

# Rapport

## *Uppföljning av läkares tidsanvändning*

Stockholm

2009-03-16

## Innehållsförteckning

	Sid.
0. Sammanfattning.....	3
1. Inledning.....	4
1.1 Uppdrag.....	4
1.2 Syfte.....	4
1.3 Arbetsmetod.....	4
1.4 Läsanvisningar.....	5
2.0 Bakgrund.....	5
2.1. Sammanfattning av rapport från 2003.....	6
2.2. Tidsanvändning 2002 och 2008.....	8
2.3 Arbetad tid 2006-2008.....	9
3. Resultat 2009.....	9
3.1. Effektiv och ändamålsenlig tidsanvändning.....	10
3.2. Vidtagna åtgärder.....	11
3.3. Utveckling av tidsanvändning 2003-2009.....	11
3.4. Subspecialisering och läkarrekrytering.....	12
4. Helseplans reflektioner och slutsatser.....	13
Bilaga Temaguide.....	15

## 0. Sammanfattning

Denna rapport är en uppföljning av landstingsrevisorernas granskning av läkares tidsanvändning i Dalarna 2003. Syftet med granskningen har varit att ge ett underlag för bedömning av om läkarkårens tidsanvändning är effektiv och ändamålsenlig. Rapporten belyser vilka åtgärder som vidtagits med anledning av den tidigare granskningen och på vilket sätt läkarnas tidsanvändning utvecklats efter föregående granskningstillfälle. Underlag till rapporten är intervjuer med representanter för den administrativa landstingsledningen och verksamhetschefer inom länssjukvård och primärvård.

Vad som kan bedömas vara en optimal användning av tillgänglig läkartid varierar mellan olika verksamheter, men även inom en verksamhet beroende på tillgången till läkare och andra yrkesgrupper, omgivningsfaktorer samt förändring av uppdrag och organisation. En fördelning så att den patientrelaterade tiden är minst 2/3 bedöms innebära en såväl effektiv som ändamålsenlig användning av den tillgängliga läkartiden åtminstone utifrån den enskilda läkarens och verksamhetens synvinkel.

Den direkt patientrelaterade tiden har snarare minskat än ökat sedan 2003, trots att ett antal åtgärder vidtagits för att åstadkomma det motsatta. Indirekt patientrelaterad tid bedöms ur patientsäkerhetssynpunkt kunna vara nog så värdefull som direkta patientkontakter. Om läkares medverkan i kompetensutveckling av andra och verksamhetsutveckling medför en högre kvalitet i patientomhändertagandet inom kliniken är det viktigt att sådan tid prioriteras vid tidsplaneringen.

Överförande av uppgifter från läkare till andra yrkesgrupper och då särskilt sjuksköterskor och läkarsekreterare var ett av huvudförslagen i föregående granskning. Detta uppfattas ur helhetssynpunkt som något positivt och har varit samt är ett av de vanligaste sätten att frigöra läkartid. Det finns en del negativa aspekter kring detta och en av dessa är att läkare får tyngre arbetsscheman när man tar bort "enkla" uppgifter. Att effektivisera interna rutiner är ett annat sätt att öka den tillgängliga läkartiden och ta bort inte värdeskapande tid. Under intervjuerna har det inte kommit fram något arbete som syftar till att effektivisera och göra motagningsarbetet mer ändamålsenligt genom att låta patienterna ta ett större ansvar för sin egen vård. Patienterna kan själva boka sina besök och förbereda dessa genom att fylla i frågeformulär och skattningsskalor via webben innan läkarbesök.

Införandet av IT i vården har inte inneburit den tidsavlastning för läkare som är önskvärd, utan till viss del snarare inneburit ökad tidsanvändning för läkarna kring journalhantering. Datoriseringen har inneburit att tid, som kan användas till andra uppgifter, frigjorts från andra yrkesgrupper. Detta har påverkat arbetsformer och minskat den service andra yrkesgrupper tidigare gett läkarna. Ett stort problem som lyfts fram är bristande kommunikation mellan länssjukvård och primärvård, vilket bland annat medför brister i informationsöverföring kring läkemedelsordinationer.

Någon samlad aktivitet utifrån föregående granskning har inte genomförts. Det saknas en sammanhållen struktur och vägledning från landstingets administrativa ledning för verksamheternas arbete kring läkares tidsanvändning. Frågan om effektivitet och ändamålsenlighet bör belysas utifrån helheten och det behövs ett sammanhållet utvecklingsarbete kring kompetensförsörjning. Denna granskning handlar om utnyttjande av tillgänglig läkartid utifrån ett perspektiv, men det behövs även kunskap om den totala tillgängliga läkartiden i relation till andra yrkesgrupper och behoven av tid för olika uppgifter utifrån uppsatta mål för hälso- och sjukvården.

## 1. Inledning

### 1.1. Helseplans uppdrag

Revisorerna i landstinget Dalarna har initierat en uppföljning den tidigare granskning av läkares tidsanvändning som gjordes 2003.

Granskningen genomförs av Helseplan på uppdrag av revisionen. De olika momenten i granskningen består av en genomgång av tidigare rapport från 2003 tillsammans med intervjuer av verksamhetsansvariga för verksamheter som deltog i granskningen 2003 kompletterat med ytterligare två sjukhusbaserade verksamheter samt den administrativa landstingsledningen.

Från Helseplans sida har Dag Gjestebjerg och Britt Arrelöv deltagit i arbetet med förstnämnda som ansvarig.

### 1.2. Syfte

Granskningen ska, genom uppföljning av tidigare granskning, ge ett underlag för bedömning av om läkarkårens tidsanvändning är effektiv och ändamålsenlig

Inom ramen för att uppnå det grundläggande syftet bör bl a följande frågeställningar beaktas:

- Vilka åtgärder har vidtagits med anledning av de frågeställningar som redovisades i Helseplans rapport 2003
- På vilket sätt har läkarnas tidsanvändning utvecklats efter föregående granskningsfall 2003
- Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte

### 1.3. Arbetsmetod

Granskningsarbetet har genomförts enligt följande:

- a) Centrala ledare för närsjukvården/primärvården och specialistsjukvården har informerats om granskningen. Information om det planerade arbetet har distribuerats vidare till aktuella verksamheter.
- b) Övergripande dokument som belyser ämnesområdet har efterfrågats, men några sådana finns inte.
- c) Telefonintervjuer med verksamhetscheferna för VC i Mora, Orsa och Leksand.
- d) Intervjuer på plats med företrädare för den administrativa landstingsledningen och verksamhetsansvariga för medicin och kirurgklinikerna i Falun och Mora samt röntgen i Falun.
- e) De intervjuade personerna har fått ta ställning till och kommentera ett rapportutkast bestående av en sammanställning av genomförda intervjuer.
- f) En skriftlig rapport innehållande insamlat material tillsammans med analyser och värdering av detta har sammanställts.

De resultat som presenteras i denna rapport kommer huvudsakligen från de intervjuer som gjorts med representanter för den administrativa landstingsledningen; Leif Hernefalk specialistsjukvården och Claes-Göran Björk närsjukvården samt verksamhetsansvariga; Anders Blomberg kirurgkliniken Falun, Mikael Köhler medicinkliniken Falun, Olof Ehres och Kristina Dahlström röntgenkliniken Falun, Asbjörn Österberg kirurgkliniken Mora, Eva Dahlén medicinkliniken Mora, Lena Törnfeldt VC Leksand, Jeanette Lindgren VC Orsa och Zigge Freis VC Mora. Tid för intervju hade även bestämts med verksamhetschefen för VC i Rättvik, men denna intervju genomfördes inte då telefonsamtal vid utsatt tid inte besvarades.

Några skriftliga dokument som belyser granskningens frågeställningar och som skulle kunna verifiera inrapporterade data finns inte att tillgå.

#### 1.4. Läsanvisningar

De genomförda granskningarna av läkares tidsanvändning 2003 och 2009 omfattar tillgänglig tid, dvs. ordinarie arbetstid. Arbeta på jourtid eller ledigheter (semester, kompensation för jour och beredskap, sjukfrånvaro, annan ledighet) ingår inte.

I rapporten har innehållet från de olika intervjuerna sammanställts utifrån de frågeställningar som granskningen belyst; om läkares tidsanvändning är effektiv och ändamålsenlig, om några åtgärder vidtagits med anledning av granskningen 2003, hur tidsanvändningen utvecklats och hur man arbetar med frågan i relation till läkares subspecialisering samt läkarbrist och rekrytering.

Direkt patientrelaterad tid definieras som möte eller samtal mellan läkaren och en enskild patient och den indirekta patientrelaterade tiden är för- och efterarbete till dessa patientkontakter. Effektivitet definieras enligt följande: *”Resursåtgång i förhållande till den noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål”* och ändamålsenlighet: *”Den noggrannhet och fullständighet med vilken användarna uppnår givna mål”*. (ISO 9241-11).

## 2. Bakgrund

Revisorerna genomförde 2003 med hjälp av Helseplan Sverige AB en granskning av läkares tidsanvändning. Granskningen genomfördes vid tre kliniker (medicin, kirurgi samt radiologi i Falun) samt vid några vårdcentraler (tidsanvändning 6 VC och förändring av arbetsinnehåll 4 VC). Resultatet från granskningen visade att tidsanvändningen är en komplex frågeställning där något tydligt rätt respektive fel inte kan definieras. Helseplans rapport utmynnade dock i ett antal frågeställningar som borde värderas på lokal nivå (verksamhetsnivå) respektive central landstingsnivå (landstingsledningsnivå).

De frågeställningar som borde värderas på främst lokal nivå var följande:

- Läkares synpunkter på att arbetsuppgifter borde utföras av andra personalkategorier.
- Läkares synpunkter på tidsåtgång för kontakter med andra vårdenheter eller myndigheter.
- Läkares synpunkter på att det uppstår för mycket icke värdeskapande tid i det dagliga arbetet.
- Läkares synpunkter på effektiviteten i interna rutiner, t ex in- och utskrivningar.

De frågeställningar som borde värderas på främst landstingsledningsnivå var följande:

- Läkares synpunkter på att arbetsuppgifter borde utföras av andra läkare.

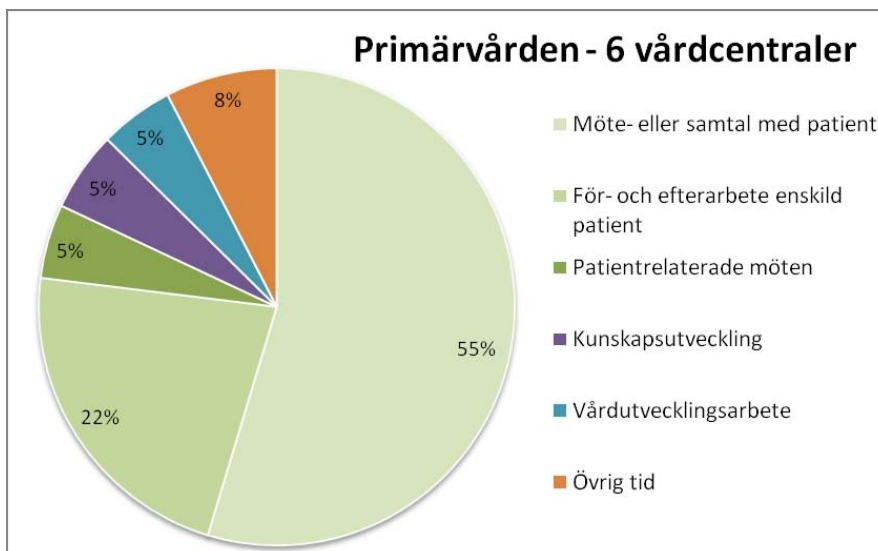
- Behov av ett system för säker, effektiv och uppdaterad informationsöverföring avseende patienters stående läkemedelsordinationer mellan primär- och specialistvård.
- Läkares synpunkter kring effekterna av landstingets prioriteringar.

Landstingstyrelsen uttalade i sitt yttrande över rapporten att man förutsatte att klinikledningar och företrädare för läkargrupperna är beredda att värdera och vid behov förändra även läkarnas specifika arbetssätt/-rutiner.

## 2.1. Sammanfattning av rapport från 2003

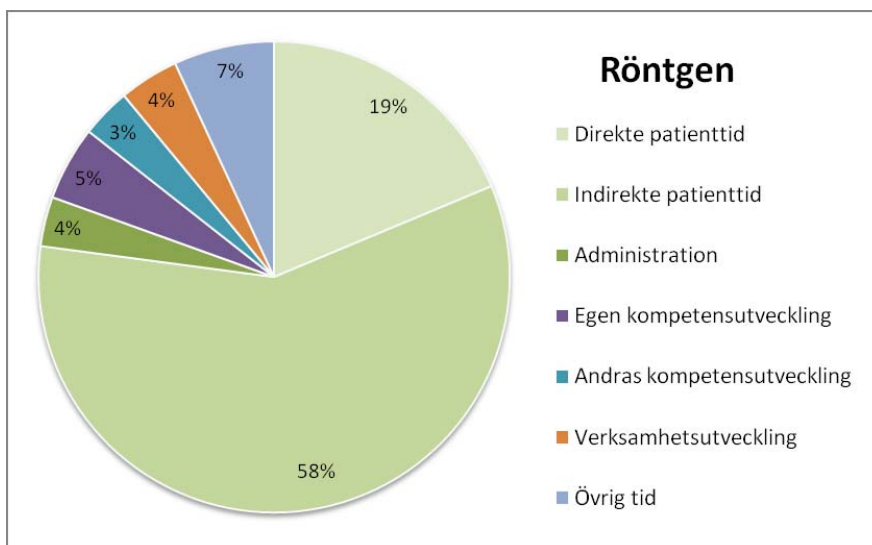
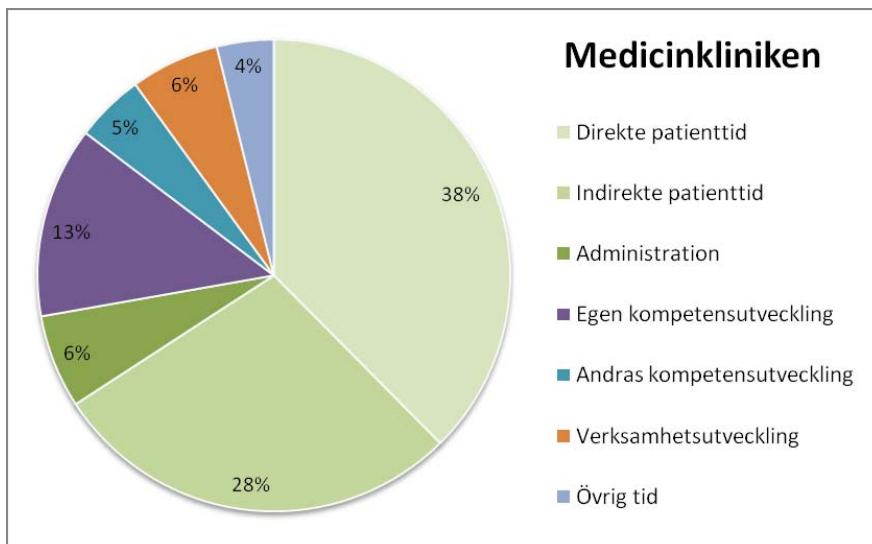
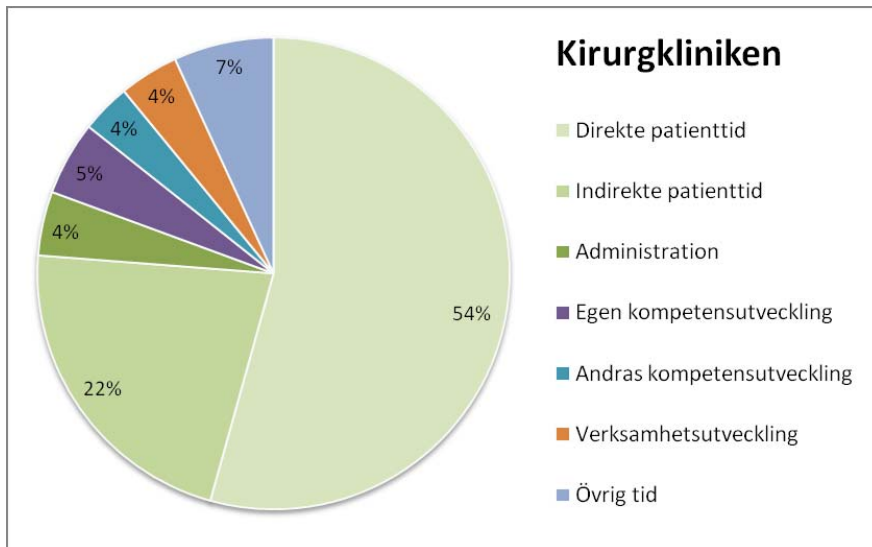
Granskningen innehöll två huvudområden. Det första huvudområdet var en kartläggning av tidsanvändningen. Det andra huvudområdet var att via enkäter och intervjuer fånga upp läkarnas subjektiva bedömningar om hur arbetsuppgifterna förändrats, vad de bedömde borde och kunde förändras samt övriga synpunkter om tidsanvändning.

Kartläggningen av tidsanvändningen visade att mellan 66 och 78 % av läkarnas tillgängliga tid användes till patientrelaterat arbete. I en nationell studie från 1999/2000 uppmättes motsvarande tid till mellan 63 % - 73 % för samma specialiteter. Läkarna angav att den indirekt patientrelaterade tiden ökat.



I dataredovisningen ovan ingår inte läkare under AT eller ST tjänstgöring. I granskningen undersöktes även förändringar i patientsammansättningen inom primärvården. Denna visade att det var patientgrupper med tyngre och mera sammansatt problematik som ökat. Patientgruppen med enklare besvär hade minskat enligt primärvårdsläkarnas bedömningar.

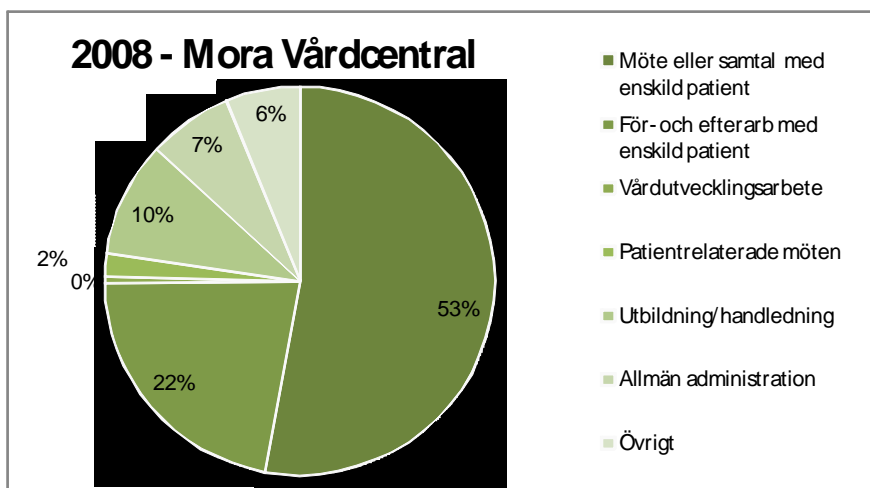
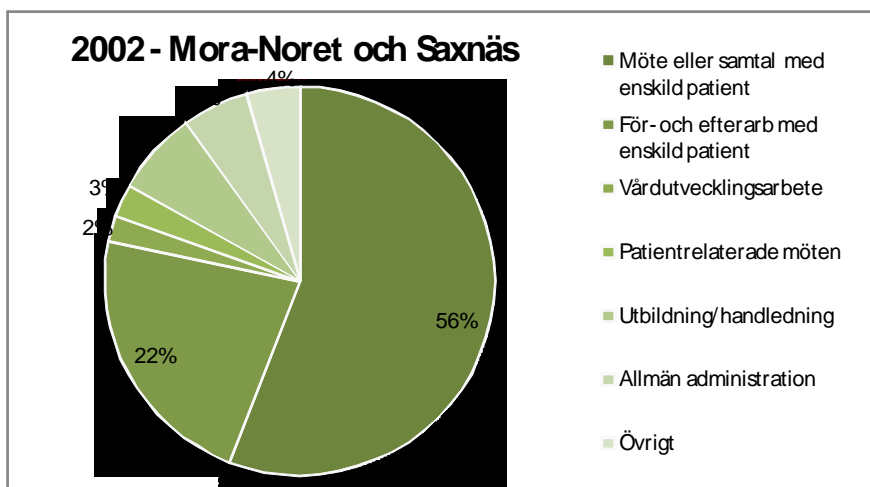
I redovisningen för medicin-, kirurgi- och röntgenklinikerna ingår alla läkare utom verksamhetscheferna för medicin och kirurgi.



Läkare vid de studerade sjukhusklinikerna och vårdcentralerna fick ange hur de ansåg att tidsinsatserna borde förändras för att effektiviteten och patientnyttan skulle öka. Resultatet var att en stor andel ansåg att den direkta patientrelaterade tiden borde öka och den indirekta patientrelaterade tiden minska. De angav även att uppgifter borde kunna utföras av andra yrkesgrupper.

## 2.2. Jämförelse av tidsanvändning 2002 och 2008

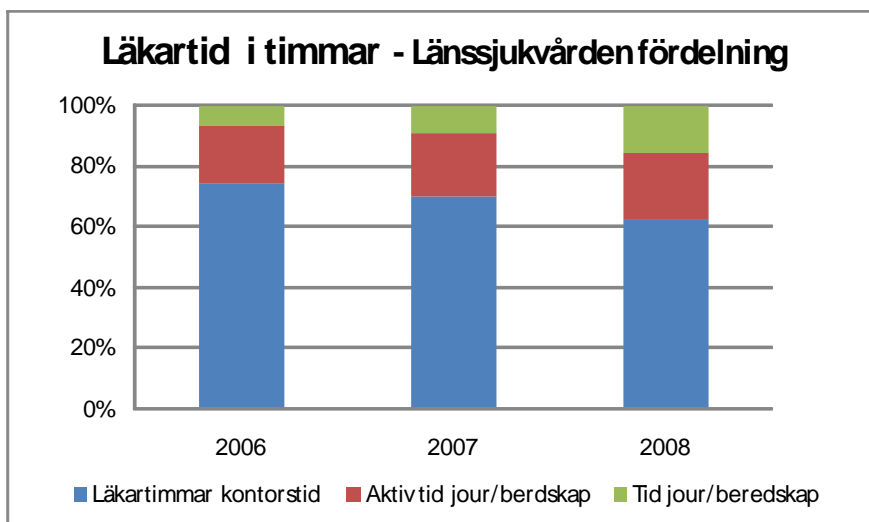
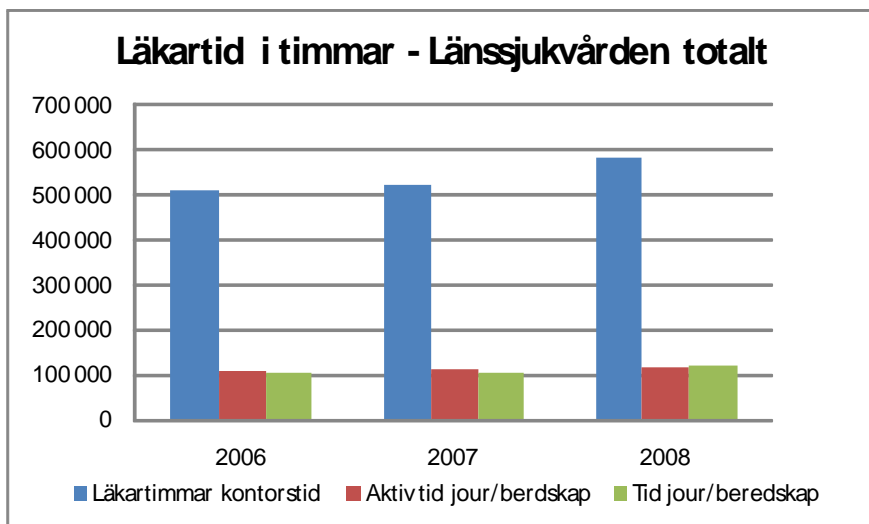
Nedan presenteras data från en studie (PIP) av tidsanvändningen på Mora vårdcentral 2008 i jämförelse med hur tiden användes 2002 på vårdcentralerna Mora-Noret och Saxnäs (sammanslagna 2002). Data från 2008 saknas för övriga vårdcentraler som deltog i tidsregistreringen 2002. Nedan presenteras data för alla läkare dvs. även AT och ST-läkare.



Denna jämförelse visar att den direkta patientrelaterade tiden, tid för vårdutveckling och patientrelaterade möten minskat, medan tid för utbildning/handledning, allmän administration och övrigt ökat. Skillnaderna mellan de studerade åren är tämligen liten.

### 2.3. Arbetad tid 2006-2008

Utifrån underlag vi fått från länssjukvårdens personalavdelning har arbetad tid (utförd tid+ övertid/mertid) för läkare inom länssjukvården ökat från 725 431 till 821 693 timmar under perioden 2006-2008. Ökningen fördelas på 74 000 timmar på kontorstid, 6 700 timmar på aktiv på under jour och beredskap och 15 500 timmar på bunden tid under jour/beredskap.



### 3. Resultat 2009

Intervjuerna med representanter för den administrativa landstingsledningen och verksamhetschefer genomfördes i strukturerad form genom att temaguiden för respektive grupp användes (v.g. se bilaga).

Vid genomgång utifrån fördelningen av hur den tillgängliga tiden användes 2003 (se ovanstående diagram) bedömde alla att den indirekta patientrelaterade tiden och tiden för andras kompetensutveckling ökat, medan den direkta patientrelaterade tiden endast bedömdes ha

ökat inom radiologin. Mycket har ändrats under perioden 2003-09. Nya IT-system i form av journalsystem, operationsplaneringssystem, personalsystem m.m. tar mycket tid i anspråk på sjukhusen. Man kan även få ut mer data, vilket medför att mer resurser måste läggas på att bearbeta och analysera data. Detta kan vara bra ur ekonomisk synvinkel men tar tid från patientarbetet. Inom primärvården har man ett välfungerande IT-system som alla är nöjda med. Utvecklingen av detta har dock stannat av i avvaktan på diskussioner om regionalisering och enhetlig datasystemutveckling

### 3.1. Är läkarkårens tidsanvändning effektiv och ändamålsenlig

Utifrån fördelningen som kom fram i kartläggningen 2003, dvs. att den patientrelaterade tiden var minst 2/3 av den tillgängliga läkartiden svarade de intervjuade ja på frågan. Svaren på frågan är dock inte helt entydiga och bedöms bero på utifrån vilket perspektiv den blir belyst. En verksamhetschef svarade enligt följande: "Svårt att svara på- det finns förbättringsmöjligheter, men mer effektiv än vad som utmålas i massmedia". Den generella bedömningen är att tidsanvändningen huvudsakligen är effektiv utifrån de separata verksamheternas uppdrag, men i mindre utsträckning ändamålsenlig om man ser utifrån sjukvårdssystemet och den enskilde patientens perspektiv. Effektivitet och ändamålsenlighet kan vara varandras motsatser. För att belysa frågeställningen fullständigt krävs kunskap om och en analys kring storleken av den tillgängliga tiden i relation till behoven. En fråga som ställdes av en av de intervjuade var; "Är det ändamålsenligt att hierarkierna har brutits ned och att alla kompetenser används på ett likvärdigt sätt?" Produktiviteten har minskat inom sjukvården och man får ut mindre sjukvård per läkare t.ex. genom längre tidsmoduler för mottagningsbesök och att det ofta är två läkare involverade vid operationer.

Brist på direkt patientrelaterad tid lyftes fram som ett problem. Patienterna önskar mer tid med läkare, medan det ur verksamhetssynpunkt och patientsäkerhetssynpunkt kan vara mer ändamålsenligt att läkarnas tid används till indirekt patientrelaterat arbete samt kompetens- och verksamhetsutveckling. Mycket av den indirekta patientrelaterade tiden bedöms vara kvalitetsskapande och synpunkter har framförts vid intervjuerna om att detta måste medvetandegöras inom läkarkåren. Även synpunkter om att tempot är högt och att det finns risker med att ta bort ställtider och annan "luft i systemet" framfördes utifrån aspekterna om att arbetsbelastningen inom flera verksamheter anses vara allt för hög. En intervjuad uttryckte sig enligt följande: "Läkarna behöver återta de enkla fallen - varannan patient ska vara enkel för att få flyt. Vi måste späda ut mottagningarna."

Ökningen av den indirekta patientrelaterade tiden beror i primärvården framför allt på ökat arbete med intyg vid sjukskrivning och handläggning av mer komplicerade patientärenden, medan det är införandet av datajournaler som medfört en ökning inom sjukhusen. Rationalisering som innebär att de enklare patientfallen hanteras av annan personal t.ex. genom sköterskemottagningar innebär att läkarna får en "tyngre" mottagning. Brist på ordinarie läkare medför merarbete då korttidsvikariernas efterarbete bland annat remissvar, signering av journaler, kontakter med andra vårdgivare etc. måste hanteras av någon annan. Administrativa pålagor som att notera att man pratat med patienter om t.ex. rökning innebär en ökning av indirekt tid. Även handledning av nyrekryterade läkare, särskilt de som kommer från andra länder, och utbildningsläkare innebär merarbete för ordinarie läkare. Där det finns få ordinarie läkare tenderar den administrativa tiden som inte är direkt inriktad mot enskild patient att öka genom att kringresurser tagits bort.

Åtgärder som vidtagits inom en verksamhet för att öka den egna effektiviteten kan innebära att uppgifter förs över till någon annan verksamhet, utan att effektiviteten eller ändamålsenligheten för helheten belysts. I intervjuerna framkommer tankar kring egna utvecklingen som berör andra verksamheter, som även de har funderingar på samma fråga men utifrån

sitt perspektiv. Det saknas strategiska ställningstaganden på övergripande nivå som stöd till verksamhetsutveckling kring de aktuella frågeställningarna. En av de intervjuade verksamhetscheferna konstaterade att "det inte är svårt att motivera behovet av sig själv och sin egen verksamhet". För att hantera detta krävs strukturbeslut.

### 3.2. Har några åtgärder vidtagits med anledning av granskningen av läkares tidsanvändning 2003

Inga av de aktiviteter som genomförts sedan granskningen kan de intervjuade direkt hänföra till denna eller rapporten. Detta beror antagligen till en viss del på att flera av de nuvarande verksamhetscheferna inte var chefer vid den tidpunkt då granskningen genomfördes och därför inte heller känt till rapporten. De som deltog i granskningen 2003 beskriver att rapporten diskuterades och bidrog till att öka medvetandet kring frågeställningarna. Frågor kring läkares tidsanvändning är och har varit ett återkommande tema i den dagliga verksamheten. De åtgärder som vidtagits går i stor utsträckning i linje med de synpunkter som framfördes med anledning av granskningen. Det har t.ex. varit en medveten utveckling att avlasta läkare genom att överföra arbetsuppgifter till andra yrkesgrupper, särskilt till sjuksköterskor men även till läkarsekreterare. Vid intervjuerna framkom en del synpunkter på att det hade varit bra med större fokus på frågeställningarna inom den administrativa landstingsledningen.

### 3.3. Utvecklingen av läkares tidsanvändning sedan 2003

Ett antal åtgärder har vidtagits för att öka den direkta patientrelaterade läkartiden. Trots detta så bedöms denna minska i jämförelse med den indirekta. Det förefaller som om en del av de genomförda åtgärderna i realiteten inneburit en minskning istället för en ökning t.ex. införandet av datajournal på sjukhusen. Överföring av arbetsuppgifter från läkare till sjuksköterskor och läkarsekreterare, effektivisering av interna rutiner och annan verksamhetsutveckling har gjort att den tillgängliga läkartiden omfördelats. Ur kvalitetssynpunkt tycks de intervjuade inte bedöma att vårdens kvalitet genom detta försämrats. Flera har framfört betydelsen av att läkares attityd och syn på sin användning av tid behöver ändras.

Inom flertalet verksamheter pågår aktiviteter för att förbättra såväl effektiviteten som kvaliteten i interna rutiner, t.ex. in- och utskrivning, möten, ronder, provsvar. Många lyfter dock upp frågan om hur långt man kan driva frågan om att effektivisera tidsanvändningen utan att riskera att läkarna blir överansträngda. Flera verksamhetschefer har tagit upp problem med att medarbetare blivit sjukskrivna eller valt att sluta inom verksamheten på grund av detta.

De problem som framförs inom sjukhusen är att datajournalerna inte medfört den avlastning av läkarna som var önskat. Det har även inneburit mycket krångel och är kanske den faktor som skapar mest icke värdeskapande tid. Dock har datajournalen inneburit att tid för andra yrkesgrupper frigjorts och kunnat användas till annat samt en rumslig flexibilitet för läkarna. Tiden mellan operationer kan t.ex. användas för patientadministrativt arbete. Genom detta har man kunnat reducera den icke värdeskapande tiden för kirurgerna. Datajournalen medför att roller ändras och att arbetsrutiner behöver anpassas till nya förhållanden. Förändringar som ännu inte är genomförda. Utifrån kvalitets- och patientsäkerhetssynpunkt är bristerna när det gäller informationsöverföring avseende läkemedelsordinationer ett mycket stort problem. Att man inte har ett gemensamt journalsystem för primärvården och sjukhusen innebär stora problem och tidsförluster, vilket av flera framförts som ett av de största problemen.

I samband med att yrkesroller ändras, så bryts gamla hierarkier och självständigheten inom de olika yrkesrollerna ökar. Läkarrollen har inte ändrats i samma utsträckning som övriga grupper samtidigt som läkarna inte får samma service och avlastning i det patientnära

arbetet som tidigare. Journalerna ska plockas fram via datorn, patienterna ska hämtas i väntrummen och provsvar hanteras av doktorn själv. För att minska en del av den problematiken och för att förbättra de interna rutinerna diskuteras bildandet av olika former av vårdteam.

Inom primärvården har det utökade arbetet med sjukskrivningspatienter och att man tar hand om sjuka patienter medfört ökad tid för indirekt patientarbete. Dels handlar det om merarbete kring intygsskrivandet, dels om förändrade arbetssätt t.ex. med bedömningsteam kring långtidssjukskrivna samt kontakter med Försäkringskassan. Arbetet utifrån den s.k. sjukvårdsmiljarden har även inneburit en del ökad administration som att skriva projektplaner för att få del av pengarna. Det finns andra administrativa pålagor som innebär en utökning av det indirekta patientarbetet, t.ex. registrering av att man diskuterat rökning med ett visst antal patienter varje år för att man ska få ersättning. I primärvården påverkas man i stor utsträckning av förändrade rutiner och arbetsorganisation inom sjukhuskliniker, kommuner, försäkringskassan och apoteket. Till ett enskilt apotek kan man t.ex. numera inte ringa direkt utan det finns ett landsnummer som alla ska ringa, vilket kan innebära långa väntetider.

Bristen på ordinarie läkare inom primärvården innebär att det indirekta patientarbetet ökar, då efterarbete måste hanteras av någon annan än den stafettläkare/vikarie som ordinerat provtagning m.m. De ordinarie läkarna får även en ökad belastning genom att det blir färre personer att fördela olika uppdrag på. Man försöker lösa problemen med att anställa andra yrkesgrupper som sköter myndighetskontakter, läkemedelsfrågor m.m. Även för radiologerna medför korttidsvikarier och stafettläkare på remitterande kliniker ett merarbete då de behöver få kontakt i samband med att de har frågor kring remisser.

Alla intervjuade har lyft upp betydelsen av att läkare deltar i andras kompetensutveckling och särskilt när det gäller handledning av ST läkare samt sköterskor med egen mottagning. Denna tid bedömer de är viktig att värna om. De upplever dock inom flera verksamheter svårigheter att hitta tid för kontinuerlig handledning.

### 3.4. Subspecialisering, läkarbrist och rekrytering

Subspecialiseringen komplicerar frågan om läkares tidsanvändning. Verksamhetschefen vill ha läkare som har en bred bas och kan bidra till helheten t.ex. att dela jourerna, medan den enskilde läkaren helst vill syssla med det denne har särskilt intresse och kunskap om.

När det gäller läkarbrist och rekrytering arbetar man medvetet och strategiskt både på övergripande nivå i landstinget och inom de separata verksamheterna. Det har rekryterats ett antal läkare från olika länder. Erfarenheterna är huvudsakligen goda. Det tar dock tid att utbilda de läkare som kommer bland annat i svenska språket och de behöver även lära sig rutiner och arbetssätt inom den svenska sjukvården. Hur läkares tid används och kulturen inom sjukvården skiljer sig stort mellan olika sjukvårdssystem. Det kan vara svårt för en enskild läkare att anpassa sig till det svenska systemet. Rekryteringssituationen både på specialistsidan och ST-läkarsidan upplevs ljusare än för ett par år sedan.

Det saknas en sammanställning av den tillgängliga läkartiden i granskningen 2003. Utifrån underlag vi fått från länssjukvårdens personalavdelning har arbetad tid (utförd tid+ overtid/mertid) ökat med 96 200 timmar mellan 2006-2008. Detta fördelas på 74 000 timmar på kontorstid och resten jour/beredskap. Denna ökning talar för att antalet läkare i landstinget Dalarna ökat, vilket i så fall överensstämmer med situationen i Sverige totalt. Hur den tillgängliga tiden per anställd läkare dvs. tjänstgöringsgrad, utvecklingen av sjukfrånvaro, uttag av jourkompensation och annan ledighet förändrats har vi ingen information om. Flera av de intervjuade har dock påpekat att arbetsbelastningen ökat med bland annat sjukskrivning som följd.

#### 4. Helseplans reflektioner och slutsatser

Intervjuerna har utgått från de frågeställningar som i enlighet med föregående granskning skulle värderas på lokal respektive central nivå. Utifrån dessa har vi gjort följande reflektioner:

- Vi ser inte att granskningsrapporten har medfört några samlade aktiviteter på central och/eller lokal nivå
- Vi har inte fått tillgång till några dokument som belyser frågeställningar kring läkares tidsanvändning
- Läkares tidsanvändning är ett ständigt aktuellt tema inom verksamheterna och ett antal aktiviteter har genomförts kring de frågor som granskningen diskuterade

Om utvecklingen av läkarnas tidsanvändning efter föregående granskningstillfälle drar vi följande slutsatser:

- De intervjuades subjektiva värderingar och jämförelsen över tidsanvändningen vid en vårdcentral indikerar inga stora förändringar
- En fördelning av läkares tidsanvändning som innebär att minst 2/3 är patientrelaterad bedömdes vara effektiv och ändamålsenlig utifrån enskild verksamhet och läkares synpunkt
- Läkares arbetssätt och interna rutiner har förändrats i syfte att öka den patientrelaterade tiden

För övrigt vill vi föra fram följande reflektioner utifrån det som kommit fram i intervjuerna:

- Ändamålsenlig och effektiv tidsanvändning är systemberoende och kan stå i motsatsförhållande till varandra
- Det behövs övergripande strukturbeslut som vägledning för de enskilda verksamheternas utveckling
- Den inte patientrelaterade tiden kan vara värdeskapande utifrån helheten
- Det är viktigt att läkarna deltar i verksamhetsutveckling och kompetensutveckling av andra
- Genom att involvera patienterna mer i planering och genomförande av sin vård skulle den indirekt patientrelaterade tiden kunna minska

Något samlat och systematiskt arbete utifrån föregående granskning eller rapport har inte genomförts. Alla de intervjuade har dock beskrivit ett antal åtgärder som vidtagits kring läkares tidsanvändning. Någon sammanhållen struktur för arbetet eller vägledning från den administrativa landstingsledningen har inte funnits. Landstinget har ansvaret för att hälso- och sjukvårdssystemet som helhet ska fungera. Det innebär att frågan om effektivitet och ändamålsenlighet inte kan bedömas endast utifrån en enskild patients eller verksamhets synpunkt. Hur läkares tid används måste diskuteras utifrån storleken av den tillgängliga tiden i relation till verksamhetens uppdrag och vad som ska uppnås utifrån helheten. En effektiv tidsanvändning för en enskild läkare eller verksamhet innebär inte automatiskt att den är ändamålsenlig för landstinget.

Tid för direkta patientmöten är det som i många fall beskrivs som det som är viktigast att prioritera. Den indirekta patientrelaterade tiden kan i många hänseenden ur patient-säkerhetssynpunkt vara nog så värdefull. Om läkarnas deltagande i kompetensutveckling av andra och engagemang i verksamhetsutveckling leder till att kvaliteten ökar i omhändertagandet av fler patienter kan det utifrån helheten vara viktigare att prioritera läkartid för detta än för mer tid med enskilda patienter.

Den optimala fördelningen av den tillgängliga läkartiden varierar utifrån verksamhetstyp och helheten. För enskilda verksamheter innebär det även att den inte är statisk utan varierar beroende på faktorer som tillgång på läkare och andra yrkesgrupper, situationen hos vårdgrannar, förändring av uppdrag, organisations- och verksamhetsförändringar, etc.

Det är viktigt att tänka på arbetssituationen för den enskilde läkaren vid diskussion kring tidsanvändningen. Många har framfört oro för att läkare riskerar att få för tunga arbetsscheman när man tar bort allt fler "enkla" uppgifter. Den fördelning som visats tidigare i diagrammen från 2003 bedömdes av de intervjuade i stort svara mot det de bedömde var en bra fördelning.

I diskussionen om att minska den indirekta patientrelaterade tiden har frågan om överföring av arbetsuppgifter till olika yrkeskategorier inom vården diskuterats. Ingen har tagit upp frågan om möjligheten att effektivisera arbetet och göra det mer ändamålsenligt genom att låta patienterna ta ett större ansvar för sin egen vård. Det kan handla om att boka tid för olika besök, registrera blodsockervärden, fylla i smärtskalor, formulär för mätning av livskvalitet, frågeschema om sin funktionsförmåga, arbetssituation m.m. via webben före eller i samband med patientbesök. Det pågår en del intressanta utvecklingsarbeten kring detta inom vissa specialiteter på andra håll i landet.

För att fullt ut kunna besvara frågeställningen om effektiv och ändamålsenlig användning av läkartid, dvs. för att kunna värdera resursåtgången i relation till graden av måluppfyllelse krävs en bredare ansats än uppdraget för denna granskning. En samlad bild kräver ett sammanhållet utvecklingsarbete kring kompetensförsörjning inom landstinget Dalarna. Denna granskning handlar om tillgänglig tid och ger en pusselbit och arbetet med rekrytering på övergripande nivå en annan.

## Bilaga 1. Temaguide

### Landstingsledning

1. Är läkarkårens tidsanvändning effektiv och ändamålsenlig
2. Har några åtgärder vidtagits med anledning av granskningen av läkares tidsanvändning 2003
  - vilka
  - varför inte
    - A. Läkarnas synpunkter kring effekterna av landstingets prioriteringar på läkares tidsanvändning
    - B. Synpunkter från läkare på att arbetsuppgifter borde utföras av andra yrkesgrupper för att minska indirekt patienttid (t.ex. läkemedelsjournaler, kvalitetsregister, intyg, kontakter med kommuner)
    - C. Finns och fungerar system för säker, effektiv och uppdaterad informationsöverföring avseende patienters stående läkemedelsordinationer mellan primär- och specialistvård
3. Hur arbetar man centralt med frågan om läkares tidsanvändning i relation till
  - läkares subspecialisering
  - läkarbrist och rekrytering
4. Dokument finns sådana?

### Verksamhet

1. Är läkarkårens tidsanvändning effektiv och ändamålsenlig
2. Har några åtgärder vidtagits med anledning av granskningen av läkares tidsanvändning 2003
  - vilka
  - varför inte
    - A. Åtgärder för att öka den direkta patienttiden
    - B. Framförda synpunkter av läkare på att arbetsuppgifter borde utföras av annan personal än läkare för att minska indirekt patienttid (t.ex. läkemedelsjournaler, kvalitetsregister, intyg, kontakter med kommuner)
    - C. Framförda synpunkter av läkare på tidsåtgången för kontakter med andra vårdenheter eller myndigheter
    - D. Framförda synpunkter på att det uppstår för mycket icke värdeskapande tid i det dagliga arbetet
    - E. Synpunkter på bristande effektivitet i interna rutiner t.ex. in- och utskrivningar
    - F. Finns och fungerar system för säker, effektiv och uppdaterad informationsöverföring avseende patienters stående läkemedelsordinationer mellan primär- och specialistvård
3. Hur arbetar man inom verksamheten med frågan om läkares tidsanvändning i relation till
  - läkares subspecialisering
  - läkarbrist och rekrytering
4. Dokument finns sådana?