

Patientkontakter – uppföljning

September 2015

*Catharina Barkman
Dag Boman
Mari Månsson
Lars-Bertil Arvidsson*

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
2	GRANSKNINGENS BAKGRUND, SYFTE OCH GENOMFÖRANDE	6
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG	6
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
3	GRANSKNINGENS FRÅGESTÄLLNINGAR	7
3.1	STYRNING, MÅL OCH MÅTT	7
3.2	UTVECKLINGSARBETE FÖR ÖKAD PATIENTTID	14
3.3	SJUKVÅRDSPERSONALENS FÖRDELNING AV ARBETSTIDEN	22
4	SAMLADE BEDÖMNINGAR OCH SLUTSATSER	28
4.1	ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA	28
4.2	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	29
	BILAGA 1 – INTERVJUADE PERSONER	30
	BILAGA 2 - REDOVISNING AV ENKÄT OM PERSONALRESURSERNA	31

1 Sammanfattning

Uppdrag och genomförande

Revisorerna i Region Skåne har uppdragit åt Capire Consulting AB att göra en uppföljande granskning av Patientkontakter. Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med bl.a. företrädare för region- och koncernledning, koncernkontor och Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh. Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden april till augusti 2015.

Resultat övergripande revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är att bedöma om Regionens användande av personalresurserna inom vården sker på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

Det saknas i Region Skåne styrning av hur vårdpersonalen använder sin tid. Samma gäller frågor om produktivitet. Inom koncernledningen är uppfattningen att det inte är ändamålsenligt att bedriva en central styrning inom detta fält. Ståndpunkten grundas på att förutsättningarna är mycket varierande inom olika delar av verksamheten. Inom vissa områden kan en ökad direkt patienttid vara dysfunktionell medan den kan vara angelägen inom andra. En effekt av detta är att det saknas mål, mätning och uppföljning av hur vårdpersonalens tid används för olika uppgifter. Det saknas underlag för att göra jämförelser över tid och att jämföra verksamheter och förvaltningar med varandra.

En tydlig iakttagelse i föreliggande granskning är trots detta att frågor om personalens tidsanvändning ådrar sig allt större uppmärksamhet i Region Skåne. Ett omfattande arbete bedrivs sedan ett par år tillbaka. Framför allt är det två spår som har blivit föremål för utvecklingsinsatser både på koncern- och förvaltningsnivå. Det första handlar om att förenkla administration och IT-system för att avlasta läkare och sjuksköterskor från administrativa uppgifter. Det andra spåret är att uppmärksamma arbetsuppgifter som kan skifta mellan professionerna. Även detta sker i syfte att skapa större utrymme för patientkontakter och patientrelaterat arbete.

I andra frågor som har stor betydelse för en optimal användning av personalens arbetstid såsom produktions- och resursplanering samt schemaläggning saknas ett tydliggjort förhållningssätt från Region Skånes sida. Enligt vår bedömning behöver arbetet som omfattar frågor om en effektiv tidsanvändning även tydligare kopplas till arbetet med vårdprocesser, vårdprogram och strukturella förändringar i vårdorganisationen än vad som hittills är fallet.

Enskilda exempel, internationella jämförelser och best practice indikerar att det inom delar av hälso- och sjukvården i Region Skåne finns en betydande potential för ökad kvalitet, ett bättre omhändertagande och i förlängningen förbättrad ekonomi. En sådan utveckling kan sannolikt i grunden endast skapas inifrån de enskilda enheterna/verksamheterna. Dessa enheter behöver dock enligt vår bedömning ett genomarbetat stöd bland annat i form av olika kunskapsunderlag och metoder samt statistiska underlag för analys och benchmark. Det behövs också en medvetenhet om att det kräver en betydande översyn av organisation, arbetskultur och stödstrukturer samt en tydlig färdplan för att närma sig en optimal andel patientkontakter.

Tidigare granskningar

I tidigare granskningar har efterlysts ett tydligare effektivitetsbegrepp inom Region Skåne. Det har även påtalats att strategin för hur vårdens patientfokus ska stärkas behöver utvecklas ytterligare. Vidare har föreslagits bland annat uppföljningsbara mål och mätningar för produktivitet. I yttranden från Regionstyrelsen har framkommit att avsikten är att stärka och utveckla arbetet för ökad produktivitet och effektivitet^{1,2}.

Slutsatser vid denna granskning är att de framförda förbättringsförslagen och de från Regionstyrelsen angivna åtgärderna i anslutning till dessa inte har genomförts.

¹ Regionstyrelsen. Yttrande 2009-09-03 avseende Granskning av läkarnas produktivitet. (Dnr 0900306)

² Regionstyrelsen. Yttrande 2010-11-15 avseende Granskning av effektivitet i sjukvården. (Dnr 0902815)

Sammanfattande bedömning

Region Skåne bedriver ett aktivt arbete som syftar att frigöra tid för ett ökat patientrelaterat arbete bland vårdens anställda. Det sker främst genom översyn av administration och IT. Däremot är det mindre tydligt hur Regionen verkar för ökad produktivitet och effektivitet. Styrning saknas om hur personalen fördelar sin tid mellan olika uppgifter och hur personalens patientkontakter ska optimeras.

Sett till de utvecklingsmöjligheter som uppnåtts i enskilda exempel och vid internationella förebilder är det vår bedömning att Regionens styrning av användandet av personalresurserna inom hälso- och sjukvården inte är ändamålsenlig och effektiv. Regionen saknar instrument för att ur ett helhetsperspektiv värdera och styra tidsanvändningen inom vården så att den används på ett effektivt och för patienten fokuserat sätt.

Resultat enskilda revisionsfrågor

1. *Hur ser situationen ut på olika områden när det gäller sjukvårdspersonalens arbetstider (fördelat mellan exempelvis patienttid, patientnära administration, annan administration och övrigt), hur är utvecklingen över tid och i relation till läget inom andra organisationer – dvs utifrån såväl interna som externa jämförelser?*

Vid intervjuer med företrädare för Regionen och verksamheterna har det framgått att flertalet gör bedömningen att hälso- och sjukvården i Region Skåne inte avviker från landet i övrigt när det gäller patientkontakter. I enlighet med detta och de studier som har gjorts rörande hälso- och sjukvården i Skåne torde *den direkta tiden* som läkare spenderar med patienterna i flertalet fall ligga mellan 25 och 40 procent. Det *patientrelaterade administrativa arbetet* ligger ungefär på samma nivå.

Brist på statistiskt underlag gör att det inte är möjligt att göra jämförelser mellan olika specialiteter och förvaltningar. Det finns inte heller uppgifter om hur utvecklingen är över tid varken vad gäller tidsanvändning eller produktivitet. Vi delar den bedömning som flertalet personer som intervjuats gör att den direkta patientrelaterade tiden har minskat över åren framförallt till följd av ökad dokumentation, komplexa IT-system och otillräckliga inslag av resurs- och produktionsplanering.

Slutsatser om barnmorskornas användande av sin arbetstid är att denna profession har en relativt hög andel direkt patientkontakter.

2. *Vilka mål, mått och nyckeltal finns för personalens tidsanvändning, och hur ser läget ut totalt och inom olika förvaltningar?*

Regionen har inte fastställt mål för fördelning av arbetstiden. Det sker inte heller regiongemensamma mätningar. Det saknas därför underlag för att mer precist bedöma hur olika verksamheter och olika förvaltningar ligger till i förhållande till varandra. På enhets- och verksamhetsnivå förekommer däremot produktionsmål och enstaka mätningar som görs i anslutning till internt utvecklingsarbete.

Vår slutsats är att kunskapsläget om patientkontakter inte har förbättrats sedan tidigare granskningar. Snarare har skett försämringar exempelvis sedan 2009 när Regionen genomförde analyser av produktivitet.

3. *Sker det något systematiskt och strukturerat utvecklingsarbete i syfte att optimera nyttjandet av personalresurserna, och hur ser i så fall ansvars- och rollfördelningen för detta ut, hur och vad mäts samt hur och till vem sker uppföljning?*

Utvecklingsarbete för att optimera nyttjandet av personalresurserna pågår på flera olika håll i Region Skåne. Vissa projekt är lokalt initierade och andra har beslutats centralt. Från central och förvaltningsnivå drivs flera ambitiösa projekt som tar sikte på att förenkla administrationen. Det arbete som sker på förvaltningsnivå är relativt likartat och baseras på samverkan mellan koncernen och förvaltningarna.

Arbete pågår att skifta arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna. Det har framgått att det ofta uppstår svårigheter i dessa förändringsprocesser bland annat av kulturella skäl. En fortsatt uppföljning och proaktiv projektverksamhet är därför enligt vår bedömning av central betydelse. Vår bedömning är att det tillsvidare saknas en tydlig uppföljning och utvärdering av utvecklingsprojektet. Spridningen av goda resultat bör förbättras.

En tydligare övergripande och mer heltäckande färdplan behöver tas fram för hur olika lokala initiativ och utvecklingsarbeten kan stödjas.

4. *Vilka, om några, åtgärder vidtages för att effektivisera användningen av personalresurserna i syfte att bli förbättra tillgängligheten?*

I enkät svar och intervjuer framgår att många vid sidan av det ordinarie tillgänglighetsarbetet upplever en avsaknad av ett strukturerat och systematiskt utvecklingsarbete som tar sikte på användandet av personalresurserna. I vår granskning framkommer att det saknas tydliga produktions- och kvalitetsmål.

Flera studier har återkommande pekat på vikten att tolka och använda jouravtalen mer stringent för att undvika att en alltför stor del av arbetstiden går bort i ledighet. Schemaläggning, produktionsplanering och översyn av vårdprocesser är av stor betydelse för att förbättra tillgängligheten till vården. Vår bedömning är att dessa verktyg inte används i önskvärd omfattning.

5. *Hur ligger Region Skåne till jämfört med Sverige i övrigt och med andra länder? Vilka eventuella svagheter och styrkor finns?*

Flera studier visar att i svensk sjukvård är den tid som läkare tillbringar med direkt patientarbete liten jämfört med ett stort antal andra länder. De uppgifter som finns om situationen i svensk sjukvård är i huvudsak även relevanta för Region Skåne.

Det är enligt vår bedömning svårt att dra generella slutsatser av den nuvarande situationen. Att träffa många patienter behöver inte alltid vara effektivt ur hälsosynvinkel. I vissa fall kan det vara bättre att arbeta förebyggande, stimulera egenvård från patientens sida eller att läkaren bidrar till kvalitets- och metodutveckling. Fördelningen av arbetstid är även enligt vår bedömning nära kopplad till hur arbetet är organiserat, personalens yrkesroller och organisationskulturen.

Vi bedömer att det i många enskilda fall i Region Skåne finns möjligheter till förbättringar genom ökad systematik, planering och inom strategiska områden såsom till exempel eHälsa. Sådana förbättringar kan utfalla som ökat värde för patienten i form av ökad tillgänglighet, ökad kvalitet och patientsäkerhet eller effektivisering i ekonomiska termer. Det kan också leda till en mer tillfredsställande arbetsmiljö. I detta sammanhang bedömer vi det som en brist att det i Regionen saknas tydliga mål, underlag, mätningar och metodik som kan vara till stöd för ett lokalt förbättringsarbete.

Förbättringsområden

Granskningen har föranlett följande förbättringsförslag:

- En färdplan som beskriver en tydlig idé och en sammansatt strategi för hur en optimering av personalens tidsanvändning ur ett patientperspektiv behöver utvecklas.
- Mätningar av produktivitet och tidsanvändning bör göras som underlag för lokala jämförelser och förbättringsarbeten. Likaså bör tillhandahållas metoder och sakkunskap.
- Det bör krävas av verksamheter och enheter att de vid behov fastställer mål för optimering av personalens tidsanvändning.
- Igångsatta och planerade åtgärder bör följas upp och utvärderas, huruvida tid kan frigöras och att den används för kvalitetshöjning och/eller förbättrad kostnadseffektivitet. Goda exempel bör spridas i organisationen.
- Möjligheter att nyttja innovationer inte minst inom eHälsa området bör utvärderas och ligga till grund för en planering som i högre grad involverar patienten i den egna vården.

2 Granskningens bakgrund, syfte och genomförande

2.1 Bakgrund och uppdrag

Bakgrund

Inom ramen för olika granskningar av produktivitet och effektivitet har revisorerna vid upprepade tillfällen berört frågan om patientkontakter för olika personalkategorier. I denna rapport är avsikten att kartlägga området med utgångspunkt från hur stor andel patientkontakter som läkare, barnmorskor och sjuksköterskor har. För att uppnå en optimal balans mellan insatta resurser och faktisk serviceleverans är ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av personalens kompetens en avgörande faktor. Detta innebär att personalens arbetstid skall användas på ett effektivt och ändamålsenligt sätt. Rapporten innehåller utifrån ett patientperspektiv en uppföljning med fokus på vidtagna och planerade åtgärder inom området.

Uppdraget

Granskningen ska med utgångspunkt från det ovan nämnda ge revisorerna ett underlag för att bedöma om Regionens användande av personalresurserna inom vården sker på ett ändamålsenligt och effektivt sätt. Granskningen omfattar, förutom det regionövergripande perspektivet, Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh. Skillnader mellan dessa redovisas liksom hur offentliga och privata ackrediterade vårdcentraler arbetar med dessa frågor.

Förutom vad som angetts ovan vill revisorerna även ha svar på följande frågor:

1. Hur ser situationen ut på olika områden när det gäller sjukvårdspersonalens arbetstider (fördelat mellan exempelvis patienttid, patientnära administration, annan administration och övrigt), hur är utvecklingen över tid och i relation till läget inom andra organisationer – dvs utifrån såväl interna som externa jämförelser?
2. Vilka mål, mått och nyckeltal finns för personalens tidsanvändning och hur ser läget ut totalt och inom olika förvaltningar?
3. Sker det något systematiskt och strukturerat utvecklingsarbete i syfte att optimera nyttjandet av personalresurserna, och hur ser i så fall ansvars- och rollfördelningen för detta ut, hur och vad mäts samt hur och till vem sker uppföljning?
4. Vilka, om några, åtgärder vidtas för att effektivisera användningen av personalresurserna i syfte att bli förbättra tillgängligheten?
5. Hur ligger Region Skåne till jämfört med Sverige i övrigt och med andra länder? Vilka eventuella svagheter och styrkor finns?

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har omfattat *djupintervjuer* med 22 personer som representerar koncernledning och koncernkontor samt representanter för Skånes universitetssjukvård, Skånevård Sund och Skånevård Kryh. *Dokumentanalysen* har bland annat rört handlingar från regionfullmäktige, hälso- och sjukvårdsnämnden och statistik från Region Skåne. Dokumentanalysen har även omfattat internationellt och nationellt material och underlag, däribland från OECD och Sveriges kommuner och landsting. En *enkätundersökning* med frågor om vårdpersonalens arbetstid har genomförts och inkluderat samtliga vårdcentraler i Region Skåne och dess verksamhetschefer samt ett mindre urval av vårdpersonal inom Skånevård Kryh. Resultat från enkäten som riktades till vårdcentralerna beskrivs i bilaga 2. Rapportens beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning från koncernkontorets sida.

Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden april till augusti 2015.

Granskningen har genomförts av Mari Månsson, uppdragsledare, Dag Boman, kvalitetsansvarig samt specialist, Catharina Barkman specialist samt Lars-Bertil Arvidsson, specialist. Projektet har genomförts i nära samråd med uppdragsgivaren. Kontaktperson från revisorskollegiet har varit Jeanette Hillding och från revisionskontoret Helena Olsson som tillika är projektledare för granskningen.

3 Granskningens frågeställningar

3.1 Styrning, mål och mått

I detta avsnitt görs en belysning av revisionsfråga 1 avseende uppgifter om förhållandena inom Region Skåne: *Hur ser situationen ut på olika områden när det gäller sjukvårdspersonalens arbetstider (fördelat mellan exempelvis patienttid, patientnära administration, annan administration och övrigt), hur är utvecklingen över tid och i relation till läget inom andra organisationer – dvs. utifrån såväl interna som externa jämförelser?*

I avsnittet belyses även de iakttagelser som gjorts beträffande revisionsfråga 2: *Vilka mål, mått och nyckeltal finns för personalens tidsanvändning, och hur ser läget ut totalt och inom olika förvaltningar?*

3.1.1 Mål för produktivitet och effektivitet

Det övergripande målet för hälso- och sjukvården är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad, tillgänglig och effektiv vård av god kvalitet. Effektiv hälso- och sjukvård innebär att tillgängliga resurser ska utnyttjas på bästa sätt för att uppnå de uppsatta målen. Inför framtiden gör många bedömningen att välfärdsområden och däribland hälso- och sjukvården kommer att vara tvungna att vårda fler patienter vilket ställer krav på effektiv användning av personalstyrkan.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys skriver bland annat: *”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.”*

En av de förutsättningar som anges i Region Skånes budget för 2015 är att *”skattemedlen ska användas effektivt utifrån en god ekonomisk hushållning för att uppnå målet nöjda medborgare.”* Som mål har formulerats *”En effektiv verksamhet med hög kvalitet.”*

I budget och andra styrdokument ges bland annat följande uttryck för satsningar mot ökad effektivitet och användning av personalens tid:

- I budgeten angavs redan 2014 och även för 2015 att *”produktiviteten ska öka”* och *”nyckeltal ska tas fram under året”*.
- *”Sjukvården behöver utvecklas med mer personal och fler vårdplatser för att kunna möta befolkningens behov av vård”*.
- *”Arbetsituationen och tidsåtgången för vårdpersonalen ska minska genom effektivare IT-infrastruktur”*.
- En plan tas fram (under 2015) med syfte att avlasta vårdpersonalen och flytta över administrativa uppgifter till annan personal. *”Då kan vårdpersonalen ägna mer tid åt det de är utbildade för, samtidigt som patienterna får bättre tillgång till vård”*.

Helgtjänstgöring för vårdpersonal minskas från varannan helg till två helger av fem. Förändringen påbörjas under 2015 och fortsätter under 2016³.

Strategier och åtgärder

Det sker ingen explicit styrning från Regionens sida vad avser fördelning och användning av personalens arbetstid. Det existerar inte heller några mätetal. Ingen regiongemensam uppföljning av hur personalen disponerar sin tid mellan olika arbetsuppgifter finns således heller. I intervjuer har det framgått att det både från region- och koncernledning inte ses som ändamålsenligt att bedriva en central styrning inom detta område eftersom verksamhetsförutsättningarna skiljer sig åt inom olika specialiteter och verksamhetsområden.

³ Region Skånes Budget 2015

Indirekt tillämpar Regionen flera strategier och åtgärder som har betydelse för personalens patientkontakter. Exempel på detta är:

- Utökade timmar som schemaläggs
- Lokala fackliga avtal
- Produktions- och kapacitetsplanering
- Tillgänglighetsarbetet, till exempel mätning av telefontillgängligheten

I syfte att stimulera en förbättrad telefontillgänglighet till primärvården infördes under 2014 månadsvisa mätningar i Regionen, utöver de som redovisas av Sveriges kommuner och landsting. Utfallet av dessa mätningar ligger till grund för ersättning med målrelaterades ersättningar (MRE). Planering pågår också för att 1177.se ska kunna presentera resultaten månad för månad för respektive vårdcentral. Detta ger medborgaren större möjlighet att välja en vårdcentral med en telefontillgänglighet som svarar mot önskad nivå. Denna service kommer att införas under 2015. En reflektion från intervjupersoner är att fokus på tillgänglighet inte är direkt kopplat till det medicinska behovet. Till exempel har kravet på telefontillgänglighet och snabb svarstid inom primärvården medfört att personal från kliniska verksamheten fått i uppgift att svara i telefon.

I syfte att öka produktiviteten har försök genomförts kring att använda ekonomiska incitament. Vissa särskilt utvalda vårdcentraler i utsatta områden i Regionen, definierade som *bristvårdscentraler*, fick 12 procent mer i lön under en begränsad tid om målet på 12 besök per dag uppfylldes.

Även *vårdgarantiarbetet* med kontinuerlig uppföljning av kösituationen och strävan efter bättre produktionsplanering anses vara ett relevant styrinslag enligt flera intervjuade. Indirekt arbetar koncernledningen med att stimulera en effektiv resursanvändning genom *offentliga listor på väntande patienter*.

Ett annat exempel på insatser för att stärka personalens patientkontakter är den regionala karriärstege för sjuksköterskor som har utvecklats⁴. Syftet är att tydliggöra sjuksköterskors kliniska kompetens och ansvarsfördelning och hur kompetensen kan vidareutvecklas. Karriärstegen har sex nivåer som var och en beskriver såväl arbetsuppgifter som kompetensutveckling och ska anpassas utifrån varje verksamhets behov.

Förvaltningsnivå

Det operativa ansvaret för att uppnå en god resursanvändning ligger på förvaltningsnivå. Företrädare för förvaltningarna uttrycker att det nu finns en ökande medvetenhet om betydelsen av hur personalen förlägger sin arbetstid som ett instrument att klara kompetensförsörjningen.

Det har inte hittills funnits några på förvaltningsnivå koordinerade initiativ att sätta mål för eller mäta vilken tid som avsätts för patientkontakter. Sådana har dock förekommit inom enskilda verksamheter. Exempelvis är detta angivet inom psykiatrin (se 3.1.2 nedan).

Det har under 2015 påbörjats flera projekt på förvaltningsnivå som syftar att åstadkomma en mer rationell arbetsfördelning mellan de olika professionella grupperna i vården. Dessa utvecklingsprojekt beskrivs närmare i avsnitt 3.2.4.

3.1.2 Patientkontakter i Region Skåne

Fördelningen av personalens arbetstid registreras inte i Region Skåne

Såsom framgår i föregående avsnitt finns inga regiongemensamma konkreta mål eller mätetal vad avser fördelning av personalens arbetstid inom hälso- och sjukvården. Det sker inte heller någon central registrering av sådana uppgifter. Regionen har under tidigare år haft underlag för och redovisat produktivitets mått för exempelvis utförda öppenvårdsbesök eller slutenvårdstillfällen i förhållande till personalresurserna. Efter att personalresursen sedan 2014 mäts på ett nytt sätt baserat på arbetad mått i årsarbetstillfällen finns för närvarande inte heller sådana uppgifter. Vissa

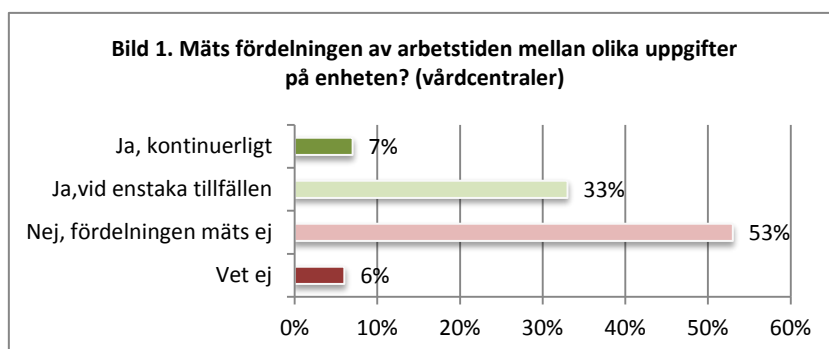
⁴ Beslut regionstyrelsen 2014-10-23

lokala initiativ att mäta arbetstidens uppdelning har genomförts, till exempel en tidsmätning inom psykiatri 1999⁵.

Det finns således inte någon aktuell uppföljning eller redovisning av hur situationen ser ut varken som helhet eller inom olika delområden.

I både djupintervjuer och enkätresultat framkommer att det inte sker kontinuerliga mätningar kring fördelning av personalens arbetstid.

I bild 1 åskådliggörs att var tredje respondent vid vårdcentralerna i den genomförda enkäten genomför mätningar vid enstaka tillfällen. På sjukhusnivå uppger *ingen* respondent att mätningar görs kontinuerligt eller vid enstaka tillfällen.



Det finns enstaka exempel på kliniker/verksamheter som i förbättringssyften gör eller har gjort momentana mätningar. Ett sådant exempel är barnkliniken vid Centralsjukhuset i Kristianstad. Ett annat exempel är Thoraxkirurgin på SUS som för några år sedan anlidade en konsultfirma för registrering av vad samtliga personalkategorier gjorde var femtonde minut. Resultatet visade att arbetsbelastningen på läkarna var hög de första 45 minuterna på morgonen på grund av att flera aktiviteter skulle ske samtidigt såsom gemensam rond, titta till patienten och förberedelser inför operation. Resultatet för sjuksköterskorna visade att de under arbetstiden var kopplade till olika salar istället för att vara kopplad/ha ansvar för en eller flera patienter.

Inom *psykiatri* sattes mål 2009 på i genomsnitt fyra besök per behandlare och dag i vuxenpsykiatri och tre besök per behandlare och dag i barn- och ungdomspsykiatri. Jämförelsen gjordes med privat psykiatri där målet ofta är sju till åtta besök per dag. Målet har upplevts svårt att följa upp. Inför 2015 blev division psykiatri ombesörda att ange mål som grund för målrelaterad ersättning. Målen sattes på samma nivå som tidigare, tre respektive fyra besök per behandlare och dag. Målet upplevs fortfarande vara svårt att följa upp. Men enligt beslut för 2015 ska antalet producerade faktiska besök jämfört med produktionsplaneringen följas upp.

I andra exempel ska en sjuksköterska under ett arbetspass ha ansvar för sex patienter. I realiteten tenderar det att bli nio patienter som ska ha omsorg från en enda person.

Enkät svar om mål och mått

I den enkät som genomförts inom ramen för granskningen gällande vilka mål/mått och nyckeltal som finns för personalens tidsanvändning visar för vårdcentralerna att det främst är antal besök/dag och månad samt andel besvarade telefonsamtal som registreras. Enstaka exempel ges på *vårdcentraler* som har mer specifika måttal som exempelvis: Läkare 10 besök/dag, sjukgymnast 10 besök/dag, sjuksköterska 8 besök/dag, arbetsterapeut 6 besök/dag och kurator 5 besök/dag. I övrigt kommenterar enkätrespondenter från vårdcentralerna att täckningsgraden påverkas till viss del av antalet besök och av hur bra det går att undvika remittering och besök hos annan specialist, inte tiden direkt. Tidsanvändningen påverkas vidare av de uppföljningsparametrar som det skånska hälsovalet beslutar om årligen.

Från *sjukhusnivå* ges kommentarer i enkätsvaren om att det ligger i respektive enhetschefs ansvar att bestämma över mål/mått och nyckeltal för personalens tidsanvändning men att det vanligtvis är produktion i mottagning och vårddygn jämfört med antal anställda som registreras. Inom bland annat SUS är ambitionen att tillämpa nyckeltal för sjuksköterskebemanning. Nyckeltalet är 1,4

⁵ Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt

sjuusköterska per vårdplats. På en avdelning med 20 vårdplatser skulle det innebära 28 sjuusköterskor.

Minskad tid med patienten?

Det stora flertalet intervjuade både inom vården och inom ledning och administration upplever att den tid som kan ägnas åt patientkontakter har minskat. Problem är framförallt den växande administrationen och icke användarvänliga IT-system. En hel del av denna administration och registrering skylls på lagstiftningen eller regionala riktlinjer, exempelvis att läkare måste utföra uppgifter som kunde göras av andra yrkesgrupper. Även kliniskt verksamma doktorer vid vårdcentralerna pekar på att den administrativa bördan har vuxit. En privat vårdcentral har sänkt sitt mål att träffa 16 patienter per dag och läkare till tio – elva patienter med hänvisning till växande administration och dåligt fungerande journalsystem. Kritik riktas exempelvis mot dubbelregistrering och inrapportering till register.

Andra lyfter också betydelsen av att göra rätt från början. Citat: ”Att *reducera antalet onödiga vårdkontakter är minst lika viktigt som att reducera administrationen.*”

En problematik som kommer fram vid intervjuerna är även schemaläggning. Planeringen uppges bli svårare på grund av förekomst av många stafettläkare.

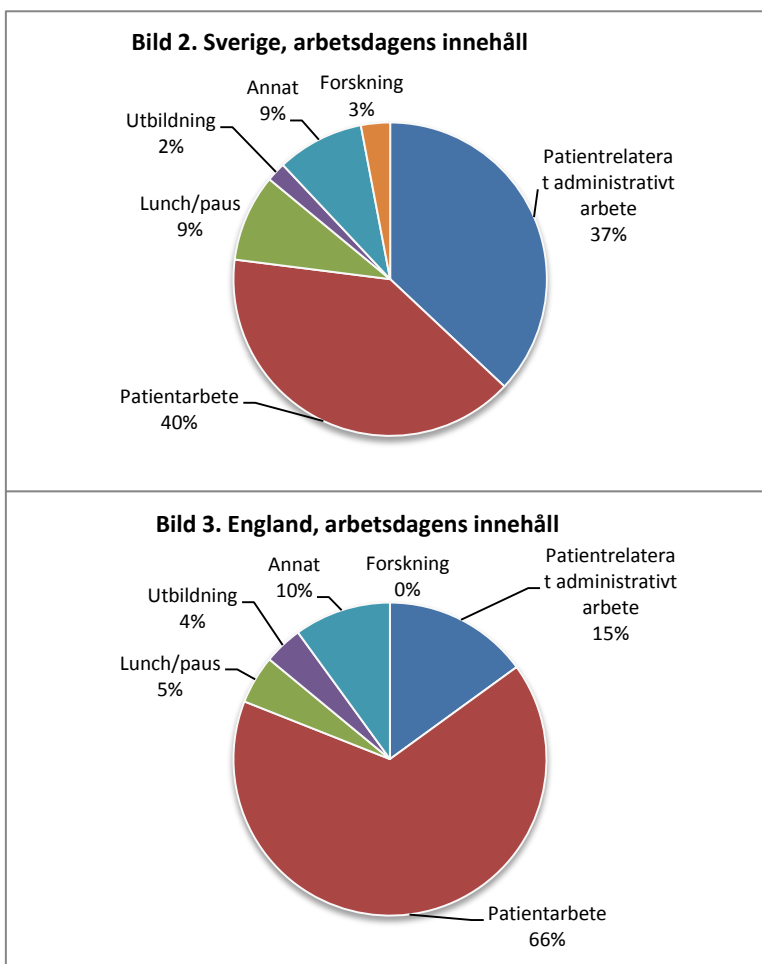
Jämförande tidsstudie i skånska förhållanden

I en jämförande tidsstudie av svenska och engelska läkares arbetsdag konstaterades att de engelska läkarna ägnade en större del av sin tid med patienten än de svenska⁶. De svenska erfarenheterna är hämtade från skånska sjukhus⁷.

Tidsanvändningen skiljer sig kraftigt mellan de två länderna. I Sverige bestod arbetstiden till största delen av patientarbete och patientrelaterad administration, 40 procent respektive 37 procent av den totala arbetstiden (se bild 2).

I England ägnades relativt mer tid på patientarbete, 66 procent, och mindre tid på administration, 15 procent (se bild 3).

Den genomsnittliga arbetstiden var 8,2 timmar per dag i Sverige och 12,2 timmar per dag i England. Skillnaden i antalet timmar som ägnades åt direkt patientarbete i de båda länderna är således stor. I genomsnitt ägnades 8 timmar per dag åt patientarbete i Eng-



⁶ Mer tid för patienten hos läkare i England. Bengt Jeppson och Johanna Edvardsson. Läkartidningen 29-31/2014

⁷ Studien utfördes på fyra sjukhus, två i Sverige och två i England: Centralsjukhuset Kristianstad och Ystad lasarett respektive Milton Keynes Hospital och Broomfield Hospital. Dessa sjukhus valdes därför att de är storleksmässigt lika och har ST-utbildning men inte grundutbildningsuppdrag. Som ett komplement till tidsstudien gjordes även en enkät för att utröna svenska läkares åsikter kring arbetsdagens innehåll och åsikter kring administration. Denna utfördes på kirurgkliniker på fyra skånska sjukhus, Centralsjukhuset Kristianstad, Ystad lasarett och SUS Malmö/Lund. Undersökningen omfattade läkare på alla nivåer som var i tjänst då undersökningen utfördes på respektive sjukhus.

land och 3,3 timmar per dag i Sverige. Tiden som lades på patientrelaterat administrativt arbete var 2 timmar i England och 3 timmar i Sverige.

Av den totala andelen tid som ägnades åt patientrelaterad administration i upptog läkarmöten (överrapportering, morgonmöten osv) (21 procent), dokumentation i patientjournal (19 procent), konsultation av andra läkare eller sjuksköterskor (16 procent) och signering (14 procent).

Tiden i operationssalen var betydligt längre i England än i Sverige. I England ägnades i genomsnitt 3,7 timmar per dag åt att operera, jämfört med 1,7 timmar per dag för svenska läkare.

Av enkäten som genomfördes bland skånska läkare framkommer bland annat följande:

- 96 procent av läkarna anser att de har uppgifter som de inte hinner utföra
- 74 procent anser att mer tid borde läggas på fortbildning
- 67 procent anser att mindre tid borde ägnas åt patientrelaterad administration
- 70 procent ansåg att den minst nyttiga tidsanvändningen består i att leta efter information i patientjournalen
- 66 procent ansåg att det vore praktiskt möjligt att lägga mindre tid på att söka sängar
- den mest underlättande åtgärden vore effektivare datorsystem
- 85 procent ansåg att de gjorde administrativa uppgifter som någon annan arbetsgrupp kunde överta.

Övriga lokala bedömningar

Inom den ovanstående studien har slutsatsen varit att svenska läkare använder ca 40 procent av sin tid åt direkta patientkontakter. Enskilda andra indikationer som gjorts är 25 procent direkt patienttid. Inom en ÖNH klinik är bedömningen att tiden är 48 procent men fallande under senare år. Inom en ögonklinik är bedömningen att läkarna använder 70 procent av sin arbetstid till patientkontakter.

Barnmorskornas arbetstid

Enligt genomförda intervjuer har fördelningen av barnmorskornas arbetstid mellan patient- och patientnära arbetsuppgifter samt andra uppgifter såsom administration inte förändrats märkbart under de senaste åren. Ökningen av administrativa arbetsuppgifter har främst belastat enhetscheferna. Inom obstetrik är tillgången på personal, främst barnmorskor, en stor brist medan fördelning av arbetstid inte varit föremål för direkta analyser.

Schemaläggning diskuteras dock frekvent inom förlossningsvården i Skåne. Inte minst inom SUS Lund/Malmö finns delade meningar om schemaläggning och synen på treskift. Treskift tillämpas sedan länge i Lund, medan verksamheten i Malmö har dag- respektive nattpersonal.

Regionens intention utgår från ”one to one care” (en barnmorska per födande kvinna) under en förlossning. I praktiken har bristen på personal och restriktioner som tillämpats medverkat till att den tänkta bemanningsnormen inte klaras. Det är vanligt att barnmorskan har hand om två patienter tillsammans med undersköterskor som är med och stöttar.

Inom förlossningsvården finns det möjlighet för vårdpersonalen att föra journal under patienttid vilket skapar flexibilitet. Dock finns det enligt intervjupersoner olika kulturer i Regionens förlossningsvård gällande hur mycket tid personalen spenderar hos patienten.

Vi har i granskningen inte sett exempel på mått och nyckeltal för personalens tidsanvändning gällande barnmorskor. I sommar mäts personalens upplevelser av arbetsbelastning och arbetstillfredsställelse inom förlossningen på SUS.

3.1.3 Produktivitetsanalys

Region Skåne har under tidigare år följt upp och analyserat förändringar i produktivitet inom hälso- och sjukvården definierat som produktionsmixpoäng i relation insatta resurser. Sådana analyser och uppgifter tas inte längre fram. Definitionen av insatta personalresurser har även förändrats sedan 2014 till följd av införandet av nytt personalsystem varför det inte längre är möjligt att följa produktivitetsutvecklingen bakåt i tiden.

Inom ramen för denna granskning har en särskild bearbetning av produktionsdata och uppgifter om arbetad tid 2014 gjorts. Då framgår att det finns stora skillnader mellan specialiteterna. (Se bild 4 och 5⁸ varav det övre beskriver antal vårdtillfällen i sluten vård per årsarbetare och det undre antal läkarbesök per årsarbetare).

I diagrammen framgår exempelvis att en årsarbetare på division 1 (bland annat akutsjukvård) vid SUS tar hand om 25 vårdtillfällen och genomför ca 170 patientbesök per år medan man på div 5 (primärvård och öppenvård) inte har några vårdtillfällen men träffar 480 patienter per år. De olika divisionernas verksamhet på SUS framgår av fotnot⁹.

Jämförelserna ska tolkas med stor försiktighet. Skillnaderna kan troligen förklaras av olika uppdrag med mera. Det är vanskligt att dra några slutsatser utan en mer genomgripande analys.

Begreppet ”årsarbetare läkare” innebär att flera olika personer kan verka inom ”begreppet”. En enskild läkare kan därför i genomsnitt ha ännu mindre direkt patientarbete än vad som visas i diagrammen.

Det kan ifrågasättas om kompetens kan upprätthållas om detta skulle vara den enda sanningen. Det som blir allt vanligare är att ett flertal kompetenser är involverade i olika aktiviteter som riktar sig direkt till patienten. Klassiskt är att rondsyste­met med nyare former av patientkonferenser, operationsmetoder som kräver intensivare personengagemang kan innebära att antalet besök eller vårdtillfällen som vi mäter idag per läkartimme minskar.

Bild 4. Vårdtillfällen per årsarbetare

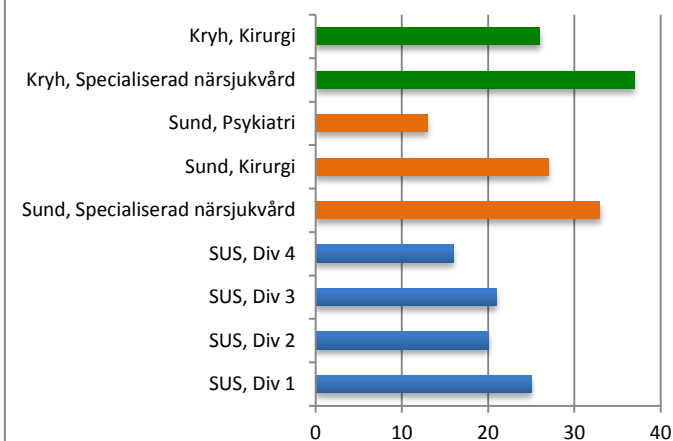
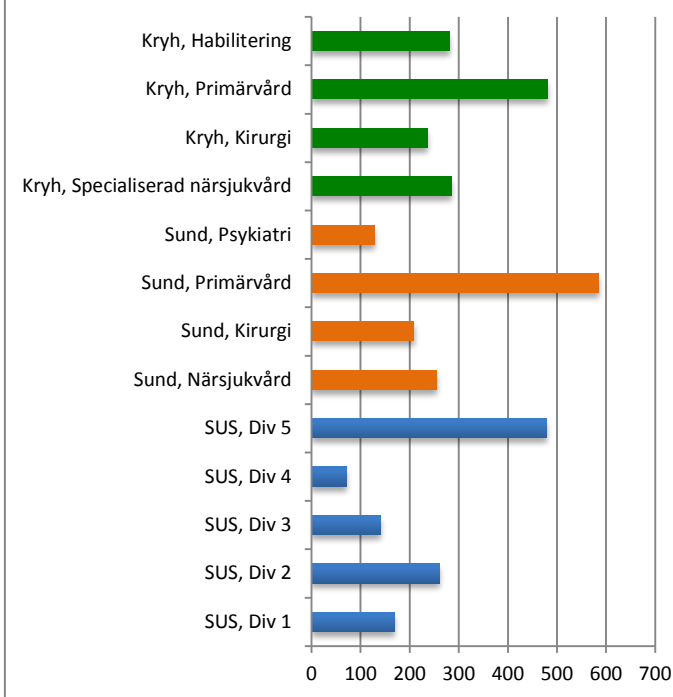


Bild 5. Läkarbesök per årsarbetare



⁸ Källa: Statistik från Region Skåne. Egen bearbetning

⁹ Division 1 innehåller akutsjukvård, infektionssjukdomar, internmedicin, ortopedi, intensiv-vård och perioperativ vård. Division 2 innehåller barnkirurgi, barnmedicin, kvinnosjukvård, endokrinologi, hudsjukvård, ögonsjukvård, specialiserad kirurgi inom öron-näsa-hals, käkkirurgi, handkirurgi och plastikkirurgi.

Division 3 innehåller hjärt- och lungmedicin (arytmi, hjärtsvikt och hjärtklaff, kranskärl, lung- och allergisjukvård), thoraxkirurgi, anestesi och intensivvård, neurologi och rehabiliteringsmedicin, njurmedicin, reumatologi, gastroenterologi och neurokirurgi.

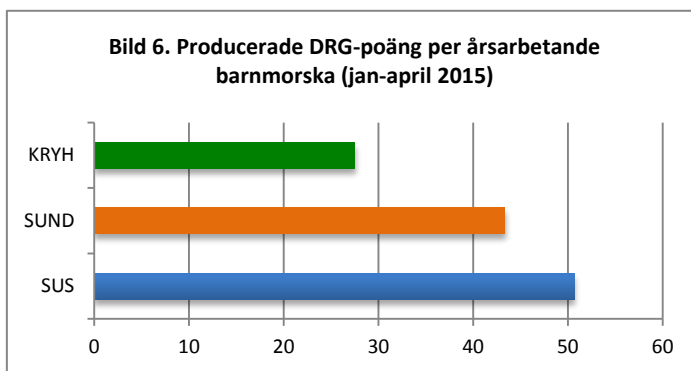
Division 4 innehåller hematologi, kärlkirurgi, kirurgi, urologi, onkologi, strålningsfysik, bild- och funktionsdiagnostik och neurofysiologi.

Division 5 innehåller primärvård med 37 vårdcentraler, 35 barnvårdscentraler (BVC), de offentligt drivna barnmorskemottagningarna i Malmö/Lund-området samt minnessjukdomar och geriatrik.

Barnmorskornas produktion

När det gäller barnmorskornas produktivitet har vi valt att redovisa antal producerade DRG delat med antal årsarbetare i bild 6¹⁰.

Även här kan skillnaderna troligen förklaras av olika uppdrag och innehåll i vården. För att med säkerhet tolka skillnaderna i resultatet mellan och inom förvaltningarna krävs en mer omfattande analys, över en längre tidsperiod.

*Offentlig och privat vård*

Det finns flera studier som visar på skillnader mellan offentlig och privat vård. Produktivitetsanalysen i ”Den sjuka vården 2.0” visar på en högre produktivitet i privat vård. Läkarförbundets studie¹¹ om bemanning på vårdcentraler framhåller att det inte finns några skillnader när det gäller andelen vikarier/fullbemanning eller ej. Däremot skriver Läkarförbundet att privata vårdcentraler har bättre resultat på patientenkäterna. I rapporten ”Sant och Falskt om företagande i välfärden¹²” konstateras kvaliteten är densamma eller bättre som i offentligt driven verksamhet, privatanställda är nöjdare och lönerna är generellt högre.

I vår granskning framkommer inga tydliga skillnader mellan offentligt och privat driven vård. De data som finns är inte tillräcklig för att dra några slutsatser.

3.1.4 Bedömningar och slutsatser om nuläge samt mål och mätning

Vid intervjuer med företrädare för Regionen och verksamheterna har det framgått att flertalet gör bedömningen att hälso- och sjukvården inte avviker från landet i övrigt när det gäller patientkontakter. Det mönster som framgår av avsnitt 3.3 som innehåller en internationell jämförelse är enligt bedömarena således även giltigt för Region Skåne. Enligt detta och de studier som har gjorts rörande hälso- och sjukvården i Skåne torde *den direkta tiden* som läkare spenderar med patienterna i flertalet fall ligga mellan 25 och 40 procent. *Det patientrelaterade administrativa arbetet* ligger ungefär på samma nivå. Regionen har inte fastställt mål för fördelning av arbetstiden. Det sker inte heller regiongemensamma mätningar. Det saknas därför underlag för att mer precist bedöma hur olika verksamheter och olika förvaltningar ligger i förhållande till varandra. På enhets- och verksamhetsnivå förekommer enstaka mätningar som görs i anslutning till internt utvecklingsarbete.

Det finns inte heller uppgifter om hur utvecklingen är över tid varken vad gäller tidsanvändning eller produktivitet. Flertalet personer som intervjuats har uppfattningen att den direkta patientrelaterade tiden har minskat över åren. Det skylls på krångligheter och brister i IT-systemen samt att dokumentationsarbetet under senare år ökat allt mer.

Vår slutsats är att kunskapsläget om patientkontakter inte har förbättrats sedan tidigare granskningar. Snarare har det skett försämringar exempelvis sedan 2009 när Regionen fortlöpande genomförde analyser av produktivitet. Det krävs tidsmätningar för olika verksamhetstyper och yrkeskategorier för att få fram en mer detaljerad redovisning av dagens tidsanvändning och förändringar över tid.

Slutsatser om barnmorskornas användande av sin arbetstid är att denna profession har en relativt hög andel direkt patientkontakter. Detta förklaras av att både mödra- och förlossningsvården är områden med hög grad av mer praktisk patientkontaktarbete. Det är också viktigt att ha en bra

¹⁰ Källa: Statistik från Region Skåne. Egen bearbetning

¹¹ Juni 2015

¹² Svenskt Näringsliv/HUI Research 2015

bild över hur effektiv fördelning av resurserna är mellan förlossningsvården och mödravården och hur väl vårdkedjan fungerar.

3.2 Utvecklingsarbete för ökad patienttid

I detta avsnitt beskrivs det utvecklingsarbete som sker i Regionen kopplat till optimering av personalresurserna. I avsnittet belyses även de iakttagelser som gjorts beträffande följande revisionsfrågor:

- Fråga 3: *Sker det något systematiskt och strukturerat utvecklingsarbete i syfte att optimera nyttjandet av personalresurserna, och hur ser i så fall ansvars- och rollfördelningen för detta ut, hur och vad mäts samt hur och till vem sker uppföljning?*
- Fråga 4: *Vilka, om några, åtgärder vidtages för att effektivisera användningen av personalresurserna i syfte att bli förbättra tillgängligheten?*

3.2.1 Arbete med regler och förutsättningar

Vid granskningen har det framgått att Region Skåne på både central och förvaltningsnivå arbetar med flera områden som är relevanta för personalens användning av arbetstiden. Det sker genom

- Styrning av arbetstid och bemanning
- Arbete för att förenkla administration och förbättra IT-system
- Kompetens- och produktionsplanering
- Lokala initiativ

Nedan i avsnitt 3.2.4 – 3.2.7 återfinns en beskrivning av ett antal av de satsningar som pågår för närvarande i regionen.

Utvecklingsområden enligt Vårdanalys

Det finns även statliga initiativ där dessa frågeställningar har aktualiserats.

Vårdanalys har gjort bedömningen att det finns en betydande potential i att använda läkares tid och kompetens på ett mer effektivt sätt än idag. Vårdanalys har identifierat fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkarresursen¹³:

- Prioritering mellan administrativa krav såsom mätning, redovisning och uppföljning samt patientrelaterad administration
- Förbättring av IT-stöden
- Utveckling av arbetsfördelningen mellan olika yrkesgrupper
- Optimering av bemanningen utifrån patienternas behov

Under granskningen har det framgått att Regionen har initierat utvecklingsarbete inom flertalet av dessa spår.

Myndigheten för Vård- och omsorgsanalys rekommenderar i sin rapport vidare optimering av bemanningen utifrån patienternas behov som en viktig strategi. Vårdanalys har i sin nationella genomgång dragit slutsatsen att planeringen av läkares arbetstider inte alltid baseras på en analys av patienternas behov. De har också funnit att det på många håll saknas styrning av hur vårdens aktiviteter planeras i relation till hur verksamheten bemannas. Som problem anges också att planeringen av läkares och andra yrkesgruppers arbetstider sker separat.

Vårdanalys menar att möjligheterna till en effektiv bemanning inom nuvarande regler och avtal inte tillvaratas. En effektiv produktionsplanering hindras i första hand inte av lagstiftning eller avtal. Det finns, enligt Vårdanalys, stora möjligheter att styra bemanningen inom befintliga ramar. Det är möjligheter som landstingen inte alltid utnyttjar. Vårdanalys konstaterar att jouravtals påverkan är omdiskuterat, men myndigheten gör ingen bedömning av hur det påverkar möjligheterna till en effektiv bemanning.

¹³ Ur led är tiden - Fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens, Vårdanalys Rapport 2013:9

I andra rapporter lyfts de lagar (exempelvis arbetstidslagen ATL), avtal och rutiner som styr jourläggning fram som en avgörande faktor bakom låg produktivitet framförallt inom den hälso- och sjukvård som bedrivs vid sjukhus¹⁴. Bland annat framförs att jourverksamheten medverkar till att många läkare är frånvarande från sjukhusen under dagtid. En vanlig vardag antas 65 procent av läkarna vara närvarande.

Nationell samordning för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården

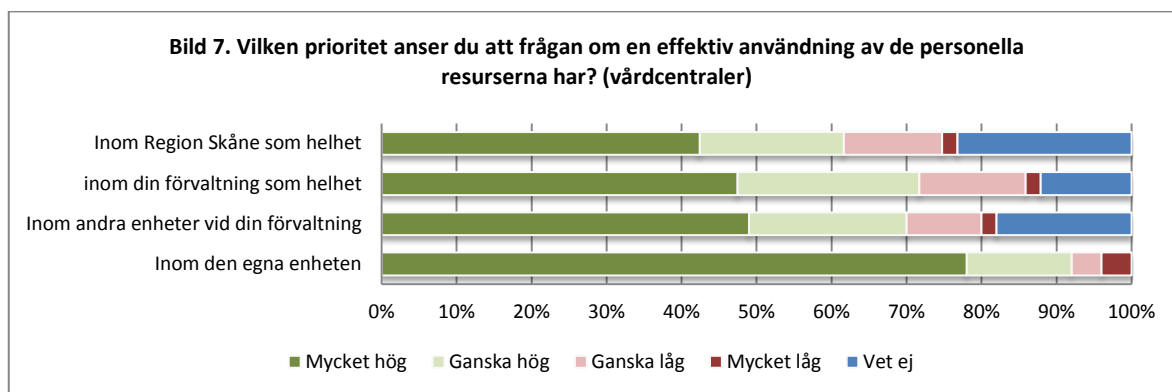
En nationell samordnare har utsetts av regeringen för att göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt.¹⁵ Följande tre grundläggande frågor ska genomsyra samordnarens arbete: hur nyttan för patienten kan öka, hur det administrativa arbetet kan förenklas samtidigt som uppföljningen av vården säkerställs samt hur hälso- och sjukvården kan bedrivas mer kostnadseffektivt.

Resultatet av arbetet så här långt¹⁶ visar att den största potentialen till effektivisering finns i arbetsätt/arbetsorganisation. När det gäller den administrativa arbetsbördan gäller det att få huvudmännen att inse problematiken och minska detaljstyrning, förändra ersättningsystem som leder fel med mera. Det krävs diskussioner kring schemalagging och utredaren motser en konstruktiv dialog med läkarkåren om läkarnas jourssystem samt att orsaken till att Sverige har fler läkare på våra sjukhus än andra länder utreds.

Regeringsuppdraget Effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården ska slutredovisas senast den 31 december 2015.

3.2.2 Frågans prioritet enligt enkätsvaren

Enkätsvaren från vårdcentralerna avseende frågan vilken prioritet frågan om en effektiv användning av de personella resurserna har i Region Skåne framgår i bild 7.



Merparten alla svarande anser att frågan har ganska eller mycket hög prioritet, främst inom den egna enheten över 90 procent anser dessa svarsalternativ. Svaren från sjukhusnivån inom Skånevård Kryh är närmast identiska vårdcentralernas svar och 100 procent av respondenterna anser att frågan har ganska eller mycket hög prioritet inom den egna enheten.

3.2.3 Utmaningen

I den enkät riktad till verksamhetschefer som genomförts inom ramen för granskningen framgår hur respondenterna upplever hinder för en optimal användning av personalens tid. Inriktningen på de synpunkter som framkommit skiljer sig inte åt mellan förvaltningarna.

¹⁴Den sjuka vården 2.0 – från nollvision till patientrevolution, Fölster, Ohlsson, Renstig, Wigh, 2014

¹⁵ Beslut vid regeringssammanträde 2013-11-21

¹⁶ Göran Stienstedt oktober 2014

Exempel på viktiga faktorer som är hinder för ökad patienttid (enligt resultat från enkäter)*Administration och IT*

- Mycket tid läggs på journalsystem som inte är användarvänliga och system som inte fungerar.
- Pascal, läkemedelssystem, fungerar inte bra. Kräver mycket resurser från inblandade.
- Vi utnyttjar för dåligt de innovationer som förekommit de senaste två decennierna gällande IT. Lagar kan vara mer hindrande än förebyggande.
- Privata enheter kommer inte åt Melior - sjukhusens journalsystem. När epikriser erhålls skriver läkaren – ”se Meliors läkemedelslista”.
- Heldigitalisering av kommunikation bör ske. Hinder för taskshifting när papper, dokumentation ligger i postfack istället för datorsystem.
- Mindre tid bör läggas på all form av registrering, smidigare och lättillgängligare överföring av information mellan specialistvård och privata vårdgivare i primärvård.

Villkor och krav

- Kraven på att vara tillgängliga på telefon gör att för mycket fokus läggs på telefon istället för att ta emot patienter.
- Återinför fria nyttigheter för medicinsk service då allt mer tid läggs på registrering och ekonomi.
- Personer med självläkande tillstånd uppmanas att uppsöka vårdcentral och kontrollera sig för säkerhets skull när personalen inte ens hinner med att ta hand om patienter som verkligen behöver vård.
- Förenkla ersättningssystemet

Organisation

- Personalen måste få större inflytande i utvecklingen av sina arbetsverktyg. För mycket tid läggs på saker som inte ger något mervärde för patienten.
- Primärvården är första linjens vård och skall vara decentraliserad och därmed lokalanpassad. Fungerar illa med universitetssjukhusets centraliserade upplägg. Det senare har lett till ökad byråkrati (ofta meningslös, irrelevant och onödig) vilket innebär mindre resurser till patientarbete.
- Vår organisations struktur och kultur hämmas genom toppstyrning.
- Läkarna måste lära sig lita på sjuksköterskornas kompetens.
- Eftersom ackrediteringsvillkoren för hälsovalet ändras mer än vartannat år är det svårt att ha långsiktigt förändringsarbete.
- Undersköterskor och sekreterare kan till stora delar avlasta följsamhet till tidbok, väntelistor, kallelsesystem, administration för att skapa mer direkt patienttid. Detta kräver bättre IT-system.
- Egenansvar. Möjlighet att påverka.

3.2.4 Styrning av arbetstid och bemanning i Region Skåne

Personalstrategiska avdelningen inom Region Skåne fastställde 2009 normer för bemanning och arbetstider. Utgångspunkter var att Regionen hade identifierat behov av högre grad av styrning, att samtliga yrkeskategorier ska omfattas av samplanering och att kompetensförsörjningen måste säkras.

Normerna har setts över och har uppdaterats 2012 i ett dokument ”Tolkning och förtydligande kring normer – arbetstidsmåt”. I dessa regleras bland annat följande:

- Arbetstidsförläggning ska utgå från patientens och verksamhetens behov och först därefter den enskilda medarbetarens önskemål.
- Arbetstidsmodeller är en del av vårdens incitamentsstruktur. Våra chefer har möjlighet att styra bemanningen utifrån lokala förutsättningar och medarbetaren har viss möjlighet att påverka sin arbetstid.
- Region Skåne har samsyn i arbetstidsfrågor och motverkar därigenom osund konkurrens.

- Arbetstidsförläggningen ska bidra till en långsiktig kompetensförsörjning och en hållbar arbetshälsa med möjlighet till återhämtning. Hög grad av oregelbundenhet bör undvikas. Möjlighet ska ges till ett aktivt deltagande i både produktion och kompetensutveckling.
- Arbetstidsmodeller ska årligen följas upp och utvärderas.

I kraft av dessa normer och de lokala avtal som slutits finns arbetstidsmått för olika tjänstgöringsformer.

Av genomförda intervjuer har framkommit att regelverket och avtalen kan vara ett hinder för att optimera bemanningen. Basen för Regionens agerande är de centrala kollektivavtalen. Dessa avtal ger möjligheter till lokala lösningar under förutsättning att Regionen kommer överens med motparten, de fackliga organisationerna. Regionen har bland annat lokala överenskommelser på läkarsidan som ersätter vissa specialbestämmelser avseende jour och beredskap men som också friskriver ”hyggligt många situationer” från vissa begränsningar som arbetstidslagen ställt upp.

Intervjupersonerna uttrycker att det finns två bekymmer på läkarsidan för ökad samplanering. Det ena är möjligheter att komma överens med motparten om regelförändringar som skulle behöva förändras eftersom motkraven skulle kunna bli allt för dyrbara. Det andra och större bekymret som nämns är otillräcklig produktionsplanering som bas för resursberäkningar och arbetstidsplanering och schemaläggningar.

På sjuksköterskesidan tillämpas ovan nämnda normdokument som struktur för de lokala arbetstidsavtal som tecknas. Företrädare för Regionen bedömer att Region Skåne tillhör de landsting i landet som har mest av lokala lösningar. Även inom sjuksköterskeområdet är upplevelsen att motparten ställer höga krav i form av pengar och arbetstidsförkortningar som utbyte mot ökad flexibilitet. De vägar som bedöms vara mest framkomliga är omsortering av arbetsuppgifter och satsning på nya kompetenser.

3.2.5 Administration, eHälsa och IT

Ett kontinuerligt förbättringsarbete i vården kräver tillgång till data om insatser och behandlingsresultat. Kraven på dokumentation har därför ökat. Det gäller bland annat registrering i hälsodata- och kvalitetsregister. Detta har i sin tur inneburit en ökad administration för hälso- och sjukvården inte minst för läkare och sjuksköterskor. Professionerna använder därför sin tid i allt mindre utsträckning till patientmöten. Samtliga intervjupersoner, både vårdpersonal och ledningsfunktioner inom hälso- och sjukvården, anser att kraven på rapportering till register och andra uppföljningssystem är betungande.

Det har vid granskningen framgått att IT-systemen upplevs generellt som bristfälliga och icke användarvänliga. Det anses vara för många källor att rapportera till, inloggningstiden uppfattas som lång och systemen är inte kompatibla med mera. Det leder till både frustration, en ineffektiv tidsanvändning och en mindre patientsäker vård. I primärvården arbetar läkarna dagligen med fem till sex applikationer öppna hela tiden som inte är samkörda i journalen.

Region Skånes Förenklingskommission

Region Skåne tillsatte under 2014¹⁷ en Förenklingskommission med uppdraget att ta bort onödigt krångel och byråkrati för att frigöra mer patienttid.

Exempel på pågående förenklingsinitiativ i Region Skåne:

- Förenkling av journaldokumentationen i syfte att minska dubbeldokumentationen med fokus på bland annat den sammanfattade bedömningen och inskrivningsanteckningar.
- På Centralsjukhuset i Kristianstad genomförs en pilotstudie om självcheckning av patienter.
- På Lasarettet i Trelleborg har det startat upp projekt kring röststyrd diktering vilket innebär att läkaren diktarar direkt i Melior eller PMO och signerar sedan klart i journalen.

Regionstyrelsen har beslutat¹⁸ om en förlängning av förenklingskommissionens uppdrag fram till 2016-12-31 och uppdrog åt kommissionen att fram till 2015-12-31 genomföra en kartläggning vad

¹⁷ Beslut i Regionstyrelsen

avser förhållandet mellan antalet anställda i Region Skåne och den vårdproduktion som har utförts samt göra en genomlysning av Region Skånes utveckling över tid med särskilt fokus på hur vårdpersonalens arbetstid har använts.

Effektivare administration i Skåne

En särskild utredare fick under 2014¹⁹ i uppdrag av Regiondirektören att genomföra ett projekt kring Effektiv administration. Uppdraget innebar att presentera förslag på åtgärder i följande avseenden:

- Hur Regionen kan minska dubbeldokumentationen i våra journalsystem.
- Vilka arbetsuppgifter som medicinska sekreterare kan ta över från vårdpersonal med bevarad eller förbättrad kvalitet.
- Vilka administrativa arbetsuppgifter som Regionen kan sluta göra utan att försämra kvalitet eller patientsäkerhet.

Några av projektets slutsatser var att vårdpersonal har en omfattande administrativ börda som till viss del går att ta bort, förenkla eller överföra till medicinska sekreterare. Införandet av röststyrd diktering kommer att frigöra arbetstid för medicinska sekreterare. Analysen visade vidare att olika förvaltningar, verksamheter och enheter i Region Skåne har olika problem och förutsättningar för att genomföra administrativa förändringar. Följande åtgärder föreslogs:

- Ett uppdrag ges till förvaltningarna att bilda lokala arbetsgrupper på verksamhets- eller enhetsnivå, som har som uppgift att minska dubbeldokumentation och förbereda eller genomföra överflyttning av administrativa arbetsuppgifter till medicinska sekreterare.
- Utvecklingscentrum får i uppdrag att starta liknande program som det som genomfördes i Kristianstad, för att stödja verksamheterna i detta arbete.
- Det största administrativa problemet är dysfunktionella IT system som ger onödiga administrativa arbetsuppgifter.

Effektivare vårdadministration – ett förbättringsprogram inom KRYH

Skånevård Kryh har ett uttalat mål att minska vårdpersonalens administrativa uppgifter (tidsåtgång). Under våren 2014 genomförde Skånevård Kryh ett förbättringsprogram med stöd av Utvecklingscentrum Region Skåne, i syfte att omsätta ambitionerna att skapa mer tid med patienterna genom att minska vårdpersonalens administrativa uppgifter i konkret handling.

Programmet har bestått av ett antal ”Lärandeseminarier” med mellanliggande arbetsperioder. Under programmets fem seminarier träffas tvärprofessionella team för att få förbättringskunskap, utbyta erfarenheter, ta del av goda exempel och få handledning om verktyg och metoder. De mellanliggande arbetsperioderna används för att kartlägga förbättringsområden, testa förändringar och sprida arbetet till fler medarbetare i den egna verksamheten.

Nedan åskådliggörs exempel på de förbättringsområden som deltagande verksamheter valt att arbeta med under programtiden²⁰.

Förbättringsområde	Verksamhet
Bevakningskorg journalsystem, hantering av PAD-svar	VO Obstetrik-Gynekologi
Diktera omvårdnadsepikriser, rонddokumentation	VO Ortopedi
Borttagande av diagnoslapp, direktbokning av	VO Öron-Näsa-Hals
Besökstider, intern adm. hjälpfunktion	
Minska dubbeldokumentation,	VO Specialiserad Medicin
Intern adm. hjälpfunktion, omfördelning av	VO Anestesi, OP och IVA
registreringsarbete, ta bort registreringsarbete	
Schemaläggning sjuksköterskor, mottagningsformulär	VO Barn och ungdom
Journaldiktat	VO Kirurgi Kristianstad

¹⁸ Regionstyrelsens beslut om Förenklingskommissionens uppdrag 2015-05-26

¹⁹ Effektivare administration i Region Skåne, Johan Cosmo, slutrapport 2014-05-06

²⁰ Samtliga verksamheter tillhör förvaltning Skånevård Kryh och är lokaliserade på Centralsjukhuset i Kristianstad

Resultatet uppges ha varit positivt för deltagande verksamheter. Även om de mätbara resultaten var få konstaterades exempelvis vinst för patienterna, flytt av arbetsuppgifter från sjuksköterskor till medicinska sekreterare och förbättrad schemaläggning.

Projekt kring Bemanningsnyckeltal

Koncernstab HR har initierat ett projekt gällande bemanning och nyckeltal i syfte att säkerställa likvärdiga förutsättningar avseende bemanning för likvärdiga vårduppgifter. Målet var att skapa gemensamma nyckeltal på internmedicinska vårdavdelningar för sjuksköterskor och undersköterskor i förvaltningarna Skånevård Sund och Skånevård Kryh. En del nyckeltal togs fram men projektet lades på is när sjuksköterskebristen blev allt mer påtaglig.

Under 2015 har förvaltningschefen för Skånevård Sund gett divisionerna i uppdrag att utarbeta förslag på normer för bemanning på förvaltningens vårdavdelningar²¹. Divisionerna som ingår i arbetet är Närsjukvård, Kirurgi och Psykiatri. Uppdragsformuleringen innebär att varje verksamhet för respektive vårdavdelning ska presentera uppgifter på:

- Minimibemanning avseende allmänsjuksköterskor, sjuksköterskor med specialistkompetens samt undersköterskor/skötare det vill säga hur många personer per kategori måste man vara närvarande/timma alt per pass en normalvecka.
- Hur stor andel av de anställda årsarbetarna är i produktion det vill säga hur många använda årsarbetare i relation till antal anställda årsarbetarna.
- Antal vårdplatser.
- Hur många helger arbetar respektive kategori.

I projektet ska även underlag för minimibemanning av sjuksköterska respektive undersköterska per vårdplats exklusive tid som går ifrån på grund av sjukdom, semester eller liknande redovisas. Andra frågeställningar som ska redovisas är om det är rimligt att olika typer av verksamheter har olika nyckeltal.

En övergripande kartläggning av nyckeltal är snart slutförd och under hösten 2015 bildas arbetsgrupper på divisionsnivå där samtliga verksamheter är representerade, samt HR och ekonom.

Införande av personlig inloggning till alla IT system, ”Single Sign On”.

Merparten av intervjupersonerna ger uttryck för att Region Skånes medarbetare dagligen loggar in ett flertal gånger i ett antal olika system och applikationer för att kunna utföra sitt arbete vilket upplevs tidskrävande.

Genom att införa så kallad Single Sign On eller singelinloggning kan denna tid minskas²². Singelinloggning innebär att användaren loggar in en gång i datorn och därmed också automatiskt i alla vardagliga applikationer och system utan att behöva logga in separat i något av dem.

Liknade system har införts i motsvarande organisationer utomlands där har systemet inneburit tidsbesparingar från cirka 15 minuter per användare och arbetsdag till över 30 minuter vilket kan användas till mer värdeskapande arbete.

Projektet Single Sign On har initierats i Region Skåne under våren 2015 med riskanalys och tre initiala värdenheter inom primärvården. Efter sommaren planeras införandet i hela den offentliga primärvården vara färdigställt och under 2016-17 genomförs arbetet för resterande verksamheter inom Region Skåne. Målet är att nå upp till 26 000 användare under denna period.

3.2.6 Kompetens- och produktionsplanering

Kompetensförsörjning

Ett stort antal sjukvårdsverksamheter inom Region Skåne har under de senaste åren i ökad utsträckning rapporterat om svårigheter att behålla och rekrytera medarbetare. Detta betonas även i genomförda intervjuer. I Region Skånes kompetensförsörjningsplan²³ framgår att särskilt sjukskö-

²¹ Bemanningsnyckeltal i Skånevård Sund februari 2015

²² Regionstyrelsen 2015-04-09

²³ Kompetensförsörjningsplan 2015-2018

terskebristen är stor i nuläget och uppskattningar görs att det under 2014 fattats ca 300 sjuksköterskor vilket påverkar ett stort antal verksamheter. Kostnaden för bemanningsföretag i Regionen har mer än fördubblats sedan 2013. En utveckling av undersköterskornas och läkarsekreterarnas roll blir allt mer central i syfte att klara den långsiktiga kompetensförsörjningen. Enligt genomförda intervjuer har det hittills varit god tillgång på undersköterskor. Enligt statistik från SCB har antalet undersköterskor/skötare sysselsatta i Skåne ökat sedan 2008. Detta gäller grund- såväl som specialistutbildade.

Förskjutning av arbetsuppgifter

I budget och förvaltningsuppdrag 2015 formulerades uppdrag till sjukvården att arbeta med förskjutning av arbetsuppgifter. Ett koncernövergripande arbete med kompetensmixplanering har påbörjats och under hösten 2015 kommer en strategi utarbetas för att växla upp Region Skånes arbete med kompetensmixplanering. I begreppet kompetensmixplanering ingår både att uppgiftsväxla mellan yrkeskategorier och att undersöka möjligheter för nya yrken/kompetenser, exempelvis för att avlasta vårdpersonal. I denna strategi kommer även ingå inriktningar för att minska administrativa uppgifter för vårdpersonal. Skånevård Kryh, Sund och SUS arbetar alla med att se över arbetsplatsens uppdrag och fördela arbetsuppgifterna till rätt yrkesgrupper utifrån olika benämningar:

Inom *Skånevård Sund* har ett arbete påbörjats under 2015 med benämningen *Taskshifting*²⁴ i syfte att motverka bristen på sjuksköterskor genom dialog kring vem som gör vad i vården. Fyra pilotavdelningar²⁵ har valts ut för att initiera ett arbete och systematiskt arbeta med *Taskshifting*. Dessa enheter blir föregångare, sprider erfarenheter och skapar förutsättningar för ett lärande inom verksamheten och divisionen. Uppföljning ska ske löpande under året, i arbetsgrupp men också vid månatliga uppföljningar inom division/förvaltningsledning.

Inom ortopedin i Sund pågår arbete för att konvertera sjukskötersketjänster till underskötersketjänster. Ortopediverksamheten är omvårdnadskrävande och innefattar flertalet multisjuka höftpatienter. Syftet är att mildra sjuksköterskebristen men framför allt att få rätt kompetens med undersköterskor för omvårdnad. Enligt intervjupersoner gör sjuksköterskor idag mycket av det arbete som bör utföras av undersköterskor.

Under hösten 2014 medförde sjuksköterskebristen på *SUS* att vårdplatser inte kunde öppnas igen efter sommaren. Chefer och medarbetare i flera av *SUS* verksamheter vittnade om hög arbetsbelastning och arbetsmiljöproblem som följd. Förvaltningsledningen fattade då beslut om en rad åtgärder för att hantera bemanningssituationen och ett exempel på det är det initiativ som har fått namnet *Kraftsamlingen* och som påbörjade den 1 september 2014. Huvuduppdraget är övergripande att se över och omfördela arbetsuppgifter från sjuksköterskor på vårdavdelning till andra yrkesgrupper för bästa möjliga kompetens- och resursanvändning samt att behålla sjuksköterskor och attrahera nya sjuksköterskor till vårdavdelningar, akutmottagningar och operation. Fyra verksamheter har varit i fokus i *Kraftsamlingen* fram till mars 2015: internmedicin, barnmedicin, neurolog och kirurgen.

Projektet *Kraftsamlingen* har parallellt varit ett stöd till de andra verksamheterna i frågor kring förändringar i schemaläggning, arbetstidsmodeller, bemanning och underlag till ledning i frågan om olika typer av lönebeslut samt kostnader för dessa. Resultatet visar att både fokus, kompetens och insatser har ökat och de arbetsformer som använts har bidragit till att engagemanget stärkts inom de prioriterade verksamheterna. En arena för idé- och erfarenhetsåtervinning har skapats mellan verksamheterna, samt mellan verksamheterna och *SUS* administration (staber). Det anses dock för tidigt att kunna dokumentera mätbara effekter i form av fler öppna vårdplatser.

För att samla och sprida goda förbättringsarbeten har *Skånevård Kryh* initierat projektet, *rätt använd kompetens (RAK)*. Syftet är att kartlägga, identifiera och ge förslag till åtgärder för att kvalitetssäkra att rätt använd kompetens används inom förvaltningen. Arbetet innebär en uppgiftsväxling utifrån principen ”arbeta på toppen av sin kompetens” genom att: avlasta vårdpersonal admi-

²⁴ Taskshifting – vem gör vad i vården, Förvaltningsledningen Sund, 2015-02-11

²⁵ Ortopedi avdelning, MAVA Helsingborg samt två vuxenpsykiatriavdelningar i Kristianstad och Lund

nistrativa arbetsuppgifter, avlasta vårdpersonal serviceuppgifter (vårdnära service), uppgiftsväxla mellan vårdpersonal samt uppgiftsväxla till nya kompetenser/roller. Ett mål har satts inom RAK som innebär att all icke administrativ sjukvårdspersonal skall arbeta minst 80 procent av sin arbetstid med patientrelaterat arbete senast 2018.

Åsikterna kring arbete med arbetsförskjutning är inte odelat positiva. Detta ger några intervjupersoner uttryck för enligt följande: *”Taskshift går i mångt och mycket ut på att sjukvården ska ha sämre utbildade. Det går väl i viss mån men är inte lösningen eftersom vården kräver utbildad personal och vi måste ha respekt för personalens kompetens”.*

Äldrevårdsavdelning SUS Lund – utveckling av nytt arbetssätt

Under arbetet med *Kraftsamling* på SUS som beskrivits ovan har framkommit olika idéer om hur en vårdavdelning skulle kunna drivas på ett alternativt sätt med betydligt mindre sjuksköterskebehov och större involvering av andra kompetenser. Under våren 2015 har en projektplan²⁶ för arbetet tagits fram där bl.a. syftet med projektet definierats enligt följande: *Bättre vård för de mest sköra äldre vid somatisk svikt, möjlighet att testa och utveckla nya arbetssätt ffa kopplade till denna grupp samt en tydligare integrering mellan vårdcentralerna, hemsjukvården och slutenvården.* Avdelningen ska drivas av VO Geriatrik. Projektet ska vara 2-årigt och utvärderas efter 1 år. Arbetet synkroniseras med implementeringen av den nya Hälso- och sjukvårdsavtalet mellan Region Skåne och Kommunförbundet Skåne som träder i kraft 1 januari 2016.

Bemanning efter patientens behov med stöd av personcentrerad vård

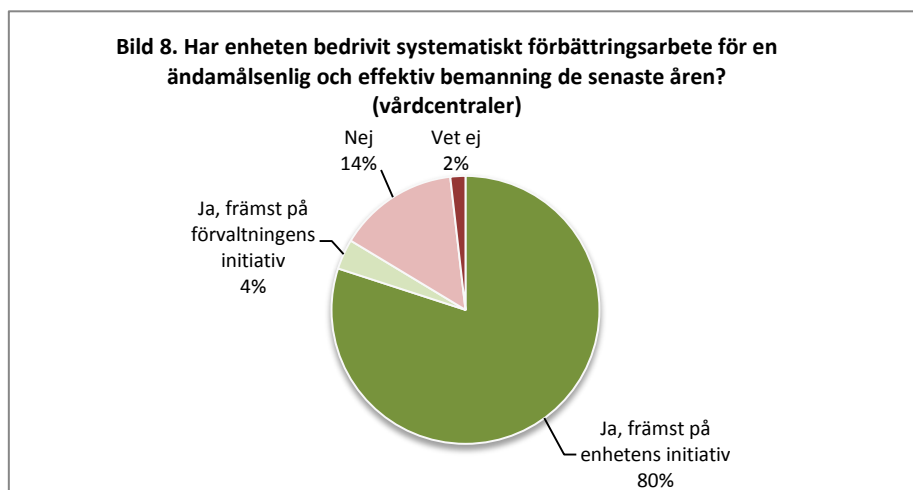
Inom Thoraxkirurgin på SUS har en satsning på personcentrerad vård genomförts under de senaste två åren med hjälp av en professor i omvårdnad. Bakgrunden till satsningen var sjuksköterskans starka koppling till de administrativa arbetsuppgifterna och att de gärna tillbringade mycket tid med journalskrivning. Satsningen med personcentrerad vård har inneburit att sjuksköterskan ska spendera mer tid hos patienten genom bland annat effektivisering av journalskrivning.

Budskapet att mer tid ska spenderas med patienten har haft svårt att få fäste i personalgruppen. Ledningen menar att det är ett mer krävande arbetssätt men att arbetet samtidigt blir mer effektivt. Citat: *”Vi är på gång men det har tagit två år – vi måste få mer tid”.*

3.2.7 Övrigt förbättringsarbete

Av genomförda intervjuer och enkätresultat framgår att det pågår arbete på många håll där patienttiden uppmärksammas. De personer som besvarat enkäten har en positiv bild av enheternas arbete med förbättringsarbete.

I bild 8 framgår att 80 procent av respondenterna att enheterna på eget initiativ bedrivit ett systematiskt förbättringsarbete för en ändamålsenlig och effektiv bemanning under de senaste åren.



²⁶ Projektplan Äldrevårdsavdelning SUS Lund, Skånes Universitetssjukhus

Exempel på systematiskt och strukturerat utvecklingsarbete (enligt resultat från enkäter):

- Låt personalen auskultera hos varandra för att på ett optimalt och tidseffektivt sätt förstå och veta hur kollegerna jobbar och därmed också kan boka in "rätt" patienter till varandra.
- Ökat fokus på teamarbete samt ssk-ledd mottagning.
- Flera lokala förbättringsarbeten på gång i verksamheten.
- Bemanningsoptimering mellan två vårdcentraler.
- Sekreterare tar över en del av läkaradministrationen, undersköterska tar över uppgifter från sjuksköterskor.
- Övergripande central policy om att optimera och förbättra användning av personalresurser på högstanivå (Privat vårdgivare).
- Förbättringsarbete för att minska ledtider.
- Flödesförbättringar för att möta de behov som listade patienter beskriver.

3.2.8 Slutsatser och bedömningar

Utvecklingsarbete för att optimera nyttjandet av personalresurserna pågår på flera olika håll i Region Skåne som kartläggningen ovan visar. Vissa projekt är lokalt initierade och andra har beslutats centralt. Från central nivå drivs flera ambitiösa projekt som tar sikte på att förenkla administrationen. Dessa initiativ har allmänhet mottagits positivt både i förvaltningarna och i vårdens första linje. Det arbete som sker på förvaltningsnivå är relativt likartad och baseras på samverkan mellan koncernen och förvaltningarna.

Arbete pågår att skifta arbetsuppgifter mellan yrkesgrupperna. Det har framgått att det ofta uppstår svårigheter i dessa förändringsprocesser bland annat av kulturella skäl. En fortsatt uppföljning och proaktiv projektverksamhet är därför enligt vår bedömning av central betydelse. Vår bedömning är att det tillsvidare saknas en tydlig uppföljning och utvärdering av utvecklingsprojekten. Spridningen av goda resultat bör förbättras.

I enkätsvar och intervjuer framgår samtidigt att många vid sidan av det ordinarie tillgänglighetsarbetet upplever en avsaknad av ett strukturerat och systematiskt utvecklingsarbete som tar sikte på användandet av personalresurserna. I vår granskning framkommer att det saknas tydliga produktions- och kvalitetsmått. Flera studier har återkommande pekat på vikten att tolka och använda jouravtalen mer stringent för att undvika att en alltför stor del av arbetstiden går bort i ledighet. Schemaläggning, produktionsplanering och översyn av vårdprocesser är av stor betydelse för att förbättra tillgängligheten till vården. Vår bedömning är att dessa verktyg inte används i önskvärd omfattning.

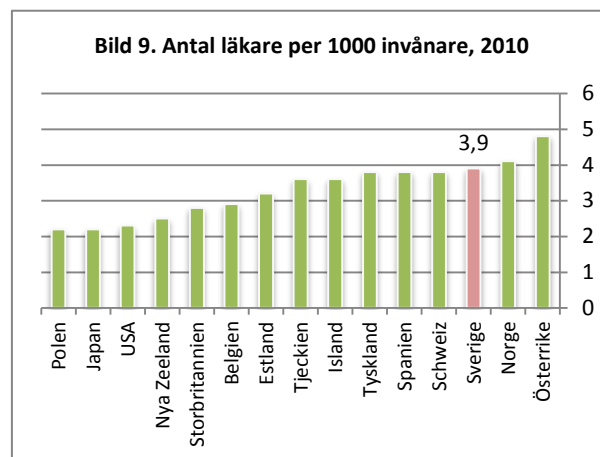
En tydligare övergripande och mer heltäckande färdplan behöver tas fram för hur olika lokala initiativ och utvecklingsarbeten kan stödjas.

3.3 Sjukvårdspersonalens fördelning av arbetstiden

I detta avsnitt beskrivs situationen kring sjukvårdspersonalens arbetstider ur ett internationellt, nationellt, regionalt och lokalt perspektiv. I avsnittet belyses även de iakttagelser som gjorts beträffande revisionsfråga 5: *Hur ligger Region Skåne till jämfört med Sverige i övrigt och med andra länder? Vilka eventuella svagheter och styrkor finns?*

3.3.1 Internationella jämförelser

Tyvärr finns få mätningar som beskriver rent skånska förhållanden. De uppgifter som framkommit indikerar dock att situationen i Skåne i huvudsak är den samma som i landet i övrigt. Den bedömningen gör även intervjuade före-



trädare för Regionen.

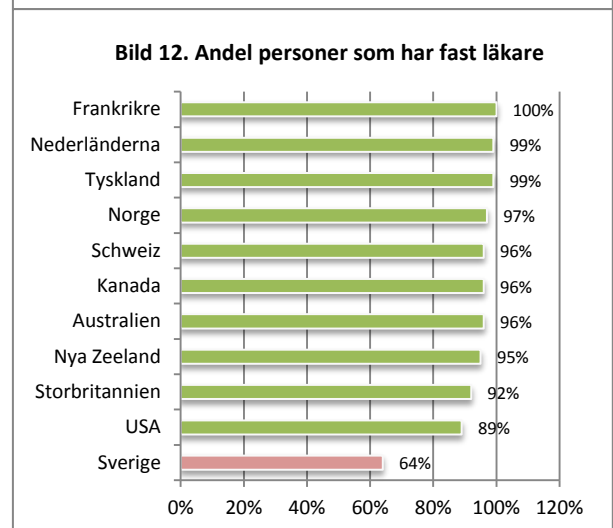
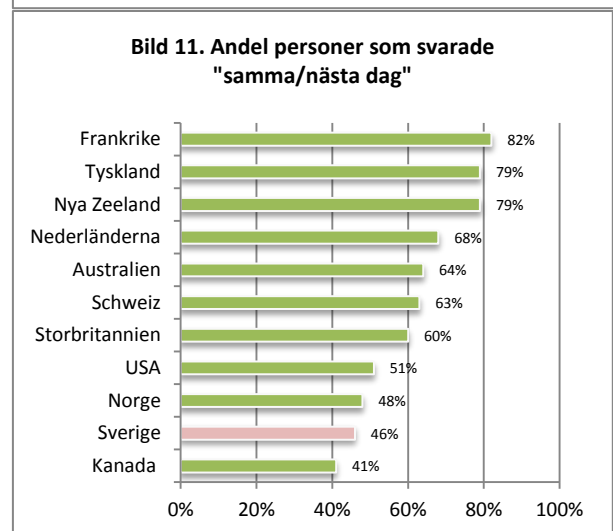
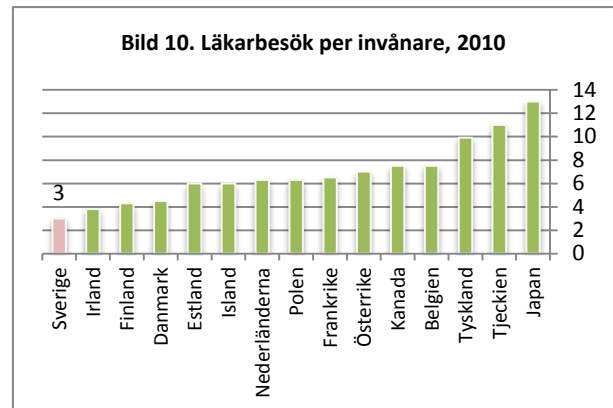
Sverige står sig väl i internationella jämförelser av hälso- och sjukvårdens resultat inom en rad olika områden. Statistiken avseende patientkontakter visar samtidigt på flera utmaningar för Sverige.

Sverige har många *läkare per 1000 invånare* och hamnar på tredje plats bland jämförbara länder gällande flest antal läkare (se bild 9).

Antalet läkarbesök per invånare är däremot betydligt lägre jämfört med andra länder. Sverige utmärker sig som ett av de länder med *lägst andel tid som patienter och läkare har tillsammans* (se bild 10²⁷).

Tillgänglighet är ett annat mått där Sverige ligger sämre till internationellt sett. Tillgängligheten är avgörande för att skapa trygghet för patienterna och påbörja behandling i tid. God tillgänglighet är också en indikation på en väl fungerande organisation. Tillgängligheten skiljer sig mellan länderna och även inom Sverige. Sverige har en sämre tillgänglighet jämfört med andra länder. I vidstående diagram åskådliggörs befolkningens uppskattning av hur snabbt det går att få tid till läkare (se bild 11 för andel personer som svarade samma/nästa dag²⁸).

Kontinuitet är ofta kopplat till högre patientnöjdhet och kvalitet. Enligt internationella jämförelser ligger Sverige sämre till när det gäller andelen med fast läkarkontakt vilket bild 12²⁹ visar. Sveriges läkarförbund³⁰ visar i en rapport att stabil läkarbemanning (andel stafettläkare och vikarierande specialitläkare) är viktig för kontinuiteten i primärvården.



²⁷ Källa OECD

²⁸ Källa Vården ur patienternas perspektiv. Vårdanalys, 2014

²⁹ Källa: Vården ur patienternas perspektiv. Vårdanalys 2014

³⁰ Juni 2015

Internationella jämförelser visar att svenska primärvårdsläkare inte är nöjda med situationen. Fler än hälften av primärvårdsläkarna är missnöjda med den tid som de lägger på varje patient (se bild 13³¹). Läkarnas uppdrag varierar mellan olika länder vilket gör att internationella jämförelser ska tolkas med viss försiktighet.

I en bemanningsenkät till drygt 90 procent av landets vårdcentraler konstateras att färre än 50 procent av vårdcentralerna var fullt bemannade. Det är inte någon skillnad i resultaten mellan offentlig eller privat primärvård. Privata vårdcentraler har dock generellt bättre resultat i patientenkäterna än de som drivs i offentlig regi.

Samtidigt visar rapporter att antalet patientbesök per läkare i Sverige har minskat över åren (se tabell 1³²). Skillnader i resultaten mellan och inom landsting/regioner (se avsnitt 3.3.2) visar på möjligheter till utveckling och förbättring.

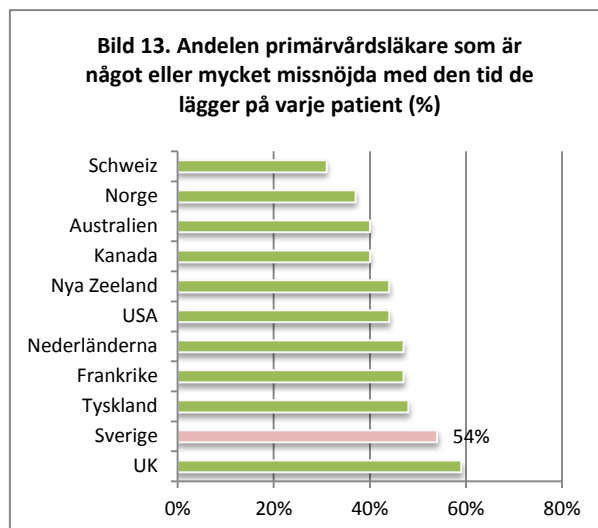
Tabell 1. Antalet patientbesök per läkare i Sverige, 1975, 2000 Och 2012

År	1975	2000	2012
Antalet läkare	8 511	23 410	32 560
Antalet patientbesök per år	17 230 000	21 290 000	28 000 000
Antalet patientbesök per läkare och år	2 024	909	862
Antalet patientbesök per läkare och dag	9	4	3,8

Studier publicerade av Eurohope (2014) och Rhenberg (2015) analyserar produktiviteten och kommer fram till att den är lägre vid svenska sjukhus jämfört med våra nordiska grannländer. En återkommande fråga är produktivitetsens påverkan på kvaliteten. Det är lätt att förledas att tro att en hög produktivitet är förknippad med en sämre kvalitet. Ofta kan det vara tvärtom.

Andel patienttid

I en studie från 2014 jämförs kirurgkliniker i Skåne (Centralsjukhuset Kristianstad, Ystad lasarett och SUS Malmö/Lund) med motsvarande kliniker i England. I Sverige bestod den mesta arbetstiden av patientarbete och patientrelaterat administrativt arbete, 40 respektive 37 procent av den totala arbetstiden. I England tillbringades relativt mer tid på patientarbete, 66 procent, och mindre tid på administration, 15 procent. Se vidare i avsnitt 3.1.4.



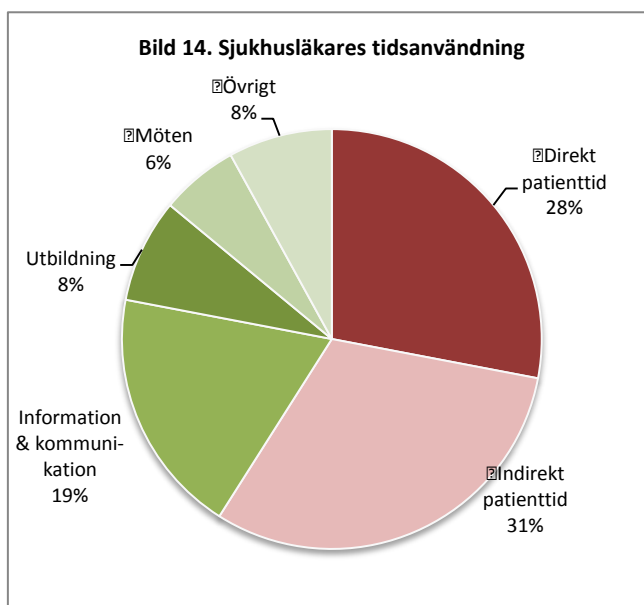
³¹ Källa IHP 2012

³² Källa: Fölster et al, Den sjuka vården 2.0

3.3.2 Nationella jämförelser

Diskussionen om den ökade administrativa bördan för sjukvårdspersonal har föranlett en rad tidsstudier de senaste åren. Studierna mäter ofta enskilda kliniker eller sjukhus. Andelen direkt patienttid³³ skiljer sig mellan olika studier (se bild 14³⁴). Tidningen sjukhusläkaren³⁵ framhåller i en artikel om projektet Balans i Norrbotten att endast en tredjedel av läkarnas tid används till direkt patientarbete.

I en mätning av läkarnas tidsanvändning på Norrvikens vårdcentral i Stockholms läns landsting³⁶ framgår att läkarna arbetade sju timmar per dag. Andelen direkt patientarbete utgjorde 53 procent, indirekt patientarbete 29 procent och övriga arbetsuppgifter uppgick till 18 procent av arbetsdagen.



I omfattande studie av sjukhusläkarnas tidsanvändning på Sahlgrenska universitetssjukhuset³⁷ framgår att läkarna ägnade 28 procent av tiden till direkt patientarbete enligt diagrammet nedan. Hälften av tiden (indirekt patienttid + information/kommunikation) användes till att registrera, ta fram patientdata, beställa prover, samråda med kollegor, teamkonferenser, överrapporteringar mm. Läkarna lyfte fram bristfälliga IT-system och en upplevd ökad administration som orsaker till begränsad direkt patienttid.

Privat och offentlig vård

Enligt en studie från 2014 är det stor skillnad i produktivitet både mellan landsting/regioner samt mellan privat och offentlig vård (se tabell 2). Stockholms privatanställda läkare träffar flest patienter, i genomsnitt 18 per dag. Våra intervjuer med representanter från Region Skåne och resultat från andra källor visar på en variation både inom gruppen privat vård och offentlig vård och mellan olika kliniker.

Tabell 2. Privat och offentlig vård – primärvården – antal besök per läkare och år³⁸

Landsting	Produktivitet offentlig primärvård	Produktivitet privat primärvård	Skillnad privat offentlig primärvård
Stockholm	3 478	4 324	24,3%
Västra Götaland	3 220	3 476	7,9%
Skåne	2 757	3 230	17,2%
Östergötland	2 237	2 561	14,5%
TOTALT	2 923	3 398	16,2%
Variation – lägst – högst	36%	41%	

³³ Definieras som personligt möte/samvaro eller telefonsamtal med enskild patient t ex mottagningstid och hembesök, avdelningstid, rond, in- och utskrivning, omvårdnad, undersökning, behandling. Källa: Vårdanalys, Ur led är tiden, rapport 2013:9

³⁴ Källa: Läkartidningen 2014-07-10

³⁵ 2012-04-12

³⁶ Arameshk november 2014

³⁷ Ernst & Young

³⁸ Källa: Den sjuka vården 2.0 Fölster et. al

3.3.3 Best Practice

Kaiser Permanente är ett välkänt sjukvårdssystem i USA med goda resultat. Kaiser Permanente har en hög andel direkt patienttid. Se tabell 3 avseende sjukhuset Santa Clara.

Tabell 3. Tidsanvändning Santa Clara, Kaiser Permanente

Klinik	Läkare		Sjuksköterska	
	Direkt patienttid	Övriga aktiviteter	Direkt patienttid	Övriga aktiviteter
Internmedicin	85%	15%	73%	27%
Gynekologi och förlossning	81%	19%	72%	28%
Ortopedi	80%	20%	84%	16%
Öron-Näs- och hals	73%	27%		
Psykiatri	77%	23%		
Kirurgi – allmän	68%	32%	81%	19%

I en rapport³⁹ presenteras en jämförelse mellan Santa Clara och två storleksmässigt jämförbara landsting i Sverige. Siffrorna från Santa Clara är visserligen från 2005 (Sveriges siffror är från 2012) men det visar ändå på att olika andelar vård kan fås ut av jämförbara personalresurser (se tabell 4).

Tabell 4. Kaiser Permanente, Santa Clara jämfört med Jämtland och Bleking

	Jämtlands läns landsting, primär- och sjukhusvård	Blekinge landsting, primär- och sjukhusvård	Santa Clara Hospital, Kaiser Permanente
Antal vårdtillfällen	21 700	25 130	23 000
Vårdplatser	337	431	267
Summa patientbesök	332 213	379 500	762497
Antal läkare totalt	407	477	391
Patientbesök per läkare	816	796	1 947

Det som kännetecknar Kaiser är ett långt arbete för att utveckla användarvänliga IT-system. De har även en tydlig och lätt tillgänglig uppföljning av tillgänglighet, medicinsk kvalitet, patientnöjdhet mm och använder resultaten kontinuerligt i förbättringsarbetet. Det som läkaren registrerar i journalsystemen sammanställs automatiskt och används av ledningen i uppföljningen. Inlagda kontrollpunkter i datasystemen påminner personalen om inrapportering, provtagning etc. Det finns ett starkt fokus på förebyggande arbete där riskpatienter identifieras i tid. Evidensbaserade ”guidelines” uppdateras löpande. Det pågår ett kontinuerligt förbättringsarbete för att stärka logistiken och vårdflödena.

Teoretisk potential för ökad patienttid

I den tidigare refererade tidsstudien vid Sahlgrenska universitetssjukhuset framkom att sjukhusläkarna använder 28 procent av sin tid för direkta patientkontakter. Enligt vad som framkommit i granskningen torde denna siffra även vara relevant inom Region Skåne.

I jämförelse med internationella exempel finns en betydande potential att öka den direkta patienttiden. (Santa Clara har en direkt patienttid på 75 procent av den totala läkartiden).

Potentialen kan belysas genom ett antagande att patienttiden i svenska förhållanden ökade från 28 till 42 procent av läkarnas totala tid. (Det är en ökning med 50 procent).

³⁹ Den sjuka vården 2.0

Vidare kan antas att denna ökning blir möjlig på grund av bättre organisation och IT-system så att läkarna kan dra ner sin indirekta patienttid lika mycket som de ökar den direkta patienttiden, utan att kvaliteten för patienterna försämras.

En läkare kan då träffa och behandla 50 procent fler patienter (vi antar att effektivisering påverkar både öppenvårdsbesök och vårdtillfällen lika). Det innebär i vårt exempel att två läkare klarar av tre läkares jobb. Om läkarkostnaden är 30 procent av hela sjukhuskostnaden och sjukhusets övriga kostnader ligger fast kan sjukhuset sänka sina kostnader med 10 procent. För SUS med en budget på ca 14 miljarder SEK skulle det innebära en sänkning med 1,4 miljarder SEK. Alternativt kan volymerna och tillgängligheten öka, väntetider minskas eller kvaliteten förbättras med motsvarande 10 procent. Om samma effektivisering som för läkare också sker för övrig personal och hela personalkostnaden är 60 procent av sjukhuskostnaden, då är besparingspotentialen, eller kvalitetshöjningspotentialen 20 procent av den totala sjukhuskostnaden.

3.3.4 Slutsatser och bedömningar

Flera studier visar att i svensk sjukvård är den tid som läkare tillbringar med direkt patientarbete liten jämfört med ett stort antal andra länder. Våra intervjuer bekräftar att de uppgifter som finns om situationen i svensk sjukvård i huvudsak även är relevanta för Region Skåne.

Det är enligt vår bedömning svårt att dra generella slutsatser av den nuvarande situationen. Att träffa många patienter behöver inte alltid vara effektivt ur hälsosynvinkel. I vissa fall kan det vara bättre att arbeta förebyggande, stimulera egenvård från patientens sida eller att läkaren bidrar till kvalitets- och metodutveckling. Teknologisk och medicinsk utveckling torde i många sammanhang medverka till att läkarnas direkta patienttid minskar samtidigt som kvaliteten ökar. Fördelningen av arbetstid är även enligt vår bedömning nära kopplad till hur arbetet är organiserat, personalens yrkesroller och organisationskulturen.

Det finns rapporter som visar på skillnad i resultat både mellan Sverige och andra länder och mellan regioner inom Sverige. Det finns även exempel på projekt både i Skåne och i landet i övrigt där översyn av tidsanvändningen gett positiva resultat. Vi bedömer att det i många enskilda fall finns möjligheter till förbättringar genom ökad systematik och planering och centrala satsningar på förbättringar inom strategiska områden till exempel eHälsa. Sådana förbättringar kan utfalla som ökat värde för patienten i form av ökad tillgänglighet, ökad kvalitet och patientsäkerhet eller effektivisering i ekonomiska termer. Det kan också leda till en mer tillfredsställande arbetsmiljö. Det utvecklingsarbete som här avses bör sannolikt initieras och genomföras lokalt för att bli framgångsrikt med stöd och krav från gemensamma centrala satsningar inom olika områden.

I detta sammanhang bedömer vi att det är en brist att Region Skåne saknas tydliga mål, underlag, mätningar och metodik som kan vara till stöd för ett sådant lokalt utvecklingsarbete.

Kommentar

Jämförelser mellan olika länder är troligen behäftade med stora felkällor där tradition, kultur, arbetsinnehåll i vården och mätmetoder är faktorer som påverkar statistiken. Sveriges sjukvårdskostnader som andel av BNP är jämförbara med andra europeiska länder. Sverige har en större andel personal men sannolikt något lägre löneläge. När det gäller medicinska resultat ligger Sverige ofta i det övre skiktet. Samtidigt finns det som det framgått utmaningar och förbättringspotentialer vilket gör det viktigt att identifiera best practice och framgångsrika exempel som exempelvis Kaiser Permanente som jämförelse.

4 Samlade bedömningar och slutsatser

4.1 Övergripande revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan ska ge ett underlag för att bedöma om Regionens användande av personalresurserna inom vården sker på ett ändamålsenligt och effektivt sätt.

En tydlig iakttagelse i föreliggande granskning är att frågor om personalens tidsanvändning ådrar sig allt större uppmärksamhet i Region Skåne. Ett ambitiöst arbete bedrivs sedan ett par år tillbaka. Framförallt är det två spår som har blivit föremål för utvecklingsinsatser. Det första handlar om att förenkla administration och IT-system för att avlasta läkare och sjuksköterskor från betungande administrativa uppgifter. Det andra spåret är att uppmärksamma arbetsuppgifter som kan skifta mellan professionerna. Även detta sker i syfte att skapa större utrymme för patientkontakter och patientrelaterat arbete.

Frågor som produktions- och resursplanering samt schemaläggning har också aktualiserats. Vår iakttagelse är att det bedrivs ett flertal framgångsrika projekt av detta slag lokalt i verksamheten. Här är det dock enligt vår bedömning mindre tydligt vilka mål, strategier och åtgärder som Regionen vidtar för att effektivisera vårdpersonalens arbetstid. Det har bland annat framkommit att det är möjligt att i samarbete med de fackliga organisationerna enas om åtgärder för ökad flexibilitet i jour- och anställningsavtal. Detta kräver dock ett ”pris” som måste betalas i form av att personalens arbetstid faktiskt kommer att användas mer effektivt.

Ett ytterligare spår som framkommit är att se över hälso- och sjukvårdens arbetsformer för att hitta mer effektiva behandlingsprocesser. Exempel på sådana områden är ökad grad av egenvård, mobil sjukvård/hemsjukvård och utveckling av evidensbaserade vårdprogram. Även målmedvetna satsningar på innovativa former av eHälsa är verktyg som förs fram i syfte att optimera personalens patientkontakter. Även i dessa fall bedömer vi att Regionen inte har ett tydliggjort förhållningssätt.

En god tillgänglighet för befolkningen är ett prioriterat mål inom Regionen. Däremot saknas styrning av hur personalen använder sin tid. Samma gäller frågor om produktivitet. Regionen har varken fastställt mål eller mått för dessa aspekter. Inom koncernledningen är uppfattningen att det inte är ändamålsenligt att bedriva en central styrning inom detta fält. Ståndpunkten grundas på att förutsättningarna är mycket varierande inom olika delar av verksamheten. Inom vissa områden kan en ökad direkt patienttid vara dysfunktionell.

Inte desto mindre visar enskilda exempel, internationella jämförelser och best practice att det inom olika delar av verksamheten sannolikt finns en betydande potential för ökad kvalitet, ett bättre omhändertagande och förbättrad ekonomi. En sådan utveckling kan sannolikt i grunden endast skapas inifrån de enskilda enheterna/verksamheterna. Dessa enheter behöver dock enligt vår bedömning ett genomarbetat stöd bland annat i form av olika kunskapsunderlag och metoder samt statistiska underlag för analys och benchmark. Det behövs också en medvetenhet om att det kräver en betydande översyn av organisation, arbetskultur och stödstrukturer samt en tydlig färdplan för att närma sig de resultat som Kaiser Permanente och andra som visar upp en hög andel patientkontakter.

Tidigare granskningar

I tidigare granskningar har efterlysts ett tydligare effektivitetsbegrepp inom Region Skåne. Det har även påtalats att strategin för hur vårdens patientfokus ska stärkas behöver utvecklas ytterligare. Vidare har föreslagits bland annat uppföljningsbara mål och mätningar för produktivitet. I yttranden från Regionstyrelsen har framkommit att avsikten är att stärka och utveckla arbetet för ökad produktivitet och effektivitet.

Slutsatser vid denna granskning är att de från revisionen framförda förbättringsförslagen och de från Regionstyrelsen angivna åtgärderna i anslutning till dessa inte har genomförts.

Sammanfattande bedömning

Region Skåne bedriver ett aktivt arbete som syftar att frigöra tid för ett ökat patientrelaterat arbete bland vårdens anställda. Det sker främst genom översyn av administration och IT. Däremot är det mindre tydligt hur Regionen verkar för ökad produktivitet och effektivitet. Styrning saknas om hur personalen fördelar sin tid mellan olika uppgifter och hur personalens patientkontakter ska optimeras.

Sett till de utvecklingsmöjligheter som uppnåtts i enskilda exempel och vid internationella förebilder är det vår bedömning att Regionens styrning av användandet av personalresurserna inom hälso- och sjukvården inte ändamålsenlig och effektiv. Regionen saknar instrument för att ur ett helhetsperspektiv värdera och styra tidsanvändningen inom vården så att den används på ett effektivt och för patienten fokuserat sätt.

4.2 Förbättringsområden

Granskningen har föranlett följande förbättringsförslag:

- En färdplan som beskriver en tydlig idé och en sammansatt strategi för hur en optimering av personalens tidsanvändning ur ett patientperspektiv behöver utvecklas.
- Mätningar av produktivitet och tidsanvändning bör göras som underlag för lokala jämförelser och förbättringsarbeten. Likaså bör tillhandahållas metoder och sakkunskap.
- Det bör krävas av verksamheter och enheter att de vid behov fastställer mål för optimering av personalens tidsanvändning.
- Igångsatta och planerade åtgärder bör följas upp och utvärderas, huruvida tid kan frigöras och att den används för kvalitetshöjning och/eller förbättrad kostnadseffektivitet. Goda exempel bör spridas i organisationen.
- Möjligheter att nyttja innovationer inte minst inom eHälsa området bör utvärderas och ligga till grund för en planering som i högre grad involverar patienten i den egna vården.

Bilaga 1 – Intervjuade personer

Följande personer har intervjuats i granskningen:

Ann-Sofi Bennheden
Ywonne Björkman
Marie Hedin Christensson
Torbjörn Hermansson
Janet Gustavsson
Per-Ola Kimblad
Ulf Kvist
Sergio Padoan
Märta Stenevi
Lill Torstensson
Leif Uttman

Marie-Louise Berseus
Lisbeth Cederwald
Johan Cosmo
Ann-Kristin Eriksson Herzog
Per Johansson
Sten Kjellström
Greger Linander
Niclas Ramberg
Pål Svensson
Karin Träff Nordström
Ronny Wain

Bilaga 2 - Redovisning av enkät om personalresurserna

Om enkäten och dess resultat

Som en del av granskningen genomfördes en enkätundersökning gällande hur personalresurserna inom vården i Region Skåne används. Enkäten och dess frågeställningar är konstruerad utifrån resultat från genomförda djupintervjuer med företrädare i Regionen och erfarenheter från tidigare granskningar.

Enkäten sändes till samtliga vårdcentralchefer i Regionen som totalt uppgick till 126 respondenter (totalt finns 155 vårdcentraler inom Regionen men flera respondenter är chefer för mer än en vårdcentral), varav 59 besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 47 procent.

Avsikten var även att inkludera respondenter från sjukhusverksamheterna och specifikt representanter från kirurgi och närsjukvård inom Skånevård Sund, Skånevård Kryh och Skånes Universitetssjukhus. Detta visade sig dock svårt att genomföra då verksamheterna inte ansåg sig ha möjlighet att avsätta tid för att besvara enkäten pga. den ansträngda personalsituationen. Ett urval representanter för division kirurgi och närsjukvård inom Skånevård Kryh fick dock tillsänt sig enkäten och utav 20 respondenter besvarade åtta enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 40 procent. Vi vill betona att de få svar som inbegrips i enkäten gällande sjukhusverksamheterna innebär att resultaten måste tolkas med stor försiktighet. Även om det inte är möjligt att generalisera resultaten eller att dra slutsatser som sträcker sig längre än de respondenter som besvarat enkäterna så redovisar vi svaren i denna bilaga.

Enkäterna genomfördes som webbenkäter under vecka 24-26. En påminnelse skickades ut.

Syftet med enkäten var att få en bild av hur verksamheterna inom Region Skåne arbetar med frågor kring personalresurser och patientkontakter i vården. De huvudfrågor som valdes att fokusera på var följande: ett effektivt och ändamålsenligt nyttjande av personalens kompetens, fördelning av vårdpersonalens arbetstid samt frågor om utvecklings- och förbättringsområden.

Frågorna i enkäten bestod av både slutna och öppna svarsalternativ som framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat. Resultatet av enkäten redovisas i sin helhet med genomgång av varje fråga, samt öppna svarsalternativ där den möjligheten erbjöds.

BAKGRUNDSFRÅGOR

Fråga 1. Vilken typ av yrkeskategori representerar du?

	VC Antal	Sjukhus Antal
Läkare	41	4
Sjuksköterskor	45	4
Barnmorskor	8	0

Fråga 2. Vilken typ av enhet representerar du (frågan ställdes endast till sjukhusrepresentanterna)

	Antal
Opererande specialitet	2
Icke opererande specialitet	5
Mottagning	1
Vårdcentral	0

ÖVERGRIPANDE FRÅGOR OM EFFEKTIVITET OCH ÄNDAMÅLSENLIGT NYTTJANDE AV PERSONALENS KOMPETENS

3.1 Vilken prioritet anser du att frågan om en effektiv användning av de personella resurserna har?

Svarsalternativ	Mycket hög	Ganska hög	Mycket låg	Vet ej
-----------------	------------	------------	------------	--------

Svarande som anger mycket hög eller ganska hög

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Inom den egna enheten	51	92	8	100
Inom andra enheter vid din förvaltning	36	70	6	75
Inom din förvaltning som helhet	36	70	6	13
Inom Region Skåne som helhet	32	61	3	38

3.2 I vilken utsträckning påverkar följande faktorer en effektiv användning av de personella resurserna?

Svarsalternativ	I mycket hög grad	I ganska hög grad	I mycket låg grad	Vet ej
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------

Svarande som anger i mycket hög eller i ganska hög grad

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Ersättningsystem	46	84	5	63
Starka professioner som inte vill skifta arbetsuppgifter	25	46	5	63
Traditioner och vanor	38	71	6	75
Lagstiftning, föreskrifter och/eller regler	32	61	6	75
Ledningens prioritering	42	78	7	88
IT-systemens utformning och behörighetsstruktur	44	82	6	75
Formell kompetens saknas för en ändrad arbetsfördelning	31	57	4	50
Samplanering mellan personalkategorier	38	71	7	88
Involvering av patienten i utformandet av vårdflöden	32	59	7	88
Schemaläggning	38	71	6	75
Övriga faktorer	15	32	0	0

Fråga 3.3 Vilken/vilka är den egna organisationens viktigaste utmaningar för en mer effektiv användning av de personella resurserna? (fri text)

Sammanfattning av fritext svar:

Vårdcentralerna

Administration mm

- Få ett enklare ersättningsystem - tar mkt adm tid
- För många arbetsuppgifter som inte skapar mervärde för patienten
- Kravet på online bokning till 80 %
- Vi behöver ett fungerande journalsystem.
- Att Region Skåne tillhandahåller ett fungerande IT system = VDI.
- Enklare schemaläggningssystem och översikt.
- Slippa dubbeldokumentering och registreringar. Mer statistik borde kunna tas från journalsystem.

Resurser och ekonomi

- Att hålla budget och ge service och vård med kvalitet till våra kunder (patienter)
- Högt antal patienter
- Politiska prioriteringar måste vara i samklang med de personalresurser som finns.

- Lokaltutformning för bättre patientflöde. Ekonomiska resurser.
- Att med minskade resurser bevara god kvalitet i vården där allt mer av specialisternas arbete överförs till primärvården utan ökade anslag för densamma.
- Vi har ersättning från Hälsovalet, få tillräckligt ersättning så vi kan anställa rätt kompetens vilket börjar bli en brist vara.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

- Brist på specialister i allmänmedicin. Övriga yrkesgrupper behöver användas i högre grad för att avlasta befintliga läkare.
- Arbetsmiljö
- Samsyn kompetensutveckling
- Fast anställda effektiva allmänläkare
- Svårighet att rekrytera specialister i allmän medicin samt distriktssköterskor
- Kompetens utveckling av vissa personer

Ledarskap och processer

- Få flödena att fungera så vi får nöjda patienter och en god arbetsmiljö för medarbetarna.
- Att nyttja all kompetens som finns i verksamheten till det yttersta.
- Att flytta administrativa uppgifter från läkare till sekreterare. Läkare har svårt att släppa ifrån sig uppgifter (ansvar) till annan kompetens.
- Personal tar eget ansvar.
- Att få medarbetarna att förstå varför arbetet görs.
- God kommunikation mellan ledning och personal.
- Hur effektiviserar vi men bibehåller hög patientsäkerhet o kvalitet o följer lagar.

Regelverk

- Frihet att utifrån den faktiska omgivningen, som är vår vårdcentral, analysera och prioritera och inte mikro-styras av beslut som är principiella och inte underbyggda av faktiska data.
- Att följa befintliga riktlinjer och hålla sig till dessa

Vård och behandling

- Nå behandlingsmål inom hypertoni, diabetes, mindre förskrivning av sömmedel till äldre mm
- Ökad efterfrågan från befolkningen på läkarbedömning för lindriga åkommor och symptom som inte säkert har

koppling till sjukdom. Patient får bara ha ett tillstånd för att passa in i systemet.

Övrigt

- Tillgänglighet
- Telefontillgänglighet samt täckningsgrad med befintliga resurser

Sjukhusverksamhet (KRYH)

Administration

- Fullgott IT- och administrativt stöd
- Utvecklingen av IT-system så att de blir mer användarvänliga.
- Schemaplanering, tillgänglighet, kompetensförsörjning, läk brist.

Kompetensförsörjning

- Att det måste finnas tillräckligt med resurser i den yrkeskategori som arbetsuppgifterna kan lämnas över till, såsom sekreterare och undersköterska
- Sjuksköterskebristen.
- Att bara klara av att rekrytera sjuksköterskor för att nå upp till en mycket stram minimibemanning och att behålla de sjuksköterskor som arbetar på avdelningen. Att kunna behålla ssk beror mycket på arbetsmiljön som ju blir dålig om vi inte kan rekrytera tillräckligt. Allt hänger ihop.

Fråga 3.4 Vilken/vilka förbättringsåtgärder på regional/lokal nivå kan bidra till en mer effektiv användning av de personella resurserna (fri text)

Sammanfattning av fritext svar:

Vårdcentralerna

Administration

- Gemensamma It system, minskar bland annat dubbel-dokumentation.
- IT baserat remissystem.
- Tal direkt, dikat som skriver ut sig själv.
- Minska på remisser och brev/post.
- Anpassade IT-system för bättre resursanvändning, av t ex sekr. Ordinationsverktyg såsom Pascal.
- MVK, e-intyg etc måste oundvikligen integreras. Yttersta vikt med betydligt mer stabila IT system/stöd.
- Bättre differentiering i journaler avseende åtgärds-koder t ex ICF och KVÅ vilket underlättar att analysera verksamheten.

Resurser och ekonomi

- Ersättningssystem som lyfter andra yrkeskategorier förutom läkare.
- Ekonomiska resurser - lika privat offentligt. Idag har offentliga vårdgivare ett större uppdrag som ej är finansierat. Ex kväll- och helguppdraget.
- Lokalförbättringar - höga hyror i lokaler som inte är anpassade för våra verksamheter längre.
- Förenklat ersättningssystem som bygger på annat än att personalen knappar in informationen som ligger till grund för vår ersättning.

Kompetensförsörjning och arbetsmiljö

- Utbilda EU-läkare till formell svensk kompetens och språkkunskap.

- Task-shifting begränsas av rigid lagstiftning. Läkarnas uppdrag begränsar task-shifting.
- Återinför sjukvårdsbiträden. De behövs för omvårdnad på sjukhus och andra vårdenheter. Skulle skapa möjligheter för arbetsökande med begränsad utbildning som kan ges internutbildning.
- Personalschema ändring. Lab samt läkare ass. utförs av undersköterskor.
- Öka antalet utbildningsplatser.
- Distriktsköterskan kan användas mer effektivt om det kom in fler usk i personalgruppen. Då frisätts mer resurser till läkare. Minska adm för läkare. Återbesök/uppföljning kan göras till dks i större utsträckning.

Ledarskap och processer

- Mindre förvaltningar alt begränsa central styrning.
- Kortare beslutsvägar.
- Lyssna på fotfolket!
- Att vi jobbar över gränserna, d v s att vi hjälps åt mellan verksamheterna. Fungerar i den offentliga världen men inte alls inom den privata.
- Klarare gränssnittsdragningar mellan primärvård-specialistvård och kommun.
- Få sjukhusläkarna ut i primärvården!

Regelverk

- Långsiktig planering i ackrediteringsvillkoren.
- Sätt ett tak för hur många listade patienter varje heltidsarbetande distriktsläkare får ha och även antalet varje

enhet får ha relaterat till tillgängligt utrymme alternativt antal undersökningsrum.

Vård- och behandling

- Bättre överblick på patientflöden och vårdprocesser.
- Att patienter tas om hand på rätt vård nivå, inte blir skickad mellan olika instanser, ansvarstagande inom varje verksamhetsområde.

Sjukhusverksamhet (KRYH)

Administration

- Bättre IT-system
- Lokal melior och IT support

Kompetensförsörjning

- Fler sekreterare och undersköterskor
- Tillbaka med sjukvårdsbiträden

Regelverk

- Översyn av löner – man ska inte kunna uppgradera sin lön när man byter internt inom regionen. För att minska kompetens tappet.
- Samma lön till ssk på sjukhus som ssk har i kommunen för att slippa konkurrens.
- Satsa på icke-vårdpersonal att utföra icke-vårdrelaterade uppgifter

Övrigt

- Lägg ner ett akutsjukhus
- Pendlingsbidrag till sjuksköterskor
- Förändrat rondsysteem
- En rimlig budget för att "få lov" att anställa det antal personer som krävs för att upprätthålla patientsäkerheten.

Fråga 3.5 Vilka mål/mått och nyckeltal finns för personalens tidsanvändning? (fri text)

Sammanfattning av fritext svar:

Vårdcentralerna

Exempel på mått som tillämpas

- 25% administrativ tid plus 15% extra tid på icke fungerande PMO/VDI
- Antal besök per månad, antal timmar för administration mm.
- Läkare 10 besök/dag, Sjukgymnast 10 bes/dag, Sjuksköterska 8 besök/dag, Arbetsterapeut 6 besök/dag, Kurator 5 besök/dag
- Antal besök/dag
- Ren produktion per arb tid.
- Behandlingar per resurs och dag
- En halv dag administration per vecka för läkare, läkarna träffar mellan 12-14 pat om dagen. 1 läkare per 1800 listade patienter.
- Telefonstatistik, besöksstatistik
- Andel besvarade telefonsamtal för sjuksköterskorna ska vara >90% men inget är sagt om tiden eller kvaliteten i samtalen.
- Förvaltningen har satt produktionstal på personalen
- Produktion/produktivitet mäts, finns nyckeltal enl budget
- Telefontillgänglighet, utskrivna diktat, produktionsstatistik m.m.

- Produktionsmål antal patienter per dag samtidigt som administrationen bara ökar så t.ex. läkarna får mindre och mindre tid till patienten.
- I samband med klinik konf den 10-11/12 utvärderas alla förändringar.

Övriga kommentarer

- Ointressant. Det viktigaste är att det som skall göras blir gjort.
- Produktion då det gäller besök på plats.
- Finns även en del måltal i BSK, men de är av mycket tveksam kvalitet och jämförbarhet.
- Svårt att sätta mål på personal då det handlar om "mjuka" värden som inte är lätt att mäta.
- För läkarna finns inga mått om tidsanvändningen direkt utan endast indirekt. ACG påverkas främst av hur noggrant dikteringen och journalgenomläsningen varit. Täckningsgraden påverkas till viss del av antalet besök och av hur bra det går att undvika remittering och besök hos annan specialist, inte tiden direkt.
- Tidsanvändningen påverkas i grunden av de uppföljningsparametrar som det skånska hälsovalet beslutar om årligen.

Sjukhusverksamhet (KRYH)

- Finns nyckeltal för alla yrkeskategorier
- Vi räknar produktion i mottagning och vård dygn jämfört med antal anställda. Följer övertid och komp-uttag.

- Ligger i de enskilda enhetschefernas hand

Fråga 3.6 Sker något systematiskt och strukturerat utvecklingsarbete i syfte att optimera nyttjandet av personalresurserna? Om ja, på vilket sätt? (fri text)

Sammanfattning av fritext svar:

Vårdcentralerna

- Auskultationer inom verksamheten.
- Förbättringsarbete enligt LEAN- tänket.

- Flera mindre justeringar sker hela tiden på enheten gör lokala rutiner
- Ja, planeras att öka triagering

- Chef på två vårdcentraler, optimerar bemanningen mellan dessa.
- Aktivt arbete med Spring-Life
- Avsätter tid för konsultation mellan olika yrkesprofessioner för att diskutera patientärenden och i samband med detta, kompetens utvecklas även personal.
- Ja, vi jobbar succesivt på att införa teamarbete samt ssk-ledd mottagning och att sekr. ska ta över en del av läkaradministrationen.
- Ja, genom utvecklingssamtal med all personal
- Ja. Kontinuerlig översyn, kontinuerliga möten och dialoger yrkesöverskridande med uppgift att se över verksamhetens uppdrag och vem som bäst medverkar i de olika arbetsuppgifterna
- Ja. Capiro har ett centralt policy att optimera och förbättra användning av personalresurser på högstanivå sätt.

Sjukhusverksamhet (KRYH)

- "Rätt använd kompetens" diskuteras där andra yrkesgrupper ska ta över vissa av sjuksköterskornas uppgift. Tanken är god men det kommer att resultera i att sjuksköterska kommer ännu längre bort från patienterna. Vill sjuksköterskorna ha det så?
- Ja, olika projekt med taskshift, framförallt att föra över olika administrativa uppgifter från ssk o läkare till sekreterare. Även att föra över en del uppgifter från läkare till skk.
- Stora förändringar nyligen genomförda avseende bemanning pga. sjuksköterskebristen. Lämna parvård för teamvård.
- Utbildning, arbetsmiljö
- Vi har arbetsuppgifter som undersköterskor och sekreterare kan göra men med de resurserna som finns för dessa idag finns ingen möjlighet att lämna över uppgifter från sjuksköterskorna.
- Finns för närvarande ingen tid alls till utvecklingsarbete beroende på den ansträngda personalsituationen.

- Nej
- Personalmöte veckovis. Avstämningmöte mellan personalkategorierna månadsvis.
- RAK - Rätt använd kompetens. Administrativa arbetsuppgifter överförs från legitimerad personal till administrativ personal.
- Schemagenomsyn för att försöka optimera tiden.
- Korrekt medicinsk handläggning gör att man använder personalresurserna rätt.
- Införande av SSO Singel sign on.
- Diskussion kring ev drop in verksamhet.
- Ja. Flödesförbättringar för att möta de behov som våra listade patienter beskriver.
- Vi försöker optimera detta dagligen med vår slimmade bemanning.

FRÅGOR OM FÖRDELNING AV ARBETSTIDEN

4.1 Mäts fördelningen av arbetstiden mellan olika uppgifter på enheten?

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Ja, fördelningen mäts kontinuerligt (minst en gång per år)	4	7	0	0
Ja, fördelningen mäts vid enstaka tillfällen	16	33	0	0
Nej, fördelningen mäts ej	26	53	6	75
Vet ej	3	6	2	25

4.2 Har Region Skåne skapat bra förutsättningar för att frigöra tid för direkt patienttid för läkare, sjuksköterskor o barnmorskor i följande avseenden?

Svarsalternativ	I mycket hög grad	I ganska hög grad	I mycket låg grad	Vet ej
-----------------	-------------------	-------------------	-------------------	--------

Svarande som anger i mycket hög eller i ganska hög grad

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Schemaläggning	14	26	1	13
Lönesättning	10	19	2	25
Arbete med vårdprogram	21	40	1	13
Incitament för kliniken	10	19	0	0
Bokningssystemet	16	31	0	0
Tillgången till medicinsk service	22	44	0	0
Ett användarvänligt patientadministrativt system	4	8	0	0
Tydliga externt givna mål och mått	18	34	3	38
Ett smidigt flöde mellan olika vårdenheter i en vårdprocess	6	11	2	25
Vårdgarantin	13	25	2	25
Arbetsidsregler	24	45	3	38
Konkurrensutsättning	18	34	2	25

FRÅGOR OM UTVECKLINGS- OCH FÖRBÄTTRINGSARBETE

5.1 Har enheten bedrivit systematiskt förbättringsarbete för en ändamålsenlig och effektiv bemanning de två senaste åren?

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Ja, främst på enhetens initiativ	44	79	5	63
Ja, främst på förvaltningens initiativ	2	4	0	0
Nej	8	15	2	25
Vet ej	1	2	1	13

5.2 Har enheten planer på systematiskt förbättringsarbete vad avser en ökad direkt patienttid?

	Vårdcentral		Sjukhus	
	Antal	%	Antal	%
Ja	46	84	6	75
Nej	9	16	2	25

6. Vilka personliga reflektioner vill du tillägga rörande ändamålsenlig och effektiv användning av personalresurser?

Sammanfattning av fritext svar:

Vårdcentralerna

- Mycket tid läggs på journalsystem som inte är arbetarvänligt, system som inte fungerar, vi kommer inte åt patientjournalen.
 - Som privat enhet kommer vi inte åt Melior - sjukhusets journalsystem. Problem då vi erhåller epikriser och läkaren skriver - se Meliors läkemedelslista!
 - Pascal - läkemedelssystem - fungerar inte bra. Kräver mycket resurser från inblandade.
 - Personalen måste få större inflytande i utvecklingen av sina arbetsverktyg. Vi lägger mer och mer tid på saker som inte ger något mervärde för patienten. Patienterna får bara vänta och vänta.
 - Vi har en 50% vakanssituation på läkarsidan vilket gör att vi måste använda oss av hyrläkare. Tarvar mycket kontroll och efterarbete för ordinarie läkare.
 - Vi har även krav på oss att vara tillgängliga på telefon vilket gör att vi sätter en mycket dyr dsk-resur att svara på dessa samtal. Låt patienterna själva avgöra vilken tillgänglighet de gillar bäst, telefon eller besök. Det är ju fritt vårdval.
 - Som resurserna är idag räcker vi dåligt till för både telefoni och besök.
 - Lagg målrelaterad ersättning på kvalitet och inte på produktivitet - det lönar sig i längden. Vi kan prioritera men inte med det styrsystemet vi har i dag.
 - Vi upplever oss motarbetade i prioriteringsarbetet på så sätt att personer med självläkande tillstånd uppmanas att uppsöka vårdcentral och kontrollera sig för säkerhets skull när vi inte ens hinner med att ta hand om de som vi redan vet är sjuka.
 - Vi måste låta flera sjuksköterskor sitta och passa telefon istället för att kunna ha sjuksköterskemottagningar som ofta avlastar läkarna.
 - Eftersom ackrediteringsvillkoren för hälsovalet ändras mer än vartannat år ser vi det svårt att ha långsiktigt förändringsarbete.
 - Primärvården är första linjens vård och skall vara decentraliserad och därmed lokalanpassad. Fungerar illa med universitetssjukhusets centraliserade upplägg. Det senare har lett till mycket ökad byråkrati.
 - Vi kan så mycket bättre och vår organisations struktur och kultur hämmar detta genom toppstyrning,
 - Kort framförhållning och att det är mycket svårt att ge synpunkter uppåt i linjen.
 - Rätt kompetens till rätt sak.
 - Rätt personalkategori gör rätt saker
 - Heldigitalisering av kommunikation. Hinder för taskshifting när papper, dokumentation ligger i postfack istället för datorsystem.
 - Vi utnyttjar för dåligt de innovationer som förekommit de senaste två decennierna gällande IT. Lagar kan vara mer hindrande än förebyggande.
- Stora verksamhetsförändringars konsekvenser har inte nått ut till chefer eller personal avseende dess reala effekter. Personalbrist påverkar mycket.
- Enklare IT-journaler
 - Mindre administration
 - Mindre tid läggs på ekonomiska incitament, återinföra fria nyttigheter för medicinsk service då allt mer tid läggs på registrering och ekonomi.
 - Mindre tid bör läggas på all form av registrering, smidigare och lättillgängligare överföring av information mellan specialistvård och privata vårdgivare i primärvård.
 - Minimera administrativa uppgifter och manuell rapportering. Leverera även till privata vårdgivare ett fungerande IT- och journalsystem
 - Detta är högprioriterat att arbeta med från alla håll. Vårdpersonalen drunknar i den administrativa bördan.
 - Har jobbat på både offentlig och privat vårdcentral och den effektiva användningen av resurser är väldigt mycket bättre inom det privata.
 - Före man tillför uppgifter eller nya administrativa system/journalsystem måste man fråga sig om det frigör tid. Hittills, har varje förändring, inte minst PMO+Pascal+eintyg+SOM icke integrerat i PMO etc, tagit från patienttiden!
 - Läkarna måste lära sig lita på sjuksköterskornas kompetens
 - Minska ledtiderna för pat. Störningsfri tid resp konsultationstid för ssk hos läkarna
 - Patienttid begränsas av dålig systemsupport (IT), stort utbildningsuppdrag, pat administration, administration relaterad till förvaltningen (nedfallett uppifrån), enkäter i stor mängd (Socialstyrelsen).
 - Patienttiden blir för varje år mindre o mindre i takt med att de administrativa åtaganden blir fler och tar allt längre tid i anspråk då våra patienter blir sjukare och har multipla diagnoser. Så länge antalet i personalstyrkan är samma kan det aldrig bli annorlunda.
- Sjukhusverksamhet (KRYH)**
- Med den snäva minimibemanning vi har så känns det som att "vi bromsar i uppförbacke". Att tillåta en rimlig bemanning blir mer patientsäkert, bättre för arbetsmiljön och mer ekonomiskt på lång sikt än att hela tiden pressa sjuksköterskor till övertid, extrapass och dubbelpass. Vi blir ingen attraktiv arbetsplats på det sättet.
 - Viktigt, men det får inte innebära att medarbetarna måste "springa" ännu fortare. För i så fall kommer än fler lämna den sjunkande skutan.
 - Prio 1 av allt är att skapa en god arbetsmiljö där medarbetarna är glada och stolta över sin arbetsgivare. Då blir det kvalitet i vården, samtidigt kommer att utföras betydligt effektivare