist	Socialstyrelsen

Bilaga 3

Intervjuade landstingsföreträdare

Landsting	Namn	Titel
Blekinge	Linus Axelsson	Överläkare
Blekinge	Peter Fridström	Familjeläkare
Blekinge	Gunilla Skoog	Utvecklingsdirektör
Dalarna	Gunilla Lindberg	Chefläkare Falu lasarett
Dalarna	Karin Torberger	Primärvårdssamordnare
Gotland	Thomas Karte	Verksamhetsområdeschef medicin
Gotland	Rosemarie Isholth	Verksamhetsområdeschef opererande specialiteter
Gävleborg	Börje Svensson	Chefläkare primärvården
Gävleborg	Kjell Norman	Hälso- och sjukvårdsdirektör
Halland	Martin Engström	Verksamhetsområdeschef område 3
Halland	Lena Johansson	Administrativ chef
Halland	Carina Forsberg	Verksamhetsområdeschef Område 2
Jämtland	Lisbet Gibson	Centrumchef medicinska specialiteter
Jämtland	Nina Fällbäck Svensson	Hälso- och sjukvårdsdirektör, bitr. landstingsdirektör
Jönköping	Raymond Lenrick	Utvecklingsledare
Jönköping	Göran Henriks	Utvecklingsdirektör
Kalmar	Johan Rosenqvist	Sjukhuschef
Kalmar	Thomas Lavergren	Överläkare, Landstingsöver- gripande studierektor

Bilaga 3 Intervjuade landstingsföreträdare

Landsting	Namn	Titel
Kalmar	Lars Mattsson	Primärvårdsdirektör
Kronoberg	Per-Henrik Nilsson	Centrumchef Medicincentrum
Kronoberg	Styrbjörn Östberg	Chefläkare och medicinsk rådgivare
Norrboten	Mats Brännström	Biträdande landstingsdirektör
Norrboten	Per Berglund	Tf divisionschef för division opererande specialiteter
Skåne	Lisbeth Cederwald	Sjukhuschef
Skåne	Lars Kristensson	Produktionsdirektör
Stockholm	Catarina Andersson Forsman	Hälso- och sjukvårdsdirektör
Stockholm	Mikael Ohrling	Sjukvårdsdirektör
Stockholm	Lena Lindén	Samordnande chef primärvård
Stockholm	Jan Andersson	Forskningsdirektör
Sörmland	Aina Nilsson	Divisionschef primärvård
Sörmland	Jörgen Striem	Hälso- och sjukvårdsdirektör
Sörmland	Elisabet Lundevall	Divisionschef kirurgi
Uppsala	Eva-Lena Sjöo	Chefläkare primärvården
Uppsala	Monica Cornefjord	Chef Folkhälsa - Forskning och Utveckling (FFoU)
Värmland	Henrik Svensson	Divisionschef medicinska specialiteter
Värmland	Karin Malmqvist	Divisionschef allmänmedicin
Västerbotten	Håkan Larsson	Verksamhetschef område primärvård
Västerbotten	Jennie Lilling Ståhl	Verksamhetschef område medicin
Västernorrland	Hans Ericsson	Studierektor för psykiatri i Västernorrland och medicinskt ansvarig överläkare
Västernorrland	Maria Cajmatz	Verksamhetschef primärvården
Västmanland	Liselott Sjöqvist	Biträdande sjukhuschef
Västmanland	Peter Tilly	Primärvårdschef
Västra Götaland	Peter Lönnroth	Sjukvårdsdirektör
Västra Götaland	Eva Lundh	Chef enheten för kompetensförsörjning
Örebro	Karl G Bartoll	Primärvårdsdirektör
Örebro	Björn Strandell	Chefläkare primärvården
Örebro	Gustav Ekbäck	Biträdande sjukhusdirektör
Östergötland	Bo Orlenius	Vårddirektör
Östergötland	Martin Magnusson	Utvecklingschef

Bilaga 4

Enkätformulär

Tre separata enkätundersökningar genomfördes till ett urval av medlemmar inom Vårdförbundet, Kommunal respektive Sjukgymnastförbundet. Samma frågor ingick i alla tre enkätundersökningarna, varför vi i denna bilaga redovisar ett samlat enkätformulär för de tre undersökningarna.

I alla tre enkätundersökningar ställdes en fråga för att selektera bort personer som inte längre arbetar som sjuksköterska/undersköterska/sjukgymnast eller som inte arbetar med vård eller behandling av patienter/medborgare.

Enkätformulär:

1. KÖN

- a) Kvinna
 - b) Man
-

2. ÅLDER

- a) 18–24
 - b) 25–34
 - c) 35–44
 - d) 45–54
 - e) 55–64
 - f) 65 år eller äldre
-

3. VAR ARBETAR DU I HUVUDSAK?

- a) Vårdcentral/hälsocentral
- b) Sjukhus
- c) Äldreomsorg
- d) Annat:

För sjukgymnaster fanns också svarsalternativet "Egen praktik"

4. INOM VILKEN SEKTOR BEFINNER SIG DIN HUVUDSAKLIGA ARBETSGIVARE?

- a) Offentlig
- b) Privat

För sjukgymnaster fanns också svarsalternativet "Jag är egen företagare"

5. VAR LIGGER DIN HUVUDSAKLIGA ARBETSPLATS?

- a) Storstadsområde
 - b) Medelstor stad
 - c) Mindre ort
-

6. I VILKEN UTSTRÄCKNING FÅR DU ANVÄNDNING AV DIN HÖGSTA KOMPETENS I DINA ARBETSUPPGIFTER?

- a) Hela arbetstiden
 - b) Större delen av arbetstiden
 - c) Ungefär halva arbetstiden
 - d) Mindre än halva arbetstiden
 - e) Sällan eller aldrig
-

7. FINNS DET ARBETSUPPGIFTER SOM IDAG UTFÖRS AV LÄKARE, SOM DU ANSER ATT SJUKSKÖTERS KOR/UNDERSKÖTERS KOR/SJUKGYMNAS TER KAN OCH BORDE UTFÖRA ISTÄLLET?

Ja/Nej (om Nej, fortsätt till fråga 9)

- a) Om Ja; ge exempel på arbetsuppgifter som läkare utför i dagsläget men som sjuksköterskor/undersköterskor/sjukgymnaster kan och borde utföra istället:
Fritext (max 200 tecken)

8. I VILKEN GRAD HINDRAR FÖLJANDE FAKTORER FÖRÄNDRINGAR AV NUVARANDE ARBETSFÖRDELNING MELLAN LÄKARE OCH SJUKSKÖTERS KOR/UNDERSKÖTERS KOR/SJUKGYMNASTER?

- a) Traditioner och vanor
- b) Starka professioner som inte vill skifta uppgifter
- c) Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas
- d) Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler
- e) It-systemenens utformning och behörighetsstruktur
- f) Ledningen prioriterar inte frågan
- g) Annat (Fritext, max 40 tecken)

Svarsalternativ till frågorna a-f:

Inte alls – I liten grad – I hög grad – I mycket hög grad – Vet ej

9. HAR DU ARBETSUPPGIFTER IDAG SOM ANDRA YRKESGRUPPER KÄN OCH BORDE UTFÖRA SÅ ATT DIN KOMPETENS SOM SJUKSKÖTERSKA/UNDERSKÖTERSKA/SJUKGYMNAST KOMMER TILL STÖRRE NYTTA?

Ja/Nej (om Nej, fortsätt till fråga 11)

- a) Om Ja; ge exempel på arbetsuppgifter som du utför i dagsläget, som andra yrkesgrupper kan och borde utföra istället:
Fritext (max 200 tecken)

10. I VILKEN GRAD HINDRAR FÖLJANDE FAKTORER ATT ANDRA YRKESGRUPPER TAR ÖVER VISSA ARBETSUPPGIFTER FRÅN SJUKSKÖTERS KOR/UNDERSKÖTERS KOR/SJUKGYMNASTER?

- a) Traditioner och vanor
- b) Starka professioner som inte vill skifta uppgifter
- c) Formell kompetens för en ny arbetsfördelning saknas
- d) Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler
- e) It-systemenens utformning och behörighetsstruktur
- f) Ledningen prioriterar inte frågan
- g) Annat (Fritext, max 40 tecken)

Svarsalternativ till frågorna a-f:

Inte alls – I liten grad – I hög grad – I mycket hög grad – Vet ej

11. HUR VÄL KÄNNER DU TILL LAGSTIFTNINGEN INOM DITT OMRÅDE?

- a) Inte alls
- b) I liten grad
- c) I hög grad
- d) I mycket hög grad
- e) Vet ej

12. HUR VÄL KÄNNER DU TILL BESTÄMMELSERNA I:

- a) Hälso- och sjukvårdslagen
- b) Patientsäkerhetslagen
- c) Patientdatalagen
- d) Socialstyrelsens föreskrifter

Svarsalternativ till frågorna a-d:

Inte alls – I liten grad – I hög grad – I mycket hög grad – Vet ej

Bilaga 5

Sammanställning tidsstudier

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetstidsfördelning	Definitioner av arbetsidsmoment
Persson M, Anell A. 2000	Allmän- medicin, intermedicin, kirurgi och radiologi	Frekvensmät- ning, genom slumpvisa observationer under 2 dagar, tre gånger i timmen	81 distrikt- läkare 247 sjukhus- läkare	Distriktsläkarna Direkt patienttid: 47 % Indirekt patienttid: 23 % Allmän administration: 10 % Utbildning och forskning: 6 % Övrig tid: 13 % Sjukhusläkarna Direkt patienttid: 31 % Indirekt patienttid: 32 % Allmän administration: 14 % Utbildning och forskning: 10 % Övrig tid: 13 %	Direkt patienttid: situationer i direkt kontakt med patienten: mottagnings- arbete, avdelningsarbete, operation, hembesök eller besök i särskilt boende, telefonsamtal med patient. Indirekt patienttid: arbetsmoment kop- plade till enskild patient men utan direktkontakt: samtal/möte med annan sjukvårdspersonal eller anhöriga, externa kontakter med försäkringskas- san, medicinsk och administrativ dokumentation (t ex journaler, provsvar, intyg), ombyte och värt i samband med operation. Allmän administration; tidrapportering, personalmöten, projektarbeten. Kontakter och möten med externa representanter t ex föreläsare och Försäkringskassan, dock ej om en- skilda patienter. Utbildning och forskning: egen fortbildning, handledning av andra och egen forskning. Vårdplanering; arbete inriktat på grupper av patienter antingen inom befintliga rutiner (t ex prioritering av inkomna remisser, planering interna/< externa resurser) eller utveckling av rutiner (t ex framtagande av vårdprogram). Övrig tid; väntan mellan olika moment, sökning av personer, journaler, transporter, raster.
Socialstyrelsen 2000	-	Intervjuer och tidsstudie (medföljande)	168 intervjuer med läkare, 11 läkare med- följande besök (tidsstudier klockade) Även andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Läkare vårdcentral (timmar/vecka) Sammanlagd administrativ tid: 11,2 h Dokumentation i patientjournal: 7,3 h Andra administrativa insatser: 2,7 h Andra interna administrativa insatser: 0,5 h Kvalitetsarbete: 0,7 h Läkare sjukhus (timmar/vecka) Sammanlagd administrativ tid: 12,4 h/v Dokumentation i patientjournal: 7,8 h Andra administrativa insatser: 2,5 h Andra interna administrativa insatser: 0,9 h Kvalitetsarbete: 1,2 h Sammanlagd administrativ tid för samtliga läkare: (tidsstudie) 7,7 h/vecka (spridning 2,5-15 h)	Dokumentationstid; dokumentation av patientuppgifter dvs. skriva jour- naler innefattande intagningsjournal, daganteckningar, läkemedelsordi- nationer, remisser samt signering. Andra administrativa insatser om egna patienter samt kontakter med myndigheter; rekrytera handlingar, utfärda recepti och skriva intyg som patienten begär. Andra interna adminis- trativa insatser; DRG-arbete, ekonomiska rapporter, personalrapporter, deltagande i anställningsintervjuer m.m. Kvalitetsarbete; t ex avvikelserp- ortering/incidentrapportering, andra kvalitetsindikatorer.

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetsfördelning	Definitioner av arbetsfidsmoment
Jansson A, Lundberg A, 2002	4 kliniker: medicinklinik, operation- och anestesi-klinik, ortopediklinik, kvinnoklinik	Intervjuer Självrap- porterad tidsmätning (enkät) under en vecka	51 läkare del- tog i tidsmät- ningen	Läkarnas arbetsfördelning samtliga kliniker Direkt patienttid: 47 % Administrativ tid: 29 % Övrig tid: 24 %	Direkt patienttid: definieras inte i rapporten. Övrig tid: forskning, jourkompensation, tid för utbildning och konferens, handledning av läkare under utbildning samt individuell kompetensutveckling och tid för att utveckla verksamheten. Administration delas in i tre undergrupper: Patientrelaterad administra- tion: kan kopplas till vård, behandling och möte med en patient, t ex journalarbete, epikris, recept, remiss, inläsning etc. Ekonomiadministrativa aktiviteter: administration som görs för att registrera och kostnadsföra patienttid och åtgärder. Hit hör allt arbete med diagnoskod, DRG-reg- istrering, registrering av produktions-/patientbesök. Verksamhetsank- nuten administration: administration som är kopplad till verksamhetens planering, drift och utveckling såsom planeringsarbete, kvalitetsarbete, verksamhetsuppföljning, diagnosregister, interna möten, verksamhetsplan- ering och utveckling etc.
Jansson A, Norman I, Lundberg A, 2002	5 kliniker: medicinklinik, urologklinik, ortopediklinik, kvinnoklinik, kirurgklinik	Intervjuer Självrap- porterad tidsregistrering under en vecka	77 läkare deltog i tidsre- gistrering	Läkarnas arbetsfördelning samtliga kliniker Direkt patientarbete: 30-40 % Administration: 30-40 % Övrig tid: 30-40 %	Direkt patientarbete: definieras inte i rapporten. Övrig tid: forskning, jourkompensation, tid för utbildning och konferens, handledning av läkare under utbildning och individuell kompetensutveckling och verksamhet- utveckling. Administration delas in i tre undergrupper: Patientrelaterad administration: kan kopplas direkt till vård, behandling och möte med en patient, t ex journalarbete, epikris, recept, remiss, inläsning etc. Ekonomi- administrativa aktiviteter: administration som görs för att registrera och kostnadsföra patienttid och åtgärder. Hit hör allt arbete med diag- noskoder, DRG-registrering, registrering av produktions-/patientbesök. Verksamhetsanknuten administration: administration som är kopplad till verksamhetens planering, drift och utveckling såsom planeringsarbete, kvalitetsarbete, verksamhetsuppföljning, registrering i databaser, diagnos- register, interna möten, verksamhetsplanering och utveckling etc.

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetstidsfördelning	Definitioner av arbetsidsmoment
Jansson A, Hjelmqvist T. 2003	Medicinklinik	Självrapp- porterad aktivitets- och tidsmätning under två veckor	15 läkare Även andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 31 % Patientadministration: 23 % Övrig indirekt patienttid: 17 % Verksamhetsanknuten administration: 12 % Forskning, utveckling, utbildning: 5 % Övrig tid: 12 %	Direkt patienttid: på avdelning, på mottagning, på mottagning, på akutmottagning, operation, på annan enhet, rond på avdelning, telefon med patient. Patientadministration: journaldokumentation; hantering av provsvar, sökning av journalhandling/patientdata/provsvår, korrespondens till patient/anhörig/remitterter, tidbokning för specifik patient, imatning i IMX. Övrig indirekt patienttid: information/rapportering inom enheten eller till kollegor på sjukhuset, information till externa vårdgivare/externa kontakter, inläsning/informatsökning för specifik patient, anhörigkontakt, siffrond/vårdplanering, röntgenrond. Verksamhetsanknuten administration: möten gällande verksamhet eller personal, statistik/uppföljning, hantering av tidbok och väntelista, planering/schemaläggning. Forskning, utbildning och utveckling: egen utbildning/fortbildning, handledning av yngre kollegor/personal/läkarstuderande, verksamhetsutveckling, forskning. Övrig tid: Rast/lunch, jourkomp, flexitid, ledtid/spilltid.

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetsfördelning	Definitioner av arbetsfidsmoment
Lundin Y, Persson J. 2003	Två vårdcenter och två infektionskliniker	Stälvroppor terad tidsmätning (enkät)	Antal läkare framgår inte. Även andra yrkesgrup per ingick i utredningen	<p>Infektionsklinik (Kronoberg) Direkt patienttid: 44 % Indirekt patienttid: 33 % Allmän administration: 6 % Utbildning/ forskning: 10 % Övrigt: 7 %</p> <p>Infektionsklinik (Blekinge) Direkt patienttid: 67 % Indirekt patienttid: 23 % Allmän administration: 7 % Utbildning/ forskning: 1 % Övrigt: 2 %</p> <p>Vårdcentral (Kronoberg) Direkt patienttid: 58 % Indirekt patienttid: 27 % Allmän administration: 6 % Utbildning/ forskning: 4 % Övrigt: 5 %</p> <p>Vårdcentral (Blekinge) Direkt patienttid: 63 % Indirekt patienttid: 28 % Allmän administration: 6 % Utbildning/ forskning: 1 % Övrigt: 2 %</p>	<p>Direkt patienttid; personligt möte/samvaro eller telefonsamtal med enskild patient t ex mottagningstid och hembesök, avdelningstid, rond, in- och utskrivning, omvårdnad, undersökning, behandling. Indirekt patienttid; aktivitet som är kopplad till enskild patient men som inte sker i personligt möte/samvaro med patienten t ex samtal/möte med annan vårdpersonal, samtal/möte med anhöriga, res tid, leta/hämta journal, dokumentation (journal, intyg m.m.). Allmän administration; ej kopplad till enskild patient t ex informationsmöte/APT, planering/budget/bokslut, rekrytering, schemaläggning. Utbildning och forskning; kurs/fortbildning, handledning, forskning, kvalitets-/förbättringsarbete. Övrigt; ledtid/spilltid, rast, annat.</p>

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetstidsfördelning	Definitioner av arbetsidsmoment
Pfeiler F, Roland A. 2003	Tre kliniker: kirurgiklinik, medicinklinik, radiologiklinik samt sex vård- centraler	Vårdcentral: självrapp- porterad tid utifrån databaserat uppfölj- ingsystem Klinik: Självskrifning (enkät) under två veckor	Antal läkare på vårdcentral framgår inte. 58 läkare på klinik besva- rade enkäten.	<p>Läkare vårdcentral Möte eller samtal med patient: 55,5 % För- och efterarbete enskild patient: 22,6 % Vårdutvecklingsarbete: 3,6 % Patientrelaterade möten: 5,1 % Kunskapsutveckling: 5,5 % Övrigt 7,7 %</p> <p>Kirurgiklinik Direkt patienttid: 54,6 % Indirekt patienttid: 22 % Administration: 4,4 % Egen kompetensutveckling: 5,1 % Andras kompetensutveckling: 3,4 % Verksamhetsutveckling: 4,1 % Övrig tid: 6,9 %</p> <p>Medicinklinik Direkt patienttid: 37,6 % Indirekt patienttid: 28,3 % Administration: 6,4 % Egen kompetensutveckling: 13,1 % Andras kompetensutveckling: 4,7 % Verksamhetsutveckling: 6,1 % Övrig tid: 3,9 %</p> <p>Radiologiklinik Direkt patienttid: 18,7 % Indirekt patienttid: 58,4 % Administration: 3,4 % Egen kompetensutveckling: 5,1 % Andras kompetensutveckling: 3,4 % Verksamhetsutveckling: 4,1 % Övrig tid: 6,9 %</p>	<p>Kategorier självrapporterad tid vårdcentraler: Möte eller samtal med patient; besök på mottagningen, hembesök eller hemsjukvårdsbesök av egen patient samt telefonrådgivning egen patient. För- och efterarbete, enskild patient; vårdplanering, provtagning, hantering av provsvar, tidsbokning, inlyggskrivning, diktera/skriva/signera journal, litteraturstudier (relaterat till egen patient), inringning av telefonrecept, annat kring egen patient. Vårdutvecklingsarbete; kvalitetsarbete, utförande av vårdprogram, folkhälsoarbete och liknande arbete. Patientrelaterade möten; resid i samråd med patientbesök, samråd med kommun/Försäkringskassan m.fl. och möten av liknande art. Kunskapsutveckling; utbildningssatser, tid för läkemedelsinformation och självstudier. Övrigt; t ex arbetsledning, patientadministration, chefsmöten, allmän administration, schemaläggning.</p> <p><i>Definitioner saknas i rapporten för kategorierna i enkäten som användes på klinikerna: Direkt patienttid, Indirekt patienttid, Administration, Egen kompetensutveckling, Andras kompetensutveckling, Verksamhetsutveckling, Övrig tid</i></p>

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetsfördelning	Definitioner av arbetsfidsmoment
Gillingsjö R, Karlsädd K. 2005	Vårdcentral	Intervjuer och Tidsstudie enligt RÄTT TID (självrappor- terad)	8 läkare Även andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 38 % Patientdokumentation: 13 % Övrig indirekt patienttid: 3 % Verksamhetsknuten administration: 20 % Utveckling, utbildning, forskning: 19 % Dubbelarbete: 3 % Övrig tid: 4 %	Definitioner saknas i rapporten. Nedan listas exempel på sådant som framkommit inom respektive kategori. Direkt patienttid ; t ex akuta patientbesök. Patientdokumentation ; t ex genomläsning, ställningstagande, analys/bedömning av remiss- och provsvar, journaldikttering och dokumentation. Verksamhetsknuten administration ; t ex möten, hantering av väntelistor/tidbok och hantering av kassa. Dubbelarbete ; handledning anhörigkontakt parallellt med annan arbetsuppgift. Kategorierna Utveckling, utbildning och forskning, Övrig indirekt patienttid och Övrig tid är inte vidare definierade i rapporten.
Gillingsjö R, Karlsädd K, Eriksson A. 2005	Geriatrisk	Intervjuer och Tidsstudie enligt RÄTT TID (självrappor- terad)	3 läkare Även andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 18 % Patientadministration: 32 % Övrig indirekt patienttid: 27 % Verksamhetsknuten administration: 7 % Forskning, utveckling, utbildning: 11 % Dubbelarbete: 1 % Övrig tid: 4 %	Definitioner saknas i rapporten. Nedan listas exempel på sådant som framkommit inom respektive kategori. Patientadministration ; t ex dikttering, skrivande i journaler, söka efter journaler, provsvar och data. Verksamhetsknuten administration ; t ex planering och schemaläggning. Dubbelarbete ; handledning eller anhörigkontakt parallellt med annan arbetsuppgift. Kategorierna Direkt patienttid, Övrig indirekt patienttid, Forskning, utveckling och utbildning och Övrig tid är inte vidare definierade i rapporten.
Sjöström T, Eriksson A. 2005	Kvinnoklinik	Intervjuer och Tidsstudie enligt RÄTT TID (självrappor- terad)	3 läkare Även andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 36 % Patientadministration: 23 % Övrig indirekt patienttid: 17 % Verksamhetsknuten administration: 4 % Forskning, utbildning och utveckling: 16 % Övrig tid: 4 %	Definitioner saknas i rapporten. Nedan listas exempel på sådant som framkommit inom respektive kategori. Direkt patientarbete ; t ex patientarbete på mottagning eller avdelning, telefön med patient. Patientadministration ; t ex journaldokumentation, hantering av provsvar, sökning av journalhandling/patientdata/provsvar. Forskning utbildning, utveckling ; t ex handledning yngre kollegor/personal/läkarsuderande, verksamhetsutveckling, egen utbildning/forskning. Övrig indirekt patienttid ; t ex sittord/vårdplanering, information/rapportering inom enheten eller till kollegor på sjukhuset.

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetstidsfördelning	Definitioner av arbetsidsmoment
Sjöström T, Eriksson A. 2005	Kirurgavdel- ning	Intervjuer och Tidsstudie enligt RÄTT TID (självrapp- porterad)	Antal läkare framgår inte Aven andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 54 % Patientadministration: 15 % Övrig indirekt patienttid: 10 % Verksamhetsanknuten administration: 4 % Forskning, utbildning och utveckling: 10 % Övrig tid: 7 %	Definitioner saknas i rapporten. Nedan listas exempel på sådant som framkommit inom respektive kategori. Direkt patienttid ; t ex operation, mottagning, rond på avdelning, patientarbete på avdelning. Patientadmini- stration ; t ex journaldokumentation (diktering och skrivande), hantering av provsvar och remisshantering, sökning av journalhandling/patient- data/provsvar. Forskning, utbildning och utveckling ; t ex handledning av yngre kollegor/personal och läkarstudenter, egen utbildning/fortbild- ning, verksamhetsutveckling och forskning. Övrig indirekt patienttid ; t ex röntgenrond, silttrond/vårdplanering, inläsning/informationssökning för specifik patient, signering av journaler, interna planeringskonferenser/möten kring behandling av patient. Övrig tid ; ledtid/ställd. Kategorierna Verksamhetsanknuten administration är inte vidare definierad i rapporten.
Gillingsjö R, Sjöström T, Eriksson A. 2005	Ortoped- mottagning	Intervjuer och Tidsstudie enligt RÄTT TID (självrapp- porterad)	19 läkare Aven andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patienttid: 47 % Patientadministration: 11 % Övrig indirekt patienttid: 15 % Forskning, utbildning och utveckling: 16 % Verksamhetsanknuten administration: 7 % Övrig tid: 4 %	Definitioner saknas i rapporten. Nedan listas exempel på sådant som framkommit inom respektive kategori. Direkt patientarbete ; t ex operationer, patientarbete på mottagning och avdelning. Forskning, utbildning och utveckling ; t ex verksamhetsutveckling, egen utbildning/forskning, handledning av yngre kollegor/personal/läkarstudenter. Övrig indirekt patienttid ; t ex röntgenrond. Patientadministration ; t ex remisshantering, journaldokumentation/diktering, sökning av journalhandling, hantering av inlyg och försäkringsunderlag. Kategorierna Verksamhetsanknuten administration och Övrig tid är inte vidare definierade i rapporten.
Socialstyrelsen 2010	Tolv psykiatriska öppenvårds- mottagningar	Självrapp- porterad tid per olika ar- betsuppgifter (12 huvudkat- egorier, 60 subkategorier)	28 läkare Aven andra yrkesgrup- per ingick i utredningen	Direkt patientarbete: 44 % Indirekt patientarbete: 40 % Administration: 4 %	Kategorierna delades in i subkategorier som ej redovisas i rapporten. Direkt patientarbete; "face-to-face". Bestod av 13 subkategorier. Indirekt patientarbete; kring en enskild patient. Bestod av 10 subkategorier. Administration; ej definierat. Bestod av 5 subkategorier.

Referens	Verksamhet/ specialitet	Metod	(n)	Resultat arbetstidsfördelning	Definitioner av arbetsfidsmoment
Anskär 2012	Vårdcentral	Stjälvsättning (enkät) och självregistrering av tidsåtgång för arbetsuppgifter (uppmätt andel)	5 läkare fyllde i skattningen, 4 läkare fyllde i sjuvregistringen Även andra yrkesgrupper ingick i utredningen	Direkt patientarbete: Skattad tidsandel = 35 % Uppmätt tidsandel = 26 % Indirekt patienttid: Skattad tidsandel = 49 % Uppmätt tidsandel = 36 % Övrigt arbete: Skattad tidsandel = 16 % Uppmätt tidsandel = 38 %	Direkt patientarbete; personligt möte med patient, telefonkontakt med patient och/eller anhörig. Indirekt patientarbete; dokumentation, diktning, receptförskrivning, patientrelaterade resor och kontakt med annan vårdgivare i patientärendet. Övriga arbetsuppgifter; möten på och utanför arbetsplatsen, utbildning, förrådsbeställning, hantering av utrustning och lokaler, e-posthantering, icke patientrelaterade resor, handledning, schemaläggning och övrig administration.

Sammanställningen gör inte anspråk på att vara heltäckande.

Myndigheten för vårdanalys (Vårdanalys) uppgift är att ur ett patient-, brukar- och medborgarperspektiv följa upp och analysera hälso- och sjukvården, tandvården och gränssnittet mellan vården och omsorgen. Vårdanalys har patienternas och brukarnas behov som utgångspunkt i sina granskningar. Myndigheten ska också verka för att samhällets resurser används på bästa sätt för att skapa en så god hälsa och patientupplevd kvalitet som möjligt. Syftet är att bistå vården och omsorgen med att förbättra kvalitet och effektivitet – förbättringar som ytterst ska komma patienter, brukare och medborgare till del.

Ur led är tiden

Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens

Sverige är i ett internationellt perspektiv väl bemannat med läkare, men antalet läkarbesök per invånare och år är få. Trots det anser både patienter och läkare att de har för lite tid i mötet. Frågan om huruvida läkares tid och kompetens används effektivt har diskuterats från och till under många år – men det har saknats en aktuell och sammanhållen analys av frågan ur ett medborgarperspektiv. Vårdanalys har därför genomfört en studie som identifierar fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. I rapporten presenteras ett antal rekommendationer för det fortsatta arbetet på regional och nationell nivå.

