

BILAGOR

Innehållsförteckning

1.1	IAKTTAGELSER I DETALJ.	2
1.1.1	Jourbemanning	2
1.1.1.1	Dagjour	2
1.1.1.2	Natt- och helgjour	4
1.1.1.3	Bakjour	7
1.1.2	Arbetsuppgifter under jour och beredskap	8
1.1.3	Jourersättning	9
1.1.4	Schemaläggning	10
1.1.5	Tidsregistrering och uppföljning	11
1.2	EFFEKTIVISERINGSARBETE I LANDSTINGET	13
1.3	PATIENSÄKERHETSARBETE	14
1.3.1	Läkares medverkan	14
1.4	SYNPUNKTER I INTERVJUER MED LÄKARGRUPPER	14
1.4.1	Om kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet	14
1.4.2	Om engagemang för ekonomiska mål	15
1.4.3	Om kompetensutveckling	15
1.4.4	Om inflytande över schema, arbetstider och arbetsuppgifter	15
1.4.5	Om användning av olika kompetens	15
1.4.6	Om MLA:s roll	16
BILAGA 2:		17
1.5	VERKSAMHETENS PRODUKTION	17
1.5.1	Operationer	17
1.5.2	Besök	18
1.5.2.1	Antal besök	18
1.5.2.2	Andel planerad resp akuta besök 2009	19
1.5.3	Inskrivningar	19
BILAGA 3: LAGAR OCH AVTAL		22
1.6	STYRNING AV ARBETSTID I LAGAR OCH AVTAL	22
1.6.1	Arbetstidslagen	22
1.6.2	Avtal	22
1.6.2.1	Ersättning för arbetad tid under jour och beredskap	22
1.6.2.2	Lokala avtal inom JLL	23
BILAGA 4: GRANSKNINGSUNDERLAG		25
BILAGA 5: EXTERN STATISTIK I ÖVERSIKT		26

1.1 Iakttagelser i detalj.

Nedan redovisas iakttagelser i detalj från några av rapportens centrala områden.

1.1.1 Jourbemanning

1.1.1.1 Dagjour

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Dagjourssystemet avser måndag – fredag 0730-1600 (-2000 för AT) och bemannas under denna tid med legitimerad läkare, dvs oftast ST-läkare, och AT-läkare enligt följande:</p> <p>0730-1600 leg läkare ("Dagjour 1")</p> <p>1200-2000 AT-läkare, ST i randutbildning eller vik. ul utan leg. ("Dagjour 2")</p> <p>Fredagsschemat är lite annorlunda och beskrivs nedan..</p> <p>AT-läkare medverkar rutinmässigt i dagjouren och arbetar tillsammans med ST eller leg läk vid alla arbetspass fram till sista delen av sin tjänstgöring, då mer självständig tjänstgöring förekommer om AT-läkaren bedöms lämplig för det.</p> <p>Dagjourens arbetstider ger för närvarande en sammanlagd veckoarbetstid på mer än 40 timmar och det pågår under granskningsperioden (mars -10) arbete att ändra på schemat för att korrigera till 40 timmar.</p>	<p>Dagjourssystemet avser måndag – torsdag 0745-1700 (resp 2100 för kvällsjour och 2300 för "akut 2") och bemannas med ST-läkare och AT-läkare enligt följande:.</p> <p>0745-1700 ST-läkare ("Akut 1 ST")</p> <p>1630-2100 ST-läkare ("Kvällsjour")</p> <p>0745-1700 AT-läkare ("Akut 1")</p> <p>1600-2300 AT-läkare ("Akut 2")</p> <p>För fredagar gäller särskilda tider, som redovisas i avsnitt Fel! Hittar inte referenskälla.</p> <p>För "kvällsjouren" gäller att arbetspasset börjar vid ordinarie tid på morgonen med ordinarie arbetsuppgifter (vårdavdelning, mottagning) fram till 16.30 och sedan fortsätter med jouruppgifter. För arbetspasset kl 16-23 gäller att tiden till kl 21 är ordinarie arbetstid och kl 21-23 är jourtid. AT-läkaren tjänstgör här parallellt med primärjouren (se avsnitt om nattjour).</p>	<p>Dagjourssystemet avser måndag – torsdag kl 0745-2000 (fredagsschemat beskrivs nedan), och bemannas med ST- och AT-läkare enligt följande:</p> <p>0745-1630 ST-läkare eller erfaren AT/ vik. ul ("Dagjour 1")</p> <p>1200-2000 AT-läkare eller vik. ul ("Dagjour 2")</p>

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Dagjour: Fredagar</p> <p>Ordinarie arbetstid slutar kl 1345 för läkare som inte har jour. För läkare med jour är ordinarie arbetstid till kl 16 för Dagjour 1 och till kl 20 för Dagjour 2. Nattjournspasset inleds kl 16 (jourtid) respektive kl 20 för AT-läkare när mellanjour finns.</p> <p>Även fredagsschemat är föremål för förändringar, med förberedelser för eventuella kommande ändringar i det lokala avstegsavtalet om jourersättning 2,0 från kl 17 på fredagar.</p>	<p>Dagjour: Fredagar</p> <p>Ordinarie arbetstid på fredagar slutar kl 1430. I praktiken är det vanligt att arbetsuppgifterna kräver längre arbetad tid för de läkare som inte har jour. Dagjournspasset avslutas kl 1600 och nattjournspasset inleds kl 20. Tiden mellan 16 och 2030 täcks av en kvällsjour med förlängd arbetsdag på samma sätt som kvällsjouren måndag-fredag.</p>	<p>Dagjour: Fredagar</p> <p>Ordinarie arbetstid på fredag slutar kl 1245 för de läkare som inte har jour. Dagjournspasset avslutas kl 1500 och jouren övertas då av nattjour, enligt nattjournschema nedan, med schemalagd arbetstid till kl 17. Arbetspasset "Dagjour 2" finns också med schemalagd arbetstid till kl 20.</p>

1.1.1.2 Natt- och helgjour

1.1.1.2.1 VO Kirurgi: Natt- och helgjour

Alla jourpass under veckan utom lördagsdygnet och söndag dag täcks av schema för jourveckor. Läkare som har jourvecka på schemat är schemalagd som ordinarie arbetstid fram till kl 21 måndag – torsdag respektive kl 17 fredag. 40 timmar minus schemalagd tid tas ut som jourkomp. Jourveckorna har följande utseende:

Jourveckor VO KIR	Mån dag	Mån natt	Tis dag	Tis natt	Ons dag	Ons natt	Tors dag	Tors natt	Fre dag	Fre natt	Lör dag	Lör natt	Sön dag	Sön natt
Nattjour 1				■				■						■
Nattjour 2		■				■				■				
Mellanjour 1		■				■				■				
Mellanjour 2				■				■						■
Helgjourspass (ej jourvecka)											■			
Helgjourspass (ej jourvecka)												■		
Helgjourspass (ej jourvecka)													■	

Nattjourvecka 1 innebär 10 tim (2x5 tim) ordinarie arbetstid och därmed uttag av 30 timmar jourkomp. Nattjourvecka 2 innebär 11 tim (2x5 + 1 tim) ordinarie arbetstid och 29 timmar jourkomp. Intjänad jourkomp varierar med arbetsbelastningen, men uppgår vanligen till ca 30 timmar efter avdrag för uttagen komp under veckan. Läkare med nattjourvecka går aldrig "back" i jourkompsaldo under en sådan vecka. Läkare som har mellanjour med beredskap i hemmet från midnatt kan riskera gå "back".

AT-läkare får i princip tjänstgöra tre nattjoursveckor under sin kirurgi placering. De två första av dessa finns en "mellanjour" på sjukhuset fram till kl 24 och därefter i beredskap i hemmet, som förstärkning av både kompetens och kapacitet. Den tredje nattjoursveckan, som alltså infaller när AT-läkaren fullgjort det mesta av sin kirurgi placering, sker utan särskild sådan förstärkning om AT-läkaren bedöms ha tillägnat sig nödvändig kompetens. Sammantaget bemannar AT cirka 20 procent av nattjouren. Omkring 40 % av nattjourerna bemannas med AT plus mellanjour.

Rollen som mellanjour bemannas med specialister, i huvudsak yngre som ännu inte ingår rutinmässigt i bakjouren. Mellanjourspassen fungerar också som inskolning i bakjournrollen. När mellanjour tjänstgör är han/ hon första bakjour åt AT-läkaren och har en "bak-bakjour" i beredskap.

Helger, utom söndag natt som ingår i jourvecka, bemannas i separat schema av typen "önskeschema". En läkare har ansvar för helgschemat, som enligt uppgift oftast fylls på snabbt av läkarnas önskemål. Den jourkomp som genereras under helgjourer tas delvis ut genom ledig fredag veckan efter eller ledig hel vecka direkt efter.

Gemensam jour i samverkan med område ORT har varit uppe till diskussion i samband med landstingets prioriteringsdiskussion. Bedömningen är att det skulle innebära oacceptabelt försämrad kvalitet och säkerhet för patienterna och förslaget förkastades därför.

1.1.1.2.2 VO Medicin: Natt- och helgjour

Alla jourpass täcks in av schemat för jourveckor. Läkare som har en jourvecka på schemat är jourkompledig under den del av veckan som motsvarar ordinarie arbetstid och som inte är schemalagd i anslutning till jour. Under måndag – torsdag ingår ett antal timmar ordinarie arbetstid i jourveckan, mellan kl 17 och 21. Under fredagen ingår tiden fram till kl 17. Därefter övergår schemat att avse jourtid. Jourveckorna har följande utseende:

Jourveckor VO MED	Mån dag	Mån natt	Tis dag	Tis natt	Ons dag	Ons natt	Tors dag	Tors natt	Fre dag	Fre natt	Lör dag	Lör natt	Sön dag	Sön natt
Jour 1		■								■			■	
Jour 2				■			■				■			■
Jour 3	■		■			■						■		
Förstärkningsjour											■		■	

Jour 1 innebär 4 tim ordinarie arbetstid och uttag av 36 tim jourkomp. Jour 2 innebär 8 tim ordinarie arbetstid och uttag av 32 tim jourkomp. I Jour 3 ingår möjligheten att tjänstgöra dagtid måndag och tisdag. Det utnyttjas för att balansera behovet av tid för utbildning och studier på arbetstid. Om sådant behov saknas är Jour 3-läkaren istället jk-ledig dessa dagar. Jour 3 innehåller 0, 8 eller 16 tim ordinarie arbetstid och uttag av 24, 32 eller 40 tim jourkomp beroende på om måndag och/ eller tisdag schemaläggs. "Förstärkningsjouren" tjänstgör på helger kl 12-20.

Natt- och helgjourer bemannas huvudsakligen med legitimerade läkare (ST, vikarier, unga specialister). AT-läkarna medverkar rutinmässigt i "förstärkningsjouren" på helg och mot slutet av sin tjänstgöring också med egna jourveckor, sistnämnda motsvarande ca 15-20 procent av jourveckobemanningen.

1.1.1.2.3 VO Ortopedi: Natt- och helgjour

Alla arbetspass under jour utom lördagsdygnet och söndag dagtid ingår i jourveckoschemat. Arbetspassen under nattjourveckorna är från kl 1630 till kl 0745 på vardagar. Tiden fram till kl 21 är ordinarie arbetstid, övrig tid är jourtid. Under icke arbetad ordinarie arbetstid är läkare jourkompledig. Jourveckorna har följande utseende:

Jourveckor VO ORT	Mån dag	Mån natt	Tis dag	Tis natt	Ons dag	Ons natt	Tors dag	Tors natt	Fre dag	Fre natt	Lör dag	Lör natt	Sön dag	Sön natt
Nattjour 1				■				■						■
Nattjour 2		■				■				■				
Helgjourspass (ej jourvecka)											■			
Helgjourspass (ej jourvecka)												■		
Helgjourspass (ej jourvecka)													■	

Nattjoursvecka 1 innebär 9 tim ordinarie arbetstid och uttag av 31 tim jourkomp. Nattjourvecka 2 innebär 9,5 tim ordinarie arbetstid och uttag av 30,5 tim jourkomp. Intjänad jourkomp avgörs av arbetsbelastning, som kan variera mycket inom specialiteten. Det finns risk att "gå back" i jourkompsaldo om arbetsbelastningen är låg.

Natt- och helgjurer bemannas huvudsakligen med ST-läkare och vikarierande underläkare. AT-läkarna tjänstgör en nattjoursvecka var mot slutet av sin tjänstgöring inom VO ORT, de första två nattjourerna finns då också en "mellanjour" till kl 24 (erfaren vik. ul/ ST eller specialist). Enstaka jourveckor bemannas med nyblivna specialister.

Gemensam jour i samverkan med område KIR har varit uppe till diskussion i samband med prioriteringsdiskussionen i landstinget. Bedömningen är att det skulle innebära oacceptabelt försämrad kvalitet och säkerhet för patienterna och förslaget förkastades därför.

1.1.1.3 Bakjour

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Bakjour i beredskap schemaläggs av särskilt ansvarig läkare inom VO och bemannas uteslutande med erfarna specialister i modellen "önskeschema". Under veckan är passet 1600-0745, under helger hela dygn 0900-0900. På fredagar sker överlämning mellan dagbakjour och bakjour kl 1300. Jourkomp schemaläggs inte med automatik i anslutning till jourpassen men det finns övervakning att ATL följs, t ex genom ledig fredag efter helgjour.</p> <p>Mellanjouren har nämnts ovan och fungerar som bakjour när AT-läkare har primärjour (AT-läkarens två första jourveckor). Då finns också en bak-bakjour i beredskap, dvs. en i den ordinarie bakjournskategorin, med riktlinje att vederbörande kallas in av mellanjouren, inte primärjouren.</p> <p>Möjligheten att schemalägga bakjouren med ordinarie arbetstid fram till kl 21 har utretts inom området KIR, liksom inom de övriga områdena. I utredningen, där faktainsamling om arbetad tid under en period ingick som underlag, konstateras att bakjouren skulle kunna schemaläggas 3-4 timmar per pass, vilket är den normalt arbetade tiden under bakjournsberedskapen fram till kl 21. En nackdel jämfört med beredskap skulle då vara att dessa timmar behöver balanseras med motsvarande ledighet under annan tid i veckan, vilket man menar inte går att passa ihop med verksamhetens behov av kontinuitet och av kompetens på vårdavdelningar och operation. Systemet med bakjour i beredskap ändrades därför inte.</p>	<p>Dagbakjour finns under ordinarie arbetstid, tillgänglig inom sjukhuset med bakjourssökare. I dagbakjourens arbetsuppgifter ingår dessutom att ronda på IVA, handleda och stödja läkare på akutmottagningen, ansvara för konsultärenden inom sjukhuset och från primärvården. Dagbakjouren är därför oftast inte schemalagd för andra ordinarie uppgifter på sin avdelning/mottagning. Rollen bemannas med de specialister som ingår i bakjourssystemet och även av de ST-läkare som har kort tid kvar till egen specialistkompetens.</p> <p>Från kl 1700 måndag – torsdag respektive 1400 på fredag finns bakjouren i beredskap. Områdesledningen har utrett möjligheten att schemalägga bakjourstjänsten fram till kl 19 som ordinarie tid (resp. till 1700 på fredagar). Slutsatsen blev att kompetensen behövs kontinuerligt under dagtid samt att beredskapen är billigare och systemet ändrades inte.</p> <p>Under helger finns två bakjourer, en för lungmedicin och en för allt övrigt. Lungmedicinbakjouren bemannas med enbart lungmedicinspecialister. Den andra bakjournslinjen delas mellan övriga erfarna specialister. Helgbakjourernas arbetsuppgifter domineras av rond på vårdavdelningarna. Omfattningen av denna uppgift inom lungmedicin är väsentligt mindre jämfört med resten av VO och det blir därför alltför stor skillnad mellan dessa båda bakjourers jourbelastning. Enligt uppgift i intervju förekommer att bakjourerna inom lungmedicin också utför arbetsuppgifter av administrativ karaktär som inte hör till jourarbete (se nästa avsnitt). Det pågår därför planering att ändra -</p>	<p>Dagbakjour under ordinarie arbetstid utgör en egen schemarad. Uppgiften delas mellan dem som ingår i bakjourssystemet och några ytterligare specialister, som är under inskolning till bakjourer. Övriga arbetsuppgifter för dagbakjouren är huvudsakligen administrativa.</p> <p>Bakjour i beredskap under jourtid schemaläggs av en av överläkarna och bemannas uteslutande med (erfarna) specialister enligt ett system som fördelar bakjournspassen rättvist i gruppen. Under veckan är arbetspasset 1600-0745, fredagar 1300-0900 och under helger hela dygn 0900-0900. Jourkomp schemaläggs med ledig eftermiddag vardag efter jour och ledig fredag veckan efter helgjour. ATL-gränserna övervakas.</p> <p>Ett system för inskolning av nya bakjourer används. Nyblivna specialister skolas in genom att vara bakjour med en "bak-bakjour" i beredskap.</p> <p>En utredning av eventuell schemaläggning av bakjouren med ordinarie arbetstid fram till kl 21 ingår i en utredning om schemaläggning av jouren, som gjordes under 2009. Den ledde fram till ändringar i primärjourssystemet med schemaläggning av primärjourer i ordinarie arbetstid fram till kl 21, medan bakjourssystemet inte ändrades.</p>

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
	systemet för att uppnå en mer jämnt fördelad arbetsbörda. En svårighet i detta är att säkra kompetens inom subspecialitet så att kvalitet och patientsäkerhet kan garanteras.	

1.1.2 Arbetsuppgifter under jour och beredskap

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Riktlinjer för arbetsuppgifter under jour och beredskap finns inte dokumenterade men har diskuterats, senast under hösten 2009. Den muntliga överenskommelsen är att jourarbetet avser ansvar för akuta kirurgiska problem kopplade till samtliga kirurgiska patienter på akutmottagning, vårdavdelningar och IVA samt konsultationer inom andra specialiteter. Det har under diskussionerna lyfts fram att det inte är tillåtet att "sitta och administrera ikapp". Däremot ingår det att under väntetider och kortare pauser arbeta med administrativa uppgifter, som annars hör till icke-akut arbete.</p> <p>Under helger ingår bedömning (rond) av samtliga patienter och att handlägga även icke-akuta frågeställningar, t ex utskrivningar. Primärjouren har förstahandsansvar och bakjouren är resurs för såväl kompetens som arbetsbelastning. I praktiken innebär det ofta att bakjouren rutinmässigt ansvarar för avdelningsrond under helger.</p> <p>Uppföljning av vilka arbetsuppgifter som utförts under jour och beredskap sker genom jourrapporten nästa dag, då avgående jour rapporterar inläggningar, utskrivningar, oavslutade åtgärder etc. Vidare sker uppföljning genom att jourlistorna granskas av läkaravdelningschefen. Ett använt</p>	<p>Arbetsuppgifter under jour och beredskap är ett ständigt aktuellt samtalsämne. Dokumenterade riktlinjer saknas men intrycket är att det är tydligt för alla vad som gäller. Akut omhändertagande av inneliggande och nytillkomna patienter ingår liksom rondning på avdelningar och utskrivningar under helger. Om kortare pauser uppstår ska/ får administrativa uppgifter utföras, t ex "svarsåador i VAS". Det är däremot inte tillåtet att använda t ex beredskapen under helgen för att under längre tid utföra uppgifter som inte hör till jourarbetet.</p> <p>Uppföljning av följsamheten sker kontinuerligt genom samtal med och inom läkargruppen i samband med jourrapport och vid andra tillfällen samt genom läkaravdelningschefens bedömning av rimligheten i inlämnade tidrapporter.</p>	<p>Riktlinjer för vilka arbetsuppgifter som ska utföras under jour och beredskap gäller ansvar för akutmottagningen, avdelningar, externa sökningar och operationer. De är inte dokumenterade. Administration under jourtid ingår inte i jourarbete, med undantag för sådant som sker under kortare pauser eller väntetider.</p> <p>En särskild diskussion har förts när det gäller bakjourens roll vid de tillfällen då det finns en "bakbakjour". Regeln är att denne/ denna ska aktiveras endast på direkt begäran av bakjouren, dvs. den läkare som är under inskolning i bakjournrollen. Avsteg mot detta har förekommit och regeln har därför lyfts fram och förtydligats i samtal med läkargruppen.</p> <p>En specifik arbetsuppgift utgörs av markering av operationsområde på måndagens operationsfall. Denna åtgärd görs ej sällan på söndagen, i syfte att bidra till smidig förberedelse på måndag morgon, och tiden registreras då som flexitid, ej jourtid.</p> <p>Uppföljningen av om jourarbetstiden används för rätt arbetsuppgifter sker huvudsakligen genom jourrapporterna och genom granskning av jourrapporterna.</p>

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>sätt att granska jourlistorna är att jämföra primärjoureus och bakjoureus tidsrapporter. När något tycks avvika från det förväntade görs en fördjupad kontroll, som hittills oftast resulterat i att det finns en rimlig förklaring.</p> <p>En annan metod att följa upp att läkare förvaltar förtroendet på ett acceptabelt sätt är att över tid jämföra olika läkares rapporter. Det har då vid enstaka tillfällen visat sig att någon eller några personer konsekvent haft fler arbetade timmar än andra. När sådant återfinns i uppföljningen sker personliga samtal med vederbörande läkare.</p>		

1.1.3 Joursättning

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Generella och lokala avtal gäller. Området har inget specifikt jouravtal eller schablon.</p>	<p>Intjänad jourkomp beräknas som 100 % av arbetade timmar under jour, enligt VO:s schablonregel och lokala avtal.</p> <p>Utöver övergripande generella och lokala avtal har område Medicin ett specialavtal för jourtjänstgöringen. Det innebär en schabloniserad beräkning och läkarna skriver inte upp vilka tider de arbetar. Analys av tjänstgöringen har gjorts inför överenskommelsen. Slutsatserna är att det finns mycket få eller inga tillfällen av icke arbetad tid. Den överenskomna schablonen är därför 100 procent, dvs. all tid räknas som arbetad tid under jour. Fördjupade punktmätningar har gjorts av primärjoureus arbetsbelastning för att utvärdera om schablonen är rimlig. Den första genomfördes 2009 och bekräftade bilden. En ny utvärdering pågår nu avseende januari 2010.</p>	<p>Generella och lokala avtal gäller. Området har inget specifikt jouravtal eller schablon.</p>

1.1.4 Schemaläggning

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
<p>Schema läggs av läkaravdelningschefen, förutom bakjoursschemat som läggs enligt modell "önskeschema" av en annan läkare inom området.</p>	<p>Det finns två samtidiga scheman: ett på kort sikt med 6-8 veckors framförhållning och ett preliminärt på lång sikt med 12 veckors framförhållning. Det kortsiktiga schemat avser en månad i taget. Schemahanteringen är helt manuell. <u>Utgångspunkter</u> är bemanning av jourveckor, bakjourer, avdelningar och mottagning tillsammans med läkarnas planerade ledigheter för jourkomp eller kurser/konferenser.</p> <p>Det dagliga arbetsschemat har genomgått flera förändringar under senaste året. Bl. a har morgonrutinerna ändrats så att den gemensamma röntgenronden har kortats, vilket frigör utrymme för t ex läkarnas operationsförberedelser och medger tidigare start på mottagningen. Förändringen är ännu inte utvärderad, men harmoniserar med "Bättre flyt på operation" och också tidigare start för mottagningar.</p> <p><i>Kompetensutvecklingsplan</i> finns för samtliga medarbetare, utom för vissa läkare. ST-läkarna har kompetensplan i sina kontrakt och årliga utvecklingssamtal, specialistläkarna har samtliga haft utvecklingssamtal, men för två saknas kompetensutvecklingsplan och det finns inte heller för överläkarkollektivet. Det finns förhoppningar att dessa brister kan rättas till nu sedan en läkaravdelningschef tillsatts hösten -09.</p>	<p>Vid behov minskas mottagningstiden för att hinna med schemaläggningen. Nära samverkan med läkaravdelningschefen sker och i perioder finns också hjälp genom samarbete med någon av ST-läkarna.</p> <p>Ett schema upprättas med en dryg månads framförhållning. Det finns önskemål från både ledning och läkarna själva att upprätta även ett preliminärt långtidsschema, t ex från nyår fram till sommaren och från semesterperioden fram till nyår. Det är enligt uppgift en trolig utveckling.</p> <p>Regel för läkarnas önskemål är att ledigheter, kurser etc. ska varslas med nära två månaders framförhållning. T ex ska önskemål avseende aprilschemat ha inkommit senast 5/2. Det är vanligt att önskemål inkommer efter deadline och enligt schemaläggarna förekommer det återkommande hos samma personer, motsvarande ca 40 procent av läkargruppen. Detta försvårar schemaläggningen och är förknippat med en hel del "tjatande" på läkarna att hålla sig till överenskomna regler. En annan svårighet för schemaläggaren är när underläkarvikarier anställs med kort varsel.</p> <p>Det preliminära schemat anslås när det är ca en vecka och en månad kvar tills det ska börja gälla. Sista-minuten-ändringar kan göras av läkarna själva (t ex byten), andra ändringar görs efter kontakt med schemaläggaren. Efter några dagar permanentas schemat, renskrivs av en assistent och anslås en månad innan det börjar gälla. Ändringar i slutgiltigt schema förekommer, men sällan fler än enstaka. Även här har noterats att det oftast är samma individer som återkommer med sena ändringsönskemål.</p> <p>Innehållet i schemat är placeringarna, dvs. avdelningar, mottagningar, jourveckor och bakjoursschema. Mottagningar läggs ut som "mottagningsveckor" och läkarna (specialister och ST) får själva disponera tiden med mottagning och administration. Avseende joursschemat är det enligt intervju vanligt med många överväganden för att matcha fram- och bakjour, med hänsyn tagen till individuella egenskaper. Språkfrågan, som nämnts ovan, är en sådan och även andra förekommer. Schemaläggningen kräver därför, enligt uppgift, god personkännedom och ett nära samarbete mellan schemaläggare och läkaravdelningschef.</p>

VO Kirurgi	VO Medicin	VO Ortopedi
		<p>Ungefär en tredjedel av specialisterna medverkar inte eller bara delvis i bakjourssystemet. Skälen är relaterade till bl. a ålder och andra individuella orsaker.</p> <p>Två scheman används, ett långsiktigt preliminärt och ett kortsiktigt slutgiltigt. Det långsiktiga schemat upprättas för tre perioder om året motsvarande vårtermin, sommar/semesterperiod respektive hösttermin. Exempelvis finns i januari -10 ett preliminärt schema fram till 13 juni.</p> <p>Det kortsiktiga schemat skall avse 6 veckor framåt, ett mål som uppnås i uppskattningsvis hälften av tiden.</p> <p>Schemat läggs manuellt under processen och anslås slutgiltigt i intranätet samt på anslagstavla. Ansvaret delas mellan teamledarna och LAC, som har det samlande slutgiltiga ansvaret. Principen är att teamen schemalägger inom teamet och ansvarar för att fylla bakjournpassen enligt ett rullande schema och att LAC lägger schema för jourveckorna. De jourpass som inte ingår i jourveckorna fylls på genom "tvättstugemodell". Bakjoursschemat läggs av en av områdets överläkare. Läkaravdelningschefen ansvarar för att schemat är fullständigt och vidtar nödvändiga kompletteringar innan det fastslås.</p>

1.1.5 Tidsregistrering och uppföljning

1.1.5.1.1 System

All tid registreras i en och samma databas inom ramen för personalsystemet **Heroma**.

För input av tidsregistrering i databasen finns användaranpassade system:

- "Självservice" för registrering av ledigheter
- "Kom och gå" för registrering av flexitid (motsvarar stämpelur)
- "Dam" för registrering av arbetad tid under beredskap

Till databasen kopplas verktyg (system) för uppföljning och analys:

Prodiver är ett verktyg huvudsakligen avsett för analys av arbetad tid under jour och beredskap, ledig tid, typ av ledighet, utförd tid/ ledig tid. Dessa resultat kan återföras månatligen till chefer, men ger inte tillräcklig information för att användas i styrning och utveckling av verksamheten.

Diveport är ett verktyg för uppföljning, som är tänkt att användas för styrning. Det är delvis under utveckling och kommer att bli användbart för uppföljning, styrning och planering. Såväl Prodiver som Diveport är endast presentationssystem. Alla data hämtas ur en och samma databas.

Idag är följande möjligt att hämta ur systemet:

- Antal arbetade timmar totalt
- Antal arbetade timmar under jour ("störningar")
- Antal arbetade timmar under beredskap
- Andel tid (i %) av jour som är arbetad tid
- Andel tid (i %) av beredskap som är arbetad tid
- Antal komp.timmar som bokas för arbete under jour och beredskap
- Antal flexstimmar som bokas
- Antal timmar som kompas ut för arbete under jour och beredskap
- Antal flexstimmar som tas ut

Information som håller på att tas fram:

- - Diff mellan timmar in och ut i "jourberget"

Rutinen är att presentera informationen periodiserad per månad. Det är också möjligt att redovisa resultat per veckodag eller per befattning eller t.o.m. per individ.

System för planering och schemaläggning finns ännu inte klara för användning. Ett hinder är att den modul som finns i befintligt system inte är tillräckligt bra för ändamålet. Avsikten är att komplettera befintliga verktyg med bemanningsplanering och schemaläggning. Fastställd tidplan finns inte, men det är en förhoppning att det ska finnas på plats inom ett par år.

1.1.5.1.2 Användarperspektiv

I gruppintervjuer med läkare har användarvänligheten i systemen berörts. Intrycket i dessa intervjuer är att läkarna upplever det enkelt att använda systemen, inloggningen är enkel och det är smidigt att göra de registreringar som ska göras.

Registrering av arbetad tid görs huvudsakligen av läkarna själva direkt vid dator. Undantag finns med manuella jourlistor för AT-läkare samt en del av bakjourerna. I dessa fall förs uppgifterna in i databasen av områdets respektive personalassistenter.

1.1.5.1.3 Uppföljning

I intervjuer framkommer att verksamhetschefer och läkaravdelningschefer hittills har begränsad nytta av de resultat som presenteras ur tidsregistreringssystemen. Under hösten -09 har ett samarbete med IT-medarbetare inletts, i syfte att skapa rapporter som blir direkt användbara för t ex läkarcheferna. Ett exempel har nämnts, nämligen möjligheten att se hur mycket jourkomp som har

tjänats in under perioden i relation till hur mycket jourkomp som har tagits ut. Resultatet upplevs bli användbart såväl i aggregerad form (för berörd läkargrupp) som på individnivå.

En avvikelse i resultaten kan förmodas finnas i en vanlig felanvändning (enligt uppgift i intervjuer), nämligen det som brukar benämnas ATL-tid. Avsikten är att läkare under jour och beredskap ska registrera den faktiskt arbetade tiden. Eftersom ersättningssystemen är kopplade till en påbörjad halvtimme är inte ovanligt att man registrerar en halvtimmes arbete när störningen i själva verket bara var några minuter. Arbetsgivarens plikt att följa ATL-tiden försvåras därför.

Återföringen av resultat av registrerad tid sker månadsvis och uppgifterna har hittills ibland varit ofullständiga, eftersom det har saknats underlag när en del av läkarna inte lämnat in jourlista i tid. I nya riktlinjer för jourhanteringen (se 5.5 nedan) ingår krav på inlämning av jourlista senast inom en månad. Regeln kan, om den efterlevs, stödja en bättre uppföljning och ökade möjligheter till åtgärder vid avvikelser. Den bidrar dessutom förmodligen till ökade möjligheter för läkarna själva att föra in korrekta tider.

1.2 Effektiviseringsarbete i landstinget

Våren 2009 togs beslut om besparingar och effektiviseringar i JLL enligt en modell benämnd "Omställning 2010". Projektet har två huvudspår: effektiviseringar och prioriteringar (utbudsbegränsningar och inprioriteringar) och innebär omfattande besparingar. En detaljerad redovisning faller utanför avgränsningen för föreliggande granskning. Relevant här är några av punkterna inom projektets *effektiviseringsförslag*, nämligen det som rör schemaläggning, jour och beredskap och överlappningstider.

VOC-na fick under 2009 uppdrag att granska jour och beredskap under tre månader (sep-nov 2008) och återkomma med analyser bl. a avseende *schemaläggning* av läkare till kl 21. Konsekvenserna av utredningen är förändrat jourssystem inom område ORT med schemaläggning av nattjouren till kl 21. Inom område MED, som redan hade schemalagd tid till kl 21 för primärjourerna, övervägdes schemaläggning av bakjour till kl 19, men slutsatsen blev att det skulle bli dyrare än beredskap och förslaget förkastades därför. Inom område KIR blev slutsatsen liknande, med primärjourerna redan schemalagda till 21 och bedömningen att schemaläggning av bakjourer skulle innebära otillräcklig tillgång till specialister dagtid. Vissa justeringar har gjorts när det gäller överlämningstider. Landstinget har efter denna analys beslutat att inte driva frågan om schemaläggning vidare när det gäller bakjourerna.

Ett viktigt steg i effektiviseringsåtgärderna är förändrat regelverk för *jourkompensation*¹:

Jour- och beredskapsrapport skall inlämnas senast inom en månad.

Innestående kompensation får uppgå till 200 timmar vid december månads utgång.

Vid byte av befattning till en med högre lön, t ex ST-läkare till specialistläkare, skall innestående jourkompensation regleras före förändringen. Efter särskild överenskommelse med närmaste chef kan max 80 timmar kvarstå.

AT-läkare reglerar jourkompensationen när AT-tjänstgöringen är slutförd

Läkare som randar reglerar jourkomp innan randningstjänstgöringen avslutas.

¹ "Landstingsgemensam regel om intjänad jourkompensation" 2009.

Varje verksamhetsområde skriver på lönekontorets avvikelseblankett på hur många timmar som ska utbetalas kontant i december.

Vidare ingår en övergångsbestämmelse när det gäller taket för inestående komp, att det ska vara reglerat till 30 april 2010. Undantag kan medges i enstaka fall.

Inom granskade VO finns enstaka läkare vars "jourberg" inte kommer att hinna regleras till utsatt datum. Med dessa beviljade undantag kommer, enligt denna granskning, alla tre VO uppnå målet i övergångsbestämmelsen. För de undantagna läkarna skall målet om max 200 timmars inestående komp vara uppnått senast 31 december 2014.

1.3 Patientsäkerhetsarbete

Kort beskrivning av läkares engagemang i det systematiska kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet.

1.3.1 Läkares medverkan

Läkarnas möjlighet till engagemang i systematiskt patientsäkerhetsarbete har ökat på senare år, men uppfattas ännu utgöra ett viktigt förbättringsområde. T ex har centrala initiativ till metodutbildning för läkare i händelseanalys inte kunnat prioriteras i läkargruppen och inga läkare har hittills deltagit i sådan utbildning.

På gång under granskningsperioden är en endagsutbildning för VOC och MLA inom slutenvården och primärvården. Det oprioriterade engagemanget i systematiskt patientsäkerhetsarbete avspeglas också i det faktum att endast enstaka läkare valde att delta i den femte Nationella patientsäkerhetskonferensen som hölls nyligen (feb -10). I valet mellan denna och andra kurser/konferenser har läkarna enligt uppgift påverkats av ekonomiskt motiverade restriktioner när det gäller extern utbildning och prioriterat sådant som rör den egna medicinska specialiteten. Den kategori läkare som hittills visat mest intresse är de lite yngre och medelålders specialisterna, medan mer erfarna specialister enligt uppgift förhållit sig mer distanserade till frågan.

Drivande kraft är förutom verksamhetscheferna också chefläkaren, som representerar JLL i flera nationella fora och i samverkan med centralt placerade vårdutvecklare vid Östersunds sjukhus agerar för att öka läkarnas kompetens och delaktighet i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. Enligt uppgift i intervju uppfattas orsaken till läkarnas hittills blygsamma engagemang för dessa frågor vara att de "inte ser kvalitetsarbetet som en av sina arbetsuppgifter". Som starkt bidragande orsak anges verksamheternas fokus på tillgänglighet och produktion och därmed förknippad hög arbetsbelastning. Samtidigt framhålls hur viktigt det är att avsätta läkarresurser för medverkan i patientsäkerhetsarbetet. I de exempel som finns på läkares medverkan i t ex händelseanalyser konstateras ett "oerhört bra" resultat, jämfört med när läkare inte medverkat.

1.4 Synpunkter i intervjuer med läkargrupper

Beskriver ett urval av de synpunkter som lämnats av 12 läkare från KIR, MED och ORT i två gruppintervjuer.

1.4.1 Om kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet

Intervjuerna förmedlade en positiv inställning till medverkan i kvalitetsprojekt, i synnerhet när dessa byggs kring konkreta frågeställningar med tydliga mål. Ett exempel som nämndes var aktiviteter som skedde under 2009 med satsning på ökad produktion under landstingets tillgänglighetssatsning. Samtidigt gavs en bild av att läkarnas medverkan i det systematiska kvalitets- och

patientsäkerhetsarbetet hittills skett undantagsvis och att läkarnas kunskaper om innebörden i begreppet "kvalitetsarbete" är ofullständiga.

På frågan om läkarna upplever respektive VO-lednings stöd för förbättringsprojekt gavs huvudsakligen positiva svar. Ett hinder för ökad medverkan i kvalitetsarbetet beskrevs: "vi hinner inte, vi är så styrda hela tiden". Ett annat citat: "Kanalerna för förbättrings- och förändringsarbete finns inte. Allt flyter".

Läkarna uttryckte skepsis till skriftliga riktlinjers värde för att säkra kvalitet. Bl. a nämndes att dokumentdatabasen "Dokumenta" är svåränvänd pga. otillräcklig sökfunktion.

1.4.2 Om engagemang för ekonomiska mål

Intresse och engagemang för landstingets ekonomiska mål och resultat framstår i intervjuerna som begränsat, men inte obefintligt. Från företrädarna från område KIR och MED nämndes att återföring om ekonomin förekommer.

1.4.3 Om kompetensutveckling

Flera synpunkter om ST-läkares möjligheter att följa utbildningsplan, läsa in text, få systematisk handledning m.m. gavs med kontentan att ST-handledningen är eftersatt och inte följs upp samt att ST-läkarnas jourtjänst gör att det är svårt att följa utbildningsplanen.

1.4.4 Om inflytande över schema, arbetstider och arbetsuppgifter

Ledighetsönskemål tillgodoses ofta och den allmänna uppfattningen tycks vara att det går lätt att påverka när man vill vara ledig. Om framförhållningen i schemat gavs bilden att man önskar en längre sådan, särskilt vid område MED. Optimal framförhållning för tjänstgöringsschema ligger enligt intervjuerna kring 2 månader.

Kommentarer kring flexitidssystemet handlade om att flexen enbart kan användas för "plus", dvs. det är aldrig möjligt att flexa in lite sent eller flexa ut lite tidigt ibland. Istället kommer flexen till nytta enbart för att "jobba över" och upparbetad flexetid tas ut i samband med veckoledigheter.

Om arbetssätt kommenterades att "administrativa förändringar bara dimper på en", dvs. regler för hur saker ska göras. Vidare betonades av flera i grupperna att kärnverksamheten blir lidande som följd av en mängd olika "tidstjuvar", t ex krånglig inloggning i systemen, tungrovt journalsystem, administrativa uppgifter som läkarna anser bör utföras av administrativ personal till lägre kostnad, omständligt system för att få tillgång till arbetskläder m.m.

1.4.5 Om användning av olika kompetens

En av synpunkterna från område ORT handlade om att de medicinska bedömningarna på avdelningsronder ofta rör något annat än ortopedi (hos multisjuka patienter). Samstämmigt uttrycktes stort behov av tillgång till geriatrisk kompetens (vilket enligt uppgift saknas inom länssjukvården).

Frågan om vem som ska tjänstgöra på akutmottagningen diskuterades. Läkarna uttryckte uppfattningen att flöden kan effektiviseras om det är specialister, men att placeringen innebär en mycket bra skolning för blivande specialister och unga läkare.

Som primärjour har man god tillgång till sin bakjour. En läkare från KIR framförde uppfattningen att dagbakjournen på KIR "har för mycket annat att göra" och att man som dagjour därför kan "känna sig lite ensam".

En annan synpunkt om akutmottagningen rör tillströmning av patienter med problem som hör hemma inom Primärvården, dvs. med konsekvensen att länssjukvårdens läkare arbetar delvis med "fel" uppgifter. Problemet tycks förekomma oftare vid område MED än KIR och ORT.

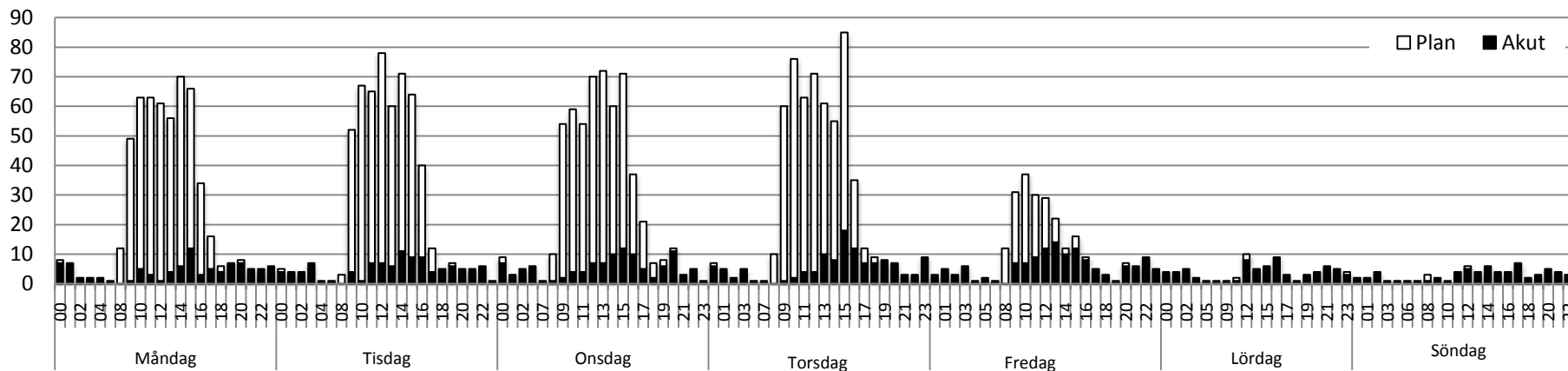
1.4.6 Om MLA:s roll

Positiv inställning till MLA-läkarnas roll som förmedlare av information om arbetssätt och rutiner framfördes från läkare vid område KIR och MED, medan läkare från område ORT uttryckte mindre tillfredsställelse.

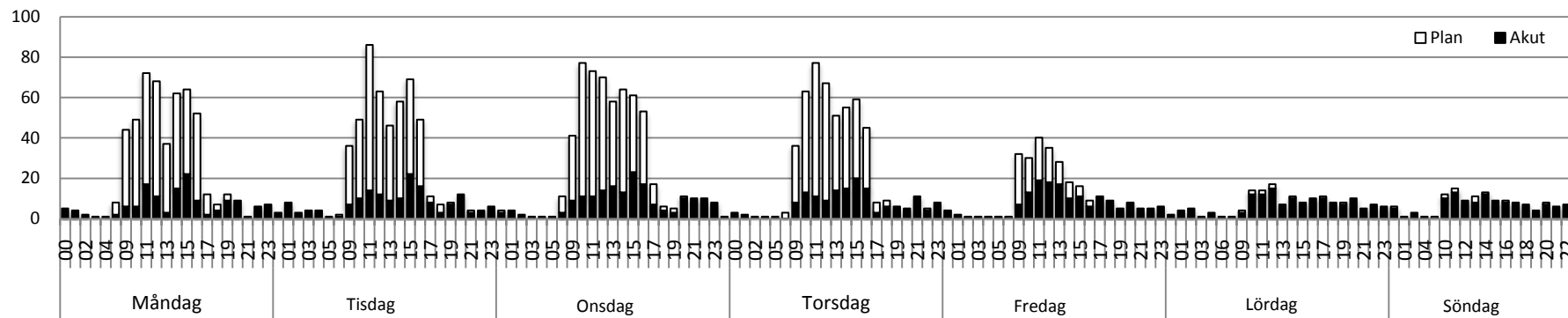
Bilaga 2: Diagram: Verksamhetens produktion

Operationer: Nedanstående diagram visar antal operationer under 2009 fördelat på veckodag och under vilken timme på dygnet som de påbörjades.

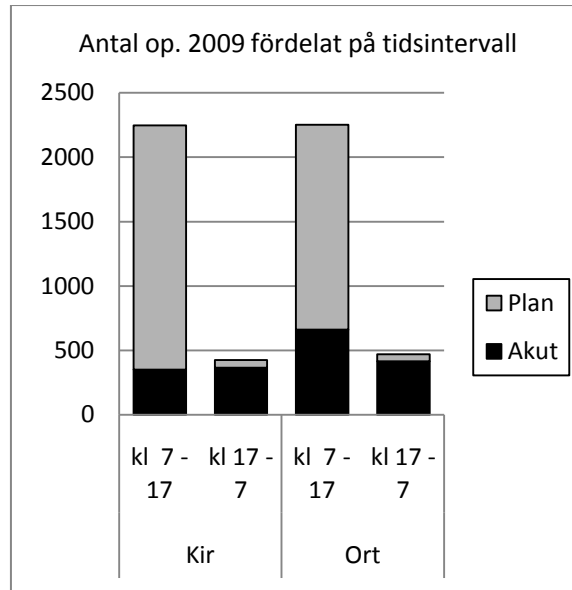
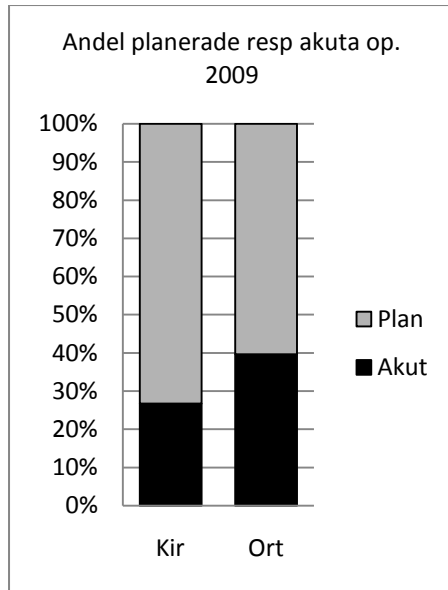
VO KIR. Antal op. 2009 fördelade på veckodag och tid.



VO ORT. Antal op. 2009 fördelade på veckodag och tid.

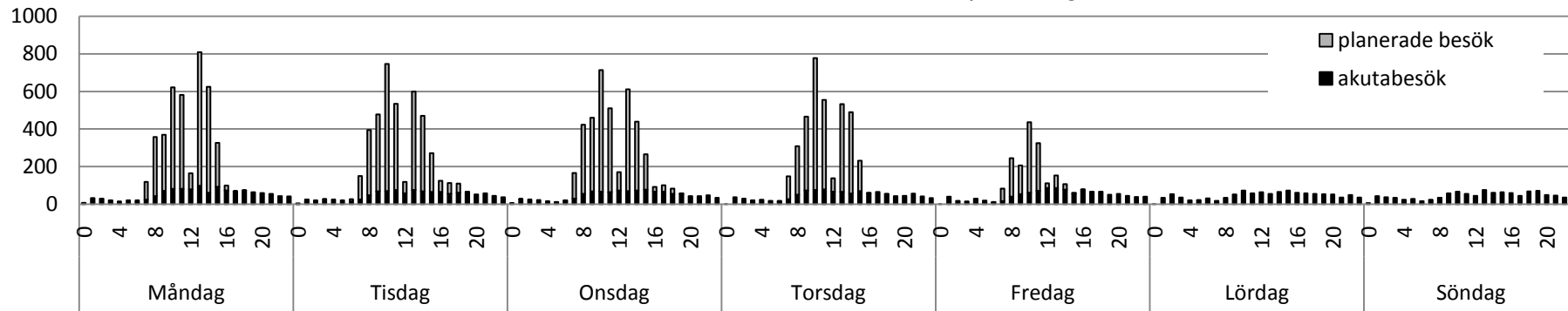


Andel planerad resp akuta op. 2009

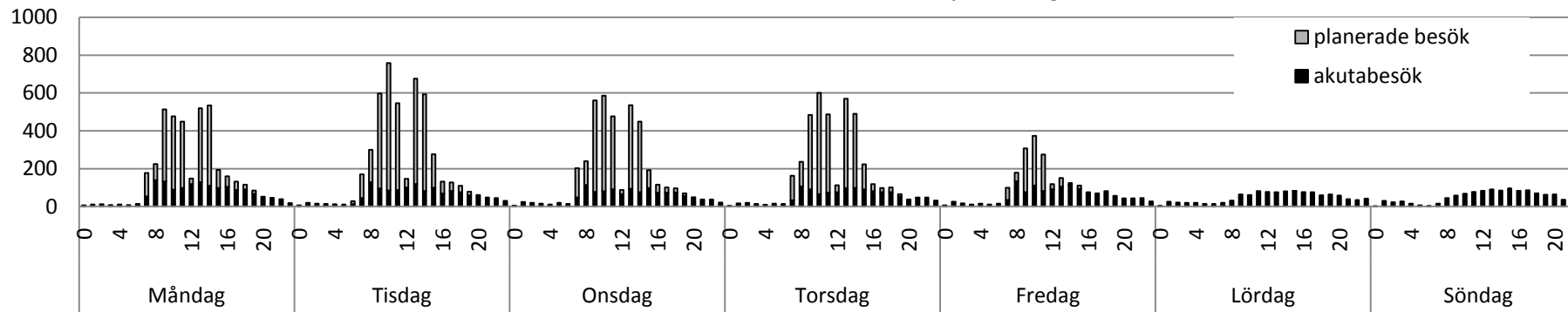


Besök: Antal besök: Nedanstående diagram visar antalet besök under 2009 för resp verksamhetsområde med fördelning på dag och timme.

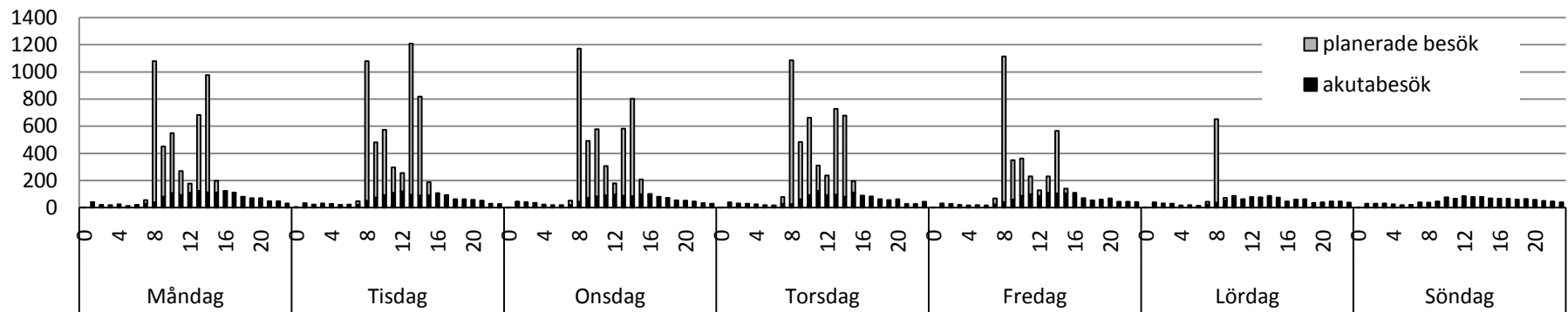
Besök. KIRURG mott + besök Akutmott . 2009. . Fördelat på veckodagar och tid.



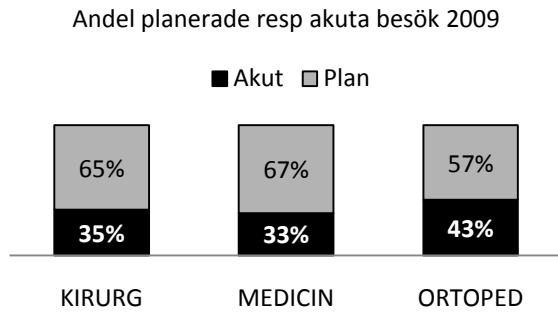
Besök. ORTOPED. + besök Akutmott. 2009. Fördelat på veckodagar och tid.



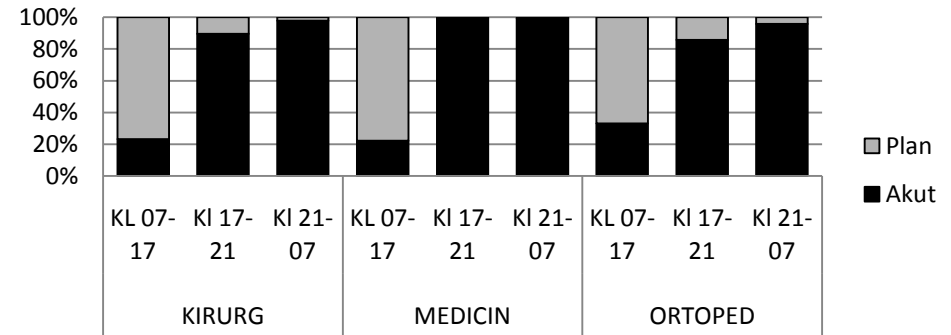
Besök MEDICIN + Akutmottagn, 2009. Fördelat på veckodagar och tid.



Andel planerad resp akuta besök 2009

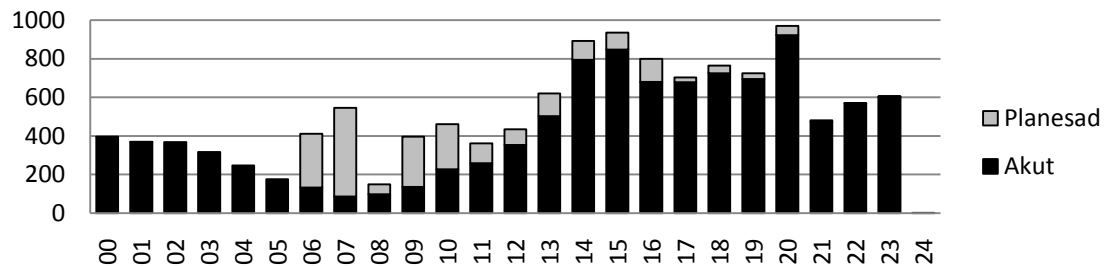


Andel planerade resp akuta besök 2009, fördelade på tidsintervall

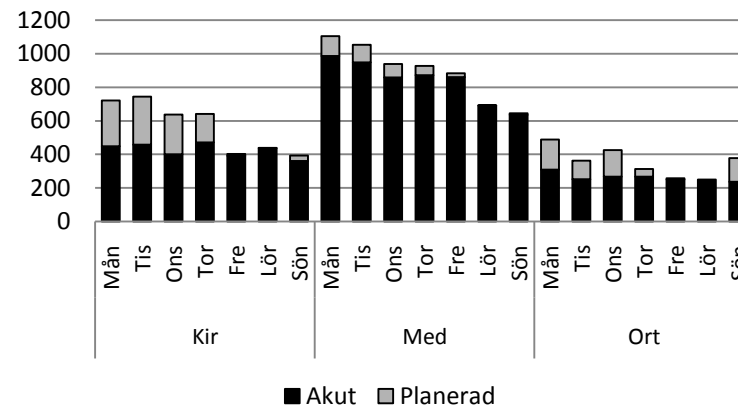


Inskrivningar

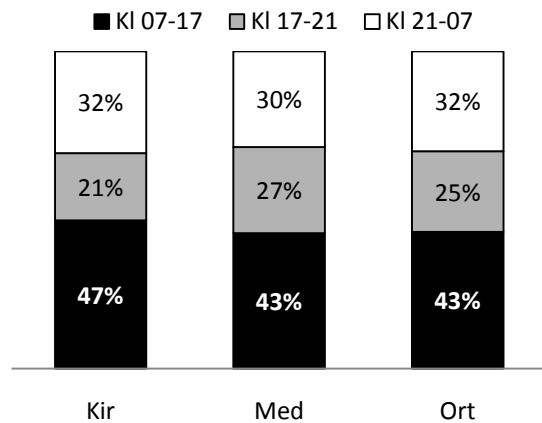
Inskrivningar per timme 2009. Med+Kir+Ort.



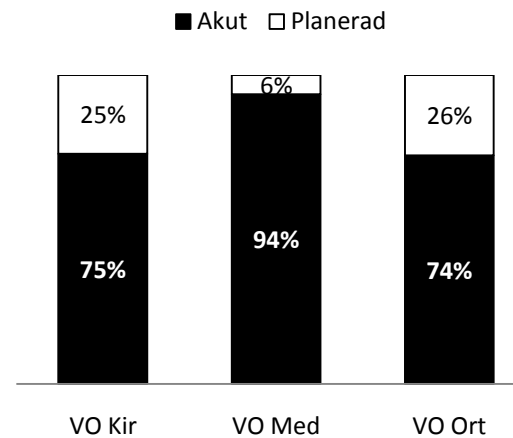
Inskrivningar per veckodag, 2009



Inskrivningar år 2009 totalt, fördelat på tidintervall



Inskrivningar 2009 fördelat på akuta resp planerade



BILAGA 3: Lagar och avtal

1.6 Styrning av arbetstid i lagar och avtal

Sammanfattande beskrivningar av ATL samt läkaravtalet rörande arbetstid, jour/ beredskap och - ersättning samt slutligen aktuella avstegsavtal mellan JLL och den lokala läkarföreningen.

1.6.1 Arbetstidslagen

Aktuell arbetstidslag gäller från och med 2007 och avser allt arbete i Sverige, men kan ersättas helt eller delvis i kollektivavtal med specificerade begränsningar. ATL föreskriver villkor för arbetstid per dygn, per vecka och per år. Lagen innehåller föreskrifter för jour och beredskap, för raster, pauser och nattvila. Den omfattar obligatoriska direktiv inom EU (2007) om arbetstidens förläggning, som medger kollektivavtal om arbetstid förutsatt att vissa minimiregler om veckovila, dygnsvila och veckoarbetstid är uppfyllda. Exempelvis föreskrivs maximalt 40 timmars arbetstid per vecka eller i genomsnitt 40 tim/ vecka under en 4-veckorsperiod, 11 timmars dygnsvila per 24 timmar, 36 timmars sammanhängande ledighet (veckovila) per 7-dagarsperiod oräknat beredskapstjänst utanför arbetsplatsen, m.m.

Tillåtna avsteg² från ATL fastslås i avtalets specialbestämmelser, t ex:

Rast vid aktivt arbete under jour och beredskap får utbytas mot måltidsuppehåll

Sammanhängande dygnsvila kan uppgå till minst 9 timmar, förutsatt att den genomsnittligt inte understiger 11 timmar per dygn under begränsningsperioden och tillfälliga avvikelser från 9-timmarsregeln tillåts, förutsatt att genomsnittet är 11 timmar per dygn under en sjudygnsperiod.

1.6.2 Avtal

Avtalets *Specialbestämmelser för läkare* är en specificering av kollektivavtalets regelverk. Lokala avtal medges i kollektivavtalet och nedan redovisas aktuella sådana inom JLL, vilka i vissa fall innebär avsteg från övergripande avtal.

I avtalet fastslås läkarnas skyldighet att vid behov (för verksamheten) ”förskjuta arbetstiden, att arbeta utöver fastställd arbetstid samt att fullgöra jour och beredskap”. Hänsyn ska tas till ”giltiga skäl” att inte göra detta.

Den ordinarie arbetstiden för heltidsanställd ska vara i genomsnitt 40 timmar per helgfri vecka. Avtalet ger möjlighet att omfördela veckoarbetstiden för att möjliggöra sommararbetstid.

1.6.2.1 Ersättning för arbetad tid under jour och beredskap

Den tid under jour och beredskap som läkarna fullgör arbetstid ersätts enligt nedanstående tabell.

² Aktuella avstegsavtal inom JLL redovisas i tabell 3.

Citat ur avtalet avseende Ersättning för jour och beredskap	
Arbete som fullgjorts	Andel av den arbetade tiden
a) Kl 00.00-24.00 på söndag och helgdag; kl 13.00–24.00 dag före sön- och helgdag samt vardag kl 00.00-07.00	2,0
b) kl 07.00-13.00 på dag före sön- och helgdag samt på vardag kl 21.00-24.00	1,5
c) annan tid	1,0

Ersättning för bundenhet under jour och beredskap

Den tid läkarna i jour eller beredskap står till förfogande för arbetsgivaren för att vid behov träda i tjänst ersätts enligt nedanstående tabell.

Citat ur avtalet avseende Ersättning för jour och beredskap		
	Kl 07.00 vardag före sön-/ helgdag till kl 07.00 vardag efter sön-/ helgdag	Annan tid
Där läkaren ålagts		
Jour	1/2 (0,5)	1/4 (0,25)
Beredskap a) ³	1/5 (0,2)	1/10 (0,10)
Beredskap b) ⁴	1/8 (0,125)	1/16 (0,063)

Arbetstidslagen (och EU:s arbetstidsdirektiv) medger lokala avtal med avsteg från lagens regelverk. Nedan redovisas aktuella avstegsavtal inom Jämtlands läns landsting.

1.6.2.2 Lokala avtal inom JLL

Lokala avtal som i förekommande fall gäller före det generella avtalet.

³ **Beredskap a:** "i bostaden eller på annan plats utom arbetsstället på vilken läkaren kan nås med telefon och från vilken läkaren snabbt kan nå arbetsplatsen"

⁴ **Beredskap b:** "i bostaden eller på annan plats utom arbetsstället med skyldighet att vid behov träda i arbete inom två timmar efter inkallelse"

Lokala avtal mellan JLL och läkarnas lokala fackliga organisation			
Rubrik	Sammanfattning av innehåll	Datum	Status
Lokal förhandling: Ersättning för arbetad tid under jour och beredskap	Avser omförhandling av tidigare lokalavtal om ersättningsnivåer under jour och beredskap, vilket sagts upp av JLL. Avtal om sänkt ersättning på storhelger från faktor 3,0 till faktor 2,5, i övrigt fastslogs tidigare lokala avtal (Jan 2005).	September 2009	Avtalet uppsagt i mars 2010 av arbetsgivaren, i syfte att återställa ersättning på fredag kl 17-21 till faktor 1,5.
Lokalt kollektivavtal om avvikelser från ATL	Avser hantering av tillfälliga avvikelser från ATL:s regler om dygnsvila, vad som ska resp. inte ska ersättas och hur det i så fall ska ersättas. Ska kompletteras med tillämpningsregler inom varje verksamhetsområde ⁵ i samråd med berörda läkare inom specialiteten/ verksamhetsområdet.	Juni 2007	Gäller
Lokal förhandling: Ersättningsnivåer i samband med jour och beredskap	Avser ersättning för arbetad tid under jour och beredskap och höjda ersättningsnivåer med 2,0 från fredag kl 17 till måndag kl 07 och 3,0 under storhelger (röda dagar under påsk, midsommar, jul, nyår), 4 månaders avräkningsperiod för ATL m.m.	Januari 2005	Uppsagt 2009 av JLL, nytt avtal ändrar regeln för storhelger. Fredagsersättning omförhandlas..
Lokal förhandling: Överenskommelse i jour- och beredskapsfrågor för läkare	Tidsbegränsat avtal inför förändrade övergripande regelverk rörande arbetsmiljö. Rör ersättning i samband med inhopp som jourersättare med kort varsel, jour- och beredskapstäthet och ersättning vid tätare tjänstgöring	Maj 1999	Gäller
Ersättning till specialistläkare utanför jour och beredskap	Avser 200 % ersättning när läkare som inte har jour eller beredskap snabbinkallas till bakjouren " utifrån speciell kompetens".	September 1998	Gäller

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

Innestående komp >200 timmar vid december månads utgång betalas ut som kontant ersättning.

Innestående jourkomp regleras i samband med byte till befattning med högre lön, ex från ST-tjänst till Specialistläkare.

Övergångsbestämmelse avs. jourkompberget för "särskilda fall", som ska godkännas skriftligt av verksamhetsområdeschef.

I mars 2010 har det lokala avtalet om jourersättning sagts upp av landstinget. Efter omförhandling har nytt avtal träffats om ersättning fredagar kl 17 -21 med faktor 1,5 (tidigare ersättning baserades på faktor 1,0).

⁵ Tillämpningsregler har efterfrågats i granskningen, men förefaller inte finnas.

Bilaga 4: Granskningsunderlag

Dokument

Landstingsplanen 2009-2010

HSL, LYHS

SOSFS 2005:12

ATL

Läkaravtal Landsting och kommuner

Specialbestämmelser för läkare. Bilaga 3 till HÖK.

Lokalt kollektivavtal om avvikelser från ATL

Protokoll från lokala förhandlingar mellan JLL och Jämtlands läns läkarförening

Landstingsgemensam regel om intjänad jourkomp. Mars 2009.

Uppgifter i Heroma avseende tidsregistrering under 2009

Aggregerad tidsrapport helår 2009.

Sammanställning av samtliga landstings/ regioners lokala jour- och beredskapsavtal för läkare arbetad tid fredagar och storhelger. Sveriges Läkarförbund september 2009

Verksamhetsplaner 2009 för verksamhetsområde KIR, MED och ORT

Årsbokslut 2008 och 2009 för verksamhetsområde KIR, MED och ORT

Helseplans rapport 2009: Genomlysning av VO Ortopedi

Kopior av aktuella scheman vid granskade verksamhetsområden, januari 2010

Nysam – ekonomirapport 2009, rapport Kir 2008, Med 2008, Ort 2008 m fl Nysamrapp.

Öppna Jämförelser inom Hälso- och sjukvården. Rapport 2009

Uttag av data ur VAS avseende tidpunkter för operationer, mottagningsbesök samt inskrivningar 2009.

M.m.

Intervjuer

Verksamhetsområdeschefer vid VO Kirurgi, Medicin och Ortopedi

Läkaravdelningschefer vid VO Kirurgi, Medicin och Ortopedi

Schemaläggare VO Medicin

Teamschemaläggare, VO Ortopedi

12 läkare från verksamhetsområde Kirurgi, Medicin och Ortopedi (2 grupper)

Personaldirektören

Företrädare för Ledningsstab Personal och IT

Landstingsdirektören

Chefläkaren (länssjukvården)

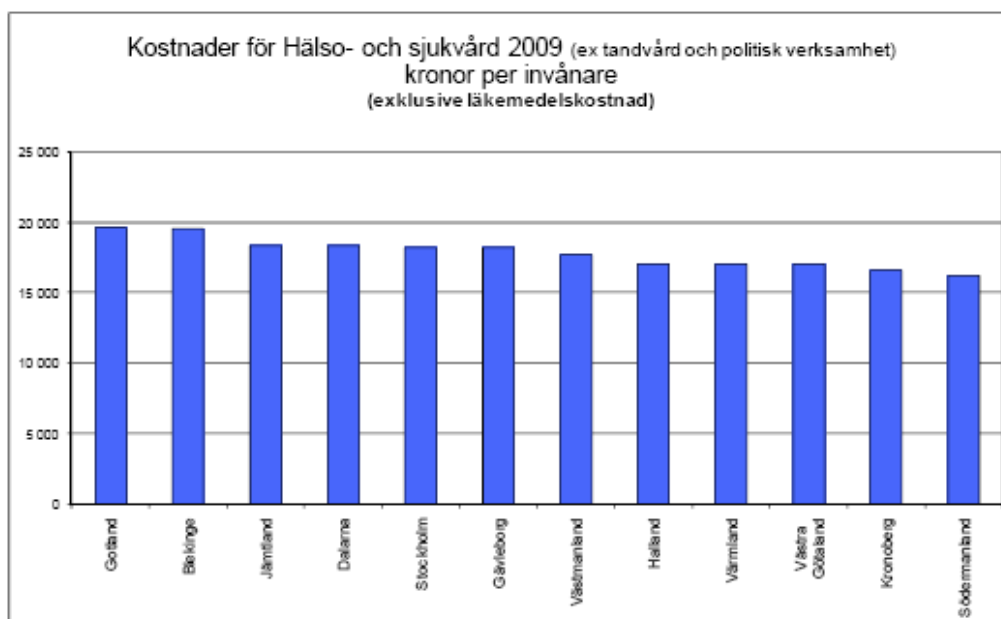
Läkarförbundets facklige företrädare i Jämtlands läns landsting

Bilaga 5: Extern statistik i översikt

Nedan redovisas i korthet några fakta med relevans för analys av granskningens iakttagelser, hämtade ur offentligt tillgängliga rapporter.

Kostnader för hälso- och sjukvård

JLL ligger på 3:e plats av 12 jämförda landsting i kostnader för hälso- och sjukvård 2009.

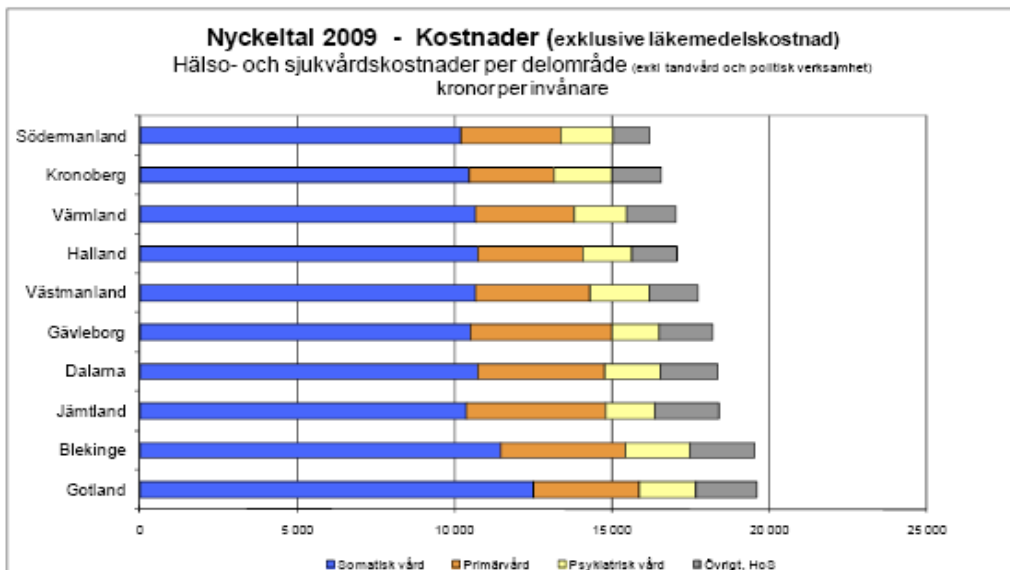


Jämf. mellan hälso- och sjukvårdskostnader per invånare. Nysam ekonomirapport 2009⁶.

Kostnader för olika delar av hälso- och sjukvården

JLL har näst lägst kostnader för somatisk vård exkl primärvård (som hör till de dyraste).

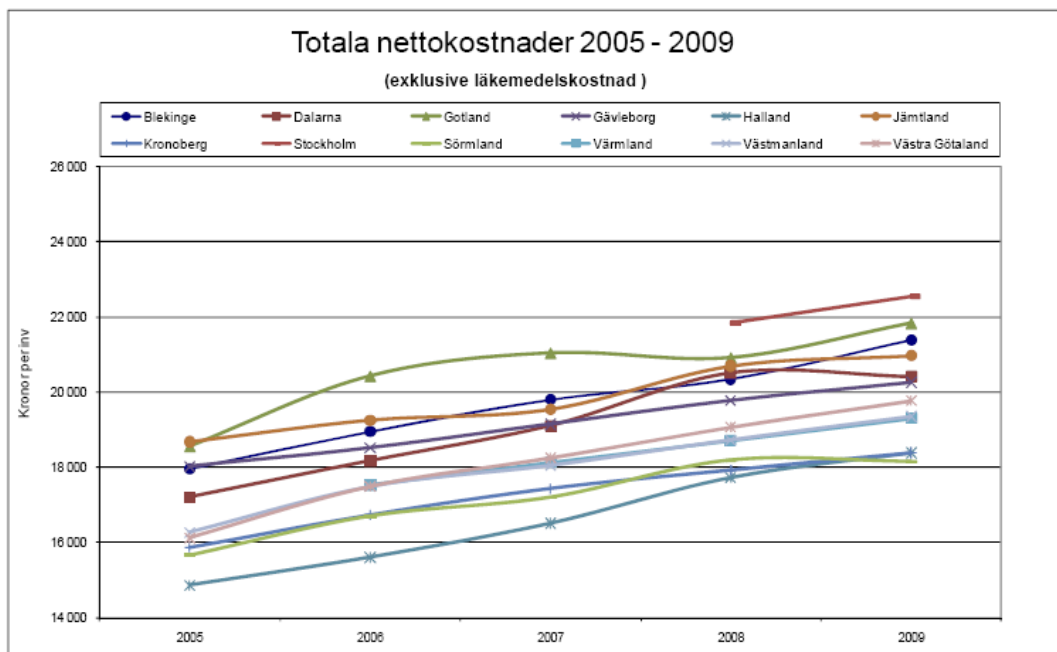
⁶ Avser verksamhetsåret 2009.



Jämf. mellan hälsa- och sjukvårdskostnader/delområde i 10 landsting. Nysam ekonomirapport 2009.

Kostnadsutveckling 2005-2009

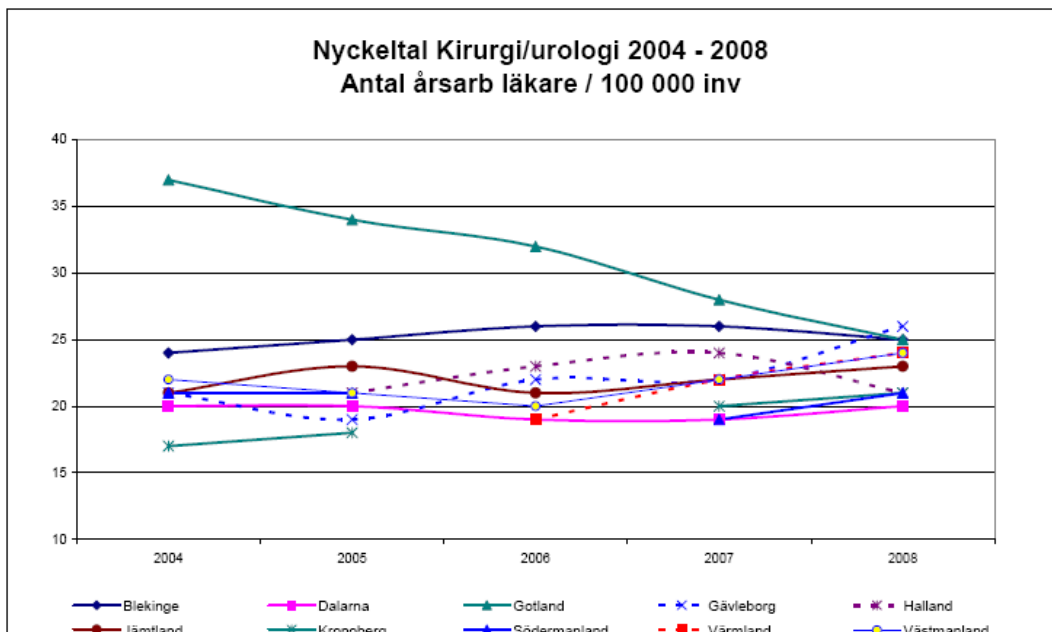
JLL och 2 andra landsting har minskat kostnadsökningen i jämförelse mellan 10 landsting.



Jämförelser mellan kostnadsutveckling i 12 landsting. Nysam ekonomirapport 2009.

Utveckling av läkarbemannning inom kirurgi

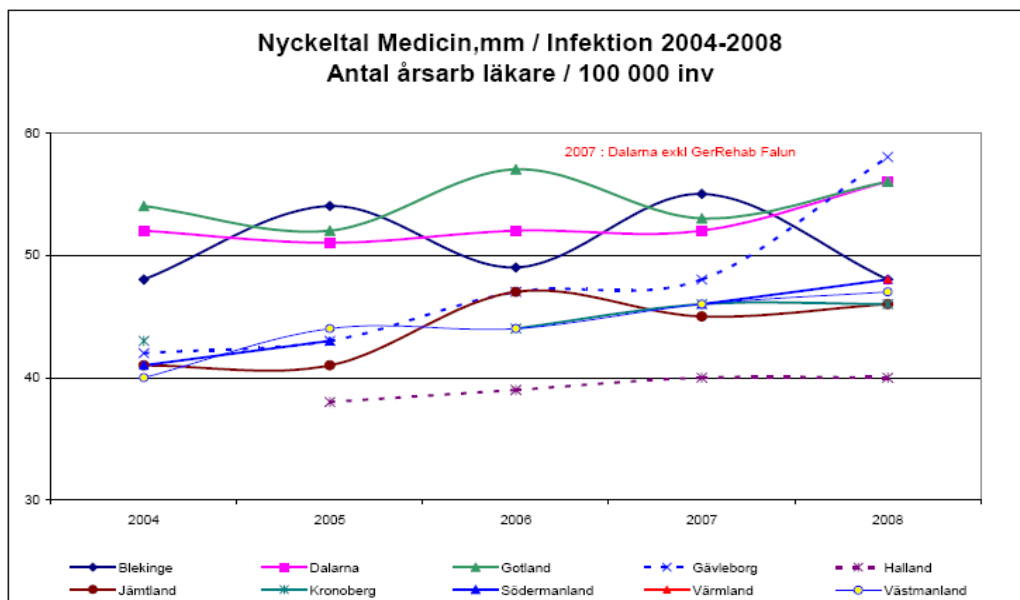
JLL har ökat från 21 till 23/ 100 000 invånare åren 2004-2008, motsv -2% från medianen i 10 landsting 2008.



Antal årsarb läkare/ 100 000 inv. Nysamrapport 2008.

Utveckling av läkarbemannning inom medicin

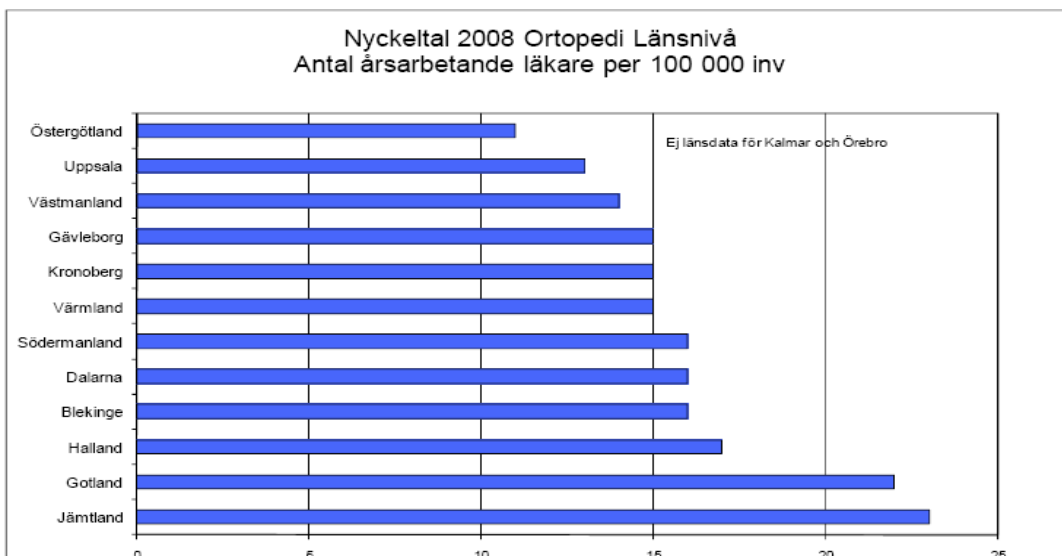
JLL har ökat från 41 till 46 läkare/ 100 000 invånare, vilket motsvarar -4 % från medianen i 10 landsting 2008.



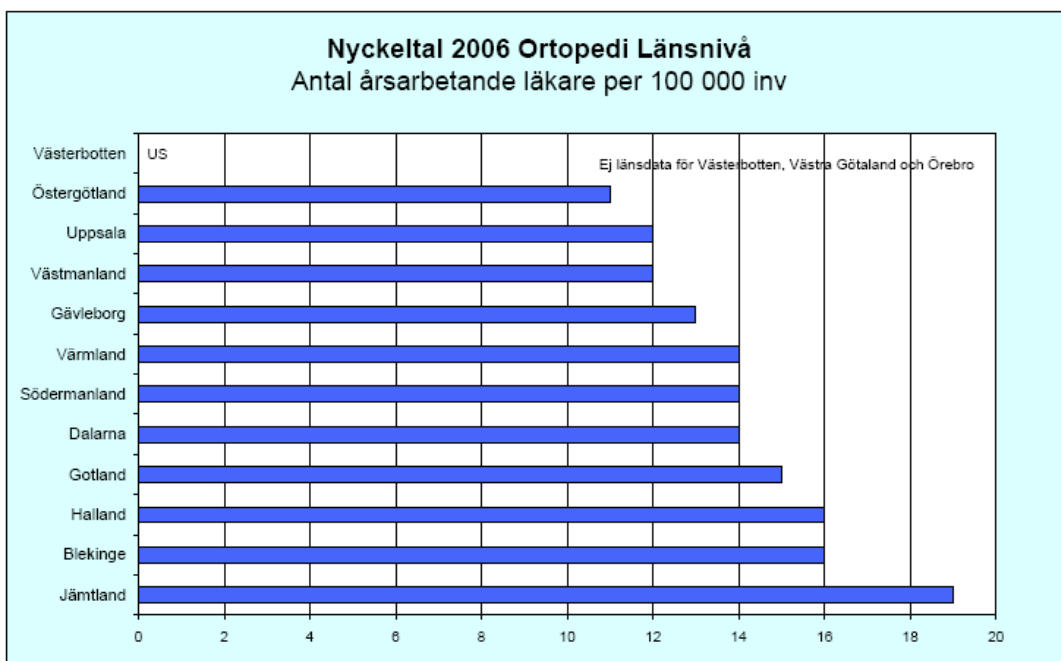
Antal årsarbetande läkare/ 100 000 inv. Nysamrapport 2008.

Utveckling av läkarbemannning inom ortopedi

JLL har ökat från 19 till 23 läkare/ 100 000 invånare åren 2006-2008, vilket motsvarar +48 % från medianen i 10 landsting 2008.



Antal årsarbetande läkare per 100 000 invånare inom ORT. Nysamrapport 2008.

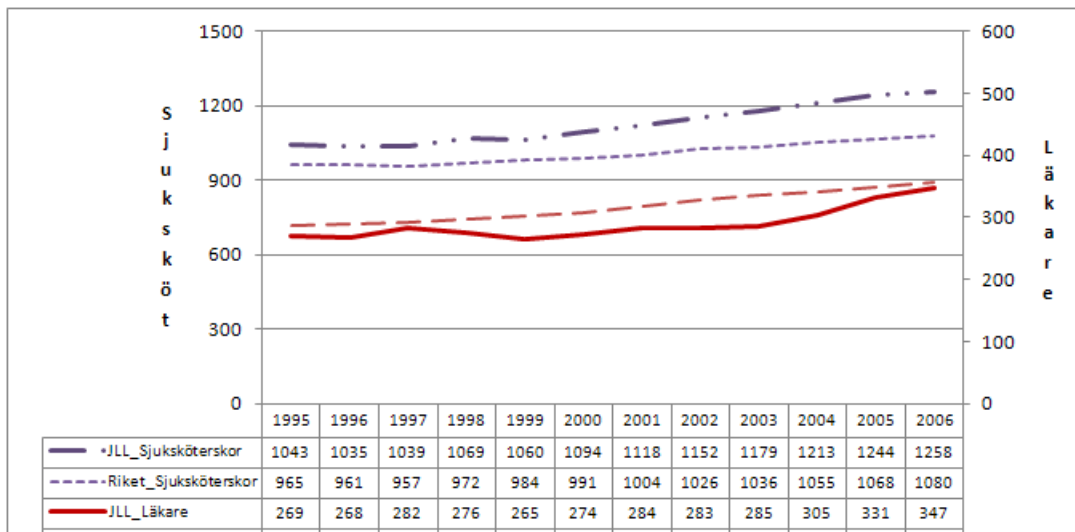


Antal årsarbetande läkare per 100 000 invånare inom ORT. Nysamrapport 2006.

Utveckling av läkarbemanning jämfört med utveckling av sköterskebemanning

Ur Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsdatabas hämtas uppgiften att antalet läkare i JLL är 347 per 100 000 invånare. Den mest aktuella uppgiften är här från 2006. Under den senaste tioårsperioden har läkarantalet i JLL ökat med 29 %, vilket är en större ökning än Rikets 24 % under samma period.

Läkarantalet i JLL är jämfört med Riket 3 % färre per 100 000 inv. I figuren nedan redovisas ett diagram inklusive antal och förändring när det gäller sjuksköterskor, som visar att JLL har 16 % fler sjuksköterskor per 100 000 än Riket i genomsnitt (2006).

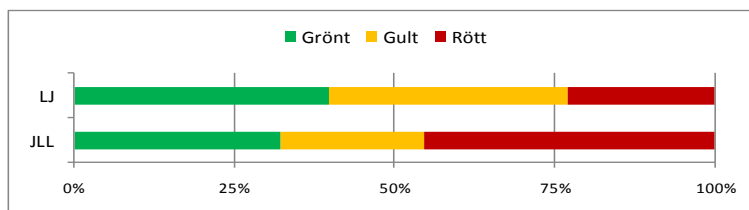


Antal sjuksköterskor och läkare i JLL och Riket 1995-2006. Socialstyrelsens Hälso- och sjukvårdsdatabas.

Öppna Jämförelser

I den 4:e rapporten över öppna jämförelser mellan landstingens kvalitet och patientsäkerhet har antalet indikatorer ökat till 124. Av dessa är 98 stycken s.k. "områdesvisa" indikatorer, dvs. med direkt koppling till diagnos- eller vårdområden. Rapporten är omfattande och kan inte sammanfattas enkelt här. En översikt fås genom den rangordning som används med färgmarkering per indikator: grönt för placering 1-7, gult för placering 8-14 och rött för placering 9-21 bland de 21 landstingen/ regionerna. I rapporten 2009 är JLL:s resultat grönt i 32 %, gult i 22 % och rött i 45 % i de områdesvisa indikatorerna. Som jämförelse har här valts ett landsting som är välkänt för att ha prioriterat det systematiska kvalitetsarbetet i flera år, Landstinget i Jönköpings län, där motsvarande resultat är 40, 37 resp. 23 %.

Diagrammet nedan visar resultatet i Öppna Jämförelser rangordningssystem avseende de 98 områdesvisa indikatorerna för Jämtlands läns landsting resp Landstinget i Jönköpings län (LJ).



Sammanställning av rangordning i ÖJ 2009 för JLL och jämförelse med LJ.