

# Handlingar

till mötet med  
styrelsen för NU-sjukvården

25 februari 2016

## Föredragningslista

# Sammanträde med Styrelsen för NU-sjukvården den 25 februari 2016

**Plats:** Konferensrum Flygeln, Utvecklingscentrum, NÄL

**Tid:** Kl. 09:30-15:00

## Inledande formalia

- Mötets öppnande
- Upprop
- Val av justerare (i tur att justera Anders G Högmark, ersättare Yngve Johansson)
- Justeringsdatum 2016-03-10

## Beslutsärenden

1. Delegeringsbeslut  
Diarienummer NU 8-2016
2. Anmälningsärenden  
Diarienummer NU 7-2016
3. Ekonomisk rapport (bilaga)  
Föredragande: Sven Florström  
Diarienummer NU 22-2016
4. Revisionsrapport - Granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares  
schemaläggning - handlingsplan  
Diarienummer NU-307-2015
5. Revisionsrapport – Åtgärder utifrån revisionsenhetens granskning av  
tillgängligheten på akutmottagningarna  
Diarienummer NU 85-2016
6. Yttrande över motion av Helén Eliasson (S) och H Linnarsson (S) om regionens  
ansvar för jämlik primärvård  
Diarienummer NU 284-2015
7. Övriga frågor

## Informationsärenden

- A. Information från patientnämnden inkl studiebesök akutmottagningen NÄL  
(kl 10.00)

- B. Information från presidiet
- C. Information från sjukhusdirektören

Marith Hesse  
Ordförande

**Tänk på miljön**

Res gärna kollektivt ([www.vasttrafik.se](http://www.vasttrafik.se)).

# Ärende 1

## Anmälan av delegeringsbeslut vid styrelsens sammanträde 25 februari 2016

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över delegeringsbesluten läggs till handlingarna.

### Ärendet

Följande beslut som fattas med stöd av delegering anmäls.

### Ekonomi

- Träffa och säga upp tjänsteavtal, avtalslista 2016-02-18
- Upplägg/avslut av attester i NU-sjukvården, december 2015, dnr NU 14:140/2015

### Fastighet

-

### Kansli

-

### Personal

- Anställning av personal – Anställningsbeslut januari 2016, 2016-02-18

### Verksamhet

-

# Ärende 2

## Anmälningssärenden 25 februari 2016

### Förslag till beslut

#### Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Sammanställningen över anmälningssärenden läggs till handlingarna.

#### Inkomna skrivelser

-

#### Utgående skrivelser

-

#### Regionstyrelsen

- Detaljbudget 2016 för Västra Götalandsregionen, 2016-01-12, § 1
- Kompetensutveckling i Västra Götalandsregionen, 2016-01-12, § 19

#### Regionfullmäktige

- Komplettering av budget 2016 och flerårsplan för 2017 och 2018, 2016-02-02, § 5
- Detaljbudget 2016 – medgivande av överskridande av budget, 2016-02-02, § 6
- Kompletterande område till regional utvecklingsplan för psykiatrin, 2016-02-02, § 10

#### Övriga styrelser och nämnder

- Samråd angående åtgärdsplaner för ekonomisk balans 2016 NU-sjukvården, hälso- och sjukvårdsnämnd norra, 2016-01-28, § 2
- Särskild framställan till hälso- och sjukvårdsnämnd norra angående ersättning upp till ersättningstaket, hälso- och sjukvårdsnämnd norra, 2016-01-28, § 5

#### Övrigt

- Granskningsrapport ”Jämlik cancervård – psykosocialt stöd”. Revisionskollegiet 2015-12-16, dnr Rev 35-2015

# Ärende 3

**Tjänsteutlåtande**

Datum 2016-02-17

Diarienummer NU 22-2016

**NU-sjukvården/ledningskansliet**

Handläggare: Peter Olsson

Telefon: 0730-298476

E-post: peter.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården 2016-02-25

## Rapport angående tillgänglighet, personal och ekonomi januari 2016

### Förslag till beslut

**Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:**

1. Styrelsen för NU-sjukvården godkänner NU-sjukvårdens rapport för januari 2016.

### Sammanfattning

Inledningen av året har inneburit ett extremt vårdplatsläge med som mest 100 överbeläggningar inom NU-sjukvården. Läget orsakades av färre vårdplatser, bemanningsproblem och att kommunerna har svårt att ta hem de utskrivningsklara patienterna. Överbeläggningarna innebär en negativ påverkan på arbetsmiljön och en ökad risk för vårdskador som vårdrelaterade infektioner, fallskador och trycksår.

Tillgängligheten till första besök inom 90 dagar ligger i paritet med såväl föregående månad som samma period föregående år. Till behandling har tillgängligheten försämrats både jämfört med föregående månad och jämfört med samma period föregående år. Till första besök väntade i januari 81 procent (80 procent i december 2015) och 66 procent väntade till operation/behandling (69 procent i december 2015) inom 90 dagar.

Personalvolymen har minskat ytterligare och minskningen i januari uppgår till 153 nettoårsarbetare jämfört med januari 2015. Av dessa avser 30 nettoårsarbetare som är relaterade till flytt av verksamhet till Praktikertjänst AB på lokalsjukhusen. Minskningen består av 70 sjuksköterskor och 72 undersköterskor.

Övertiden i december har minskat betydligt. Ackumulerat för hela året 2015 ökade den kvalificerade övertiden medan mertid och enkel övertid minskade, vilket totalt innebar en minskad övertid jämfört med 2014.

Resultatet per januari uppgår till -11 mnkr, en budgetavvikelse med -9 mnkr. Budgetavvikelsen för intäkter om knappt 3 mnkr förklaras av att externa intäkter inte når upp till budgeterad nivå. På kostnadssidan är det främst övriga omkostnader som överskrider budget med knappt 7 mnkr, vilka orsakas av sjukvårdsmaterial och verksamhetsanknutna tjänster.

De totala kostnaderna i januari 2016 låg endast 0,2 procent över motsvarande månad föregående år. Bruttokostnaderna, rullande 12-månader, har sjunkit och ligger i januari på 2,5 procent (2,6 procent december 2015).

## Resultaträkning 2016

Januari

Mnkr	Periodens utfall					Helårsresultat	
	Utfall tom innev period	Budget tom innev period	Awikelse	Utfall tom innev period fg år	Förändring utfall/utfall %	Budget tom 1612	Utfall tom 1512
VÖK	338,0	337,7	0,3	334,5	1,1%	4 054,2	3 974,7
Regioninterna intäkter	24,4	24,3	0,0	15,0	62,6%	291,0	315,5
Externa intäkter	15,0	18,1	-3,2	14,5	3,3%	233,1	207,5
<b>Summa intäkter</b>	<b>377,3</b>	<b>380,2</b>	<b>-2,8</b>	<b>363,9</b>	<b>3,7%</b>	<b>4 578,3</b>	<b>4 497,6</b>
<b>Kostnader</b>							
Personalkostnader	-242,8	-242,8	-0,1	-247,9	-2,1%	-2 845,1	-2 813,2
Bemanningsföretag	-3,4	-2,5	-0,8	-6,4	-47,5%	-30,0	-88,4
Köpt vård	-2,8	-4,4	1,7	-2,7	4,5%	-53,4	-72,1
Läkemedel	-45,1	-44,7	-0,4	-41,3	9,2%	-529,0	-496,0
Övriga omkostnader	-86,7	-79,9	-6,8	-81,5	6,4%	-1 032,2	-1 021,2
Avskrivningar	-6,6	-6,6	0,0	-6,7	-2,1%	-80,0	-78,2
<b>Summa kostnader</b>	<b>-387,3</b>	<b>-380,9</b>	<b>-6,4</b>	<b>-386,5</b>	<b>0,2%</b>	<b>-4 569,8</b>	<b>-4 569,0</b>
Finansiella intäkter/kostnader	-0,8	-0,7	-0,1	-0,7	19,2%	-8,5	-7,5
<b>Netto</b>	<b>-10,8</b>	<b>-1,5</b>	<b>-9,3</b>	<b>-23,2</b>	<b>-53,4%</b>	<b>0,0</b>	<b>-78,9</b>

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Sven Florström  
Ekonomichef

### Besluten skickas till

- Diariet

# Ärende 4

## Tjänsteutlåtande

Datum 2016-02-15

Diarienummer NU 307-2015

## Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ledningskansliet

Handläggare: Henrik Olsson

Telefon: 010-435 46 20

E-post: henrik.p.olsson@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

# Revisionsrapport - Granskning av verksamhets- anpassad bemanning – läkares schemaläggning - handlingsplan

## Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Styrelsen för NU-sjukvården fastställer handlingsplan i enlighet med tjänsteutlåtande daterat 2016-02-15 och antar tjänsteutlåtandet som svar till revisionskollegiet på revisionsrapporten ”Granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning”.
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

## Sammanfattning av ärendet

Revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen (VGR) har granskat verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning. Utifrån de rekommendationer som granskningen resulterat i förväntas handlingsplaner senast 28 februari 2016 från respektive berörd styrelse med konkreta åtgärder. Handlingsplanerna kommer att ha betydelse för ansvarsprovningen för verksamhetsåret 2015.

## Fördjupad beskrivning av ärendet

### Bakgrund

Revisorskollegiet i VGR har låtit EY genomföra en granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning. Granskningens syfte var att granska hur regionstyrelsen och utvalda sjukhusstyrelser säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen.

Granskningen genomfördes som en dokument- och intervjustudie. Intervjuade funktioner i NU-sjukvården var sjukhusdirektör, AT-studierektor, arbetsrättsspecialist, läkarchef samt ordförande och vice ordförande i NU-sjukvårdens styrelse.

Granskningen avgränsades till den övergripande styrningen avseende schemaläggning av läkare. Således granskade man inte hur schemaläggning av läkare går till vid varje verksamhet/enhet inom sjukhuset. Övriga personalkategorier ingick inte i granskningen.

## Sammanfattning av rapporten ur NU-sjukvårdens perspektiv

### Övergripande styrning av läkares schemaläggning

Det finns sedan 2006 regiongemensamma riktlinjer för lokal översyn av jourorganisation och arbetstidsförläggning av läkare.

För NU-sjukvården framgår enligt rapporten utifrån genomförda intervjuer:

- Sjukhusgemensam uppföljning av läkares övertid finns
- Sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning saknas
- Sjukhusgemensam uppföljning huruvida läkare schemaläggs fram till klockan 21 saknas
- Det uppfattas som att schemaläggning av läkare utgår från läkarnas önskemål och att läkares omfattande frånvaro bryter kontinuiteten i vården

Enligt kommunallagen har sjukhusstyrelserna ett ansvar för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt, d.v.s. bemanning som är anpassad efter behov och belastning samt samlat för alla professioner. Det saknas enligt rapporten gemensamt förhållningssätt hur läkare ska schemaläggas och planeras med övriga professioner. Även om målsättning finns för produktions- och kapacitetsplanering, saknas det en tydlig styrning kring schemaläggning av läkare inom ramen för detta, vilket ses som en brist.

### Schemaläggning av läkare

Regiongemensamt finns avtal om uttag av kompensation och jour för läkare samt avtal för läkare vid frivillig tjänstgöring under den egna förvaltningen inom VGR (även kallat kökörtningssavtal). Samtliga sjukhus har lokala avtal. För NU-sjukvårdens del lyfter rapporten fram att ett avtal reglerar extra ersättning för jour under vissa förutsättningar från kl. 17 på fredagar.

Inom NU-sjukvården finns inga sjukhusgemensamma initiativ eller projekt avseende läkares schemaläggning, enligt rapporten. Det finns dock exempel på verksamheter som arbetat med att förändra schemaläggning av läkare.

### Samlad bedömning

Enligt rapporten saknas ett ”*gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen samlad inte vet hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta innebär.*”

Utifrån identifierade förbättringsområden lämnas följande rekommendationer:

- ⇒ Regionstyrelsen bör tillse att det tydliggörs hur viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning ska implementeras inom sjukhusens verksamheter.
- ⇒ Regionstyrelsen bör överväga att tydligare koppla uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning samt viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning till regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering
- ⇒ Regionstyrelsen bör tillse att verksamhetens behov av statistik och underlag om läkares arbetstider beaktas vid utveckling av personal- och lönesystem
- ⇒ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemaläggning
- ⇒ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs.

### **Läkares schemaläggning i NU-sjukvården**

Det finns inte några sjukhusgemensamma riktlinjer annat än lokala kollektivavtal och det finns inga etablerade system för att dra lärdom av varandras goda exempel. Vid samtal med valda chefer och medarbetare inom organisationen framkommer ett stort engagemang för hur schemaläggning av läkare görs och sannolikt finns det lokalt stor kunskap i ämnet, men på central nivå förefaller det saknas samlad kunskap inom ämnet. En organisation för ”effektiv bemanning” (EB) finns med styrgrupp och arbetsgrupp. Denna organisation har huvudsakligen fokuserat på bemanning av slutenvårdsavdelningar (sjuksköterskor och under-sköterskor). Bemanning för öppenvård och läkare har inte ingått i gruppens arbete.

Läkares schema är ofta ett komplext pussel där det inte bara handlar om att täcka en schemarad med ett namn, utan säkerställa att verksamheten har rätt samlad kompetens vid rätt tidpunkt. Vid alltför centraliserad styrning på detaljnivå finns risk att tappa det personliga ansvaret för delarnas funktion och det finns en risk att uppfattas som oattraktiv arbetsgivare med risk för personalförlust. Dessa delar måste balanseras så att den centrala styrningen görs på rätt nivå, utan att man tappar ansvarstagande på enhetsnivå.

Det finns goda exempel inom Område I, II och III avseende utveckling av läkares schemaläggning men lösningar ser olika ut beroende på verksamheternas innehåll och så måste det få vara. Problematiken är att det sannolikt ändå finns en stor utvecklingspotential och det saknas en samlad bild över hur schemaläggningen går till.

### **Handlingsplan för NU-sjukvården**

Revisorskollegiet rapport innebär kritik mot styrelsens nuvarande styrning och uppföljning avseende läkares schemaläggning. Granskningen avser egentligen inte hur schemaläggning görs på enskilda enheter - sannolikt finns det många goda exempel - men problemet är att sjukhusen inte har en samlad bild av hur schemaläggningen går till.

Processen kring schemaläggning av läkare behöver därför tydliggöras på alla nivåer, inkl. ansvarsfördelning, uppföljning av effekter och behov av stöd till verksamheter. I sådan genomlysning ingår kartläggning av nu-läge, genomgång och ev. uppdatering av lokala avtal samt skapande av NU-gemensam riktlinje för schemaläggning med fokus på ansvarsfördelning. En arbetsgrupp med kompetens inom området behöver tillskapas för kartläggning och insamling av data men det är linjeorganisationen som ansvarar för beslut och genomförande.

Mer specifikt riktas kritik mot att följsamhet till regionens riktlinjer avseende jourorganisation och arbetstidsförläggning brister, främst att läkares arbetstid planeras mellan 07-21 helgfri måndag-fredag. NU-sjukvården behöver kartlägga hur följsamheten är och i dialog med verksamheterna säkerställa att riktlinjer efterlevs. En arbetsgrupp med kompetens inom området behöver tillskapas för kartläggning och insamling av data men det är linjeorganisationen som ansvarar för beslut och genomförande. Ev. avvikelser godkänns av sjukhusledningen, som rapporterar till styrelsen.

<b>Aktivitet</b>	<b>Ansvarig för genomförande</b>	<b>Tidsplan</b>
Uppdragsbeskrivning till styrgruppen för effektiv bemanning	Sjukhusdirektören	Mars 2016
Tillskapa en sjukhusgemensam arbetsgrupp för läkarbemanning med kompetens inom läkarschema	Styrgruppen för effektiv bemanning	April 2016
Inventera aktuell följsamhet till regionala riktlinjer för jourorganisation och arbetstidsförläggning	Linjeorganisationen med stöd av arbetsgruppen för läkarbemanning	April – juni 2016
Genomföra åtgärder med anledning av inventeringen	Linjeorganisationen	Augusti – november 2016
Genomlys processen kring schemaläggning av läkare	Arbetsgruppen för läkarbemanning med stöd av linjeorganisationen	April – oktober 2016
Fastställa sjukhusgemensam riktlinje för schemaläggning av läkare	Linjeorganisationen med stöd av arbetsgruppen för läkarbemanning	Senast december 2016

### **Kommunikation**

Handlingsplanen bereds i sjukhusdirektörens ledningsgrupp 2016-01-26 och informeras i central samverkansgrupp 2016-02-03. Genomförd revision och beslutad handlingsplan behöver kommuniceras med verksamhetschefer. Förslag på forum är antingen områdesledningarna eller strategiska ledningsgruppen. Linjeorganisationen består också av läkarchefer men befintligt forum för denna grupp saknas i nuläget. Eventuellt behöver man skapa sådant forum, åtminstone tillfälligt. Under arbetets gång kommer ev. behov av samverkan uppstå, på sjukhus-, områdes-, och/eller klinisknivå.

### **Beredning**

Ovanstående handlingsplan är framtagen efter samtal med samtliga områdeschefer var och en, arbetsgruppen för effektiv bemanning, avtalsexpert inom HR samt valda verksamhetschefer och medarbetare.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
sjukhusdirektör

Henrik Olsson  
Överläkare

### **Bilagor**

- Rapport ”Verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning”

### **Besluten skickas till**

- Diariet
- Revisionsenheten

# Verksamhetsanpassad bemanning

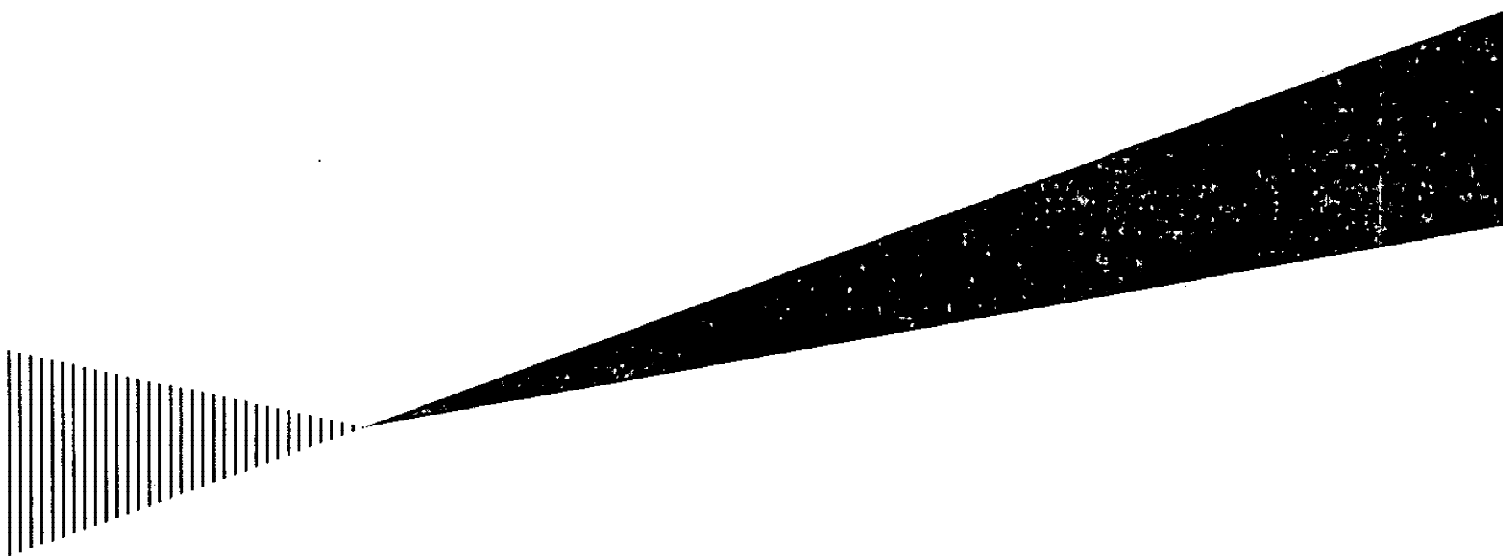
Dnr: Rev 29-2015

Genomförd av: EY

Behandlad av Revisorskollegiet den 18 november 2015

# Västra Götalandsregionen

Granskning av verksamhetsanpassad be-  
manning - läkares schemaläggning



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte.....	3
2.3. Revisionsfrågor och frågeställningar .....	4
2.4. Ansvarig nämnd/styrelse .....	4
2.5. Revisionskriterier.....	4
2.6. Avgränsning .....	4
2.7. Metod .....	4
<b>3. Utgångspunkter och centrala begrepp.....</b>	<b>5</b>
3.1. Schemaläggning av läkare .....	5
3.2. Centrala begrepp i granskningen.....	6
<b>4. Övergripande styrning av läkares schemaläggning .....</b>	<b>7</b>
4.1. Regionfullmäktiges mål .....	7
4.2. Regionövergripande styrning.....	7
4.3. Styrning vid sjukhusen .....	10
4.4. Vår bedömning.....	13
<b>5. Schemaläggning av läkare .....</b>	<b>15</b>
5.1. Avtal för läkare inom VGR.....	15
5.2. Projekt och initiativ .....	16
5.3. Tillgång till statistik .....	18
5.4. Vår bedömning.....	19
<b>6. Samlad bedömning .....</b>	<b>20</b>
6.1. Svar på kartläggande frågeställningar .....	20
6.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna .....	21
6.3. Slutsats .....	22
<b>Bilaga 1: Granskningens kartläggande frågeställningar .....</b>	<b>25</b>
<b>Bilaga 2: Källförteckning .....</b>	<b>26</b>
<b>Bilaga 3: Revisionskriterier .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilaga 4: Ersättningsnivåer lokala avtal för läkare i VGR.....</b>	<b>30</b>

## 1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) granskat hur regionstyrelsen samt styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs Sjukhus (SKAS), NU-sjukvården och Kungälv's sjukhus säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen. Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare och syftar till att granska den övergripande styrningen inom området.

Granskningen visar att både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsaker till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrts schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning.

Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning inom VGR har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Koncernledningen har under året tagit beslut om en gemensam viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning som bland annat syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti 2015 och har ännu inte genomförts vid sjukhusen inom VGR.

Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Detta eftersom planering av läkare och annan vårdpersonal är centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Enligt den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården måste schemaläggning utgå från en analys av behov och belastning. Den bör också göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. Granskningen visar att viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna inom koncernkansliet och vid sjukhusen får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen inte har en samlad bild av hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Styrelsen för SU, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och SKAS bör enligt vår bedömning stärka sin styrning och uppföljning inom området.

Vår sammanfattande slutsats utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att det finns brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit. Utifrån dessa lämnas ett antal rekommendationer som framgår i avsnitt 6.3.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Revisionsenheten i VGR genomförde 2014 en förstudie av hur styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS) inom ramen för sitt arbete med intern kontroll beaktat riskerna med schemaläggning på SÄS. Förstudien belyste bland annat vad som påverkar schemaläggningen av läkare. Av förstudien framkom att ett schemalägningsprojekt pågått inom centraloperationen på SÄS för att effektivisera verksamheten. Projektet hade haft positiva effekter för både ekonomi och medarbetare vilket enligt revisionen borde kunna gynna ett bredare införande på sjukhuset. Vid intervjuer framkom att tidigare projekt i regionen med motsvarande inriktning har varit svåra att införa på bred front. I förstudien lyfts att det bedöms finnas en potential för att öka effektiviteten genom att samordna scheman mellan läkare och övriga professioner.

Det är sedan flera år välkänt att det finns effektiviseringspotential när det gäller planering av arbetstider för olika vårdprofessioner – inte minst läkarnas arbetstider. Bland annat presenterade myndigheten Vårdanalys 2013 rapporten "Ur led är tiden". Rapporten är inriktad på hur läkarna använder sin tid och vilka svårigheter som finns. Ett senare exempel är boken "Den sjuka vården 2.0" från 2014, som lyfter motsvarande frågeställningar.

I VGR:s budget för 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande.

Utifrån ovanstående har revisorskollegiet bedömt att det finns anledning att granska hur såväl regionstyrelsen som utförarstyrelser ser på potential och problematik med införande av en mer verksamhetsanpassad bemanning. Detta utifrån styrelsernas ansvar att utföra de uppdrag som regionfullmäktige beslutat om. Revisorskollegiet vill också få en överblick över initiativ inom området de senaste åren och en belysning av orsaker till eventuella svårigheter att implementera förändringar, både ur ett regionalt och sjukhusspecifikt perspektiv.

Av God revisionssed i kommunal verksamhet framgår de grunder som revisorerna använder när de bedömer ansvarstagande i styrelser och nämnder. Ansvarsgrunden som är relevant i denna granskning bedöms främst vara risken för bristande styrning, ledning, uppföljning och kontroll.

### 2.2. Syfte

Syftet är att granska hur regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen.

Granskningen ska också kartlägga vilka analyser av och initiativ kring läkares schemaläggning och arbetstider regionen genomfört de senaste åren. Granskningen ska även kartlägga

vilka åtgärder regionstyrelsen och sjukhusstyrelser har vidtagit avseende läkares schemaläggning och arbetstider utifrån de erfarenheter och resultat som dessa analyser och initiativ påvisat. Detta avser såväl tidigare initiativ som uppdraget till regionstyrelsen i budget för 2015.

Granskningen ska därtill ge revisionen en klarare bild över hur regionens ledning ser på såväl potential i som problematik med en mer verksamhetsanpassad bemanning och vad detta konkret innebär.

### **2.3. Revisionsfrågor och frågeställningar**

Följande revisionsfrågor ska besvaras i granskningen:

- ▶ Hur säkerställer regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen?
- ▶ Hur tydliggörs ansvaret för uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning och hur fördelas det mellan regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna?

Ytterligare frågor ska besvaras i granskningens kartläggande del. Dessa framgår av bilaga 1.

### **2.4. Ansvarig nämnd/styrelse**

Granskningen avser regionstyrelsen, Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU), Skaraborgs Sjukhus (SKAS), NU-sjukvården (NU) och Kungälv's sjukhus (KS).

### **2.5. Revisionskriterier**

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterierna i denna granskning framgår av bilaga 3.

### **2.6. Avgränsning**

Granskningen avgränsar sig till schemaläggningen av läkare. Granskningen syftar till att granska den övergripande styrningen inom området och granskar således inte hur schemaläggning av läkare går till vid varje verksamhet eller enhet inom sjukhusen. Revisionsfrågan om läkarbemanningen omfattar inte en granskning av kompetensförsörjning av läkare.

### **2.7. Metod**

Granskningen har genomförts som en dokument- och intervjustudie. Kartläggningen av vilka projekt och initiativ som genomförts vid sjukhusen avgränsar sig till att vi efterfrågat vilka initiativ som skett under perioden 2010-2015 vid de sjukhusen. Inget av de berörda sjukhusen har dock en samlad bild av detta, eftersom många initiativ sker lokalt inom enskilda verksamheter och/eller enheter. Källförteckning framgår av bilaga 2. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

### 3. Utgångspunkter och centrala begrepp

*I detta kapitel beskrivs inledningsvis utgångspunkter avseende schemaläggning. Förslag avseende schemaläggning inom vården från den nationella samordnaren för effektivare hälso- och sjukvård beskrivs. Detta tillsammans med övriga revisionskriterier utgör utgångspunkt i våra bedömningar i rapporten. Avslutningsvis förklaras centrala begrepp i granskningen.*

#### 3.1. Schemaläggning av läkare

Myndigheten för vårdanalys påtalar att flera landsting under senaste åren uppmärksammat problemet med en ineffektiv bemanning. Flera landsting har påbörjat ett arbete med att se över och effektivisera planeringen av läkares och andra professioners arbetstider, ofta under namnet produktions- och kapacitetsplanering<sup>1</sup>. Under det senaste decenniet har ett antal olika modeller använts för att bedriva utveckling av vårdens processer. Gemensamt för alla modeller är att patientens väg genom vården ska vara utgångspunkt för arbetet. I stället för att fokusera på organisering av resurser ska utgångspunkten vara patientens behov och vilka aktiviteter som behöver genomföras för att möta dessa behov. Vårdlogistikutveckling, processtyrning, produktionsplanering, produktionsstyrning, kapacitetsstyrning och lean är några av de vanliga begreppen som används i dessa sammanhang. Inom VGR bedrivs ett regionövergripande arbete för att införa produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvården<sup>2</sup>.

Myndigheten för vårdanalys konstaterar i en utredning att det finns mycket som tyder på att det inte är lagstiftning och avtal som i första hand hämmar en effektiv produktionsplanering. Det finns stora möjligheter att styra läkarbemanningen inom befintliga ramar, men landstingen utnyttjar inte alltid dessa möjligheter.<sup>3</sup>

Under 2013 tillsatte regeringen en nationell samordnare (Göran Stiernstedt) för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården. Den nationella samordnaren ska göra en analys av hur hälso- och sjukvården kan använda professionernas resurser på ett mer ändamålsenligt och effektivt sätt. Uppdraget ska slutredovisas i december 2015. I december 2014 avlämnade samordnaren en delrapport<sup>4</sup>. I delrapporten lämnas förslag inom ett antal områden, riktade både till staten och till landstingen. Ett av dessa förslag är att landstingen bör se till att bedriva ett genomgripande sammanhållet arbete med produktionsstyrning på klinik-, divisions-, sjukhus- och landstingsnivå. Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning och den bör göras samlad för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. Av utredningen framgår att schemaläggning i vården i dag görs utifrån tillgänglig personal och att den i hög utsträckning främst är baserad på individuella önskemål. Planering av

<sup>1</sup> Ur led är tiden (rapport 2013:9), Myndigheten för Vårdanalys, s. 112.

<sup>2</sup> Regionstyrelsen har enligt budget 2015 i uppdrag att "fullfölja arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inom hälso- och sjukvården samt återkomma med lägesrapporter under året".

<sup>3</sup> Ur led är tiden (rapport 2013:9), Myndigheten för Vårdanalys, s. 20.

<sup>4</sup> Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), Statens offentliga utredningar.

de olika professionerna tycks genomgående göras separat. Utredningen har sett få exempel på att en produktions- och kapacitetsplanering efterföljts av ett samlat arbete med schemaläggning. Det är enligt utredaren problematiskt eftersom vinsten av planering hämtas hem genom ett gediget arbete med bemanning.<sup>5</sup>

En väsentlig faktor för att framgångsrikt lägga scheman är att det finns personal att schemalägga. Utredaren hänvisar till Myndigheten för vårdanalys som menar att den normala arbetstiden för läkare tycks vara mellan klockan 07-17. För övrig tid gäller det så kallade jouravtalet. Reglerna om att schemalägga läkare fram till klockan 21 tycks utnyttjas av få landsting. En invändning mot systemet är att det skapar incitament för läkare att arbeta kvällar och helger i stället för dagtid. Det innebär att för stora delar av jourkompensation kan tas ut i ledighet vilket i sin tur hindrar en adekvat planering av läkare. Enligt utredarens bedömning är arbetstidssystemet inte i första hand en kostnadsfråga. Det finns däremot anledning att ifrågasätta hur det påverkar möjligheterna till en strukturerad planeringsprocess där bemanning utgår från patientens behov och det ges förutsättningar för kontinuitet för patienten. Frågan ska analyseras vidare i utredningen.<sup>6</sup>

### 3.2. Centrala begrepp i granskningen

**Ordinarie arbetstid:** Enligt specialbestämmelser i läkares kollektivavtal finns möjlighet att förlägga läkares arbetstider helgfri måndag till fredag mellan 07.00-21.00.

**Jour- och beredskap:** Med jour menas att läkaren finns till förfogande på arbetsplatsen och är beredd att omedelbart utföra aktivt arbete under ett jourpass. Beredskap innebär att en erfaren specialistläkare står till förfogande utanför arbetsplatsen att inom viss tid inställa sig för att utföra arbetsuppgifter samt finnas tillgänglig på telefon för rådgivning och bedömning av uppkomna situationer. Beredskap anges som begrepp i läkarnas avtal men benämns oftast som bakjour.

För jour- och beredskapstid utgår extra kompensation, som läkare kan ta ut i pengar eller tid.

**Jour- och beredskapslinje:** Jour- och beredskapslinje är organiseringen av jour och beredskap inom ett visst medicinskt område och kan se olika ut vid olika sjukhus och landsting.

**Övertid:** Övertid utgörs av arbetad tid utöver den fastställda ordinarie arbetstiden, enligt arbetstidslagens (ATL) regler. I normalfallet för läkare är detta 40 timmar/arbetsvecka. Enligt arbetstidslagen finns en gräns om 200 övertidstimmar per år.

**ATL-tid:** Med ATL-tid menas faktiskt arbetad tid under ett jour- och beredskapspass. ATL-tid ska registreras.

---

<sup>5</sup> Ibid., s. 17.

<sup>6</sup> Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:4), Statens offentliga utredningar, s. 17-18.

## 4. Övergripande styrning av läkares schemaläggning

I detta kapitel beskrivs hur regionstyrelsen arbetat med regionfullmäktiges mål om att pröva förutsättningar för verksamhetsanpassad bemanning. Därtill beskrivs vilken regiongemensam styrning som finns av läkares schemaläggning samt hur de sjukhus som ingår i granskningen styr och följer upp schemaläggning av läkare. Kapitlet avslutats med vår bedömning.

### 4.1. Regionfullmäktiges mål

I VGR:s budget 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande. Uppdraget specificeras inte närmare.

### 4.2. Regionövergripande styrning

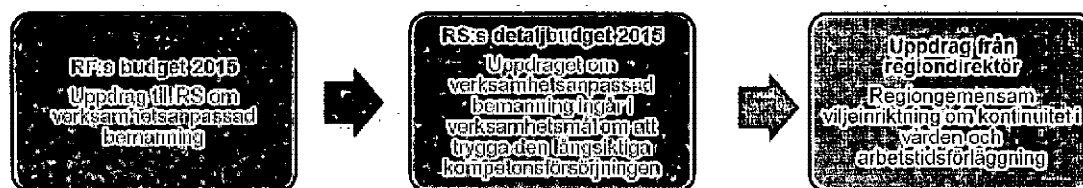


Bild: Regionstyrelsens hantering av uppdrag i budget 2015 om verksamhetsanpassad bemanning.

Regionfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning framgår av regionstyrelsens detaljbudget. I detaljbudgeten hänvisas detta uppdrag till beskrivningen under målet "Regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen", som är beslutat av regionfullmäktige. Under detta mål beskrivs översiktligt hur förvaltningar inom regionen arbetar med kompetensförsörjningsplaner, att en kompetensförsörjningsstrategi har tagits fram för hälso- och sjukvården samt hur chefsförsörjningsaktiviteter ska utvecklas. Det finns inga specifika aktiviteter i detaljbudget som tydliggör regionfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Koncernkontoret har under 2015 initierat en så kallad viljeinriktning om arbetstidsförläggning av personal inom hälso- och sjukvården. Denna viljeinriktning ska bidra till att uppnå målsättningen om att trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen. Viljeinriktningen beskrivs närmare nedan.

Det finns sedan 2006 regiongemensamma riktlinjer för arbetstidsförläggning av läkare<sup>7</sup>. Riktlinjerna reglerar bland annat att läkares ordinarie arbetstid ska förläggas mellan 07-21 helgfri måndag till fredag, vilket innebär att jour inte ska förläggas under denna tid. Jourkompensation ska planeras utifrån verksamhetens behov och efter samråd med den anställde. Därtill finns sedan 2010 regiongemensamma riktlinjer för arbetstidsområdet. Av dessa framgår att

<sup>7</sup> Riktlinjer för lokal översyn och förändring av jourorganisation och arbetstidsförläggning av läkare, 2006-05-12.

all övertid ska registreras i personal- och lönesystemet Heroma samt att fortlöpande uppföljning ska ske av medarbetares övertids- och merarbete.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör påtalar att koncernledningen ser ett behov av en ökad styrning och uppföljning inom regionen avseende schemaläggning av läkare. Intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör påtalar att kulturen är en del av problemet, där scheman läggs efter anställdas behov och inte efter verksamhetens. Om alla professioner schemaläggs var för sig så utgår inte verksamheten från patienten, vilket bör vara utgångspunkten vid planering av bemanning enligt hälso- och sjukvårdsdirektör. Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att det är välkänt att schemaläggning av vårdpersonal är en nyckel till en bättre planering av verksamheten. Regionen har däremot saknat genomförandekraft och mod att förändra arbetssättet för schemaläggning av läkare, enligt intervjuad regiondirektör och personaldirektör. Den nationella utredningen inom området (se kapitel 3) uppges vara ett stöd i att förändra hur läkare schemaläggs.

Regiondirektör har under året beslutat om en viljeinriktning och ett uppdrag som handlar om arbetstidsförläggning av all personal inom hälso- och sjukvården. Viljeinriktningen innebär ett förändrat arbetssätt för schemaläggning av personal inom hälso- och sjukvården. Arbetet påbörjades våren 2015 genom att personaldirektör fick i uppdrag att ta fram den regiongemensamma viljeinriktningen. Viljeinriktningen beskriver hur förvaltningarna inom hälso- och sjukvården genom kontinuitet och arbetstidsförläggning kan bidra till att uppnå verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare.

Viljeinriktningen ska resultera i:

1. Ökad användning av arbetstidsscheman som är mer styrande utifrån verksamhetens behov, sträcker sig över längre schemaperioder och som samplaneras med andra kompetenser i teamet, inklusive läkare.
2. Mer kontinuerlig förläggning av jourkompensationsledigheten.
3. Att övertidsuttag fördelas på alla medarbetare.
4. Omfördelning av arbetsuppgifter mellan olika kompetenser så att arbetsuppgifterna ligger på rätt kompetens- och omhändertagandenivå.

Punkt två ovan (mer kontinuerlig förläggning av jourkompensationsledigheten) berör läkare specifikt. För att skapa bättre kontinuitet i vården utifrån patientens behov är det angeläget att minska jourverksamheten för läkare enligt uppdragsbeskrivningen. Detta eftersom det kan resultera i en allt för stor möjlighet till uttag av långa sammanhängande ledigheter. Dessa ledigheter kan försvåra möjligheterna att samplanera bemanningen i vården utifrån produktions- och kapacitetsplanering. Läkares arbetstid planeras mellan 07-21 helgfri måndag-fredag. Jour och beredskap får inte förläggas under denna tid. I vissa fall kan det vara befoget att se över jourverksamheten även på övriga tider. Det kan till exempel finnas fördelar med att delvis schemalägga läkare på tunga jourlinjer där den största delen är aktiv arbetstid. Läkares kompensationsledighet för arbetad tid under jour- och beredskap ska schemaläggas i nära anslutning till utfört arbete.

I augusti 2015 tog regiondirektören därtill beslut om ett uppdrag avseende kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning mot bakgrund av viljeinriktningen<sup>8</sup>. Uppdraget från regiondirektören om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning kan sammanfattas enligt följande:

Område	Sammanfattande beskrivning
Syfte	Att i hälso- och sjukvårdsförvaltningarna stödja, säkerställa samt följa upp implementering och genomförande av en koncerngemensam viljeinriktning kring ökad kontinuitet och arbetstidsförläggning som togs fram våren 2015.
Uppdragsbeskrivning	Koncernstab HR och förvaltningarnas HR-chefer ska införa viljeinriktningen om ökad kontinuitet och arbetstidsförläggning. Detta ska ske genom att se över de verktyg som i dag finns framtagna för att stärka arbetet.
Bakgrund	Ovan beskrivna viljeinriktning som togs fram våren 2015 är bakgrund till beslut om uppdraget.
Arbetsorganisation	Koncernstab HR ska utföra uppdraget tillsammans med förvaltningarnas HR-chefer. Koncernstab Verksamhetsuppföljning, ekonomi och inköp ansvarar för att följa upp beslutet.
Samband och gränsdragning till andra uppdrag och pågående arbete	Ingår i uppdraget om administrativ förenkling.
Tidplan och avstämning/uppföljning	Implementering påbörjas hösten 2015 och pågår under 2016. Arbetet stäms kontinuerligt av med koncernledning för hälso- och sjukvård samt avrapporteras till personalutskottet.

Tabell: Sammanfattning av uppdrag om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör påtalar att beslutet ska vara ett stöd för sjukhusledning och chefer inom sjukhusen i att driva frågan om förändrat arbetssätt för schemaläggning av läkare, men att arbetet behöver ske lokalt i verksamheten. Koncernledning kan stödja genom att skapa verktyg för schemaläggning. Ett utvecklingsområde uppges vara att personal- och lönesystemet Heroma inte är ett effektivt verktyg för schemaläggning av personal. Koncernledning uppges utveckla detta så att det blir ett förenklat stöd för cheferna.

Uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning har behandlats i regionstyrelsens personalutskott genom att personaldirektör informerat i ärendet vid utskottets sammanträde i juni 2015. Därtill har personaldirektör informerat om ovan nämnda uppdrag avseende kontinuitet i vården och samband med arbetstidsförläggning vid utskottets sammanträden i maj, juni och augusti 2015. Av regionstyrelsens delårsrapporter framgår en uppföljning av målsättningen

<sup>8</sup> Verkställighetsbeslut. Beslutet är en del av ett övergripande uppdrag inom koncernkontoret kallat "Administrativ förenkling".

om att regionstyrelsen ska trygga den långsiktiga kompetensförsörjningen, vilket uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning kopplas till.

#### **4.3. Styrning vid sjukhusen**

Regionfullmäktiges mål om att pröva förutsättningarna för verksamhetsanpassad bemanning är riktat till regionstyrelsen. Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har mål eller aktiviteter i detaljbudget och verksamhetsplan för 2015 som är knutet till detta mål eller som specifikt avser schemaläggning av läkare. Samtliga sjukhus har dock målsättningar i sin verksamhetsplan eller detaljbudget för 2015 om att införa eller utveckla produktions- och kapacitetsplanering inom vården. Kungälvssjukhus har därtill en aktivitet i sin verksamhetsplan och detaljbudget för 2015 om att under 2015 fortsätta arbetet med att anpassa bemanningen i relation till verksamhetsflödena.

Flera av de intervjuade från sjukhusledningarna påtalar att det finns behov av att utveckla styrningen av läkares schemaläggning. Till stor del uppges det handla om att förändra en kultur och ett förhållningssätt som i dagsläget innebär att läkare - och ibland även andra yrkeskategorier - i för stor utsträckning styr sina scheman utifrån egna önskemål istället för efter verksamhetens behov.

Vid samtliga sjukhus som ingår i granskningen schemaläggs läkare separat från övriga professioner. Hur schemaläggningen går till styrs av respektive verksamhet inom sjukhusen enligt de intervjuade från sjukhusen. Flera av de intervjuade från sjukhusen menar att schemaläggning sker utifrån en kombination av verksamhetens behov och när läkaren är tillgänglig. Även om schemaläggningen anpassas efter när läkaren är tillgänglig, finns det till exempel en medvetenhet om hur många läkare som behövs för att genomföra verksamheten. Exempel beskrivs närmare i avsnitt 5.2. Vissa av de intervjuade påtalar att det finns en rädsla för personalbrist som effekt av att styra schemaläggningen av läkarna i för stor omfattning. Det gäller framförallt inom de specialiteter där det finns en läkarbrist. Samtidigt påtalar både intervjuade från sjukhusledningar och intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör att det inte finns en generell läkarbrist vid sjukhusen, utan en brist inom vissa specialiteter.

Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har en uttalad sjukhusgemensam styrning om att läkares arbetstid ska planeras tillsammans med övriga professioner. Vid samtliga sjukhus finns däremot exempel på enskilda verksamheter som arbetat med att förändra hur läkare schemaläggs. Sjukhusen har inte en samlad bild av effekterna av dessa. Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att regionen behöver förbättra hur goda erfarenheter från projekt och initiativ tas tillvara inom regionen.

##### **4.3.1. Sahlgrenska Universitetssjukhuset**

Sedan 2007 finns riktlinjer vid SU om uttag av jourkompensation. Enligt dessa ska genererad jourtid schemaläggas i anslutning till utförd jour eller beredskap. Områdeschef och verksamhetschef fick med anledning av beslutet i uppdrag att verka för att medarbetare minskar sin inestående jourkompensationsledighet. Verksamheterna inom SU uppges i hög grad schemalägga läkarna fram till klockan 21, men det finns verksamheter som behöver arbeta an-

norlunda med detta enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör vid SU. En tidigare genomförd uppföljning inom SU av primärjourtjänstgöring visar att det fanns verksamheter som inte schemalägger läkare fram till klockan 21. Orsaken till detta var bland annat att det var för få läkare eller att verksamheten inte kräver denna schemaläggning. SU har vidare genomfört en uppföljning 2010 av de regiongemensamma riktlinjerna för arbetstidsförläggning av läkare. Även denna visar att det finns verksamheter som förlägger jour under ordinarie arbetstid.

SU genomför ingen sjukhusgemensam uppföljning av läkares övertid. ATL-tid redovisas per område. Enligt HR-chef pågår ett arbete för att utveckla denna uppföljning.

Intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör för SU menar att det finns ett behov av att utnyttja läkares arbetstid på ett effektivare sätt. Schemaläggarna behöver enligt de intervjuade få ett tydligare uppdrag och en starkare styrning inom området. Inför 2016 kommer sjukhuset arbeta med att koppla produktionsstyrning till schemaläggning, både genom långa funktions-scheman och kortare personliga scheman som säkerställer bemanning efter behov.

Presidiet i styrelsen för SU menar att styrelsen varit informerad om att det pågår ett arbete för att i ökad utsträckning styra schemaläggningen, men att frågan främst är aktuell på verksamhetsnivå. Presidiet i styrelsen för SU påtalar vikten av en regiongemensam styrning och en samsyn mellan de större regionerna.

#### **4.3.2. NU-sjukvården**

Enligt intervjuad sjukhusdirektör för NU-sjukvården saknas sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning. Sjukhusdirektören beskriver att schemaläggning av läkare utgår från läkarnas önskemål. Därefter matchas detta med vilken verksamhet som ska bedrivas och till sist får övrig personal anpassa sig. Intervjuad sjukhusdirektör påtalar att läkares omfattande frånvaro bryter kontinuiteten i vården och att styrningen behöver utvecklas. Intervjuad sjukhusdirektör menar vidare att det hade varit önskvärt om förändringar genomfördes regiongemensamt. Detta i syfte att minska att landstingen konkurrerar med varandra om de specialiteter inom vilka det råder en läkarbrist. NU-sjukvården följer inte upp huruvida läkare schemaläggs fram till klockan 21, enligt intervjuad sjukhusdirektör. En sjukhusgemensam uppföljning sker av läkares övertid.

Styrelsen för NU-sjukvården har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare enligt intervjuat presidium. Presidiet har dock fört diskussioner med sjukhusledning om huruvida läkare schemaläggs fram till klockan 21. Intervjuat presidium påtalar att det främst är ekonomi och större bemanningsfrågor som diskuteras i styrelsen.

#### **4.3.3. Kungälv's sjukhus**

Kungälv's sjukhus har en aktivitet i detaljbudget och verksamhetsplan för 2015 att fortsätta arbetet med att anpassa bemanningen i relation till verksamhetsflödena. En uppföljning av aktiviteten framgår dock inte i delårsrapport per mars och augusti 2015. Det finns ingen sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning. Intervjuad sjukhusdirektör menar dock

att sjukhuset arbetat med att anpassa bemanning efter verksamhetens behov i ett antal projekt.

Kungälvssjukhus genomför ingen sjukhusgemensam uppföljning av läkares övertid, men det finns möjlighet att ta ut information om övertid per verksamhetsområde.

Styrelsen för Kungälvssjukhus har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare men däremot frågor relaterade till läkarbemanningen, enligt intervjuat presidium i styrelsen för Kungälvssjukhus. Till exempel uppges styrelsen ha tagit beslut om att införa akutläkare, vilka kommer kunna schemaläggas även efter klockan 21. Styrelsen har också beslutat om en effektiviseringsplan med åtgärder som berör bemanningsfrågor, till exempel uppgiftsväxling och bemanningsplanering inom vissa verksamheter. Intervjuat presidium konstaterar att det är önskvärt för styrelsen att i ökad utsträckning följa upp bemanningsfrågor.

#### **4.3.4. Skaraborgs sjukhus**

Sedan februari 2015 finns ett uppdrag inom SKAS att se över hur sjukhuset konkret kan arbeta med produktions- och kapacitetsplanering. Enligt intervjuad sjukhusdirektör är planering av all bemanning grunden i detta arbete. Det finns ingen sjukhusgemensam styrning av läkares schemaläggning inom ramen för detta arbete. Av uppdragsbeskrivning framgår att tidigare arbete kring produktions- och kapacitetsplanering inom SKAS främst handlat om att styra produktionen. En fokusgrupp inom SKAS<sup>9</sup> har därtill till uppgift att identifiera möjligheter att frigöra resurser för att stärka det vårdnära arbetet, i första hand inom slutenvårdsavdelningarna. Av sammanställning från fokusgruppens arbete framgår att fokusgruppen identifierat det som ett problem att SKAS inte använder sina resurser rätt för att tillgodose patientens behov. En av flera orsaker är att schemaläggningen saknar helhetsperspektiv. En annan orsak är dålig produktions- och kapacitetsplanering.

Koncernledningens initiativ om förändrat sätt för schemaläggning av personal inom hälso- och sjukvården har föranlett att HR-avdelningen inom SKAS tagit fram ett förslag till förändrade arbetstider. För läkare innebär förslaget bland annat att planering av schemaperioder och bemanningsbehov ska göras tillsammans med övriga kategorier i teamet. Jour, beredskap och övertid ska fördelas jämnt på befintliga medarbetare. Jourkomplexitet ska planeras in i nära anslutning till utfört jour- eller beredskapspass.

En sjukhusgemensam uppföljning sker av läkares övertid inom SKAS.

Styrelsen för SKAS har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare enligt intervjuat presidium. Presidiet påtalar att det finns exempel på åtgärder som syftar till att styra bemanningen av läkare, till exempel ett regiongemensamt initiativ om att gemensamt inom regionen använda läkare inom psykiatri. Enligt intervjuat presidium har detta dock inte fått avsedd effekt. Intervjuat presidium menar att det finns en rädsla för att styra läkare i för stor utsträckning eftersom det finns en läkarbrist inom vissa specialiteter.

---

<sup>9</sup> Fokusgrupp Samling kring vården.

#### 4.4. Vår bedömning

Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Regionstyrelsen har enligt kommunallagen i uppdrag att leda och samordna regionens gemensamma angelägenheter. Mot bakgrund av detta är det enligt vår bedömning positivt att koncernledningen under året tagit beslut om en gemensam viljeinriktning som bland annat syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti och har ännu inte genomförts vid sjukhusen i regionen.

Granskningen visar att både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. De intervjuade vid koncernledningen påtar att det är välkänt att schemaläggning av vårdpersonal är en nyckel till bättre planering av verksamheten. Orsaker till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur och kompetensförsörjning. Enligt vår mening är dessa orsaker hinder för att styra läkares schemaläggning.

Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Precis som den nationella utredaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården samt myndigheten för vårdanalys påtar, är planering av läkare och annan vårdpersonal centralt i arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. Schemaläggning måste utgå från en analys av behov och belastning och den bör göras samlat för alla de yrkeskategorier som är inblandade i vården. De orsaker som framhålls för att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare innebär enligt vår mening en utmaning i att genomföra koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning. Granskningen visar att viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Sjukhusstyrelserna har enligt kommunallagen ett ansvar för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll. Med ändamålsenlig avses i detta sammanhang en bemanning som är anpassad efter behov och belastning samt görs samlat för alla professioner. Granskningen visar att styrning av läkares schemaläggning vid de sjukhus som ingår i granskningen är mycket svag. Som ovan nämnts har viljeinriktningen om kontinuitet och arbetstidsförläggning ännu inte genomförts. Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Inget av sjukhusen som ingår i granskningen har till exempel en uttalad sjukhusgemensam styrning om att läkares arbetstid ska planeras tillsammans med övriga professioner. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen inte har en samlad bild av hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin uppföljning avseende läkares schemaläggning och vad detta har för effekter.

Samtliga sjukhus som ingår i granskningen har projekt och målsättningar kring produktions- och kapacitetsplanering, men det saknas en tydlig styrning kring schemaläggning av läkare inom ramen för detta. Det innebär enligt vår mening en stor risk för att arbetet med produktions- och kapacitetsplanering inte får avsedd effekt. Som ovan nämnts bör enligt vår mening sjukhusens kommande arbete med att styra läkares schemaläggning kopplas till arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Inom regionen har det sedan 2006 funnits riktlinjer om att läkare ska schemaläggas fram till klockan 21. Jour och beredskap får inte planeras till denna tid. Samtidigt är det inget av de sjukhus som ingår i granskningen som har en strukturerad uppföljning av detta, vilket enligt vår bedömning är en brist. Uppföljningen av att jour och beredskap inte förläggs fram klockan 21 bör enligt vår bedömning stärkas. SU och Kungälv's sjukhus genomför därtill ingen samlad uppföljning av läkares övertid, även om uppföljning sker per verksamhetsområde. Uppföljning av läkares övertid inom SU och Kungälv's sjukhus kan enligt vår bedömning stärkas.

Samtliga intervjuade presidier för sjukhusens styrelser menar att frågan om läkares schemaläggning främst är en verksamhetsfråga. Styrelserna för sjukhusen har därmed inte följt upp frågan om läkares schemaläggning. Bemanning har dock effekter för både patient, arbetsmiljö och ekonomi. Mot bakgrund av detta bör styrelsen för SU, Kungälv's sjukhus, NU-sjukvården och SKAS generellt stärka sin styrning och uppföljning inom området.

Regionstyrelsen har i uppdrag att genomföra de beslut som regionfullmäktige fattat. Regionstyrelsen har enligt vår bedömning behandlat och konkretiserat regionsfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Detta genom att uppdraget kopplats till verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare. Ovan nämnda viljeinriktning från koncernledningen kopplar i sin tur an till detta mål. Regionstyrelsens personalutskott har behandlat uppdraget och viljeinriktningen.

## 5. Schemaläggning av läkare

*I detta kapitel beskrivs de avtal som finns för läkare inom VGR, projekt och initiativ avseende läkares schemaläggning inom sjukhusen som ingår i granskningen samt vilken möjlighet som finns till statistik om läkares jour- och övertid samt tillgänglig tid. Kapitlet syftar till att besvara granskningens kartläggande frågor och avslutas med vår bedömning.*

### 5.1. Avtal för läkare inom VGR

Läkares arbetstider regleras formellt av lagstiftning, nationella kollektivavtal och lokala överenskommelser. Inom VGR finns lokala överenskommelser, både regiongemensamma och vid sjukhusen.

Regiongemensamt finns ett avtal om uttag av kompensation och jour för läkare. Detta reglerar tidsramen för när kompensation ska utges samt begränsning av antalet inestående timmar. Av avtalet framgår bland annat att:

- ▶ All jour- och beredskapstid som tjänas in under året och som inte tas ut i direkt anlutning till att denna utförts förs över till personlig tidbank.
- ▶ Inestående tid kan tas ut under aktuellt år som lön eller ledighet, efter överenskommelse mellan chef och enskild läkare.
- ▶ Om läkares tidbank efter årsskiftet överstiger 200 timmar ska en reglering ske av dessa.

Därtill finns ett avtal för läkare vid frivillig tjänstgöring under den egna förvaltningen inom VGR, även kallat kökorningsavtal. Avtalet reglerar ersättning när läkare under ledighet och då framförallt jourkompensationsledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid. Ersättningsnivåer framgår av bilaga 4.

Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att det visserligen hade varit önskvärt om avtalen möjliggjorde schemaläggning även efter klockan 21, men påtalar samtidigt att nuvarande avtal inte är något hinder för ett förändrat arbetssätt för schemaläggning av läkare.

Samtliga sjukhus i granskningen har lokala avtal/anvisningar för läkarna enligt nedan. Ersättningsnivåer i de lokala avtalen framgår av bilaga 4.

Sjukhus	Lokala avtal för läkare
SU	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ SU har en lokal anvisning för läkare. Detta reglerar ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU.</li> <li>▶ SU tillämpar även det regiongemensamma kökorningsavtalet inom SU, enligt intervjuad HR-chef.</li> </ul>

<b>NU-sjukvården</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ NU-sjukvården har ett lokalt avtal för läkare. Detta reglerar bland annat förutsättningar för befrielse från jour- och beredskap, ersättning vid extra övertidsarbete samt extra ersättning för inställelse till jour och beredskap med kort varsel. Det sistnämnda gäller läkare som blir beordrade av verksamhetschef eller motsvarande att fullgöra ytterligare jour- och beredskapspass på grund av annan medarbetares akuta frånvaro. En ersättning ges för inställelse till jour och beredskap med kort varsel under helger, vilket räknas från fredag klockan 17.00 till måndag klockan 08.00.</li> </ul>
<b>Kungälv's sjukhus</b>	<p>Kungälv's sjukhus har tre lokala anvisningar/avtal för läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ En anvisning reglerar extra ersättning för kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro.</li> <li>▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagskväll samt lördag morgon och förmiddag.</li> </ul>
<b>SKAS</b>	<p>SKAS har sex lokala avtal för läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagskväll samt lördag morgon och förmiddag. Ett av avtal innebär förhöjd jourfaktor under tiden 17.00-21.00 på fredagar.</li> <li>▶ Ett lokalt avtal reglerar särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel.</li> <li>▶ Ett avtal är ett så kallat kökortningsavtal. Det innebär att läkaren får extra ersättning vid tjänstgöring utöver fullgjord ordinarie arbetstid vid åtgärder för att korta kötider inom SKAS.</li> <li>▶ Ett avtal reglerar ersättningsnivå för akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer.</li> <li>▶ Ett avtal reglerar extra ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar.</li> </ul> <p>Orsaken till de två sistnämnda är att de akuta kärllfallen vanligen utgörs av livshotande tillstånd samt bristen på radiologer.</p>

Tabell: Sammanställning av lokala avtal för läkare vid SU, NU-sjukvården, Kungälv's sjukhus och SKAS.

## 5.2. Projekt och initiativ

Utifrån vad som framkommit i intervjuer vid de respektive sjukhusen som ingår i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ som syftar till att utveckla eller förändra hur läkare schemaläggs. Det finns däremot exempel på projekt och initiativ inom olika verksamheter och enheter, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa. Därtill finns utredningar som berör läkarbemanningen, men dessa har inte direkt syftat till att utreda eller förändra schemalaggningsen av läkare.

Intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör påtalar att det pågår en rad olika lokala initiativ inom SU, men det finns ingen samlad bild av dessa. Ett exempel är barnröntgen som arbetat med att schemalägga hälften av läkarbemanningen senare under dagen, vilket är mer anpassat efter verksamhetens behov. Projektet uppges ha mött stort motstånd till en början, men har sedan uppfattat som positivt enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör. Mölndals sjukhus har provat att införa sex timmars arbetsdag och läkare schemaläggs tillsammans med annan personal, enligt intervjuad sjukhusdirektör och HR-direktör. Ett annat exempel är ögonkliniken som arbetat med att förändra schemaläggningen och anpassa den till verksamhetens behov, enligt intervjuad områdeschef vid SU.

SU genomförde under 2014 en jämförelse med Karoliniska Universitetssjukhuset av kostnader för jourlinjer. Detta mot bakgrund av att det framkommit att SU har en högre kostnad per närvarande läkare. Inom ramen för denna utredning undersöktes fördelningen av jourarbetet per verksamhetsområde. Sammantaget bedömdes att jour- och bakjourslinjer i vissa fall kan omorganiseras så att medel frigörs till löneökningar. Under 2013 genomförde SU en analys av läkares tidsanvändning. Under 2013 genomfördes därtill en benchmarking mellan SU, Karoliniska Universitetssjukhuset och Region Skåne. Benchmarkingen belyser områdena produktion, personal, ekonomi, kvalitet samt forskning och utbildning.

Inom NU-sjukvården finns inga sjukhusgemensamma initiativ eller projekt avseende läkares schemaläggning, enligt intervjuad sjukhusdirektör. Enligt sjukhusdirektören finns det dock exempel på verksamheter som arbetat med att förändra schemaläggning av läkare, till exempel radiologen. Ett annat exempel är operation som arbetat med att utveckla schemalägningsprocessen i syfte att bättre samordna olika kliniker, enligt intervjuad AT-studierektor, läkarchef och arbetsrättspecialist. Enligt intervjuad läkarchef utgår schemaläggningen från en kombination av verksamhetens behov och när läkare är tillgängliga. Det uppges finnas en tydlig bild av hur många läkare som behöver vara i tjänst en viss vecka för att kunna genomföra verksamheten.

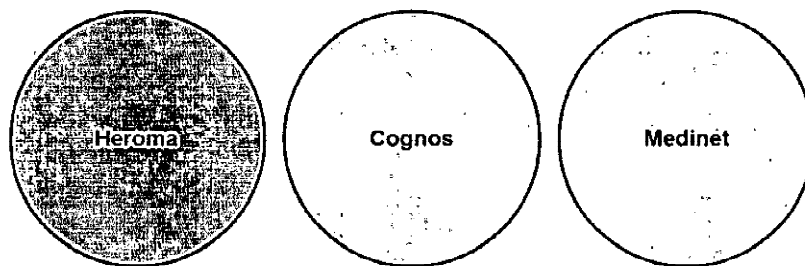
Enligt intervjuad verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist vid Kungälvssjukhus utgår schemaläggningen från en kombination av verksamhetens behov och läkares önskemål. Vid önskemål om ledighet eller frånvaro sätts dessa i relation till verksamhetens behov. Enligt uppgift är detta sällan ett problem, eftersom det finns en spridning av önskemål om ledighet och frånvaro. I de fall dessa behov och önskemål krockar uppges att verksamheten i de flesta fall gått först och ledigheter flyttats. Sedan tre år tillbaka finns logistiker som beskriver verksamhetens behov innan schemaläggningen. Detta uppges vara en del av sjukhusets arbete med produktionsplanering. Sjukhusdirektören påtalar att Kungälvssjukhus i hög utsträckning arbetat för att ha en bemanning som är anpassad efter verksamhetens behov.

Kungälvssjukhus har genomfört en utredning av jourlinjerna 2012. Utredningen belyser organisation och kostnader för jourlinjer. Utredningen har redovisats i sjukhusledning. I övrigt finns inga större dokumenterade utvecklingsarbeten enligt intervjuad verksamhetschef, HR-specialist och ST-läkare.

Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att tillvägagångssättet för schemaläggning skiljer sig åt mellan verksamheter och enheter. Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att specialiseringen av läkare medför att varje enskild läkare i liten utsträckning kan täcka upp för någon annan specialitet. Intervjuad verksamhetschef och enhetschef menar också att kunskapen om den enskilda medarbetaren är viktigt vid schemalagningen.

Inom SKAS har till exempel hudkliniken arbetat med att dagligen gemensamt planera alla professioner efter produktionen, enligt intervjuad verksamhetschef och enhetschef. Ytterligare ett exempel är kirurgen som under 2010 deltog i ett SKL-projekt för att minska köer. Enligt intervjuad enhetschef vid SKAS gav detta ett jämnare flöde och det fick också läkarkollektivet att tänka att de är en del av bemanningen.

### 5.3. Tillgång till statistik



*Bild: Tre system som har statistik eller information om läkares arbetstider.*

Uppgifter om läkares jourtid och övertid samt när de är tillgängliga finns i personal- och lönesystemet Heroma, uppföljningsverktyget Cognos samt Medinet som vissa verksamheter använder för schemaläggning av läkare.

I Cognos finns uppgifter om hur mycket en medarbetare har arbetat under ordinarie tid och under jourtid samt hur mycket jourkompledighet som är uttagen. Uppgifterna redovisas per månad. Uppgifter går att få både på individnivå eller sammanställt.

I Heroma finns uppgifter om hur mycket tid en medarbetare tar ut i ledighet respektive lön. Uppgiften går att ta ut för varje medarbetare, men det går inte att få en samlad rapport för alla läkare. Flera intervjuade påtalar dock att generellt tas 30 procent i lön och 70 procent tid.

Det finns ingen samlad uppgift om hur stor andel av läkarkåren som är tillgängliga under ordinarie arbetstid. I Heroma finns information om planerad arbetstid, men inte vilken placering respektive läkare har. Det finns också en eventuell felkälla då eventuell ledighet inte alltid är inrapporterad för berörd dag. I de fall läkarnas arbetstid detaljplaneras i Medinet<sup>10</sup> finns möjlighet att ta ut ett schema för en enskild läkare eller verksamhet. Intervjuad områdeschef vid SU påtalar i detta sammanhang att det kan vara intressant att följa upp vilka individer som

<sup>10</sup> Samtliga verksamheter inom de granskade sjukhusen använder inte Medinet för att schemalägga läkare.

finns tillgängliga snarare än hur stor andel läkare som tillgängliga, mot bakgrund av läkares specialisering.

Flera intervjuade på verksamhetsnivå påtalar att det vore önskvärt med en ökad uppföljning av läkares arbetstid. Intervjuad verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist vid Kungälvssjukhus menar till exempel att det hade vore önskvärt att få uppgifter om när jourtid arbetas in och tas ut. Eftersom uppgifterna i nuläget behöver tas fram manuellt ur systemen är arbetsinsatsen för omfattande enligt de intervjuade. Intervjuad enhetschef, verksamhetschef och HR-strateg vid SKAS påtalar att det hade varit önskvärt att kunna relatera läkares schemaläggning till produktionen, men att det saknas IT-stöd för detta idag. Även intervjuad hälso- och sjukvårdsdirektör menar att denna typ av statistik främst är intressant när den sätts i relation till produktionen.

#### **5.4. Vår bedömning**

Vi kan konstatera det inom VGR finns lokala avtal för läkare, både regiongemensamma och vid sjukhusen. De lokala avtalen vid sjukhusen ger möjlighet till olika jourtidspåslag under olika förutsättningar. Främst gäller detta vid kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. Ett avtal inom SKAS och ett inom NU-sjukvården reglerar extra ersättning för jour under vissa förutsättningar från klockan 17.00 på fredagar, vilket är en tidpunkt då jour inte ska förläggas. Det regiongemensamma avtalet är ett så kallat kökortningsavtal, som reglerar ersättning när läkare under ledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid.

Möjlighet till statistik eller information om läkares arbetstider finns i tre olika system. Det går inte att få en sammanställd bild av hur mycket läkare tar ut i lön respektive ledighet. Det finns inte heller en sammanställd bild av hur stor del av läkarkåren som finns tillgängliga. Precis som vissa av de intervjuade påtalar kan det vara av intresse att ställa läkares utförda arbetstid i relation till produktionen. Möjligheterna till att ta ut statistik om läkares schemaläggning och tjänstgöring bör enligt vår bedömning beaktas, både på sjukhusnivå och på regionnivå.

Utifrån vad som framkommit i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ som specifikt berör ett förändrat sätt att schemalägga läkare. Samtliga sjukhus påtalar att det finns enskilda enheter eller verksamheter som arbetar med att förändra sättet som läkare schemaläggs, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa.

## 6. Samlad bedömning

I detta kapitel lämnas svar på granskningens kartläggande frågeställningar och en bedömning utifrån granskningens revisionsfrågor. Kapitlet avslutas med våra slutsatser och rekommendationer.

### 6.1. Svar på kartläggande frågeställningar

Frågeställning	Svar
<p>Vilka projekt/initiativ om läkares schemaläggning/verksamhetsanpassad bemanning har genomförts vid sjukhusen?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Vad resulterade dessa i och vilka åtgärder vidtogs?</li> <li>○ Hur togs resultatet vidare inom sjukhuset och inom regionen i övrigt?</li> </ul>	<p>Utifrån vad som framkommit i intervjuer vid de sjukhus som ingår i granskningen finns inga sjukhusövergripande projekt eller initiativ avseende läkares schemaläggning. Det finns däremot exempel på projekt och initiativ inom olika verksamheter, men sjukhusen har ingen samlad bild av dessa projekt och vad de resulterat i.</p> <p>Intervjuad regiondirektör och personaldirektör menar att regionen behöver förbättra hur goda erfarenheter från projekt och initiativ tas tillvara inom regionen.</p>
<p>Finns det lokala avtal för läkare som avviker från ramarna i gällande kollektivavtal?</p>	<p>Inom VGR finns lokala avtal för läkare, både regiongemensamma och vid sjukhusen. Dessa avviker från ramarna i gällande kollektivavtal, bland annat genom att de ger möjlighet till olika typer av jourtidspåslag under vissa förutsättningar. Ett regiongemensamt avtal ger möjlighet till extra ersättning när läkare under ledighet tjänstgör vid ett annat sjukhus än det som läkaren är anställd vid.</p>
<p>Vilka möjligheter finns till olika jourtidspåslag i lokala avtal?</p>	<p>Vid samtliga sjukhus som ingår i granskningen finns lokala avtal som ger möjlighet till olika jourtidspåslag. Framst gäller detta vid kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. Ett avtal inom SKAS och ett inom NU-sjukvården reglerar extra ersättning för jour under vissa förutsättningar från klockan 17.00 på fredagar, vilket är en tidpunkt då jour inte ska förläggas. Jourtidspåslagen framgår av bilaga 4.</p>
<p>Vilka möjligheter finns att få fram statistik</p>	<p>Uppgifter om läkares jourtid och övertid samt</p>

<p>från personalsystemet Heroma, till exempel om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hur mycket arbetad tid som registreras som ordinarie tid respektive jourtid?</li> <li>• Hur mycket av jourtid som tas ut i ledighet respektive lön?</li> <li>• När jourtid arbetas in under året?</li> <li>• När under året jourtid tas ut?</li> <li>• När jour- och övertid är inarbetad?</li> <li>• Hur stor del av läkarkåren är tillgänglig under ordinarie arbetstid?</li> </ul>	<p>när de är tillgängliga finns i personal- och lönesystemet Heroma, uppföljningsverktyget Cognos samt Medinet som vissa verksamheter använder för schemaläggning av läkare.</p> <p>I Cognos finns uppgifter om hur mycket en medarbetare har arbetat under ordinarie tid och under jourtid samt hur mycket jourkompledighet som är uttagen. Uppgifter redovisas per månad och går att få både på individnivå eller sammanställt.</p> <p>I Heroma finns uppgifter om hur mycket tid en medarbetare tar ut i ledighet respektive lön. Det går inte att få en samlad rapport för samtliga läkare.</p> <p>Det finns ingen samlad uppgift om hur stor andel av läkarkåren som är tillgänglig under ordinarie arbetstid. I de fall läkarnas arbetstid detaljplaneras i Medinet finns möjlighet att ta ut ett schema för en enskild läkare eller verksamhet.</p>
<p>Hur tas erfarenheter tillvara från utredningar eller motsvarande utanför VGR inom området och hur beaktas dessa in i regionens förändringsarbete?</p>	<p>Den nationella utredningen för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (se kapitel 3) uppges av de intervjuade vid koncernledningen vara ett stöd i att förändra hur läkare schemaläggs.</p>

## 6.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
<p>Hur säkerställer regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen?</p>	<p>Styrning och uppföljning av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen.</p> <p>Regionstyrelsen har enligt kommunallagen i uppdrag att leda och samordna regionens gemensamma angelägenheter. Mot bakgrund av detta är det enligt vår bedömning positivt att koncernledningen under året tagit beslut om en ge-</p>

	<p>mensam viljeinriktning som syftar till att styra läkares schemaläggning. Uppdraget om att införa viljeinriktningen beslutades i koncernledningen i augusti 2015 och har ännu inte genomförts vid sjukhusen i regionen. Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.</p> <p>Sjukhusstyrelserna har enligt kommunallagen ett ansvar för att verksamheten bedrivs ändamålsenligt och med tillräcklig intern kontroll. Med ändamålsenligt avses i detta sammanhang en bemanning som är anpassad efter behov och belastning samt görs samlat för alla professioner. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin styrning av läkares schemaläggning samt sin uppföljning av hur läkares schemaläggning går till och vad detta har för effekter.</p>
<p>Hur tydliggörs ansvaret för uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning och hur fördelas det mellan regionstyrelsen och sjukhusstyrelserna?</p>	<p>Regionstyrelsen har enligt vår bedömning behandlat och konkretiserat regionsfullmäktiges uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning. Detta genom att uppdraget kopplats till verksamhetsmål om långsiktig kompetensförsörjning och hållbar arbetsmiljö för medarbetare. Ovan nämnda viljeinriktning från koncernledningen kopplar i sin tur an till detta mål. Regionstyrelsens personalutskott har behandlat uppdraget och viljeinriktningen.</p> <p>Viljeinriktningen innebär att HR-organisationerna får en central roll i genomförandet, vilket inte ger tillräckligt med genomförandekraft enligt vår bedömning. Arbetet bör enligt vår mening drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.</p>

### 6.3. Slutsats

Utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning finns det enligt vår bedömning brister i regionstyrelsens och granskade sjukhusstyrelser styrning och uppföljning av läkares schemaläggning. Det finns en regiongemensam viljeinriktning om att förändra och i

Ökad grad styra hur läkare schemaläggs, men styrningen och uppföljningen av läkares schemaläggning har hittills varit mycket svag enligt vår bedömning. Detta gäller såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen. Enligt vår bedömning bör det tydliggöras hur koncernledningens viljeinriktning om kontinuitet och arbetstidsförläggning ska genomföras och arbetet bör kopplas till det regionövergripande arbetet med produktions- och kapacitetsplanering. För att arbetet ska få effekt bör det enligt vår bedömning drivas av chefer inom sjukhusen som en del av arbetet med produktions- och kapacitetsplanering.

Både koncernledningen och flera av sjukhusledningarna ser en potential och anser det angeläget att i ökad utsträckning styra läkares schemaläggning. Orsakerna till att regionen och sjukhusen tidigare inte styrt schemaläggning av läkare uppges vara bristen på genomförandekraft, kultur eller kompetensförsörjning. Enligt vår mening är dessa orsaker hinder för att styra läkares schemaläggning.

Det saknas ett gemensamt förhållningssätt inom sjukhusen för hur läkare ska schemaläggas. Detta behöver dock inte innebära att schemaläggning av läkare inte sker utifrån verksamhetens behov. Problematiken är att sjukhusen samlat inte vet hur schemaläggningen av läkare går till och vad detta har för effekter. Sjukhusen behöver enligt vår mening stärka sin uppföljning avseende läkares schemaläggning och vad detta har för effekter. Granskningen visar också att kopplingen till produktions- och kapacitetsplaneringsutvecklingen är svag. Få intervjupersoner har refererat till den utvecklingen. Produktions- och kapacitetsplaneringens grundläggande syfte är att anpassa resurser och kapacitet till produktionsbehovet och därmed planeringen av läkarnas tidsanvändning.

I granskningen har vissa förbättringsområden framkommit. Utifrån dessa lämnas följande rekommendationer:

- ▶ Regionstyrelsen bör tillse att det tydliggörs hur viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning ska implementeras inom sjukhusens verksamheter.
- ▶ Regionstyrelsen bör överväga att tydligare koppla uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning samt viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning till regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering.
- ▶ Regionstyrelsen bör tillse att verksamhetens behov av statistik och underlag om läkares arbetstider beaktas vid utveckling av personal- och lönesystem.
- ▶ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälvssjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemaläggning.
- ▶ Styrelserna för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälvssjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs.



Göteborg den 18 november 2015

Liselott Daun  
*Certifierad kommunal yrkesrevisor*  
*Ernst & Young AB*

Mikaela Bengtsson  
*Certifierad kommunal yrkesrevisor*  
*Ernst & Young AB*

Anders Hellqvist  
*Certifierad kommunal yrkesrevisor*  
*Kvalitetssäkrare*  
*Ernst & Young AB*

## Bilaga 1: Granskningens kartläggande frågeställningar

Följande kartläggande frågeställningar ska besvaras i granskningen:

- ▶ Vilka projekt/initiativ om läkares schemaläggning/verksamhetsanpassad bemanning har genomförts vid sjukhusen?
  - Vad resulterade dessa i och vilka åtgärder vidtogs?
  - Hur togs resultatet vidare inom sjukhuset och inom regionen i övrigt?
  
- ▶ Finns det lokala avtal för läkare som avviker från ramarna i gällande kollektivavtal?
  
- ▶ Vilka möjligheter finns till olika jourtidspåslag i lokala avtal?
  
- ▶ Vilka möjligheter finns att få fram statistik från personalsystemet Heroma, till exempel om:
  - Hur mycket arbetad tid som registreras som ordinarie tid respektive jourtid?
  - Hur mycket av jourtid som tas ut i ledighet respektive lön?
  - När jourtid arbetas in under året?
  - När under året jourtid tas ut?
  - När jour- och övertid är inarbetad?
  - Hur stor del av läkarkåren är tillgänglig under ordinarie arbetstid?
  
- ▶ Hur tas erfarenheter tillvara från utredningar eller motsvarande utanför VGR inom området och hur beaktas dessa in i regionens förändringsarbete?

## Bilaga 2: Källförteckning

### Intervjuade funktioner

#### *Koncernkontoret och regionstyrelsen*

- ▶ Regiondirektör och personaldirektör
- ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
- ▶ Förhandlingschef och förhandlare
- ▶ Regionstyrelsens ordförande och vice ordförande

#### *Sahlgrenska Universitetssjukhuset*

- ▶ Sjukhusdirektör och HR-direktör
- ▶ Områdeschef område 3, HR-strateg och HR-chef
- ▶ Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhusets ordförande och vice ordförande

#### *Skaraborgs sjukhus*

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ Verksamhetschef för M3, enhetschef/processchef inom kirurgi och HR-konsult
- ▶ Styrelsen för Skaraborgs sjukhus ordförande och vice ordförande

#### *NU-sjukvården*

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ AT-studierektor, arbetsrättsspecialist och läkarchef
- ▶ Styrelsen för NU-sjukvårdens ordförande och vice ordförande

#### *Kungälv's sjukhus*

- ▶ Sjukhusdirektör
- ▶ Verksamhetschef för medicinkliniken, ST-läkare och HR-specialist
- ▶ Styrelsen för Kungälv's sjukhus och Frölunda Specialistsjukhus ordförande och vice ordförande

### Dokumentförteckning

- ▶ 6-punktsprogrammet, uppföljning, SU 2010-04-16.
- ▶ Analys av läkarkostnader, SU 2014-04-14.
- ▶ Analys av tidanvändning, SU 2013-05-27.
- ▶ Anvisning för ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställetid inom SU, 2010-06-21.
- ▶ Anvisningar för ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställetid inom Kungälv's sjukhus, 2002-11-04.
- ▶ Avtal för läkare vid frivillig tjänstgöring utanför den egna förvaltningen inom VGR, 2012-11-05.
- ▶ Avtal om uttag av kompensation för jour och beredskap för läkare, VGR 2009-04-07.

- ▶ Budget 2015, VGR.
- ▶ Delårsrapport augusti 2015 regionstyrelsen.
- ▶ Delårsrapport augusti 2015 SKAS.
- ▶ Delårsrapport augusti Kungälv's sjukhus.
- ▶ Delårsrapport mars 2015 regionstyrelsen.
- ▶ Delårsrapport mars 2015 SKAS.
- ▶ Delårsrapport mars Kungälv's sjukhus, inklusive bilagan "Effektiviseringsplan Kungälv's sjukhus 2015".
- ▶ Detaljbudget 2015 Regionstyrelsen.
- ▶ Detaljbudget 2015 SKAS.
- ▶ Detaljbudget och verksamhetsplan 2015, Kungälv's sjukhus.
- ▶ Diskussions-PM från utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården (S 2013:14). Statens Offentliga utredningar, december 2014.
- ▶ En jämförande analys av universitetssjukhusen, benchmarking mellan Sveriges tre största universitetssjukhus. SU, september 2013.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från Kungälv's Sjukhus.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från NU-sjukvården.
- ▶ Exempel på utdrag ur Heroma, Cognos och Medinet från SKAS.
- ▶ Förhandlingsprotokoll jourersättning fredagar, SKAS 2001-12-05.
- ▶ Förhandlingsprotokoll jourersättning lördagar, SKAS 2009-03-19.
- ▶ Förhandlingsprotokoll kompensation arbetad tid jour/beredskap, Kungälv's sjukhus 2003-01-01.
- ▶ Förhandlingsprotokoll löneöversyn, Kungälv's sjukhus 2002-11-18.
- ▶ Förslag och fakta kring arbetstider, SKAS 2015-07-07.
- ▶ Kartläggning av primärjourttjänstöring 07.00-21.00 vardagar, SU.
- ▶ Lokalt kollektivavtal angående ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel, SKAS 2013-06-26.
- ▶ Protokoll maj, juni och augusti 2015, regionstyrelsens personalutskott.
- ▶ Rapport projekt 13, "Husjour på mest belastade jourlinjer" (utredning om jourlinjer), Kungälv's sjukhus 2012.
- ▶ Rapport övertid, januari-augusti 2011 och 2015, NU-sjukvården.
- ▶ Rapport övertid, januari-september 2015, SKAS.
- ▶ Redovisning ATL-tid, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, område 2 januari-maj 2015.
- ▶ Regiongemensamma riktlinjer inom delar av arbetstidsområdet. Personalstrategiska avdelningen, Dnr RSK 220-2009.
- ▶ Reglemente för regionstyrelsen. Antaget av regionfullmäktige den 25 november 2014, § 171, ändrat av RF 2015-04-14, § 60.
- ▶ Reglering av ersättningsnivå avseende akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer inom SKAS, SKAS 2014-12-17.
- ▶ Reglering av ersättningsnivå avseende extra granskning, diktering och signering för radiologer inom SKAS, SKAS 2014-12-17.
- ▶ Riktlinjer för lokal översyn och förändring av jourorganisation och arbetstidsförläggning för läkare. Personalstrategiska avdelningen 2006-05-12.
- ▶ Riktlinjer för uttag av jourkompensation för läkare vid SU, 2007-11-21.

- ▶ Samling kring vården, SKAS (ppt).
- ▶ Uppdragsbeskrivning för Fokusgrupp kapacitets- och produktionsplanering, SKAS.
- ▶ Uppdragshandling för administrativ förenkling, kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning – del 2 inklusive bilaga. Dnr RS 150-2015.
- ▶ Ur led är tiden, fyra utvecklingsområden för en mer effektiv användning av läkares tid och kompetens. Rapport 2013:9, Myndigheten för vårdanalys.
- ▶ Verksamhetsplan 2015 med detaljbudget, NU-sjukvården.
- ▶ Verksamhetsplan 2015 SKAS.
- ▶ Verksamhetsplan och detaljbudget 2015 SU.

## **Bilaga 3: Revisionskriterier**

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, bedömningar och slutsatser. Revisionskriterierna i denna granskning beskrivs nedan.

### **Kommunallagen**

Kommunallagen 6 kap. 1-3 § som reglerar styrelsens övergripande ansvar för ledning, samordning och uppsikt. Av kommunallagen framgår bland annat att styrelsen ska leda och samordna förvaltningen av kommunens<sup>11</sup> angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen skall uppmärksamta och följa de frågor som kan inverka på kommunens utveckling och ekonomiska ställning. Styrelsen skall också hos fullmäktige, övriga nämnder och andra myndigheter göra de framställningar som behövs. Styrelsen får från övriga nämnder, beredningar och anställda i kommunen begära in de yttranden och upplysningar som behövs för att styrelsen skall kunna fullgöra sina uppgifter.

Enligt 6 kap. 7 § kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Likaså skall nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett övrigt tillfredställande sätt.

### **Hälso- och sjukvårdslagen**

Av hälso- och sjukvårdslagen framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska särskilt ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården.

### **VGR budget 2015 – uppdrag om verksamhetsanpassad bemanning**

I VGR:s budget 2015 finns ett uppdrag till regionstyrelsen om att pröva förutsättningarna för införande av verksamhetsanpassad bemanning avseende samtliga yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården och återkomma med förslag till genomförande

### **Reglemente för regionstyrelsen**

Av regionstyrelsens reglemente framgår att regionstyrelsen utövar ägarskap för verksamheter i egen regi. Ansvar innebär att styrelsen har ett samordningsansvar för att verksamheter i egen regi bedrivs ändamålsenligt och effektivt.

Under regionstyrelsens roll som centralt förvaltningsorgan framgår att regionstyrelsen med utgångspunkt i de utvecklings- och inriktningsbeslut samt strategier som fastställts av hälso- och sjukvårdsstyrelsen ska ta initiativ för utveckling av hälso- och sjukvårdsverksamheter i egen regi.

### **EYs utgångspunkter för schemaläggning av läkare**

Se beskrivning i kapitel 3.

---

<sup>11</sup> Både primär- och sekundärkommuner (landsting) avses.

## Bilaga 4: Ersättningsnivåer lokala avtal för läkare i VGR

Nedan beskrivs ersättningsnivåer enligt de lokala avtal som finns inom VGR, både regiongemensamma och vid sjukhusen. Beskrivningen baseras på vad som framgår av respektive avtal. Avtalen innehåller en rad olika villkor för att ersättningen ska utgå.

Regiongemensamt	Avtal och ersättning
	<p><b>Kökortningsavtal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165.</li> <li>▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165.</li> <li>▶ Ersättningen för den arbetade tiden utges per timme och inbegriper semesterlön och semesterersättning.</li> </ul>
Sjukhus	Avtal och ersättning
SU	<p><b>Ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 24 timmar. Gäller inte vid beredskap (bakjour).</li> </ul>
NU	<p><b>Ersättning vid extra övertidsarbete:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165.</li> <li>▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165.</li> <li>▶ I beloppen är ersättning för semesterlön, semesterersättning och obekvämt arbetstid inräknade.</li> </ul> <p><b>Ersättning för inställelse till jour och beredskap med kort varsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vid jour under helgfria dagar: 225 kr/timme</li> <li>▶ Vid jour under helger (fredag klockan 17.00 till måndag klockan 08.00): 275 kr/timme</li> <li>▶ Vid beredskap: 80 kr/timme</li> </ul>
Kungälv's sjukhus	<p><b>Ersättning för kort inställelse till jourpass:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 36 timmar i förväg.</li> </ul> <p><b>Höjd jourfaktor (två avtal):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lördagar, klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 för samtliga primär- och bakjourslinjer.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Fredagar klockan 21.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap.</li> </ul>
<p><b>SKAS</b></p>	<p><b>Höjd jourfaktor (två avtal):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Lördagar klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 under jour-tjänstgöring.</li> <li>▶ Fredagar klockan 17.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap.</li> </ul> <p><b>Särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Vid jour samtliga dagar är ersättningen 300 kr/timme. Vid beredskap samtliga dagar är ersättningen 200 kr/timme.</li> </ul> <p><b>Kökortningsavtal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Ersättning om 240 % av lönen. Beloppet inkluderar semesterersättning.</li> </ul> <p><b>Ersättning för akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Dubbel kvalificerad övertidsersättning.</li> </ul> <p><b>Ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Granskning, diktering och signering samt utförande av ultraljud ersätts med en styckprisersättning mellan 50-300 kronor, beroende på typ. Diktering av övriga undersökningar och utförande av mer kvalificerade ultraljudsundersökningar ersätts med 240 %, vilket motsvarar kvalificerad övertidsersättning. Ersättningarna inkluderar semesterersättning.</li> </ul>



Sida 1 (2)
Ledningskansliet för NU-sjukvården Ankon
2015 -12- 03
D nr. 307:10/2015

Regionstyrelsen  
Styrelsen för Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset  
Styrelsen för NU-sjukvården  
Styrelsen för Skaraborgs sjukhus  
Styrelsen för Kungälv sjukhus och Frölunda  
specialistsjukhus

Handläggare: Olof I (MI) ✓
Kopia: Sjukhusdir (LW) Sektorsstyrelsen (KA) ✓

## Granskning av verksamhetsanpassad bemanning - läkares schemaläggning

På uppdrag av revisorskollegiet i Västra Götalandsregionen har EY genomfört en granskning av verksamhetsanpassad bemanning – läkares schemaläggning.

Granskningens huvudsakliga syfte har varit att granska hur regionstyrelsen och utvalda sjukhusstyrelser säkerställer en ändamålsenlig styrning och uppföljning av läkares schemaläggning och bemanning vid sjukhusen.

Framtagen revisionsrapport har behandlats av revisorskollegiet den 18 november 2015.

Nedan framgår de rekommendationer som granskningen resulterat i:

- Regionstyrelsen bör tillse att det tydliggörs hur viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning ska implementeras inom sjukhusens verksamheter.
- Regionstyrelsen bör överväga att tydligare koppla uppdraget om verksamhetsanpassad bemanning samt viljeinriktningen om kontinuitet i vården och arbetstidsförläggning till regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering.
- Regionstyrelsen bör tillse att verksamhetens behov av statistik och underlag om läkares arbetstider beaktas vid utveckling av personal- och lönesystem
- Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör stärka sin styrning och uppföljning av läkares schemaläggning.
- Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Kungälv sjukhus, NU-sjukvården och Skaraborgs sjukhus bör tillse att det finns ett stöd för chefer i verksamheten att förändra hur läkare schemaläggs.

Revisorskollegiet vill betona att granskningen visar att styrningen och uppföljningen av läkares schemaläggning inom VGR hittills har varit mycket svag, såväl på regionövergripande nivå som inom de sjukhus som ingår i granskningen och att det ska ställas mot kraven på styrelser och nämnders ledning och styrning i KL 6 kap 1-3§ respektive 7§. Anledningar som lyfts i rapporten till detta är bland annat brist på genomförandekraft, mod och kultur.

Datum 2015-11-18

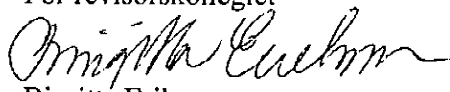
Diarienummer Rev 29-2015

Revisorskollegiet vill därför särskilt trycka på rapportens bedömningar och rekommendation avseende koppling av frågan om läkarnas schemaläggning och

regionens och sjukhusens arbete med produktions- och kapacitetsplanering och det därmed näraliggande initiativet värdebaserad vård.

Vi emotser handlingsplaner från respektive berörd styrelse med konkreta åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas i rapporten senast den 28 februari 2016, då de kommer att ha betydelse för ansvarsprovningen för verksamhetsåret 2015.

För revisorskollegiet



Birgitta Eriksson  
Ordförande



Ulf Sjösten  
Vice ordförande

**Kopia till:**

Regionfullmäktiges presidium  
Samtliga politiska sekreterare  
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör  
Ann Söderström, koncernstab hälso- och sjukvård  
Marina Olsson, koncernstab HR  
Eva Arrdal, koncernstab utförarstyrning och samordning  
Joakim Björk, koncernstab ekonomi  
Johan Flarup, koncernavdelning ärendesamordning och kansli  
Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning  
Rolf Ottosson, koncernavdelning verksamhetsuppföljning  
Elisabeth Ericson, styrelse- och nämndsekretariat  
Barbro Friden, sjukhusdirektör  
Thomas Wallén, sjukhusdirektör  
Lars Viklund, sjukhusdirektör  
Ann Stokland, sjukhusdirektör

# Ärende 5

### Tjänsteutlåtande

Datum 2016-02-15

Diarienummer NU 85-2016

### Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ledningskansliet

Handläggare: Magnus Kronvall

Telefon: 076-107 10 35

E-post: magnus.kronvall@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

## Åtgärder utifrån Revisionsenhetens granskning av tillgängligheten på akutmottagningarna

### Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården beslutar följande:

1. Uppdra åt sjukhusdirektören att halvårsvis lämna rapport om akutvårdskedjan inklusive måluppfyllelse för tillgänglighet
2. Verka för att regiongemensam rapport för uppföljning av jämlik vård tas fram tillsammans med målformuleringar
3. Uppdra åt områdeschef område I att inom ramen för akutvårdskedjan till 2017 utforma en referensgrupp för invånarperspektiv med fokus på mångfald

### Sammanfattning av ärendet

Revisionskollegiet har genomfört en granskning av tillgängligheten på akutmottagningarna. Granskningen har begränsats till att gälla akutmottagningarna vid de tre sjukhusen Sahlgrenska universitetssjukhuset (akutmottagningen på Sahlgrenska), Kungälv's sjukhus och Södra Älvsborgs sjukhus.

Utifrån granskningen har revisorskollegiet gett rekommendationer till berörda sjukhusstyrelser, se bilaga 2. På uppdrag av NU-styrelsens ordförande har rapportens giltighet för NU-sjukvården analyserats och förslag till åtgärder tagits fram.

Den första rekommendationen anger att styrelse bör ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgänglighet på akutmottagning. Sedan tidigare drivs utvecklingsarbetet avseende tillgänglighet på akutmottagningen inom ramen för akutvårdskedjan. Årsrapport skrivs och aktuella ledtider tas fram regelbundet. Den befintliga handlingsplanen i processarbetet akutvårdskedjan bedöms idag vara tillräcklig, men detta utvärderas löpande. Det saknas plan för hur återkoppling ska göras till styrelsen.

Den andra rekommendationen anger att styrelse rekommenderas tillse att måluppfyllelse för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid behov åtgärdas. Regiongemensam uppföljning av jämlik och jämställd vård på akutmottagning saknas och behöver skapas. Parametrar som ska följas och måttal för dem behöver tas fram. Ett sådant arbete behöver göras regiongemensamt och lämpar sig väl för nätverket för akutmottagningarna eller om det bildas ett sektorsråd för akutmottagningarna. Idag saknas en referensgrupp för invånare och patienter i

akutvårdskedjan, men bildandet av en sådan är rimlig i det fortsatta processarbetet. Förutom föreslagna åtgärder utökas användningen av triagehandboken, för säker och jämlik triagering och personligt informationsmaterial tas fram på fler språk.

## **Beredning**

Beredning har gjorts av utvecklingsledare Caroline Fruberg.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Magnus Kronvall  
Områdeschef område I

## **Bilaga**

1. Rapport 40-2015 Tillgänglighet akuten
2. Följebrev 40-2015 Tillgänglighet akuten

## **Besluten skickas till**

- Diariet
- Områdeschef för genomförande

# Tillgängligheten på akutmottagningarna

Dnr: Rev 40-2015

Genomförd av: Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 16 december 2015

## Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund.....	4
1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor.....	4
1.3 Avgränsning .....	5
1.4 Revisionskriterier .....	5
1.5 Granskningsansvarig/a .....	5
1.6 Metod.....	5
<b>2. Resultat av granskningen.....</b>	<b>6</b>
2.1 Utgångspunkter.....	6
2.2 Prioritering av patienter.....	6
2.3 Väntetider för olika patientgrupper.....	7
2.4 Avvikelser och vårdskador .....	8
2.5 Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.....	8
2.6 Uppföljning och analys.....	8
2.7 Fokusområden .....	9
2.8 Bedömning och rekommendationer .....	11
2.8.1 Bedömningar per revisionsfråga.....	11
2.8.2 Samlad bedömning.....	13
2.8.3 Rekommendationer .....	13
<b>3. Undertecknande .....</b>	<b>13</b>
<b>4. Bilagor .....</b>	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>

## Sammanfattning

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av verksamheterna inom hälso- och sjukvården noterat att uppföljning och analys avseende väntetider vid akutmottagningarna utgår från mätning av genomsnittliga väntetider samt att rapporteringen inte är könsuppdelad.

Revisorerna bedömde att det fanns en risk för att den faktiska prioriteringen vid akutmottagningarna kan resultera i brister vad gäller patientsäkerheten samt att hälso- och sjukvården inte bedrivs utifrån jämlikhet och jämställdhet.

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusen arbetar ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna. Detta för att minimera patientsäkerhetsriskerna, uppnå regionfullmäktiges mål för väntetider och säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Väntetiderna på akutmottagningarna är långt ifrån de av regionfullmäktige uppsatta målen. De mest sjuka tas alltid omhand direkt men patienter som enligt definitionen bedöms ha potentiellt livshotande tillstånd får på SÄS och SU vänta i snitt 1 timme på läkarbedömning och på KS är väntetiden i snitt över 1 en timme. Patienter som inte uppvisar livshotande tillstånd får generellt vänta 2-3 timmar på sin läkarbedömning då det kontinuerligt kommer in mer prioriterade patienter. Revisionen bedömer att de uppmätta väntetiderna inte är ändamålsenliga för patienter med potentiellt livshotande tillstånd och patienter med lägre prioritering som snabbt kan få ett försämrat tillstånd. Att väntetiden blir längre vid lägre prioritering är rimligt ur patientsäkerhetsperspektiv men de flesta av dessa patienter söker den vårdnivå och vård som deras tillstånd kräver och då bör väntetiden vara närmare målet och snittet i Sverige. En notering är att patienter med livshotande tillstånd får alltid hjälp direkt.

Arbetet med att analysera jämlik och jämställd hälso- och sjukvård har varit underutvecklat och de intervjuade kan inte svara på om regionfullmäktiges mål uppfylls. Ny utdata ur jämlikhetsperspektiv kommer från och med 2016 men för att få intressanta och tillförlitliga utvärderingar anser de intervjuade att det behövs fördjupade analyser. I brist på analyser menar de ändå att den styrda prioriteringen enligt RETTS bör hindra att diskrimineringsvariablerna påverkar prioriteringsbesluten. Revisionen bedömer att den uppföljning som sker på granskade akutmottagningar avseende jämlik och jämställd hälso- och sjukvård är inte tillräcklig för att kunna utvärdera verksamheten ur dessa perspektiv. Granskade sjukhusstyrelser bedöms därmed brista i den interna kontrollen av akutmottagningarnas ändamålsenlighet avseende om patienterna erhåller en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Utifrån syftet med granskningen bedöms sjukhusen arbeta ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna och det medför att patientsäkerhetsriskerna minimeras. Däremot är det inte ändamålsenligt att väntetiderna är betydligt längre än regionfullmäktiges mål och att målet om jämlik och jämställd hälso- och sjukvård inte kan utvärderas eftersom det saknas uppföljning och analys.

### Rekommendationer:

- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgängligheten på akutmottagningarna.
- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att tillse att måluppfyllelsen för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid brister åtgärdas.

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Revisorerna har under 2014 vid granskning av nämnder och styrelser haft ett starkt fokus på de allt större problemen vad gäller invånarnas tillgänglighet till hälso- och sjukvård. Köerna till specialistsjukvården ökade under 2014 och har fortsatt öka i inledningen av 2015. Andelen patienter som får tid till första besök respektive behandling inom fastställda garantitider minskar. I en nationell jämförelse har regionens sjukhus en förhållandevis låg tillgänglighet och det är många som står i kö till besök och behandlingar. Patienttillströmningen till sjukhusens akutmottagningar har ökat kraftigt på senare år och väntetiderna på akutmottagningarna vid regionens sjukhus är mycket långa. I Socialstyrelsens rapport "Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar" (publicerad i december 2014) framgår att flera av regionens sjukhus är bland de sämsta i landet vad gäller tid till läkare samt total vistelsetid på akuten.

Tillgänglighetsfrågan har lyfts vid revisorernas möten med presidierna för sjukhusstyrelser och hälso- och sjukvårdsnämnder. Det har också genomförts en fördjupad granskning avseende Sahlgrenska Universitetssjukhusets åtgärder för att förbättra tillgängligheten. Granskningen resulterade i ett flertal rekommendationer, bl a att utveckla arbetet med uppföljning och utvärdering av effekter av vidtagna åtgärder, att göra en sjukhusövergripande riskanalys beträffande potentiella patientsäkerhetsrisker med anledning av bristande tillgänglighet och att utveckla samverkan med andra vårdgivare.

Revisorerna har också genomfört en granskning avseende insatser för att säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen under 2010 (Dnr Rev 33:2010). Granskningen omfattade både hälso- och sjukvårdsnämnder och sjukhusstyrelser. Granskningen noterade brister avseende systematiken i arbetet med uppföljning och analys samt i beställningsunderlag från beställarnämnderna till sjukhusstyrelserna.

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av verksamheterna inom hälso- och sjukvården noterat att uppföljning och analys avseende väntetider vid akutmottagningarna utgår från mätning av genomsnittliga väntetider. Rapporteringen från sjukhusen är inte könsuppdelad och det framgår inte hur snabbt högprioriterade patienter omhändertas. Mot bakgrund av ovanstående bedömer revisorerna att det finns en risk för att den faktiska prioriteringen vid akutmottagningarna kan resultera i brister vad gäller patientsäkerheten samt att hälso- och sjukvården inte bedrivs utifrån jämlikhet och jämställdhet.

## 1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor

Granskningen syftar till att bedöma om sjukhusen arbetar ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna. Detta för att minimera patientsäkerhetsriskerna, uppnå regionfullmäktiges mål för väntetider och säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

De revisionsfrågor som ska besvaras är:

1. Hur sker prioritering av patienter vid sjukhusens akutmottagningar?
2. Hur påverkar prioriteringen väntetiderna för olika patientgrupper?
3. Hur påverkade prioriteringen rapporterade avvikelser och vårdskador?

4. Vilken uppföljning och analys görs av väntetider på akutmottagningar kopplat till arbetet med jämlik- och jämställd vård?
5. Vilken uppföljning och analys görs i övrigt av väntetider på akutmottagningar?
6. Vilken intern kontroll har sjukhusstyrelserna avseende väntetider för olika patientgrupper?

### 1.3 Avgränsning

Granskningen omfattar väntetider för sökande vid akutmottagningar och hur väntetider redovisas, analyseras och följs upp avseende olika patientgrupper. Granskningen begränsas till att studera akutmottagningarna med längst väntetider och de finns vid följande tre sjukhus:

- Sahlgrenska Universitetssjukhuset (Akutmottagningen på Sahlgrenska)
- Kungälvssjukhus
- Södra Älvsborgs sjukhus

### 1.4 Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), 2 § Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård.
- Patientsäkerhetslagen (2010:659), 3 kap. Vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete.
- Västra Götalandsregionens budget 2015, målet ”Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att vården är jämlik och jämställd”.
- Regionstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnderna ska säkerställa att patienterna erbjuds vård inom de fastställda garantitiderna. Indikator: Väntetid till läkare på akutmottagningen, andel som fått träffa läkare inom 1 timme.
- Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9), 3 kap. Ansvar för och användning av ett ledningssystem.

### 1.5 Granskningsansvarig/a

Granskningen är genomförd av revisionsenheten i Västra Götalandsregionen:

Granskningsansvarig: Thomas Vilhelmsson

Kvalitetsansvariga: Andreas Ivarsson och Kari Aartojärvi

Revisorskollegiets kontaktrevisorer är: Staffan Albinsson och Marie Engström Rosengren

### 1.6 Metod

Granskningen genomförs genom dokumentstudier av styrande dokument, uppföljningar och analyser samt genomgång och analys av vårdstatistik för avvikelser och vårdskador.

Dokumentstudierna har kompletterats med intervjuer med verksamhetschef, vårdenhetschef, verksamhetsutvecklare/controller på de tre akutmottagningarna samt chefläkare på de tre sjukhusen. Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

Några av revisionsfrågorna fokuserar på effekter av gjorda prioriteringar. Att värdera effekter av aktiviteter är svårt i en komplex styrmiljö. En rad faktorer kan bidra till att effekter uppstår eller uteblir. Vad som skapat effekterna kan vara svårt att värdera och revisionsfrågorna besvaras utifrån detta faktum.

## 2. Resultat av granskningen

### 2.1 Utgångspunkter

**Kungälvss sjukhus (KS):** Akutmottagningen har ca 30 000 besök per år och tar emot patienter inom kirurgi, ortopedi, medicin, urologi, geriatrik/rehabilitering och psykiatri. Övriga specialiteter och barn upp till och med 15 år hänvisas till Sahlgrenska universitetssjukhuset och NU-sjukvården.

**Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS):** Akutmottagningen har ca 50 000 besök per år och tar emot patienter inom kirurgi, ortopedi och medicin. På kvällar, nätter och helger tar de även emot patienter inom områdena ögon, öron, näsa, hals och gynekologi som annars har direktspår. Barn är hänvisade till en speciell akutmottagning.

**Sahlgrenska Universitetssjukhuset, akutmottagningen på Sahlgrenska (SU):** Även akuten på Sahlgrenska har ca 50 000 besök per år och tar på vardagar emot patienter inom kirurgi, medicin, trauma samt rödprioriterad gynekologi. På kvällar och helger tar de även emot öron, näsa och hals. Speciella akutmottagningar finns för barn till och med 15 år, ortopedi, gynekologi, psykiatri, ögon, öron, näsa och hals.

Som framgår ovan är akutmottagningarna olika stora, de arbetar på olika sätt och det finns skillnader i vilka patienter de tar emot.

### 2.2 Prioritering av patienter

Samtliga granskade sjukhus följer RETTS (rapid emergency triage and treatment system) vid triage av patienter i ambulans eller på akutmottagningarna. Syftet är att strikt medicinskt bedöma prioritet utifrån patienternas tillstånd. RETTS består dels av triage som är en prioritering, dels av ett beslutsstöd som styrs av medicinsk säkerhet. Triage har länge varit en grund i svensk akutsjukvård för att sortera patienterna. Det har ofta gjorts av sjuksköterskor men ibland även av läkare eller team. Utgångspunkten är att det finns ett kösystem på akutmottagningen och man behöver veta vem som är i störst behov av vård och vad patienten behöver för vård. Prioriteringen mynnar ut i en bedömning som symboliseras av färger:

- Röd: direkt livshotande
- Orange: potentiellt livshotande
- Gul: behov av akutsjukvård inom rimlig tid
- Grön: behov av akutsjukvård inom rimlig tid

Skillnaden mellan gul och grön är en bedömning av allvarlighetsgraden. Grön är den lägsta prioriteringen och i denna grupp finns vissa personer som istället skulle kunna vända sig till primärvården. En svårighet i den gula gruppen är enligt en av de intervjuade att den blir väldigt stor och innehåller en stor variation. Det finns bland annat patienter, ofta äldre, vars tillstånd snabbt kan förändras. Det finns dock regler för retriage enligt fastställda tidsintervall och det finns angivet vem som har ansvaret för att göra det. Sjukhusen har svårt att bedöma hur stor andel av patienterna det handlar om. Även inom den gröna gruppen finns vissa patienter som bedöms vara primärvårdspatienter men som felaktigt eller på grund av att primärvården inte har öppet vänder sig till akutmottagningen. De intervjuade menar att det bland annat handlar om vissa patienter, ofta yngre, som upplever sig sjukare än de är och inte får tid som man önskar inom primärvården.

## 2.3 Väntetider för olika patientgrupper

Mätningarna avseende väntetider omfattar samtliga patienter som besöker akutmottagningen oavsett om deras tillstånd kräver akut vård eller inte. I mätningarna har följande begrepp använts:

TTT: Tid till triage (används inte längre på regional nivå)

TTL: Tid till läkare. Mål TTL  $\leq$  1 timme för 60 % av patienterna

TVT: Total vistelsetid (tidigare TGT). Mål TVT  $\leq$  4 timmar för 90 % av patienterna

Tid till triage ses inte längre som ett bra jämförelsemått på regional nivå. Det är helt beroende av hur arbetssätten ser ut på respektive akutmottagning samtidigt som en intervjuad menar att den inte bidrar till att behandla patienten men ändå kan vara informativ lokalt på ett sjukhus, som jämförelse mellan år och mellan olika arbetssätt.

Målet för TTL ska enligt VGR uppföljning vara att 60 % av patienterna ska få träffa en läkare inom en timme men för regionens sjukhus uppnås bara ca 40 %. Fördelat per prioritetsgrupp så tas de flesta röda patienterna omhand direkt och måluppfyllelsen är god på samtliga sjukhus. För orange patienter så nås målet precis för SU och SÄS medan Kungälv är långt från målet. Övriga kategorier får generellt vänta 2-3 timmar innan vårdprocessen startar. Många av de intervjuade anser att väntetiderna är intressanta att följa men menar att det finns stora skillnader i mätningarna, vilket bland annat beror på följande:

- Tiderna mäts då patientens mapp manuellt flyttas i journalsystemet vilket innebär att under stressade perioder kan en försening handla om att flyttningen inte genomförts.
- IT-stödet är underutvecklat. Journalerna är i pappersform och det tar tid att få tillgång till patienternas journalinformation från andra vårdgivare.
- Variationer i arbetssätten innebär att läkaren träffar patienten olika snabbt. Det behöver dock inte medföra att patienten totalt sett blir färdigbehandlad snabbare eller att det med automatik fattas något beslut om vården för patienten. En mer relevant mätning hade enligt en av de intervjuade varit att följa när det första steget i vården av patienten sker, alltså att läkaren eller motsvarande fattar ett beslut.

TVT är den totala tiden som patienten tillbringar på akutmottagningen. Västra Götalandsregionens sjukhus uppvisar bland de sämsta resultaten i Sverige avseende detta. Målet är att 90 % av patienterna ska ha en TVT på under 4 timmar. Måluppfyllelsen på de granskade sjukhusen är 50-60 %. Enligt Socialstyrelsens statistik har SÄS haft väldigt långa väntetider för patienter över 80 år, vilket i stor utsträckning även gäller även SU och KS. Den största anledningen till att patienterna blir kvar uppges vara att sjukhuset saknar vårdplatser. Antalet disponibla vårdplatser har minskat i takt med ekonomisk besparing och brist på sjuksköterskor. Därtill finns det brister när det gäller utskrivning av patienter från vårdavdelningarna och hemtagning till kommunerna av utskrivningsklara patienter. Flera av de intervjuade menar att det också saknas en helhetssyn där alla på sjukhusen tar ansvar för akuten. Effekten av att patienterna inte kan lämna akuten är att vissa av dem istället måste börja behandlas och omhändertas med mat och hygien. Att det blir stopp i inflödet innebär att väntetiderna ökar. För TVT lyfter de intervjuade följande förklaringar till varför sjukhusen inte lyckas nå målen:

- Patienter som är i behov av akut vård men inte på sjukhusnivå söker sig till akutmottagningen. Det kan bland annat handla om äldre som har ett akut behov men som hade kunnat lösas av annan vårdnivå, på annan plats och på ett mindre påfrestande sätt för patienten.

- Om en patient behöver röntgas innebär det ofta fördröjning på minst ett par timmar.
- För vissa tillstånd kan tiden vara avgörande. Att övervaka och eventuellt medicinera patienten lite längre tid på akuten kan innebära att den istället kan lämna sjukhuset.

## 2.4 Avvikelser och vårdskador

I regionen registreras avvikelser i ett avvikelshanteringssystem (MedControl Pro). Avvikelserna kan avse alla delar i verksamheten såsom patientklagomål, vårdskador, arbetsskador m.m. Registreringskulturen ser väldigt olika ut inom granskade akutmottagningar och förändras över tid. Utifrån antalet avvikelser eller förändringen av dem går det inte att göra några säkra jämförelser. Istället är fokus i granskningen Lex Maria anmälningar som har en fastställd hantering enligt lag. Själva processen leds av chefsläkaren på respektive sjukhus och akutmottagningarna informeras om processen. Antalet Lex Maria anmälningar kopplade till respektive akutmottagning är ganska få men allvarliga då det ofta handlar om mycket allvarliga konsekvenser för patienten. Av de rapporterade Lex Maria som berört akutmottagningarna är det vissa som helt anses bero på misstag hänförliga till stress och där rutinerna inte fungerat tillfredställande. Enligt några intervjuade kan det bero på att lokalerna blir överfulla med patienter eller att läkarkompetensen inte är tillräcklig.

## 2.5 Jämlik och jämställd hälso- och sjukvård

Jämställd vård är ett prioriterat mål för hela regionen. På sjukhusens akutmottagningar bedöms det vara svårt att mäta hur olika grupper behandlas. De hänvisar till den strikt utformade prioriteringen som inte ger utrymme för att prioritera personer olika. De intervjuade säger att det krävs djupare studier för att kunna utvärdera jämlikheten på akuten. Enligt en nyligen genomförd studie<sup>1</sup> som även bekräftats av statistik från granskade akutmottagningar så har män något kortare väntetider än kvinnor vilket även bekräftas av statistik från de granskade sjukhusen. Män har kortare väntetider inom alla prioriteringsgrupper. De intervjuade säger att det är en viktig fråga men att den kan bero på flera olika anledningar, såsom:

- Män besöker akuten med andra diagnoser.
- Män väntar längre med sitt besök och har därför ett större behov.
- En stor del av forskningen är baserad på män och det saknas kunskap för att ta hand om kvinnor.
- Det är olika patientgrupper som besöker akutmottagningarna. Exempelvis så har SÄS ett direktspår för gynekologipatienter. De har en egen mottagning som bedöms fungera mycket bra. Dessa kvinnor finns inte alls med i statistiken för akutmottagningarna.

## 2.6 Uppföljning och analys

På alla sjukhus följs statistiken över väntetider dagligen. Personalen kan jämföra informationen med beläggningsgraden och avflödet från sjukhusen. Det finns även dagliga avstämningsmöten för att hantera kösituationen och behandling av patienter som legat länge på akuten. Återkoppling av brister från tidigare arbetspass och problemställningar som hanterats i avvikelserapporteringen. De intervjuade anser att delaktigheten även skapar samtal som leder till mer långsiktig förbättring.

---

<sup>1</sup> Masteruppsats: Göteborgs Universitet, Sahlgrenska akademin, Joseфина Robertson, 2014: Waiting Time at the Emergency Department from a Gender Equality Perspective,

Akutmottagningarna följer löpande upp vad patienterna tycker om den vård de har fått. Det finns möjligheter att på olika sätt svara på om man är nöjd med sitt besök eller inte. Det kan också vara genom att svara på en aktuell fråga. Svårigheterna med dessa allmänna undersökningar är att veta vilka som har haft möjlighet och velat svara vilket har stor betydelse för resultatet. På alla akutmottagningar går det att lämna skriftliga åsikter och synpunkter och på KS ringer man upp personerna som önskat detta för att djupare gå igenom deras upplevelser. I djupare samtal med patienterna framkommer ofta att de är nöjda med vården men missnöjda med väntetiderna samt att bemötande är en viktig del av deras besök.

Socialstyrelsen har tagit fram nya kvalitetsindikatorer som sjukhusen har för avsikt att implementera nästa år. Det handlar dels om statistik avseende patienter som återkommer inom tre dygn, dels avseende patienter som avviker efter läkarbedömning. Dessutom finns tre indikatorer som följs via den nationella patientenkäten och de avser information om väntetider, upplevd kvalitet och upplevd smärtlindring. De intervjuade är försiktigt positiva till de nya kvalitetsindikatorerna, framför allt till att mäta patienter som återkommer inom tre dygn. För indikatorerna som är kopplade till nationella patientenkäten är de lite osäkra på vad svaren kommer att visa och vilken tyngd de kommer ha.

Tillgänglighetsfrågor är ett återkommande område för styrelserna och det gäller också tillgängligheten på akutmottagningarna. Oftast presenteras detta i samband med delårs- eller månadsrapporter alternativt som informationspunkter. Det saknas specifika styrelsebeslut om hur tillgänglighet på akutmottagningarna ska förbättras.

## 2.7 Fokusområden

I justerad budget för 2015 beslutade regionfullmäktige att tillföra 100 mnkr till akut- och prehospital verksamhet samt till att öka antalet vårdplatser. Därtill kommer ytterligare 50 mnkr att tillföras 2016 och 50 mnkr 2017. Sjukhusen måste i en ansökan presentera vilka insatser de har för avsikt att göra, pengarna fördelas därefter utifrån antalet akutbesök. Sjukhusen har under 2015 påbörjat ett utvecklingsarbete avseende detta som bland annat handlar om teamarbete, akutläkare, schemaläggning och samordning. Detta beskrivs nedan.

**Akutläkare:** Förr krävdes en annan specialitet som grund, ofta internmedicin, men nu har det blivit en egen specialitet. Det är beslutat att regionen ska ha ett arbetssätt som utgår från akutläkare och utbildning har påbörjats. På SÅS finns ett tiotal anställda akutläkare men det kommer att krävas minst 30 stycken för att de ska kunna utgöra en stabil bas. Kungälv har anställt en första akutläkare men har även satsat på att utbilda ett par avancerade specialistsjuksköterskor som är ett mellansteg som vanligtvis inte används idag. SU utbildar för närvarande 12 akutläkare/internmedicin. Fördelarna med akutläkare uppges vara att deras hemvist är på akutmottagningen. De blir då mer intresserade av att mottagningen är rätt utformad samt att det finns bra rutiner och samarbete. Idag gör läkarna periodvisa insatser på akutmottagningen vilket är svårt för dem eftersom de ska komma in i rutinerna och få fungerande kommunikation med personalen. Akutläkarspecialiteten har testats tidigare i landet med blandade resultat. Det har då främst handlat om hur läkarna ska kunna kombinera akutspecialiteten med någon akutvårds- eller medicinavdelning alternativt forskning, för att de ska kunna vara uthålliga i tjänsten och stanna kvar. Även kollektivavtalsfrågor har diskuterats och det handlar där om huruvida sjukhusen kan köpa loss läkarna från ordinarie avtal för att få ut mer arbetstid. Akutläkarna på SÅS arbetar tvåskift enligt ordinarie

kollektivavtal. Alla läkare som utbildas måste arbeta en tid på akutmottagningen så det kommer alltid finnas behov av bemanning av andra läkare.

**Teamarbete:** Teamarbete innebär att flera yrkesgrupper möter patienten direkt. TTL och beslut om behandling sker direkt i undersökningsrummet. När det fungerar enligt plan blir det väldigt effektivt men problem kan uppstå om antalet väntande blir för stort, om flödet till sjukhusets vårdplatser stannar av eller om teamen splittras. Teamarbete har i regionen testats tidigare och bedöms vara det som åtminstone under dagtid ska kunna korta väntetiderna. Under hösten 2015 har SÄS infört team mellan kl. 8-20 på vardagar för sina tre huvudinriktningar; kirurgi, ortopedi och medicin. Resultaten för TTL är positiva men det uppges vara för tidigt att bedöma utfall för TVT. På KS startas teamarbete upp för ett antal jourlinjer. De intervjuade tror på teamkonceptet och kommer att försöka arbeta med team under dagtid. Det uppges vara oklart om det kan göras för alla team då sjukhuset haft svårt att rekrytera vissa kompetenser. På KS har de sedan en tid också ett projekt som kallas BAKUT med syfte att förbättra flödena inom akuten och samarbetet mellan klinikerna på hela sjukhuset. På SU gjordes i maj 2014 ett försök med att bemanna upp team och det föll väl ut för väntetiderna men till betydligt högre kostnader. Det finns en styrning mot att arbeta i team vilket redan idag görs på medicinkliniken men inte för övriga specialiteter. Verksamheten på akutmottagningen på SU är organisatoriskt delad i olika ansvarsområden som själva styr över införandet.

**Schemaläggning:** Akutmottagningarna har mycket statistik om när på dygnet patienterna kommer, vilka veckodagar och även hur det är fördelat mellan årstiderna. Informationen har funnits tillgänglig länge och sjukhusen har försökt anpassa bemanningen efter detta. Ett problem uppges ha varit att läkarnas ordinarie arbetstider inte matchat när inflödet varit som störst. Sjukhusens analyser visar att patienterna söker allt senare på dagen, exempelvis kommer de efter arbetet för eget besök eller tillsammans med anhörig. På eftermiddagen vid klockan 17 är antalet patienter i lokalerna som störst. Följden har blivit att scheman har skjutits fram för att möta inflödet och för att arbeta av så många patienter som möjligt innan nattpersonalen kommer.

**Samordning:** I regionen finns olika konstellationer för informationsutbyte och man har tagit nya krafter för att det ska bli mer givande. Många av de intervjuade efterfrågar även bättre samarbete mellan de olika parterna kommun, primärvård och sjukhus. Ett problem som har diskuterats länge är att äldre patienter inte bör vara på sjukhus längre än nödvändigt då de inte får rätt omvårdnad och riskerar att bli sjukare. Detta handlar bland annat om kommunernas ansvar för hemtagning av färdigbehandlade patienter som enligt lag kan vara kvar upp till fem dagar på sjukhuset utan att kommunen belastas av kostnader. Sjukhusen försöker förbättra denna situation samtidigt som de tittar på andra lösningar. På vissa sjukhus har omsorgscoordinatorer införts, vilka har i uppgift att direkt knyta an till patienten efter läkarbedömningen och tillsammans med kommunen ordna så att en obefogad inläggning kan undvikas. I delar av regionen används även hemsjukvård och insatser där personal kan följa med ambulansen för att avhjälpa problemet på plats istället för att åka till akutmottagningen. En fråga som har delat både beslutsfattare och personal inom sjukhusen är om det bör finnas en primärvårdsakut i närheten av ordinarie akutmottagning. Åsikterna går isär om hur nära den ska vara och om det är ett problem eller inte för patienterna att veta vilken vårdnivå som de har besökt. Det uppges också finnas synpunkter från läkarna kring hur de ska bemannas och vem som ska betala.

## 2.8 Bedömning och rekommendationer

I detta stycke redovisas bedömningar baserade på de iakttagelser som framkommit i granskningen utifrån frågeställning och revisionskriterier. Därefter presenteras den samlade bedömningen ställt mot syftet samt rekommendationer till granskade styrelser:

### 2.8.1 Bedömningar per revisionsfråga

<p>1. Hur sker prioritering av patienter vid sjukhusens akutmottagningar?</p>	<p>Prioriteringen av patienter sker enligt RETTS fastställda rutiner vilket möjliggör för akutmottagningarna att utföra en god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Det finns ett systematiskt och konkret förbättringsarbete mellan cheferna och i personalgrupperna som baseras på kontinuerlig uppföljning av arbetet. Olika metoder inom akutvård har periodvis testats i regionen men engagemanget för att lära av andra har varit begränsat. Från 2015 och ett par år framöver har HSS tillförts resurser som ska fördelas till akutsjukvården för bättre flöden. Akutmottagningarna har kommit olika långt i utvecklingsarbetet men alla har för avsikt att inom ramen för den extra satsningen göra olika utvecklingsinsatser samt att införa akutläkare och teamarbete.</p> <p>Revisionen bedömer att det finns ändamålsenliga och effektiva prioriteringsrutiner som säkerställer patientsäkerheten vid granskade akutmottagningar.</p>
<p>2. Hur påverkar prioriteringen väntetiderna för olika patientgrupper?</p>	<p>Väntetiderna på akutmottagningarna är långt ifrån de av regionfullmäktige uppsatta målen. De mest sjuka tas alltid omhand direkt men patienter som enligt definitionen bedöms ha potentiellt livshotande tillstånd får på SÅS och SU vänta i snitt 1 timme på läkarbedömning och på KS är väntetiden i snitt över 1 en timme. Patienter som inte uppvisar livshotande tillstånd får generellt vänta 2-3 timmar på sin läkarbedömning då det kontinuerligt kommer in mer prioriterade patienter.</p> <p>Revisionen bedömer att de uppmätta väntetiderna inte är ändamålsenliga för patienter med potentiellt livshotande tillstånd och patienter med lägre prioritering som snabbt kan få ett försämrat tillstånd. Att väntetiden blir längre vid lägre prioritering är rimligt ur patientsäkerhetsperspektiv men de flesta av dessa patienter söker den vårdnivå och vård som deras tillstånd kräver och då bör väntetiden vara närmare målet och snittet i Sverige. En notering är att patienter med livshotande tillstånd alltid får hjälp direkt.</p>
<p>3. Hur påverkade prioriteringen rapporterade avvikelser och vårdskador?</p>	<p>Patientsäkerhetsriskerna på akutmottagningarna hanteras tillfredställande vid normal belastning. I samband med hög belastning pressas lokalkapaciteten eftersom det saknas lediga vårdplatser. Det bidrar i sin tur till högre arbetsbelastning och stress vilket enligt gjorda Lex Maria</p>

	<p>anmälningar ökar risken för patienterna. Rutinerna för vad som rapporteras som avvikelser skiljer mellan granskade akutmottagningar men skiftar även över tid. De intervjuade har därför inte velat presentera några slutsatser baserat på statistiken för avvikelshantering.</p> <p>Revisionen bedömer att det inte finns någon direkt koppling mellan prioritering och risken för vårdskador. Risken för allvarliga vårdskador är liten men den ökar vid högt inflöde av patienter.</p>
4. Vilken uppföljning och analys görs av väntetider på akutmottagningar kopplat till arbetet med jämlik- och jämställd vård?	<p>Arbetet med att analysera jämlik och jämställd hälso- och sjukvård har varit underutvecklat och de intervjuade kan inte svara på om regionfullmäktiges mål uppfylls. Ny utdata ur jämlikhetsperspektiv kommer från och med 2016 men för att få intressanta och tillförlitliga utvärderingar anser de intervjuade att det behövs fördjupade analyser. I brist på analyser menar de ändå att den styrda prioriteringen enligt RETTS bör hindra att diskrimineringsvariablerna påverkar prioriteringsbesluten.</p> <p>Revisionen bedömer att den uppföljning som sker på granskade akutmottagningar avseende jämlik och jämställd hälso- och sjukvård är inte tillräcklig för att kunna utvärdera verksamheten ur dessa perspektiv. Granskade sjukhusstyrelser bedöms därmed brista i den interna kontrollen av akutmottagningarnas ändamålsenlighet avseende om patienterna erhåller en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.</p>
5. Vilken uppföljning och analys görs i övrigt av väntetider på akutmottagningar?	<p>De intervjuade konstaterar att väntetiderna inte har förändrats så mycket de senaste tre åren. Det betyder att insatserna för att korta väntetiderna inte fått önskad effekt eller varit tillräckliga samtidigt som att inflödet kontinuerligt har ökat. För att minska inskrivningarna har lokala satsningar gjorts på omsorgscoordinatorer, mer bemannade ambulanser och hemsjukvård vilket har fått god effekt. Man tror även att det behövs tydligare information till invånarna och utveckling av IT-miljön.</p> <p>Revisionen bedömer att utvecklingsarbetet på akutmottagningarna inte har varit tillräckligt. Det krävs insatser på sjukhusnivå men också på regional nivå för att hantera praktiska och ekonomiska problem som hindrar att målen uppnås.</p>
6. Vilken intern kontroll har sjukhusstyrelserna avseende väntetider för olika patientgrupper?	<p>Samtliga styrelser får kontinuerlig rapportering av väntetider på sina sammanträden.</p> <p>Revisionen bedömer att det finns en tillräcklig intern kontroll men styrningen har inte varit tillräcklig för att nå uppsatta mål.</p>

### 2.8.2 Samlad bedömning

Utifrån syftet med granskningen bedöms sjukhusen arbeta ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna och det medför att patientsäkerhetsriskerna minimeras. Däremot är det inte ändamålsenligt att väntetiderna är betydligt längre än regionfullmäktiges mål och att målet om jämlik och jämställd hälso- och sjukvård inte kan utvärderas eftersom det saknas uppföljning och analys.

### 2.8.3 Rekommendationer

- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgängligheten på akutmottagningarna.
- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att tillse att måloppfyllelsen för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid brister åtgärdas.

## 3. Undertecknande

Thomas Vilhelmsson  
Certifierad kommunal yrkesrevisor

Datum 2015-12-16  
Diarienummer REV 40-2015

Till Styrelsen för Kungälvvs sjukhus och Frölunda  
specialistsjukhus  
Styrelsen för Södra Älvsborgs sjukhus  
Styrelsen för Sahlgrenska Universitetssjukhuset

## **Tillgängligheten på akutmottagningarna**

---

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av verksamheterna inom hälso- och sjukvården noterat att uppföljning och analys avseende väntetider vid akutmottagningarna utgår från mätning av genomsnittliga väntetider samt att rapporteringen inte är könsuppdelad. Revisorerna bedömde att det fanns en risk för att den faktiska prioriteringen vid akutmottagningarna kan resultera i brister vad gäller patientsäkerheten samt att hälso- och sjukvården inte bedrivs utifrån jämlikhet och jämställdhet.

Granskningens syfte var att bedöma om sjukhusen arbetar ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna. Detta för att minimera patientsäkerhetsriskerna, uppnå regionfullmäktiges mål för väntetider och säkerställa en jämlik och jämställd hälso- och sjukvård.

Utifrån syftet med granskningen bedöms sjukhusen arbeta ändamålsenligt avseende prioriteringar vid akutmottagningarna och det medför att patientsäkerhetsriskerna minimeras. Däremot är det inte ändamålsenligt att väntetiderna är betydligt längre än regionfullmäktiges mål och att målet om jämlik och jämställd hälso- och sjukvård inte kan utvärderas eftersom det saknas uppföljning och analys.

Rekommendationer:

- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att ta ett tydligare ansvar för att säkerställa uppfyllelsen av regionfullmäktiges mål om tillgängligheten på akutmottagningarna.
- Granskade sjukhusstyrelser rekommenderas att tillse att måluppfyllelsen för jämlik och jämställd hälso- och sjukvård kan utvärderas och vid brister åtgärdas.

Vi emotser en handlingsplan för åtgärder med anledning av de rekommendationer som lämnas.

För revisorskollegiet

Birgitta Eriksson  
Ordförande

Ulf Sjösten  
Vice ordförande

**Kopia till:**

Regionfullmäktiges presidium  
Samtliga politiska sekreterare  
Ann-Sofi Lodin, regiondirektör  
Ann Söderström, hälso- och sjukvårdsdirektör  
Joakim Björck, ekonomidirektör  
Eva Arrdal, direktör koncernstab utförarstyrning och utförarsamordning  
Marina Olsson, personaldirektör  
Boris Ståhl, koncernstab intern utveckling och utredning  
Rolf Ottosson, avdelningschef verksamhetsuppföljning ekonomi och inköp  
Johan Flarup, avdelningschef koncernavdelning ärendesamordning och kansli  
Elisabet Ericsson, koncernavdelning ärendesamordning och kansli  
Barbro Fridén, sjukhusdirektör  
Thomas Wallén, sjukhusdirektör  
Ann Stokland, sjukhusdirektör

# Ärende 6

## Tjänsteutlåtande

Datum 2016-02-01

Diarienummer NU 284/2015

## Västra Götalandsregionen

NU-sjukvården/Ledningskansliet

Handläggare: Magnus Kronvall

Telefon: 076-107 10 35

E-post: magnus.kronvall@vgregion.se

Till styrelsen för NU-sjukvården

# Yttrande över motion av Helén Eliasson (S) och H Linnarsson (S) om regionens ansvar för jämlik primärvård

## Förslag till beslut

Styrelsen för NU-sjukvården föreslås besluta:

1. Motionen anses besvarad med hänvisning till detta tjänsteutlåtande
2. Paragrafen förklaras omedelbart justerad.

## Sammanfattning av ärendet

2015-10-18 har Regionstyrelsen mottagit en motion, bilaga 1, av Helén Eliasson och Håkan Linnarsson med förslag om att dels genomföra en utvärdering av vårdvalets effekter för möjligheterna att erbjuda jämlik primärvård i hela regionen, dels att ta fram förslag till ny krav- och kvalitetsbok som bättre är anpassad efter lokala förutsättningar och behov. Motionen har gått på remiss till bland annat NU-sjukvården för yttrande.

NU-sjukvården är starkt beroende av en väl fungerande primärvård närvarande i hela sitt upptagningsområde för att kunna bedriva en god länssjukvård på ett kostnadseffektivt sätt. På samma sätt är det av vikt att dialogen mellan primärvård, kommun och sjukhus fungerar. Samverkande sjukvård i Fyrbodal är ett exempel på framgångsrik samverkan mellan de tre parterna för att ge vård nära patienterna. Att styrsystemen för primärvård ger möjligheter till sådana lokalt anpassade arbetssätt för kvalitet och tillgänglighet är angeläget.

NU-sjukvården bedriver inte själv primärvård och har därmed liten insyn i sådan verksamhet. NU-sjukvården äger heller inte insikt i hur primärvården fungerar runt andra sjukhusgrupper och har därför svårt att uttala sig om huruvida det föreligger ojämlik vård inom primärvården i regionen. Vad som avses med jämlik primärvård är inte heller klart definierat, vilket försvårar bedömning av möjligheten och värdet av att genomföra föreslagen utvärdering.

Vad gäller förslaget att krav- och kvalitetsboken ska revideras, sker detta redan idag regelbundet och NU-sjukvården förutsätter att man inför varje revidering gör en analys av behovet av förändringar i styrsystemet och adresserar dessa problem under revideringsarbetet. Det är därför svårt att se varför ytterligare en process för revidering behöver genomföras.

NU-sjukvården

Lars Wiklund  
Sjukhusdirektör

Magnus Kronvall  
Områdeschef område I

**Bilaga**

1. Motion ”Regionens ansvar för jämlik primärvård” dnr NU 284-2015

**Besluten skickas till**

- Regionstyrelsen

Datum 2015-11-09  
Diarienummer RS 3489-2015

Primärvårdsstyrelsen  
Göteborgs hälso- och sjukvårdsnämnd  
Södra hälso- och sjukvårdsnämnden  
Norra hälso- och sjukvårdsnämnden  
Styrelsen för NU-sjukvården  
Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

Handläggare:
Omr.chef omr (M)
Kopia:
Sjukvårds (W)
Södr.styrelsen (CA)
Komm.chef (W)

## Motion av Helén Eliasson (S) och H Linnarsson (S) om regionens ansvar för jämlik primärvård

Regionstyrelsen har valt att remittera denna motion till rubricerade för yttrande. Av motionssvaret ska framgå nämndens/styrelsens synpunkter på om och hur motionsförslaget kan genomföras, eventuell tidplan, kostnader med mera. Någon mer omfattande utredning i sakfrågorna ska inte göras i samband med besvarandet av motionen. T.ex. vill motionären ha en utredning är det regionfullmäktige som avgör om utredningen ska göras efter att berörda nämnder/styrelser lämnat synpunkter.

Om motionens syfte redan är uppnått genom andra beslut ska detta redovisas och förslaget till beslut ska vara att motionen är besvarad, eventuellt med hänvisning till detta sakförhållande.

Förslagen till beslut kan alltså vara

- Motionen är besvarad
- Regionfullmäktige bifaller motionen  
- Nämnden får i uppdrag att .....
- Regionfullmäktige avslår motionen

Om förslaget till beslut är att bifalla motionen ska det uppdrag som blir en följd av bifallet klart framgå i beslutsunderlaget. Vidare ska nämnden ges i uppdrag att åiterrapportera vidtagna åtgärder dels till motionären, dels till regionfullmäktige. Regionfullmäktige redovisar detta i samband med den årliga redovisningen av de motioner som är äldre än ett år.

Ingen nämnd/styrelse är överordnad någon annan nämnd vid framtagning av yttrande över en motion. Regionkansliet sammanställer de yttrande som har kommit in. Regionstyrelsens utskott har till uppdrag att bereda motioner som remitterats till utskotten, svara för eventuellt remissammanställning och lägga förslag till beslut.

Motionssvaret ska tillsammans med protokollsutdraget mailas in till [regionstyrelsen@vgregion.se](mailto:regionstyrelsen@vgregion.se) senast den 31 mars 2016. Ange vårt diarienummer.

Med vänliga hälsningar  
Britt-Marie Gustafsson  
mobil: 010-44 101 42

## Regionens ansvar för jämlik primärvård i hela Västra Götaland

### Förslag till beslut

Regionfullmäktige föreslås anta motionen samt uppdra åt Hälso- och sjukvårdsstyrelsen

- Att genomföra en utvärdering av vårdvalets effekter för möjligheterna att erbjuda jämlik primärvård i hela regionen.
- Att ta fram förslag till ny krav- och kvalitetsbok som bättre är anpassad efter lokala förutsättningar och behov.

Primärvården utgör basen för det svenska sjukvårdssystemet. Grundläggande inslag i primärvården är mottagningsverksamhet, jour, hembesök, individprevention, samverkan med andra vårdgivare och serviceorgan samt kvalitetssäkring.

Primärvården möter patienter som har alltmer komplexa och sammansatta behov, samtidigt leder den medicinska och tekniska utvecklingen till att sjukvården blir alltmer specialiserad. Det innebär att allt fler patienter behöver vara i kontakt med flera instanser för att få hjälp med sina problem. Det innebär i sin tur att det blir mer komplicerat att koordinera, samordna och skapa kontinuitet för patienterna.

Efter att vårdvalet inom primärvården genomfördes 2009 har antalet vårdcentraler, framför allt i tätbefolkade områden, ökat, vilket är positivt. På mindre orter har dock intresset för etablering inte varit lika stort. Konkurrensförhållandena ser därmed olika ut beroende av geografiska eller andra förhållanden.

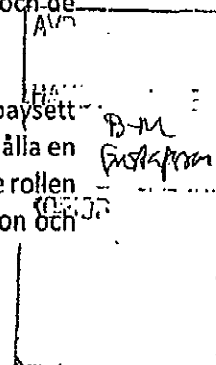
I samband med införandet skapades den s.k. krav och kvalitetsboken. Med tiden har regelverket blivit alltmer detaljstyrt. Vårdcentralernas bild är att Krav- och kvalitetsboken är alltför detaljerad och att detaljeringsgraden ökar från år till år. Effekten blir att det är svårt för utförarna att bedriva verksamhet i glesbygd och i av andra skäl svårbemannade områden.

Att kraven är lika för en vårdcentral oavsett storlek medför också problem för små och utsatta vårdcentraler att svara upp och kan därmed driva fram en geografisk centralisering.

Regelsystemet skapar i vissa fall kontraproduktiva effekter som motverkar sitt egentliga syfte, dvs. att öka den nära vården och anpassa den efter lokala förutsättningar och behov.

Reglersystemet måste därför ha sin utgångspunkt i medborgarnas behov av nära vård och de särskilda förutsättningar som råder i olika delar av regionen.

Regionen har en tudelad roll inom primärvården. Dels som finansiär av verksamheten, oavsett om den bedrivs i egen eller någon annans regi. Dels ansvarar regionen för att tillhandahålla en jämlik vård på lika villkor i hela Västra Götaland, dvs. har sistahandsansvaret. Den senare rollen förutsätter att regionen som ägare av de egna enheterna har en klar och tydlig ambition och



strategi för den egna verksamheten. Strategin ska uttrycka hur den egna verksamhetens ställning ska stärkas och hävdas på primärvårdsmarkanden. En sådan strategi saknas idag. Detaljstyrning i regelverket och avsaknad av tydlig ägarstyrning påverkar den egna verksamheten negativt.

Vi anser att tiden är mogen för att utvärdera vårdvalets effekter, men även se över hur krav- och kvalitetsbokens innehåll kan förenklas.



Helén Ellasson(s)



Håkan Linnarsson(s)