

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

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
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
3. Utgångspunkter och centrala begrepp	5
3.1. Schemaläggning av läkare	5
3.2. Centrala begrepp i granskningen.....	6
4. Övergripande styrning av läkares schemaläggning	7
4.1. Regionfullmäktiges mål	7
4.2. Regionövergripande styrning.....	7
4.3. Styrning vid sjukhusen	10
4.4. Vår bedömning.....	13
5. Schemaläggning av läkare	15
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
6. Samlad bedömning	20
6.1. Svar på kartläggande frågeställningar	20
6.2. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	21
6.3. Slutsats	22
Bilaga 1: Granskningens kartläggande frågeställningar	25
Bilaga 2: Källförteckning	26
Bilaga 3: Revisionskriterier	29
Bilaga 4: Ersättningsnivåer lokala avtal för läkare i VGR	30

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 Kungälvssjukhus 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, Kungälvssjukhus, 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 revisionsred 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 kapacitetsplanering¹. 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, processstyrning, 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 sjukvården².

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.³

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 delrapport⁴. 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 samlat 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

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

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

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

⁴ 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.⁵

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.⁶

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.

⁵ Ibid., s. 17.

⁶ 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

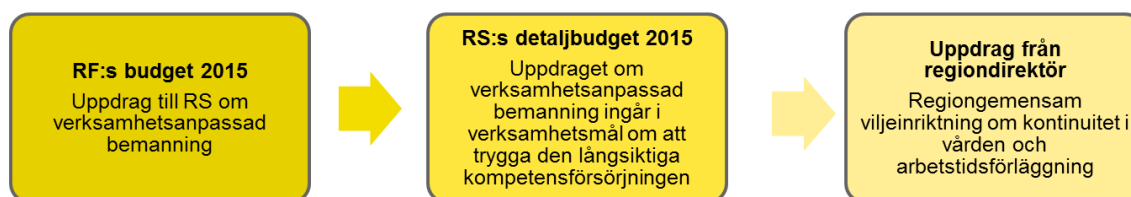


Bild: Regionstyrelsens hantering av uppdrag i budget 2015 om verksamhetsanpassad bemanning.

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 läkare⁷. 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

⁷ 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 befoगत 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 viljeinriktningen⁸. 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

⁸ 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. Kungälv's sjukhus 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 sjukhusledningarna 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.

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

Styrelsen för Kungälv's sjukhus har inte behandlat frågan om schemaläggning av läkare men däremot frågor relaterade till läkarbemanningen, enligt intervjuat presidium i styrelsen för Kungälv's sjukhus. 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 SKAS⁹ 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. Jourkompledighet 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 syftat till att styra bemanningen av läkare, till exempel ett regiongemensamt initiativ om att gemensamt inom regionen använda läkare inom psykiatrin. 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.

⁹ 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 förläggas fram klockan 21 bör enligt vår bedömning stärkas. SU och Kungälvssjukhus genomför därtill ingen samlad uppföljning av läkares övertid, även om uppföljning sker per verksamhetsområde. Uppföljning av läkares övertid inom SU och Kungälvssjukhus 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, Kungälvssjukhus, 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 anslutning 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 kökortningsavtal. 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"> ▶ SU har en lokal anvisning för läkare. Detta reglerar ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU. ▶ SU tillämpar även det regiongemensamma kökortningsavtalet inom SU, enligt intervjuad HR-chef.

NU-sjukvården	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.
Kungälv's sjukhus	<p>Kungälv's sjukhus har tre lokala anvisningar/avtal för läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ En anvisning reglerar extra ersättning för kort inställelse till jourpass till följd av annan medarbetares frånvaro. ▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagkväll samt lördag morgon och förmiddag.
SKAS	<p>SKAS har sex lokala avtal för läkare:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Två avtal reglerar jourfaktorn för vissa tidpunkter under fredagkväll samt lördag morgon och förmiddag. Ett av avtal innebär förhöjd jourfaktor under tiden 17.00-21.00 på fredagar. ▶ Ett lokalt avtal reglerar särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel. ▶ 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. ▶ Ett avtal reglerar ersättningsnivå för akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer. ▶ Ett avtal reglerar extra ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar. <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 schemalaggningsplaneringen 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 schemalaggningsplanering, enligt intervjuad sjukhusdirektör. Enligt sjukhusdirektören finns det dock exempel på verksamheter som arbetat med att förändra schemalaggningsplaneringen av läkare, till exempel radiologen. Ett annat exempel är operation som arbetat med att utveckla schemalaggningsprocessen i syfte att bättre samordna olika kliniker, enligt intervjuad AT-studierektor, läkarchef och arbetsrättspecialist. Enligt intervjuad läkarchef utgår schemalaggningsplaneringen 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 schemalaggningsplaneringen 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 logistikern som beskriver verksamhetens behov innan schemalaggningsplaneringen. 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 schemaläggningen.

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

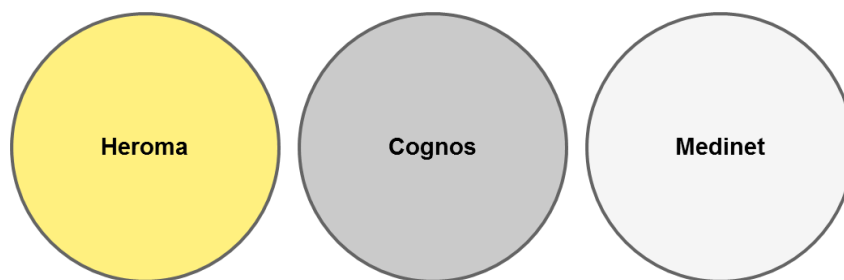


Bild: Tre system som har statistik eller information om läkares arbetstider.

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 Medinet¹⁰ 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

¹⁰ 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 Kungälvss sjukhus 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 kökorningsavtal, 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"> ○ Vad resulterade dessa i och vilka åtgärder vidtogs? ○ Hur togs resultatet vidare inom sjukhuset och inom regionen i övrigt? 	<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 NUSjukvården 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"> • 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? 	<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 inställelsetid inom SU, 2010-06-21.
- ▶ Anvisningar för ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid 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 compensation 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 kommunens¹¹ angelägenheter och ha uppsikt över övriga nämnders och eventuella gemensamma nämnders verksamhet. Styrelsen skall uppmärksamt 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. Ansvaret 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.

¹¹ 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>Kökortningsavtal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Ersättningen för den arbetade tiden utges per timme och inbegriper semesterlön och semesterersättning.
Sjukhus	Avtal och ersättning
SU	<p>Ersättning vid jourtjänstgöring med kort inställelsetid inom SU:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 24 timmar. Gäller inte vid beredskap (bakjour).
NU	<p>Ersättning vid extra övertidsarbete:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Måndag till och med torsdag 07.00-21.00 och fredag 07.00-17.00 är ersättningen 240 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ Under annan tid och under helgdagar som infaller måndag till fredag är ersättningen 300 % av läkarens månadslön delat med 165. ▶ I beloppen är ersättning för semesterlön, semesterersättning och obekväm arbetstid inräknade. <p>Ersättning för inställelse till jour och beredskap med kort varsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vid jour under helgfria dagar: 225 kr/timme ▶ Vid jour under helger (fredag klockan 17.00 till måndag klockan 08.00): 275 kr/timme ▶ Vid beredskap: 80 kr/timme
Kungälv's sjukhus	<p>Ersättning för kort inställelse till jourpass:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Höjd jourersättning med 100 % vid tillsägelse kortare än 36 timmar i förväg. <p>Höjd jourfaktor (två avtal):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lördagar, klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 för samtliga primär- och bakjourslinjer.

	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Fredagar klockan 21.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap.
<p>SKAS</p>	<p>Höjd jourfaktor (två avtal):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Lördagar klockan 07.00-13.00 är jourfaktorn 2,0 under jourtjänstgöring. ▶ Fredagar klockan 17.00-24.00 är jourfaktorn 2,0 för arbetad tid under jour och beredskap. <p>Särskild ersättning till läkare för inställelse till jour och beredskap med kort varsel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Vid jour samtliga dagar är ersättningen 300 kr/timme. Vid beredskap samtliga dagar är ersättningen 200 kr/timme. <p>Kökortningsavtal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Ersättning om 240 % av lönen. Beloppet inkluderar semesterersättning. <p>Ersättning för akuta kärllfall för kärllkirurger samt radiologer:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ Dubbel kvalificerad övertidsersättning. <p>Ersättning när radiologer utöver ordinarie fullgjord arbetstid utför undersökningar, granskar, dikterar och signerar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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.