

Tid till vård ger vård i tid

Hur möjliggör vi en bättre användning av läkarens
tid och en ökad produktivitet?



Innehåll

Sammanfattning	4
Vårdkvalitet i världsklass – men produktiviteten minskar	6
Fem problemområden som drar ned produktiviteten i vården	12
Fyra arbetsområden för ökad produktivitet i vården	26
Avslutande ord	30
Kontakt och källor	31

Sammanfattning

Svenska läkare lägger i snitt en arbetsdag i veckan på administration. De sköter patientlogistik och brottas med undermåliga IT-system – medan tiden för att träffa patienter stadigt krymper.

Att läkare i ökande grad arbetar med fel saker har bidragit till att produktiviteten inom den svenska hälso- och sjukvården har försämrats, visar en undersökning från McKinsey & Company som har gjorts i samarbete med Sveriges Läkarförbund.

Den svenska sjukvården står sig väl i en kvalitetsmässig jämförelse med andra länder och placerar sig i topp i internationella rankingar. Men produktiviteten sviktar – kostnaderna och antalet läkare stiger medan antalet vårdtillfällen och läkarbesök minskar. Även jämfört med sina kollegor i andra länder tar svenska läkare emot förhållandevis få patienter.

IT och digitalisering pekas ofta ut som lösningen på produktivetsproblemen i vården, men arbetssätt och kultur måste också förändras för att tekniken ska göra nytta. Och tvärtomot många andra branscher, där digitalisering väntas medföra så stora effektiviseringar att behovet av arbetskraft sjunker påtagligt, kommer behovet av vårdpersonal att fortsätta öka i takt med att befolkningen åldras och människor lever allt längre med kroniska sjukdomar¹.

Därför är det så viktigt att resurserna i den svenska hälso- och sjukvården används så effektivt som möjligt och att största möjliga nytta kommer patienterna till del.

För att klargöra de bakomliggande orsakerna till produktivetsproblemen, och för att ge läkarnas perspektiv på situationen, har McKinsey & Company tillsammans med Sveriges Läkarförbund genomfört en enkätundersökning. McKinsey & Company står för analyserna och slutsatserna i rapporten. Fem problemområden som drar ned produktiviteten i vården har identifierats:

1. Klara riktlinjer saknas för hur arbetstiden ska disponeras. Det bidrar till att flytta fokus från patientarbetet. Läkarna i enkäten uppger att de lägger 19 procent av sin arbetstid – motsvarande en dag per arbetsvecka – på administration.

Från enkäten: *"Vi har aldrig varit så många på kliniken, men det är samtidigt omöjligt att hitta någon som kan hoppa in när någon av oss blir sjuk."*

2. Undermåliga IT-system ökar den administrativa bördan. Ett hundratal kommentarer i enkäten kretsar kring att krånglande, tröga och icke-användarvänliga IT-system stjälar tid från det kliniska arbetet.

Från enkäten: *"Jag lägger minst 30 minuter varje dag bara på att logga in i olika system på olika datorer."*

3. Läkare lägger en stor del av sin tid på uppgifter som borde utföras av andra. Det drar ned produktiviteten i systemet som helhet, och riskerar att leda till utmattning och stressrelaterad ohälsa för läkare som är särskilt hårt belastade av fel arbetsuppgifter.

Från enkäten: *"Vi behöver någon som kokar kaffe och bokat lokaler när vi ska ha möten. Någon som ser till att det finns toalettpapper och handsprit på plats, hjälper till med bokning av kandidatschema och resor, städar lunchrum, mikrovågsugnar, fyller på kaffe i kaffemaskinen och byter trasiga lampor. Alla dessa uppgifter sköts för tillfället av läkare då vi saknar kringpersonal."*

4. Läkare tränas inte i att arbeta mer effektivt. När det gäller effektiva arbetsmetoder råder inte samma djupt rotade feedbackkultur som för det kliniska arbetet. 73 procent av läkarna i enkäten svarade att de får den typen av feedback för sällan.

Från enkäten: *"Eftersom vi är nio gånger fler läkare idag än i början av 1960-talet bör man kanske reflektera över hur incitamenten ser ut för att stimulera effektiva arbetssätt."*

5. Tilldelningen av resurser ökar mer för lednings- och stabsfunktioner än för klinisk personal. 92 procent av läkarna i enkäten skulle vilja att resurserna inom vården fördelades annorlunda.

Från enkäten: *"Kontroll och styrning tar för mycket resurser, på bekostnad av verksamheten man vill kontrollera och styra."*

¹ McKinsey & Company, "Automation, skill shifts and the future of work – Health Care", 2018.

För att långsiktigt förbättra produktiviteten i vården krävs åtgärder både på system- och utförarnivå. Följande fyra åtgärder kan bidra till att lösa problemen:

1. Nyttja den högsta kompetensnivån hos olika yrkesgrupper. Det är viktigt att tydliggöra vilka uppgifter som ingår i olika roller på arbetsplatsen och vilka som inte gör det – och att våga bemanna och styra efter detta.

2. Omfamna digitalisering och automatisering. Ny teknik, som moderna journalhanteringssystem kan stimulera till långsiktiga produktivetsökningar, men kräver samverkan med vården i dess införande.

3. Inför standardiserad arbetsplanering. Struktur kring hur mycket tid som ska läggas på olika arbetsuppgifter skapar tydlighet kring hur mycket av arbetsveckan som förväntas läggas på både patientrelaterade uppgifter och aktiviteter som idag nedprioriteras, t.ex. vidareutbildning.

4. Börja ge feedback. Genom systematisk coachning och feedback kan kunskap om framgångsrika arbetssätt få större spridning än idag och yrkesskickligheten hos de svenska läkarna formas, utvecklas och stärkas över tid.

Om rapporten och enkäten

Med rapporten vill författarna sätta fokus på produktivetsproblemen i vården och delta i diskussionen om hur de kan lösas. Rapporten är inte heltäckande och beskrivningen av tänkbara lösningar har med avsikt hållits kort. Läkarnas situation och produktivitet är i fokus för rapporten. Andra viktiga frågor, som bristen på sjuksköterskor och dess inverkan på sjukvården, tas inte upp här.

Rapporten bygger på en enkät som skickades ut online till 10 000 kliniskt verksamma läkare och som besvarades av 1 228 av dessa läkare under perioden maj till november 2018.

Urvalet avspeglade i stort sett den svenska läkarkårens fördelning på regioner, roller, specialiteter och arbetsgivare.

Det är viktigt att betona att enkäten är en självskattningsstudie där läkarna själva har redovisat hur de använder sin tid. Resultatet kan snedvridas av omedvetna missbedömningar av hur mycket tid som går åt till olika typer av arbetsuppgifter, eller av att deltagare medvetet väljer att framställa fördelningen på ett felaktigt sätt. En observationsstudie hade kunnat ge andra resultat, men skulle samtidigt ha varit behäftad med andra felkällor. Utöver den data som samlades in med enkäten har flera andra källor använts, däribland rapporter och statistik från Sveriges Kommuner och Landsting, OECD, och Sveriges läkarförbunds egen fortbildningsenkät².

² Sveriges läkarförbund, "Fortbildningsenkät 2018", 2019.

Vårdkvalitet i världsklass – men produktiviteten minskar

Den svenska hälso- och sjukvården svarar för ungefär 14 procent³ av den offentliga sektorns utgifter och nyttjas av i princip alla invånare. Föga förvånande är den föremål för omfattande samhällsdebatt. Denna rapport är skriven med utgångspunkt i att det övergripande målet är en effektiv hälso- och sjukvård, som utnyttjar sina resurser – personal, lokaler, läkemedel och så vidare – på ett sätt som maximerar patientnyttan och skapar bästa möjliga förutsättningar för en god folkhälsa.

Effektivitet kan brytas ned i ett antal underordnade begrepp, vanligtvis produktivitet och kvalitet, men inom sjukvård är det även relevant att tala om ändamålsenlighet. Med produktivitet avses hur mycket vården producerar i förhållande till de resurser som sätts in, exempelvis hur många personaltimmar som krävs för att genomföra en blindtarmsoperation. Kvaliteten måste också vara hög, och med det avses att blindtarmsoperationen görs på rätt sätt så att infektioner undviks och patienten återhämtar sig snabbt. Ändamålsenlighet,

slutligen, innebär att "rätt" vård produceras och att rätt prioriteringar görs – bara patienter som verkligen behöver det ska få sin blindtarm avlägsnad.

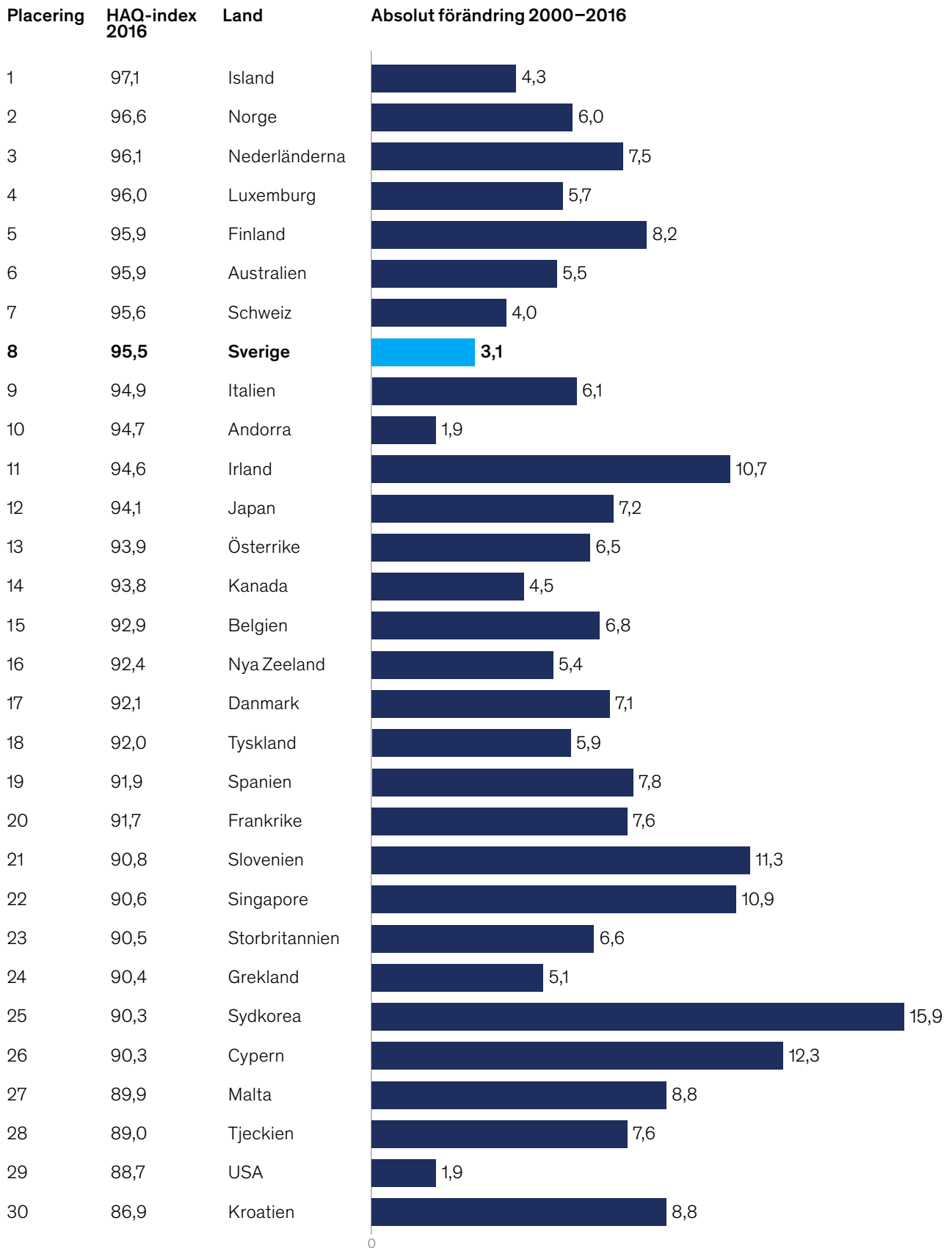
Svensk sjukvård står sig väl i internationella jämförelser av vårdkvalitet. The Global Burden of Disease study, till exempel, rankar 195 länder utifrån ett tillgänglighets- och kvalitetsindex (Healthcare Access and Quality Index, HAQI). I den senaste rankningen placerade sig Sverige på åttonde plats, efter Island, Norge, Nederländerna, Luxemburg, Finland, Australien och Schweiz (bild 1)⁴.

³ Ekonomifakta.se, hämtad 25 juni 2019

⁴ The Lancet report, "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", 2018.

Bild 1

HAQ-index, placering och förändring för de 30 högst rankade länderna. Från The Global Burden of Disease study



Källa: The Lancet report 2018

Arbetsgivarorganisationen Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, tog 2018 fram ett index baserat på data från OECD Health Data 2017, som användes för att jämföra sjukvården i Sverige och 15 andra länder i Europa och Nordamerika. Indexet omfattade 13 kvalitetsindikatorer, bland annat överlevnad efter hjärtinfarkt, stroke, bröstcancer och ändtarmscancer samt spädbarnsdödlighet. Sverige rankades högst, följt av Norge, Finland och Nederländerna⁵.

Med hjälp av ett index byggt på 37 hälsorelaterade indikatorer som är kopplade till FN:s globala hållbarhetsmål, jämfördes vården i 188 länder 2016. Sverige kom på tredje plats, efter Singapore och Island⁶.

Concord-programmet studerar överlevnaden i 18 vanliga cancerformer i 71 länder. Enligt den senaste rapporten, som omfattar patienter som diagnostiserades 2000–2014, är Sverige ett av de länder där cancerpatienter har bäst utsikter att överleva. Andra länder med hög överlevnad är Island, Finland, Norge, USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland⁷.

Även när man ställer kostnaden för den svenska sjukvården i relation till kvalitetsutfallet, är Sverige i nivå med andra högpresterande länder. Sverige lade 5 488 USD per invånare (köpkraftsjusterat) på sjukvård under 2016 och spenderar därmed

mindre på sjukvård än länder som t.ex. USA, Schweiz, Luxemburg, Norge och Tyskland trots vårt goda kvalitetsutfall. Ett par länder med högre kvalitetsutfall än Sverige enligt HAQ-Index (Finland, Island och Australien) spenderar dock mindre på hälso- och sjukvård per invånare.

Sett till vårdens produktivitet inom Sverige, definierat som producerade enheter vård per investerad krona, har utvecklingen varit negativ. Mellan 2008 och 2016 ökade kostnaden för sjukvården i kronor per invånare stadigt (reell kostnadsutveckling, justerad för inflation/KPI), medan antalet vårdtillfällen och läkarbesök per invånare minskade (bild 2). Att vårdtillfällena och läkarbesöken per invånare blir färre är i sig inget problem – det kan tyda på att befolkningen blir friskare, att förebyggande åtgärder och egenvård fungerar bättre och på att färre återinsjuknar. Men sett i ljuset av att kostnaderna ökar samtidigt som tillgängligheten i den svenska vården ofta beskrivs som dålig är förklaringen mer sannolikt att vården inte lyckas utföra sitt uppdrag på ett effektivt sätt. När det gäller tillgängligheten placerar sig den svenska vården i mitten av en ranking av jämförbara länder^{8,9}. Att korta vårdköerna är en prioriterad fråga i Sverige och tillgängligheten pekades av politikerna ut som sjukvårdens viktigaste valfråga 2018¹⁰.

⁵ SKL, "Svensk sjukvård i internationell jämförelse", 2018.

⁶ The Lancet report, "Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", 2017.

⁷ The Lancet report, "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients from 322 population-based registries in 71 countries", 2018.

⁸ OECD, "Health at a Glance", 2018.

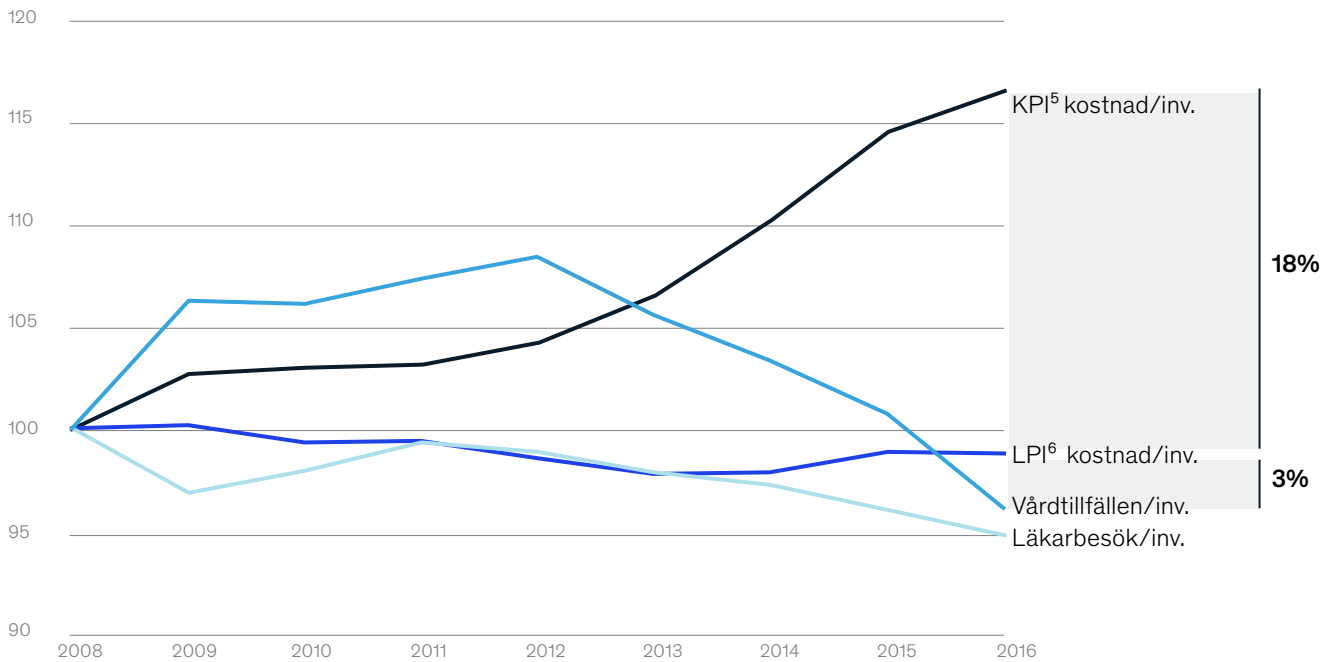
⁹ The Commonwealth Fund, "Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care", 2017.

¹⁰ Läkartidningen, "Tillgänglighet vårdens viktigaste valfråga 2018", 2018.

Bild 2

Utveckling av nettokostnader¹, antal vårdtillfällen² och antal läkarbesök³ per invånare för Sveriges sjukvård totalt⁴

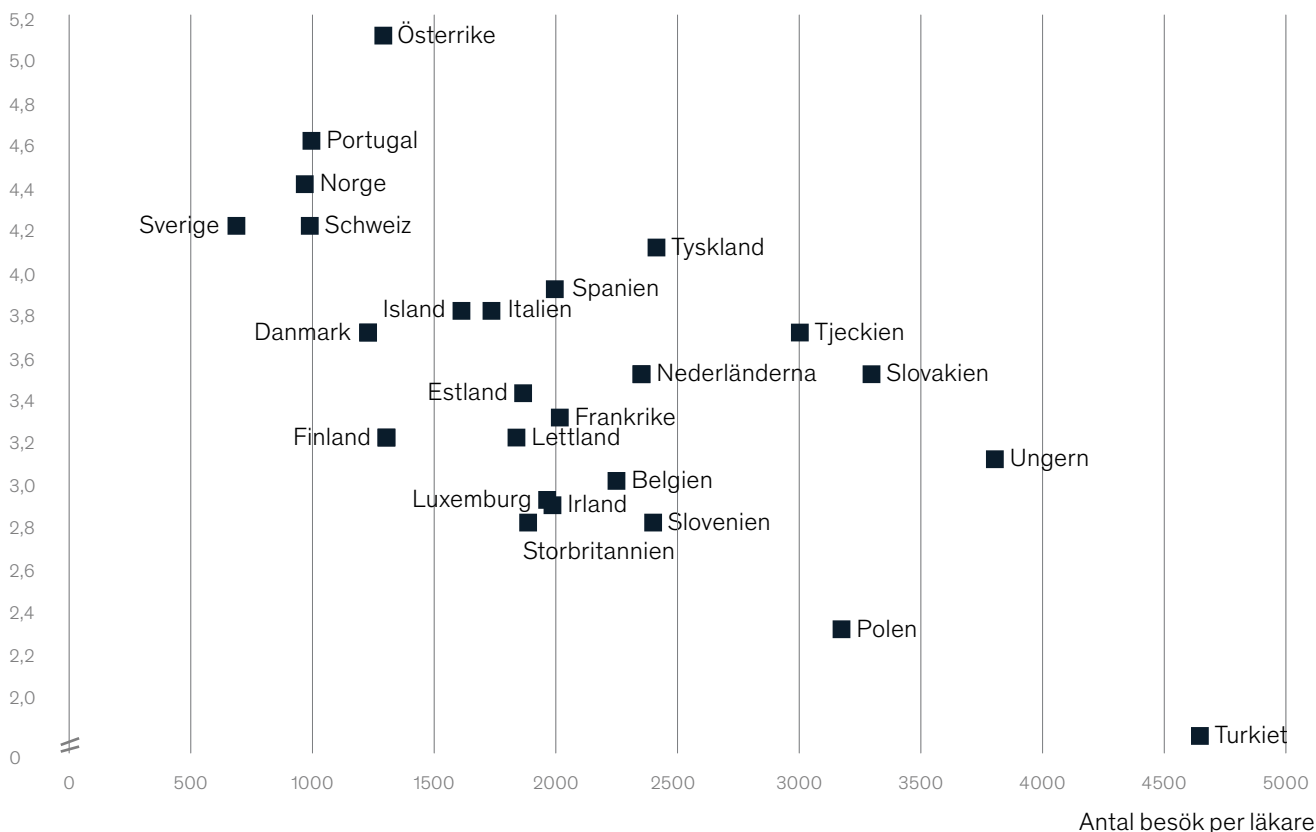
Indexerat mot 2008 års värde



- ¹ Inflationsjusterad (reell justerad för KPI, samt justerad för LPI) nettokostnad för hälso- och sjukvård per invånare och år, exklusive tandvård. Med nettokostnader avses de kostnader som finansieras med landstingskatt, generella statsbidrag och finansnetto. Patientavgifter och specialdestinerade statsbidrag är frändragna.
- ² Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare (avser medelbefolkningen under året). Vårdtillfälle: Sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och utskrivning i slutenvård på samma klinik.
- ³ Antalet producerade läkarbesök per 1 000 invånare. All verksamhet som finansieras av landsting/region ingår oavsett driftsform och organisation. Besök redovisas oavsett om det är avgiftsfritt eller inte men endast besök som har dokumenterats i patientens journal.
- ⁴ Inkluderar primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård, politisk verksamhet avseende hälso- och sjukvård, läkemedel inom läkemedelsförmånen samt övrig hälso- och sjukvård.
- ⁵ Konsumentprisindex.
- ⁶ Landstingsprisindex.
- Källa: SKL, Vården i Siffror, Kolada

Läkartäthet och antal besök per läkare, 2015

Antal läkare per 1000 invånare



Källa: OECD Health at a Glance 2017, OECD Health at a Glance Europe 2016

Många läkare, få patientbesök

En internationell jämförelse, gjord av OECD, indikerar att svenska läkare har låg produktivitet (bild 3). Tillgången till läkare är förhållandevis god i Sverige. Det går drygt fyra läkare per 1 000 invånare – endast fyra länder i jämförelsen har fler. Dock ligger Sverige i botten när det gäller antal besök: 692 per läkare och år. Många läkarbesök är inget självändamål och inte nödvändigtvis ett bra mått på produktivitet. Men eftersom kostnaderna ökar och eftersom vård i regel kräver patientkontakt, stärks bilden av att kompetens och resurser inte utnyttjas optimalt i den svenska sjukvården.

Digitalisering bidrar till ökad produktivitet men är inte hela lösningen

I den offentliga debatten påtalas ofta att digitalisering kan bidra till att lösa många av de

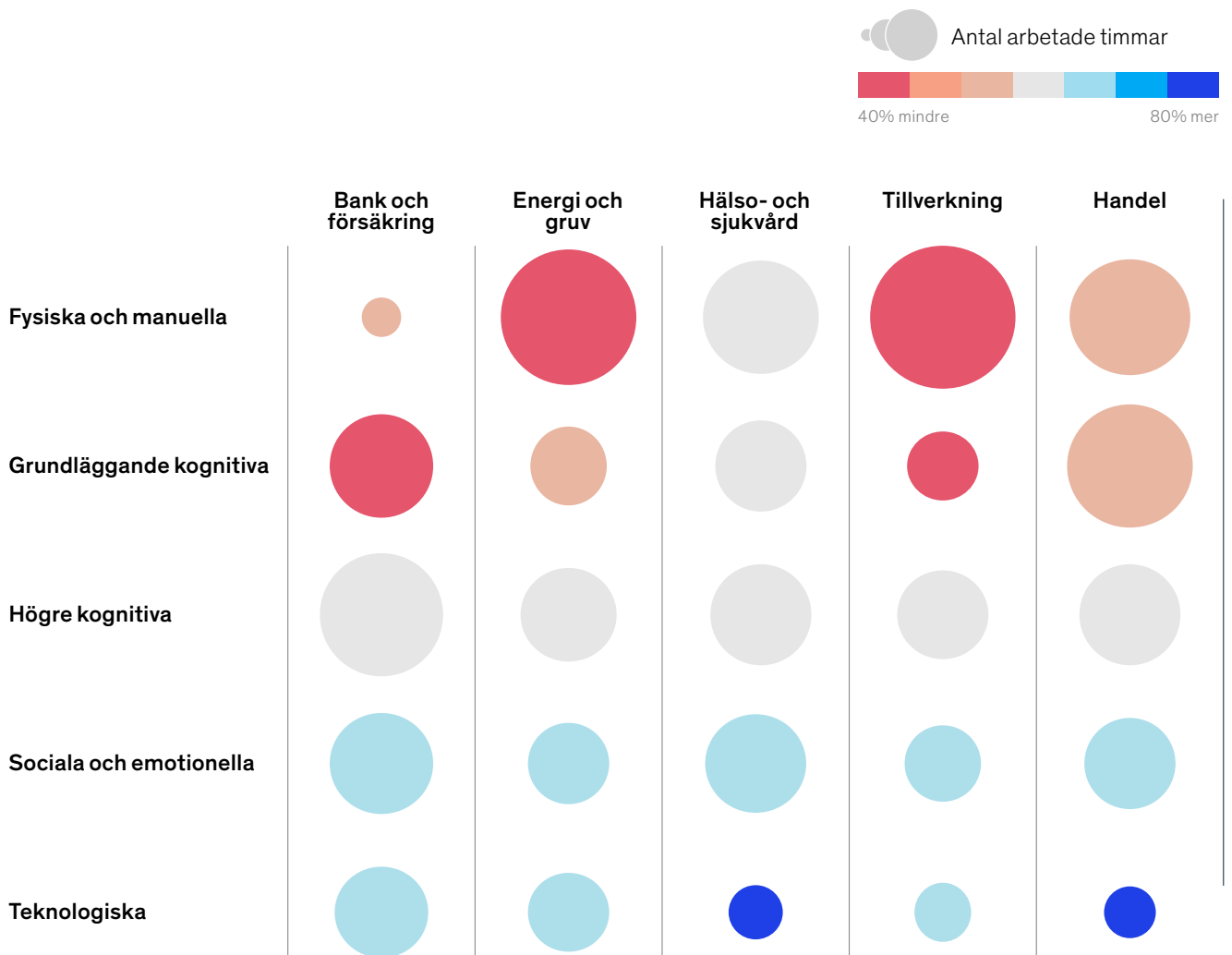
produktivetsproblem som sjukvården och andra branscher brottas med. I en internationell studie gjord av McKinsey Global Institute av hur digitala tekniker som automatisering och AI kan väntas påverka olika sektorer i samhällsekonomin är prognosen att digitalisering och automatisering kan leda till betydande produktivitetsvinster¹¹. Enligt samma studie kommer dock den demografiska utvecklingen – allt fler människor som lever allt längre med flera kroniska sjukdomar – att leda till en fortsatt ökning i antalet arbetade timmar i hälso- och sjukvårdssektorn. Av alla sektorer som granskades i studien var hälso- och sjukvården den enda där antalet arbetade timmar inte bedömes minska för någon av typ av arbetsuppgift (bild 4). Redan nu råder brist inom flera yrkesgrupper. En avgörande fråga inför framtiden är alltså hur vårdens kompetens och resurser används så effektivt som möjligt.

¹¹ McKinsey & Company, "Automation, skill shifts and the future of work – Health Care", 2018.

Bild 4

Även i en mer digitaliserad värld spelar personal och kompetens en viktig roll i vården

Procentuell förändring i nedlagd tid per färdighetsområde vid digitalisering, automatisering, och AI. Förändring väntas uppnås t.o.m. 2030 (med 2016 som bas)



Källa: McKinsey Global Institute

Fem problemområden som drar ned produktiviteten i vården

I Läkarförbundet och McKinsey & Companys enkätundersökning svarade 1 228 kliniskt verksamma läkare på frågor om tidsallokering, coaching/feedback, vilken möjlighet de har att påverka den egna arbetsituationen och om resursfördelningen mellan olika yrkesgrupper.

Fem problemområden identifierades:

1. Klara riktlinjer saknas för hur arbetstiden ska disponeras:

Bara halva arbetsveckan läggs på patienter

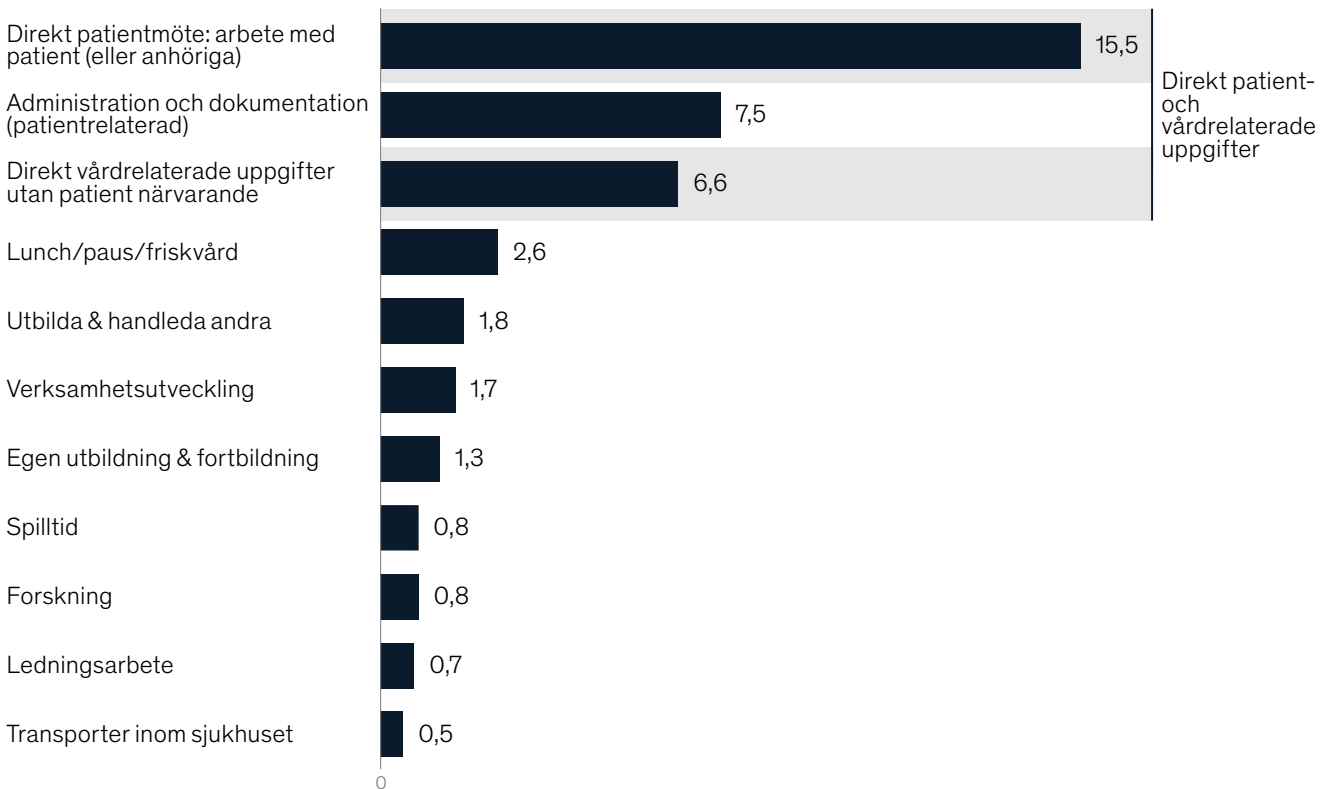
Läkarna i undersökningen uppskattar att de lägger ungefär 15 timmar per vecka (39 procent av arbetstiden) på direkta patientmöten (bild 5). Ytterligare 7 timmar (17 procent) används till direkt vårdrelaterade uppgifter där patienten inte är närvarande, till exempel samråd med andra läkare eller sjuksköterskor kring patienten och informationsinhämtning från journaler.

Därutöver ägnar läkarna 8 timmar per vecka (19 procent) åt administration och dokumentation. Det kan handla om att göra journalanteckningar, operationsanmäla patienter, söka vårdplatser, ringa efter provsvar, kontakta andra sjukhus för att få ut journalanteckningar, signera journaler, skriva sjukintyg samt föra in patientinformation i kvalitetsregister. Flera av dessa uppgifter är av utpräglat administrativ karaktär.

Bild 5

Så här använder läkarna i enkäten sin arbetstid

Fråga ur enkäten: Hur mycket tid lägger du på följande arbetsuppgifter under en genomsnittlig vecka? Timmar, normaliserat till 40-timmarsvecka



Källa: Svar från svenska läkare (N=1228) som deltog i en enkät som Läkarförbundet och McKinsey & Company genomförde under perioden maj till november 2018. Analys: McKinsey & Company.

Citat från enkäten:

"Det blåser nya vindar, men det enda som ökar är administrationen och antalet möten. Vi har aldrig varit så många på kliniken, men det är samtidigt omöjligt att hitta någon som kan hoppa in när någon av oss blir sjuk."

Specialistläkare vid universitetssjukhus i Östergötland

"Jag upplever att alltför många läkare ska vara med i diverse grupper och möten. Det är på ett sätt en god sak att alla ska vara med och få möjlighet att påverka men samtidigt kan

jag undra om det verkligen fyller sin tänkta funktion."

Specialistläkare vid universitetssjukhus i Stockholm

"Forskningstid beviljas på bekostnad av den dyrbara tiden på kliniken, och inte sällan har det en kännbar effekt på verksamheten. Det är en underbar resurs att behålla men ska fördelas på ett klokt sätt enligt min mening."

Underläkare vid universitetssjukhus i Skåne

Brittiska läkare har mer tid för patienter

En studie från 2014 av hur mycket tid svenska respektive brittiska läkare lägger på patienter visar på betydande skillnader i hur mycket tid som läggs på direkt patientarbete per vecka¹². Brittiska läkare ägnade 66 procent av sin tid åt patientarbete medan motsvarande siffra för de svenska läkarna var 40 procent (bild 6).

Studien pekar ut tre förklaringar till skillnaden: att administrativt arbete i Storbritannien ofta utförs av yngre läkare (som inte deltog i undersökningen), att brittiska läkare överlag har färre administrativa uppgifter än sina svenska kollegor och att Sverige har svåröverskådliga och användarovänliga journalsystem.

Klara riktlinjer saknas för hur arbetstiden ska disponeras

Många läkartjänster är komplexa och kan innefatta tjänstgöring på öppenvårdsmottagning, slutenvårdsavdelning, operation, akutmottagning samt flera andra ansvarsområden och kringuppgifter under en arbetsvecka. Inom ramen för olika schemalagda aktiviteter är det i Sverige ovanligt att vårdgivare specificerar hur mycket tid läkarna ska ägna åt patientarbete och hur mycket som kan fördelas på andra arbetsuppgifter som utvecklingsprojekt, möten, forskning och utbildning.

Tiden med patient visar sig i enkäten skifta kraftigt. För internmedicinare på sjukhus, till exempel, varierar den andel av arbetstiden som läggs på patientarbete mellan 10 och 67 procent.

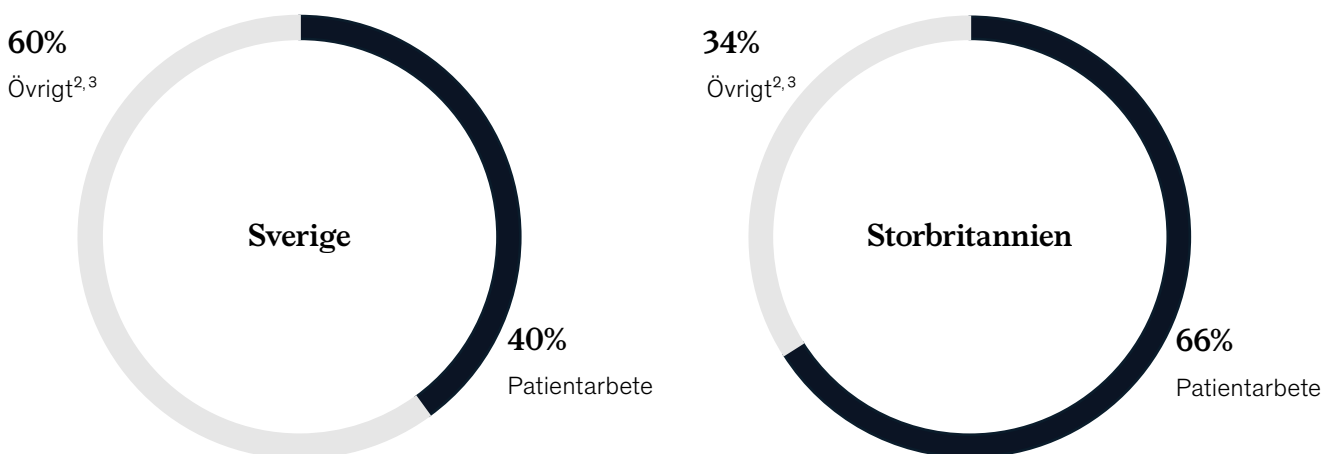
En negativ spiral riskerar att uppstå när tydliga riktlinjer saknas för hur mycket tid som ska läggas på kliniskt arbete. Det kan börja med att utmaningar och skärpta produktivetskrav i första linjen möts med förbättringsprojekt, som innebär att den kliniskt verksamma personalen förväntas delta i möten, workshops och intervjuer – så att ännu mindre tid blir över till patientarbete. Produktionen minskar, köerna växer och arbetsbelastningen för personal med direkt patientkontakt ökar. Många söker sig istället till roller och projekt där de på hel- eller deltid arbetar icke-kliniskt. Möten och projekt blir andningshål där man undkommer det alltmer pressande patientarbetet.

En fråga som ansvariga i vården bör ställa sig är om förbättringsprojekten leder till att produktiviteten och patientsäkerheten ökar så mycket att det uppväger den tid som tas från patientarbetet. Mot bakgrund av de grundläggande produktivetsproblemen i vården är det viktigt att fokus hela tiden ligger på kärnuppdraget, och att tid som avsätts för annat än patientarbete hela tiden vägs mot den nytta som annars skulle ha skapats i första linjen.

Bild 6

Brittiska läkare har mer tid för patienter

Jämförande tidsstudie av svenska och brittiska läkares arbetsdag¹. Andel av arbetade timmar under en genomsnittlig arbetsdag som spenderades på respektive aktivitet, 2014



¹ Den genomsnittliga uppmätta arbetstiden var 8,2 timmar per dag i Sverige och 12,2 timmar per dag i England.

² Inkluderar vårdrelaterade uppgifter som journalföring, läkarmöten, konsultationer med andra läkare, signering, samt icke patientrelaterad administration, transporter inom sjukhuset, toalettbesök, m.m.

³ Inkl. administrativt arbete, lunch/paus, utbildning, forskning.

Källa: Läkartidningen. 2014;111:CUWE

¹² Läkartidningen, "Mer tid för patienter hos läkare i England", 2014.

2. Undermåliga IT-system ökar den administrativa bördan

Läkarna i enkäten upplever att de ägnar alltmer tid åt administration och allt mindre tid åt patientarbete, forskning och utbildning (bild 7). 76 procent uppger att de lägger mer tid på administration idag än för tre år sedan – nästan hälften av dessa upplever att ökningen är stor. Flera kommentarer i enkätundersökningen pekar på strukturella brister som i sin tur medför ökad administration.

Läkarna har också fått svara på hur de tycker att arbetstiden borde disponeras. 83 procent svarar att de skulle vilja ägna mindre tid åt administration. Mer tid borde, enligt läkarna i enkäten, läggas på

arbete med patienter och anhöriga (70 procent vill ha mer tid för sådana arbetsuppgifter) och på egen utbildning och fortbildning (85 procent).

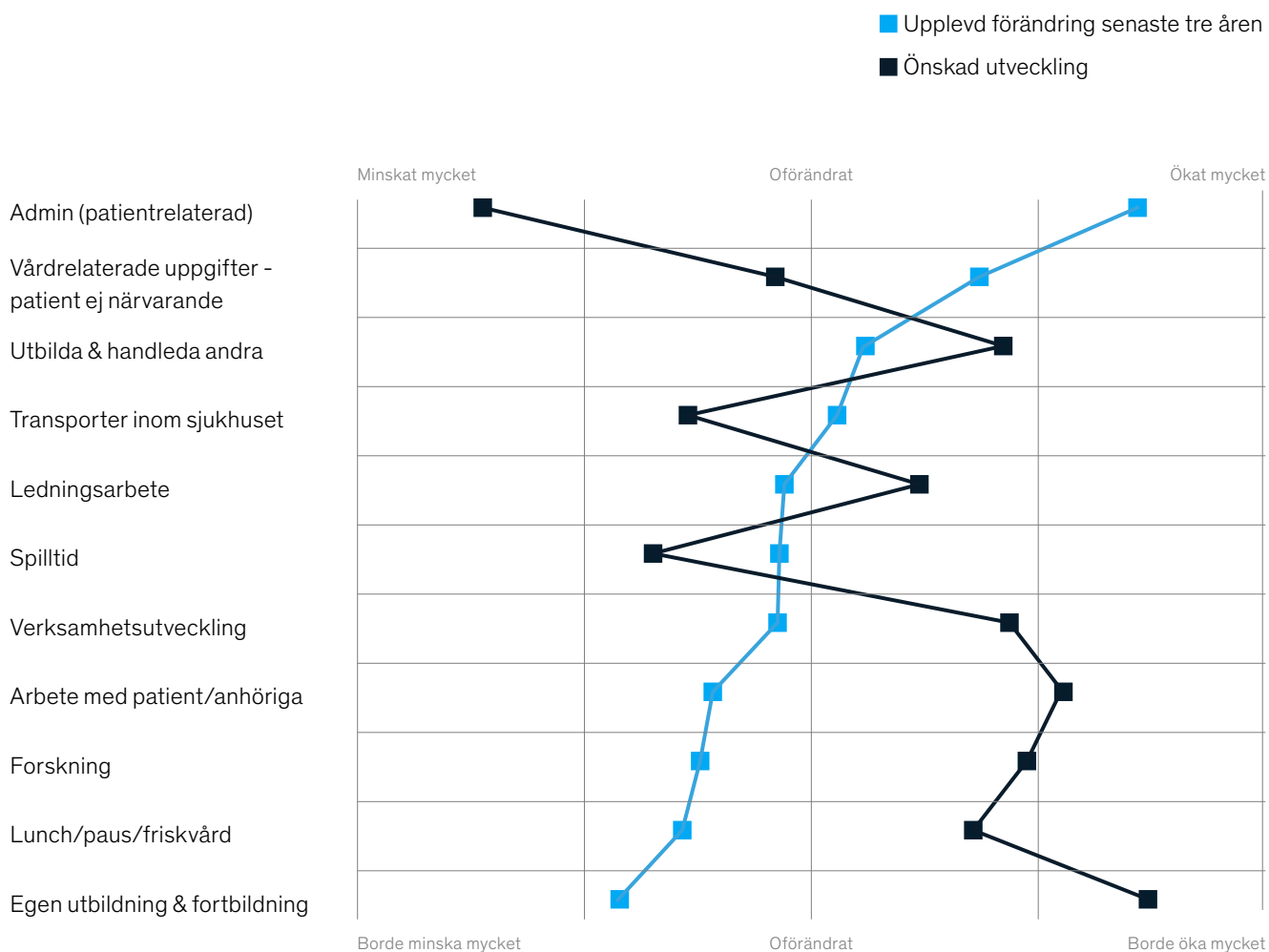
Att läkarna upplever att de lägger mer tid på administration nu än för tre år sedan kan verka förvånande: i många andra branscher har den tekniska utvecklingen lett till att administrativa arbetsuppgifter har kunnat tas över av datorer. Men de investeringar som på senare år har gjorts i IT-system i vården verkar hittills inte ha inneburit någon produktivitetsvinst för läkarna (även om de nya systemen sannolikt har/kommer att ha andra fördelar, till exempel när det gäller patientsäkerhet).

Vision e-hälsa 2025 är ett regeringsinitiativ med syftet att Sverige ska bli världsledande på att ta

Bild 7

Läkarnas arbetstid

Upplevd respektive önskad förändring



Källa: Svar från svenska läkare (N=1228) som deltog i en enkät som Läkarförbundet och McKinsey & Company genomförde under perioden maj till november 2018. Analys: McKinsey & Company.

tillvara digitaliseringens möjligheter i hälso- och sjukvården¹³. Att döma av svaren i McKinsey & Companys och Läkarförbundets enkät finns emellertid ett gap mellan den uttalade visionen och verkligheten. Regionerna är i många fall dåliga på att säkerställa att personalen får den tid och det stöd som behövs för att lära sig använda nya tekniska hjälpmedel; och de system som redan är i bruk uppfattas inte som användarvänliga eller avlastande. Ett hundratal kommentarer i enkäten kretsar kring IT-system som drar ned produktiviteten i vården. Några återkommande teman:

- IT-systemen är inte användarvänliga. Onödigt många klick krävs för att utföra enkla uppgifter som att skriva recept eller göra journalanteckningar. Systemen är oöverskådliga och svårnavigerade, det tar lång tid att hitta den information man söker.
- IT-systemen är inte automatiserade. Läkare måste själv ofta ta fram de data som krävs och koppla ihop olika värden. Registreringar i nationella register måste också göras manuellt.
- IT-systemen är tröga och universalinloggning saknas. Mycket tid går åt till att logga in i olika system och till att logga in på nytt i det system där man redan är inne. Det är långa väntetider mellan klick och sökningar.

- IT-system och datorer krånglar och fungerar ibland inte alls – och det saknas kunnig supportpersonal som snabbt kan lösa problemen.
- Journalsystem kopplade till olika vårdgivare och regioner kan inte kommunicera med varandra.

Två andra möjliga förklaringar till att den administrativa bördan ökar är dels att vården har blivit mer komplex med fler kroniskt sjuka, vilket bland annat medför ett ökat behov av samspel mellan vårdgivare, dels att kraven på dokumentation kan ha ökat. När den administrativa bördan växer blir det mindre tid över till annat. 41 procent av läkarna i enkäten uppger att den tid de använder till att möta patienter och anhöriga har minskat. 51 procent upplever att tiden för egen utbildning och forskning har minskat.

Citat från enkäten:

"Urusla datorsystem [...] medför irritation och spiltid."

Specialistläkare på länssjukhus i Skåne

"Mycket tid går åt till att vänta på datorn när den söker efter en journal eller andra uppgifter."

Specialistläkare på länsdelssjukhus i Västerbotten

"IT-systemen fungerar inte och de kommunicerar inte med varandra. Jag lägger minst 30 minuter varje dag bara på att logga in i olika system på olika datorer."

Specialistläkare på universitetssjukhus i Västra Götaland

"Jag hinner idag som erfaren överläkare med mycket färre patienter per dag än jag gjorde som oerfaren ST-läkare trots att jag nu inte alls deltar i mottagningens olika möten. Pappersarbetet slukar tid och än mer på grund av dåliga dataprogram."

Specialistläkare på specialiserad öppenvårdsmottagning i Västmanland

¹³ SKL, "Vision e-hälsa 2025", 2016.

3. Läkare lägger mycket tid på uppgifter som borde utföras av andra

Ett återkommande klagomål från läkarna i enkätundersökningen är att de förväntas ta på sig en mängd arbetsuppgifter som annan personal skulle kunna utföra bättre. Det handlar om både administrativa sysslor, som att söka vårdplatser åt patienter eller boka möteslokaler och resor, och om praktiska göromål, som att byta sängkläder och städa patient- och personalutrymmen.

Svenska arbetsplatser är i allmänhet mindre hierarkiska än arbetsplatser i andra länder, och jämställdhet och jämlikhet är centrala värderingar (se exempelvis World Values Survey). Denna kultur

präglar även vården, och kan vara en bidragande orsak till att läkarna får mindre "service" och delegerar mindre än i andra länder. Det finns också indikationer på att de neddragningar som periodvis har genomförts har reducerat personalgrupper som läkarsekreterare, utan att det tydligt har aviserats vem som ska ta över deras arbetsuppgifter.

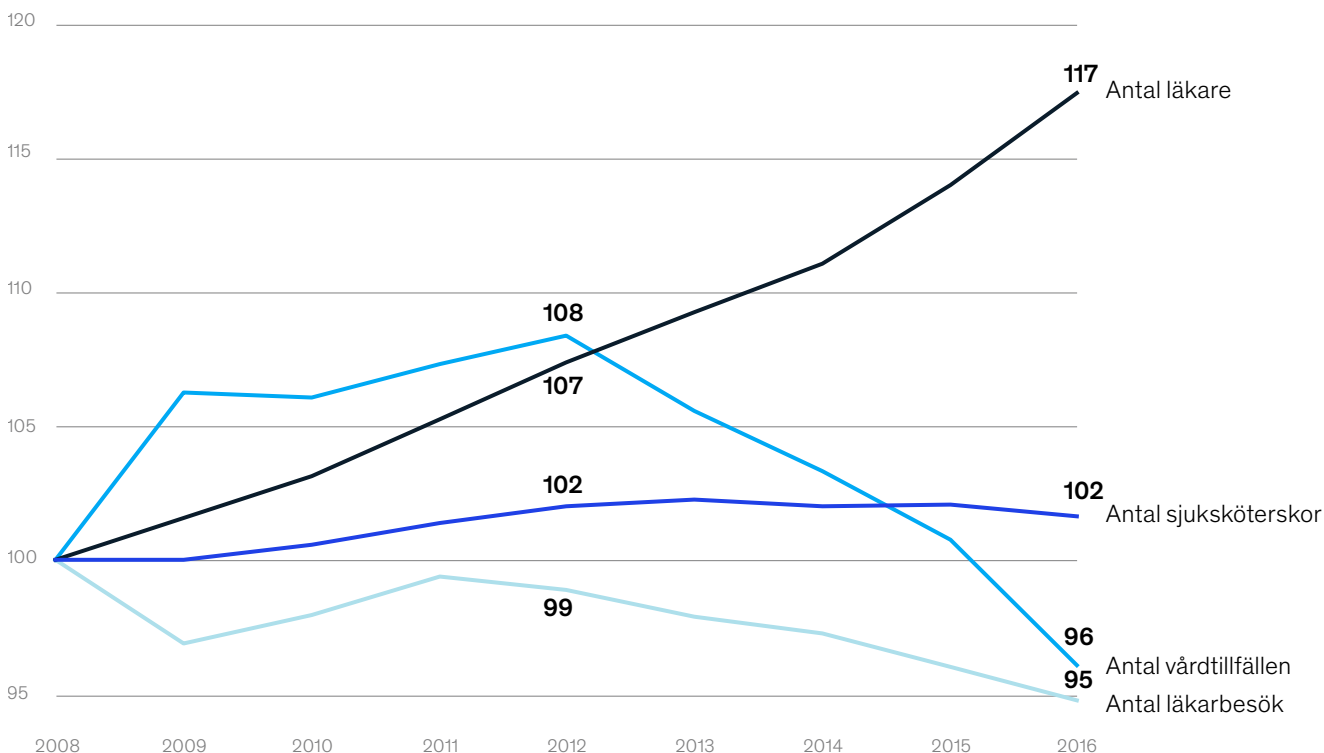
Fler läkare – men färre besök

Med 4,3 läkare per 1 000 invånare ligger Sverige i topp bland EU-länderna¹⁴. Sedan 2000 har antalet läkare per invånare i Sverige ökat med ungefär 2,0 procent per år¹⁵, mer än i många andra europeiska länder. Men produktivitetens utvecklingen har inte hängt med; som konstaterades ovan har antalet läkarbesök och vårdtillfällen per invånare minskat (bild 8).

Bild 8

Fler läkare, samma antal sjuksköterskor

Antal läkare¹, sjuksköterskor², vårdtillfällen³ och läkarbesök⁴ per invånare, 2008–2016. Index 2008=100



¹ Enligt Socialstyrelsens kategori Läkare.

² Inkluderar Socialstyrelsens kategorier sjuksköterska, barnmorska och röntgensjuksköterska.

³ Antal vårdtillfällen per 100 000 invånare (avser medelbefolkningen under året). Vårdtillfälle: Sammanhängande tid för vård avgränsad av patientens intagning och utskrivning i slutenvård på samma klinik.

⁴ Antalet producerade läkarbesök per 1 000 invånare. All verksamhet som finansieras av landsting/region ingår oavsett driftform och organisation. Besök redovisas oavsett om det är avgiftsfritt eller inte men endast besök som har dokumenterats i patientens journal ingår.

Källa: Socialstyrelsen, Kolada

¹⁴ OECD, "Health at a Glance", 2018.

¹⁵ Socialstyrelsen, Kolada, hämtad 25 maj 2019 från: <http://www.kolada.se>.

”Att antalet läkare har vuxit snabbare än antalet sjuksköterskor kan ha bidragit till att sänka läkarnas produktivitet.”

Citat från enkäten:

”Det är ofta otydligt vilken roll läkare har och vilka arbetsuppgifter som ingår. Brist på support/stödpersonal leder till att läkare måste sköta uppgifter som andra yrkeskategorier skulle kunna göra.”

AT-läkare på länssjukhus i Västerbotten

”Det behövs fler stödfunktioner. Arbetet blir hela tiden mer utvidgat, förr hade jag mer stöd av undersköterskor och sköterskor. Nu är attityden alltmer att läkare inte är förmer än andra utan kan göra alla uppgifter själva.”

Specialistläkare på universitetssjukhus i Skåne

”Vi behöver någon som kokar kaffe och bokar lokaler när vi ska ha möten. Någon som ser till att det finns toalettpapper och handsprit på plats, hjälper till med bokning av kandidatschema och resor, städar lunchrum, mikrovägsugnar, fyller på kaffe i kaffemaskinen och byter trasiga lampor. Alla dessa uppgifter sköts för tillfället av läkare då vi saknar kringpersonal. [...] Detta är inget jag förväntade mig att göra inom min ordinarie arbetsbeskrivning – det har inget att göra med att jag är 'för fin' för sysslorna, utan för dyr!”

Specialistläkare på universitetssjukhus i Västra Götaland

Fel arbetsuppgifter skapar produktivets- och arbetsmiljöproblem

Sverige har 11,1 sjuksköterskor per 1 000 invånare, vilket är i nivå med jämförbara länder – men sett till antalet sjuksköterskor per läkare ligger Sverige efter andra länder där vården har hög kvalitet enligt HAQ-index¹⁶. I Sverige går det 2,7 sjuksköterskor per läkare medan motsvarande antal för Finland och Danmark är 4,6 sjuksköterskor per läkare (bild 9). Att antalet läkare har vuxit snabbare än antalet sjuksköterskor kan ha bidragit till att sänka läkarnas produktivitet, eftersom var och en får mindre stöd och gruppens sammansättning av kompetenser inte nyttjas rätt – för både läkare, sjuksköterskor och andra.

När läkare åläggs arbetsuppgifter som andra yrkesgrupper skulle kunna utföra bättre, blir det mindre tid över till att utreda, diagnostisera och behandla patienter. Här finns således en koppling till produktivetsproblemet. Även läkarnas arbetsmiljö påverkas. I en studie från 2012 undersöktes sambandet mellan fel (onödiga och oskäliga) arbetsuppgifter och anspänning samt utmattning bland läkarna¹⁷. Enkäten, som besvarades av 1 500 läkare, visade att risken för utmattning femfaldigades för dem som ofta hade uppgifter de upplevde som oskäliga. 29 procent av läkarna i denna grupp uppvisade även stressrelaterade kognitiva problem. Motsvarande andel i den grupp av läkarna som rapporterade lägst nivå av oskäliga arbetsuppgifter var 6 procent.

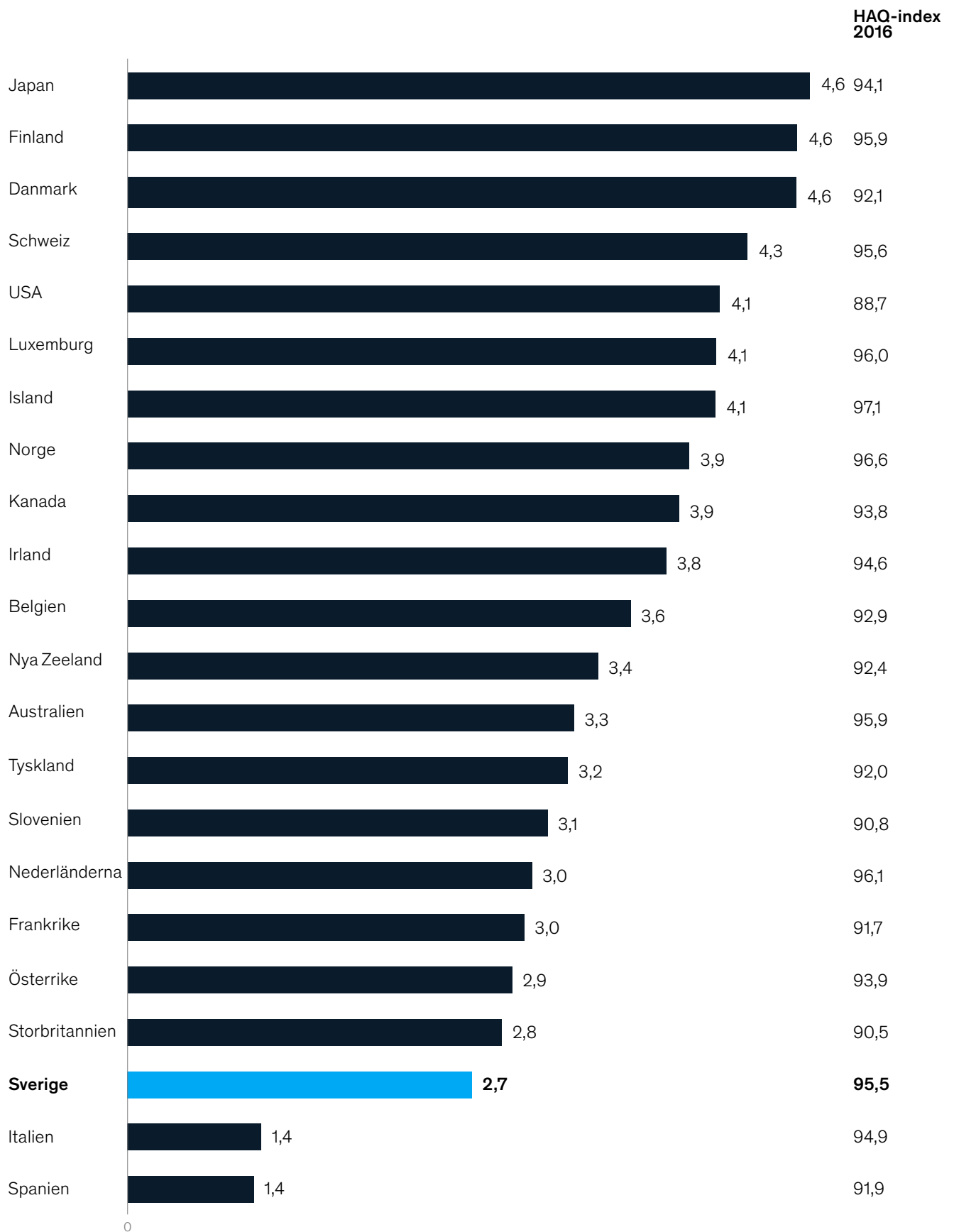
¹⁶ OECD, "Health at a Glance", 2018.

¹⁷ Läkartidningen, "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare", 2012.

Bild 9

Antal sjuksköterskor per läkare

I de 20 länderna med högst vårdkvalitet enligt HAQ-index, plus USA och Storbritannien, 2015 (eller närmaste år)



Källa: OECD Health at a Glance, 2017



4. Läkare tränas inte i att arbeta mer effektivt

7 av 10 läkare tycker att de får för lite feedback

Läkaryrket lär man sig inte bara informellt utan även formellt på jobbet, från utexaminering, via AT- och ST-tjänstgöring. Nyutexaminerade läkare saknar den kompetens som krävs för att fatta många medicinska beslut; handledning i patientfall är en förutsättning för att utvecklas som kliniker. Handledningen är djupt inbyggd i systemet (enligt enkäten lägger ST-läkare i snitt 6 procent av sin tid på att utbilda och handleda andra) och är naturligtvis viktig att slå vakt om.

När det gäller feedback och coaching som inte rör det medicinska är situationen en annan. I enkäten fick läkarna frågan om hur ofta de får den typen av feedback och/eller personlig coaching av en kollega eller chef (bild 10). 73 procent svarade att det sker för sällan. Jämför man arbetsplatser är bristen mer påtaglig på sjukhus än på vårdcentraler och specialiserade öppenvårdsmottagningar. Den är också mer uttalad i offentlig sektor (där uppger 75 procent att de får feedback/coaching för sällan) än i privat sektor (63 procent).

Brist på feedback hämmar utveckling av arbetssätt

De flesta läkare har en komplex arbetssituation med många och vitt skilda arbetsuppgifter. Att ta medicinska beslut och träffa patienter varvas med journalföring, remiss- och intygsskrivande, dokumentation, planering och förflyttning mellan

Citat från enkäten:

"Jag önskar bättre feedback från både kollegor och chef."

ST-läkare på länsdelssjukhus i Östergötland

"Jag skulle vilja att det återspeglas i min feedback och/eller arbetssituation när jag bidrar med något utöver mina ordinarie arbetsuppgifter och åtaganden."

Specialistläkare på vårdcentral i Värmland

"Eftersom vi är nio gånger fler läkare idag än i början av 1960-talet bör man kanske reflektera över hur incitamenten ser ut för att stimulera effektiva arbetssätt. I offentlig sektor är beslutprocessen utdragen och genomförandet av nya idéer och lösningar går långsamt, i många fall händer ingenting alls."

Specialistläkare på universitetssjukhus i Stockholm

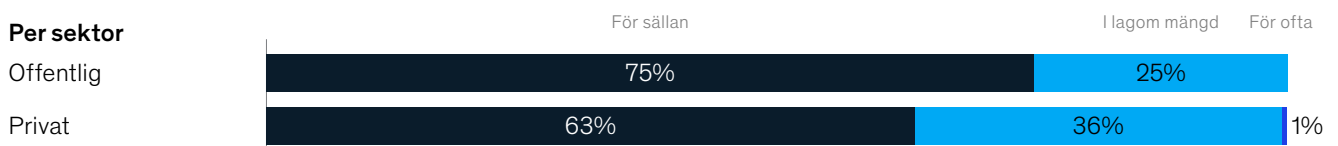
Läkarna efterlyser mer feedback och coaching

Upplevd frekvens av feedback och coaching

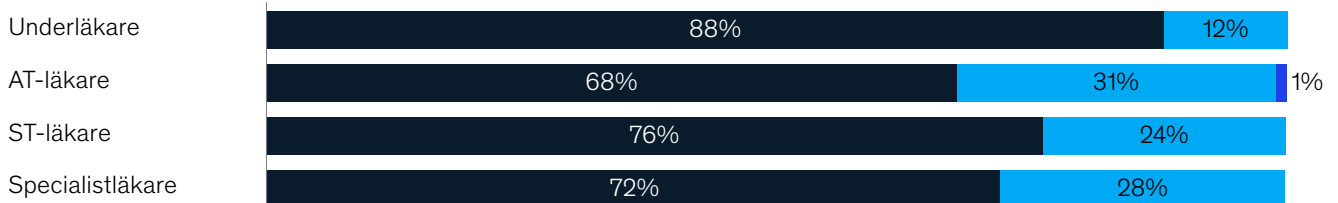
Anser du att du får feedback och/eller personlig coaching av en kollega eller chef för att utveckla dig i din roll som läkare (detta bortser från klinisk vägledning kring patientfall) – för sällan, i lagom mängd, eller för ofta?



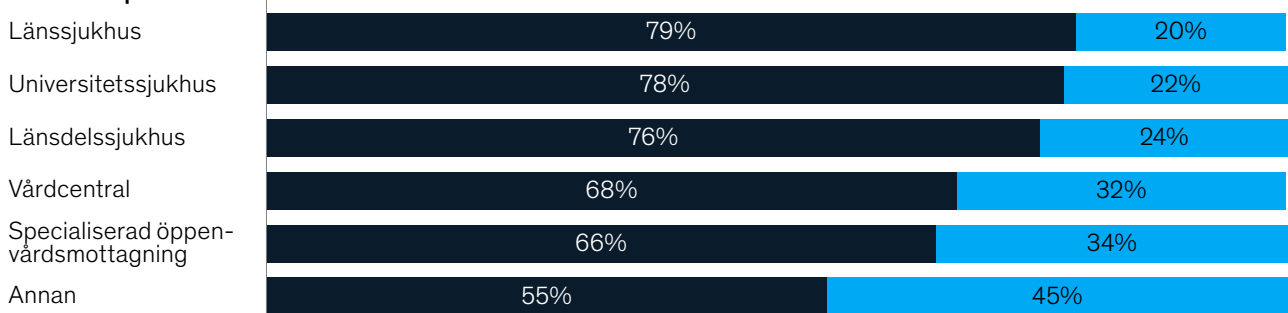
Per sektor



Per roll



Per arbetsplats



Källa: Svar från svenska läkare (N=1228) som deltog i en enkät som Läkarförbundet och McKinsey & Company genomförde under perioden maj till november 2018. Analys: McKinsey & Company.

”Läkare verksamma vid samma sjukhus arbetar ofta på olika sätt, vilket påverkar produktiviteten både för den enskilda läkaren och för systemet i stort.”

olika platser. Att vara en duktig läkare handlar inte bara om att alltid ta de korrekta medicinska besluten, utan också om att handskas med knappa resurser på ett ansvarsfullt sätt så att alla patienter som behöver det får hjälp inom rimlig tid. Med andra ord: arbeta smart och effektivt.

Men när det gäller effektiva arbetsmetoder verkar inte samma djupt rotade feedbackkultur råda som för det kliniska arbetet. Kunskap som behöver förmedlas kan gälla hur man gör ett effektivt och fullgott diktat, hur man bäst planerar sin dag för att arbeta så effektivt som möjligt eller hur man hanterar och i tid avslutar ett besök med en patient som inte accepterar ordinationer och beslut.

Läkare verksamma vid samma sjukhus arbetar ofta på olika sätt, vilket påverkar produktiviteten både för den enskilda läkaren och för systemet i stort. Ett exempel på detta är hur olika kliniker inom Stockholms län arbetar med utskrivning av patienter – idealt sett skall patienter skrivas ut så tidigt som möjligt på dygnet för att möjliggöra inflöde av nya patienter, huruvida detta efterlevs varierar dock märkbart mellan olika kliniker. För att de mest framgångsrika metoderna och strategierna ska få spridning krävs sannolikt att vårdssystemet sätter större fokus på utveckling och feedback.

5. Alltför mycket resurser går till lednings- och stabsfunktioner

92 procent av läkarna tycker att vårdens resurser fördelas fel

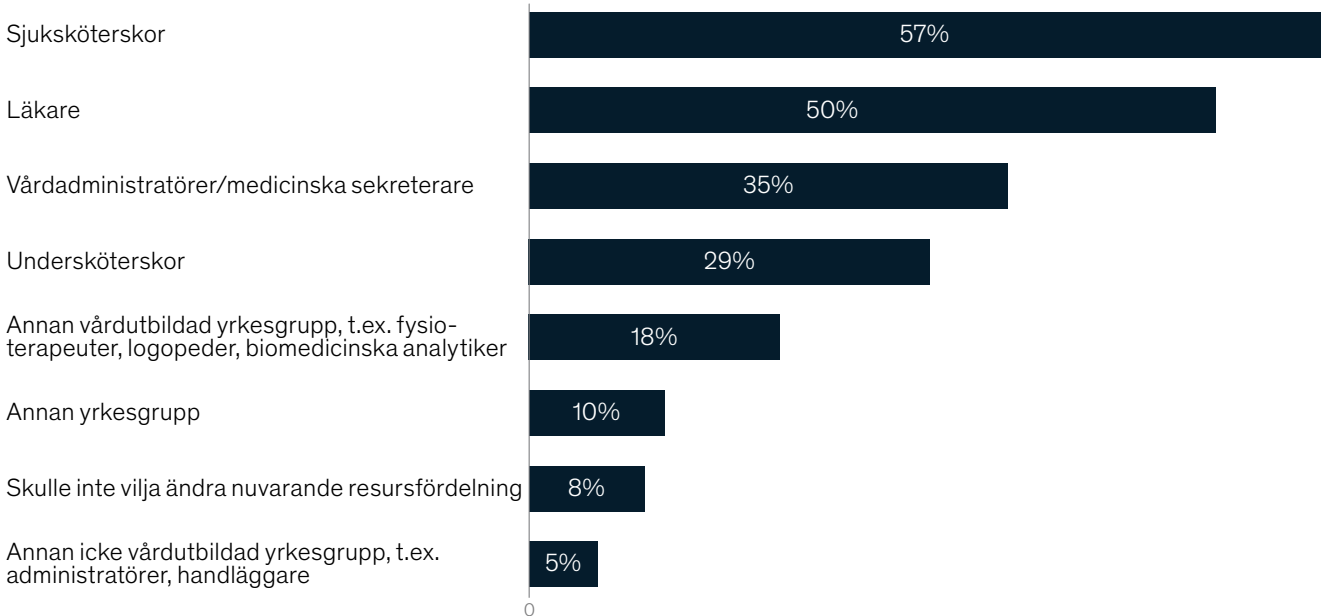
I undersökningen tillfrågades läkarna om hur de ser på resursfördelningen mellan olika yrkesgrupper i vården (bild 11). 92 procent av dem skulle vilja ändra resursfördelningen, något fler i offentlig sektor och något färre i privat sektor. 57 procent av läkarna skulle vilja lägga mer resurser på sjuksköterskor och 50 procent skulle vilja att mer gick resurser till att anställa fler i den egna yrkesgruppen. 35 procent skulle vilja se fler vårdadministratörer/medicinska sekreterare, medan 29 procent skulle vilja lägga resurser på att öka antalet undersköterskor. Endast 5 procent anser att det behövs fler administratörer, handläggare och annan icke-vårdutbildad personal i vården.

I sina kommentarer uttrycker en överväldigande majoritet av läkarna att andelen resurser som läggs på lednings- och stabsfunktioner,

Så borde resurserna fördelas – 57 procent av läkarna vill att mer resurser går till sjuksköterskor

Önskan om omfördelning av resurser

Hur ser du på stödstrukturerna runt läkare, dvs hur skulle du vilja ändra resursfördelningen mellan olika yrkesgrupper? (under antagande om oförändrade resurser dvs ökar man exempelvis antalet sjuksköterskor så behöver någon annan yrkesgrupp minska), flera val möjliga



Källa: Svar från svenska läkare (N=1228) som deltog i en enkät som Läkarförbundet och McKinsey & Company genomförde under perioden maj till november 2018. Analys: McKinsey & Company.

Citat från enkäten:

"Det är tveksamt hur administratörer bidrar till att ge god vård för patienten. Jag anser att man på personer som jobbar inom sjukvården men inte har direkt patientkontakt skulle ställa som krav att de enkelt och tydligt måste kunna förklara för sig själva och sin omgivning exakt hur deras arbete direkt bidrar till förbättrad vård."

Specialistläkare på universitetssjukhus i Stockholm

"Det borde vara färre chefslager ovanför den egna enheten, och definitivt färre strateger och liknande. Mer folk som arbetar direkt vårdrelaterat. Kontroll och styrning tar för mycket resurser, på bekostnad av verksamheten man vill kontrollera och styra."

ST-läkare på vårdcentral i Skåne

"Antalet mellanchefer, HR-specialister, kommunikatörer och sjukhusstrateger torde kunna minska drastiskt utan att det blir någon större förlust för verksamheten."

ST-läkare på universitetssjukhus i Västra Götaland

"Avveckla slöseriet med 'kvalitetssamordnare' som tar sjuksköterskor från vården och som inte på något bevisat sätt har minskat antalet vårdskador. Det finns idag alldeles för mycket 'pseudoverksamhet' med förevändning att göra nytta för patienten."

Specialistläkare på universitetssjukhus i Västra Götaland

"Ta bort hälften av alla chefer och samtliga regioners controllers. Pengar bör gå till vad vi ska göra och inte hur vi ska debitera."

Specialistläkare på universitetssjukhus i Västerbotten

Stor ökning i administrativ personal

Förändringar i antalet anställningar inom landstingen 2008–2017 för yrkesområdena administration, vård och omsorg¹

+50%

ledning &
administration,
övrigt landsting



+15%

ledning &
administration,
vårdverksamheter

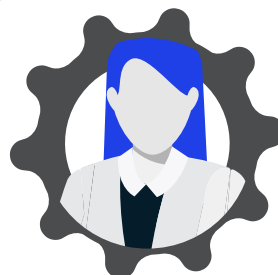
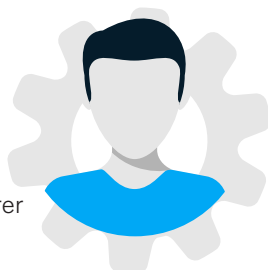


+7%

vårdpersonal

-7%

vårdadministratörer



+112%

inhyrd vårdpersonal²
(2011–2017)

administratörer och handläggare borde minska. Detta gäller den stabsbaserade administrationen, som är placerad långt från vårdproduktionen. Den vårdnära administrationen (exempelvis läkarsekreterare) som mer direkt stöttar vårdproduktionen, uppfattas av de flesta som värdefull.

Lednings- och stabsfunktioner växer snabbare än den kliniska personalen

Den faktiska utvecklingen under de senaste tio åren står, på systemnivå, i kontrast till de önskemål som läkarna uttrycker i enkäten. En kartläggning av personalutvecklingen i samtliga regioner (bild 12) visar att gruppen ledning och administration inom regionerna (stabstjänster) har ökat mest, med hela 15 procent sedan 2008. Samtidigt har den regionanställda vårdpersonalen ökat med 7 procent (sjuksköterskor och undersköterskor med 2–3 procent). Antalet vårdadministratörer³ har minskat med 7 procent. Under samma period

har folkmängden i Sverige ökat med 9 procent. Med andra ord verkar det som att de svenska regionerna har investerat mer i vårdens styrsystem än i de yrkesgrupper som faktiskt producerar vården.

SVårt att påverka den egna arbetssituationen

I enkäten tillfrågades läkarna om hur de ser på sina möjligheter att påverka sin arbetssituation (bild 13). Nästan 40 procent upplever att de har ganska dåliga eller i princip obefintliga möjligheter att påverka. Mest missnöjda är läkare inom offentlig sektor, läkare på universitetssjukhus samt yngre läkare. Möjligheterna att påverka den egna arbetssituationen tycks vara mindre ju större organisationen är.

¹ Anställningar = månadsavlönade inkl. lediga och timavlönade. Inkluderar ej yrkesområdena Tandvård, Rehabilitering och Förebyggande, Socialt och Kurativt, Skola, Kultur Turism och Fritid. Skärning av totalt antal anställningar inom Ledning & Administration har gjorts enligt SKL:s klassificering av verksamhetsgrupp, där "vårdverksamheter" motsvarar Primärvård, Spec somatisk vård, Spec psykiatrisk vård, Övrig hälso- och sjukvård och "övrig landstingsverksamhet" motsvarar Tandvård, Utbildning och Kultur, samt Övrigt.

² Motsvarande anställningar för inhyrd personal är estimerade på bas av kostnadsutveckling.

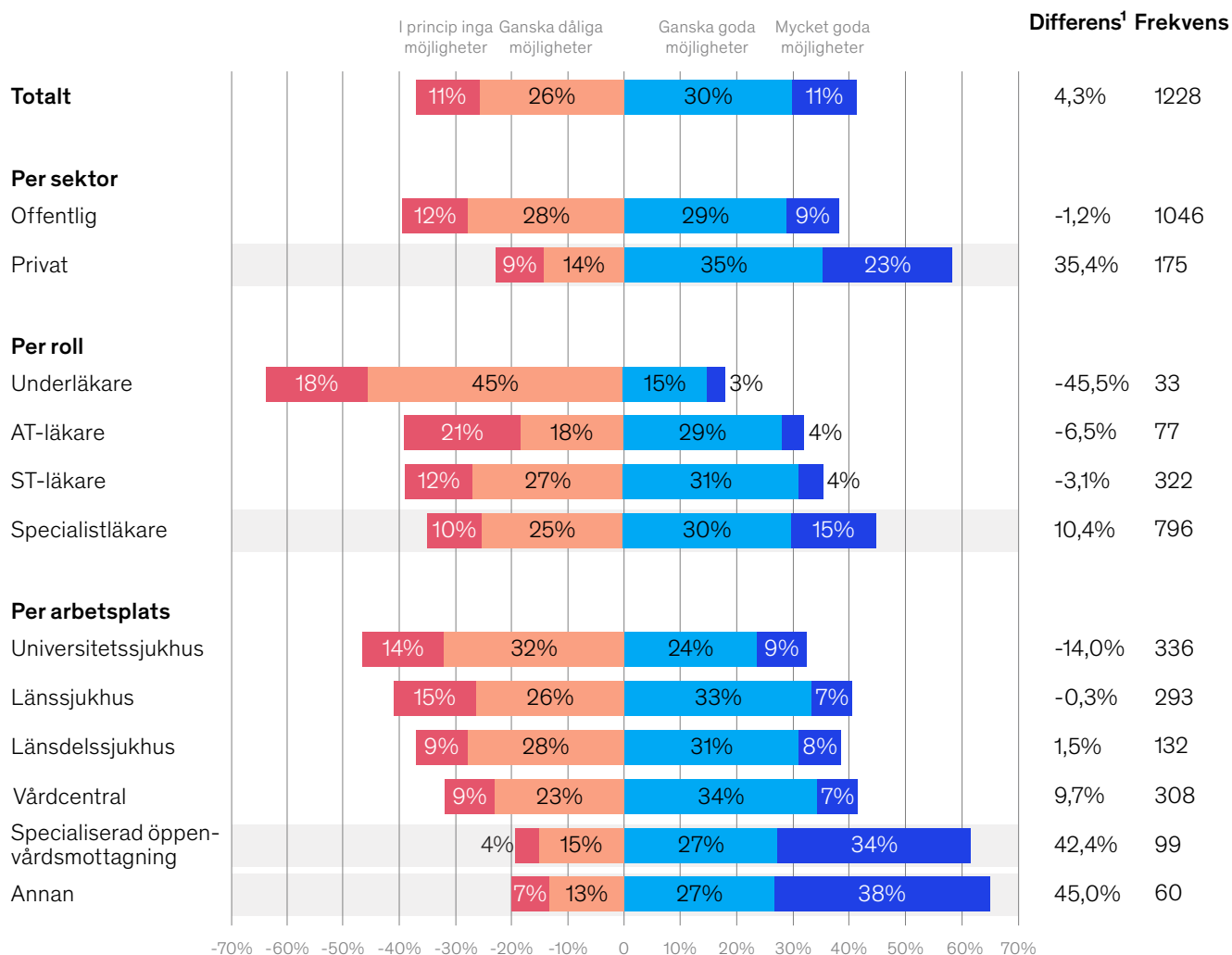
³ Innefattar te.x. medicinsk sekreterare, vårdadministratör, medicinsk vårdadministratör, läkarsekreterare, teamsekreterare, klinikassistent.

Källa: SKL

Stor spännvidd mellan olika grupper möjlighet att påverka

Fråga ur enkäten: Har du möjlighet att påverka din arbetssituation, arbetets upplägg och organisation osv?

■ Grupper med bäst möjlighet att påverka



¹ Skillnad i antal procentenheter mellan ganska/mycket goda möjligheter och i princip inga/ganska dåliga möjligheter

Källa: Svar från svenska läkare (N=1228) som deltog i en enkät som Läkarförbundet och McKinsey & Company genomförde under perioden maj till november 2018. Analys: McKinsey & Company.

Fyra arbetsområden för ökad produktivitet i vården

För att långsiktigt öka produktiviteten i vården behövs både lösningar på systemnivå och på sjukhus/vårdenhetsnivå.

1. Nyttja den högsta kompetensnivån hos olika yrkesgrupper

Att läkare lägger tid på arbetsuppgifter som mer effektivt skulle kunna utföras av annan personal är ett effektivitets- och arbetsmiljöproblem. Ingen mår bra av att utföra arbetsuppgifter som man är överkvalificerad för, samtidigt som det i alla yrken förekommer ett antal "enkla" uppgifter som man behöver hjälpa till med.

Därför är det viktigt att tydliggöra vilka uppgifter som ingår i olika roller på arbetsplatsen och vilka som inte gör det – och att våga bemanna och styra efter detta. Detta innebär så kallad "task-shifting" från läkare till andra yrkesgrupper och till patienten/brukaren själv. Problemet med att läkare ägnar tid åt "fel" saker är inte lika stort överallt; i vår enkät framkommer stora variationer. På arbetsplatser där läkare utför många "felaktiga" uppgifter är det oftast en

följd av en lokal kultur och tradition som gradvis har utvecklats snarare än ett medvetet planerat arbetssätt. Grundlösningen är dock densamma: att ha en konkret dialog kring de arbetsuppgifter som finns och vem som är ansvarig för dessa.

Arbetsgivaren bör slå fast att den högsta kompetensnivån ska utnyttjas hos alla personalgrupper, men också göra tydligt att var och en bör ha beredskap att utföra gemensamma uppgifter. Ofta behöver man göra en kartläggning av problemets omfattning. Resultatet kan kommuniceras internt och ligga till grund för en diskussion kring kompetensutnyttjande och effektivitet.

När läkare befrias från uppgifter som bättre kan utföras av andra, får de mer tid till arbete med patienter. En annan möjlig följd av att arbetsuppgifter hamnar hos rätt personer är att personalstyrkan kan minskas.

2. Omfamna digitalisering och automatisering

Vården ligger efter andra sektorer när det gäller att dra nytta av digitaliseringen. I en branschjämförelse av IT-systemens användarvänlighet hamnade sjukvården i botten med bred marginal¹⁸. Under 2018 fattade flera svenska regioner beslut om att investera i nya journalhanteringssystem och IT-miljöer. Systemen ska utvecklas och implementeras under de kommande tre till fem åren, och förhoppningen är att användarvänligheten förbättras avsevärt. Men att införa nya IT-system är förknippat med risker. När det amerikanska systemet Epic infördes i Köpenhamnsområdet 2016 fick projektet kritik både i medierna och från läkarkåren¹⁹. Brittiska NHS har ett liknande misslyckande bakom sig – ett nationellt journalsystem började införas redan 2002 men efter stora problem lades projektet ned 2011, till en kostnad av över 10 miljarder pund för skattebetalarna²⁰. Att införa moderna och integrerade journalsystem bedöms ändå vara en förbättring som måste genomföras, bland annat

för att långsiktigt stimulera produktivtetsökningar. I den fortsatta automatiseringen av vårdflöden och processer är integrerade IT-system (där olika vårdgivare når varandras journaler) med exempelvis standardiserade formulär för dataklassificering en viktig utgångspunkt. Därtill kan lösningar som distanskonsultationer, automatiserade beslutsstöd, patientgenererad förhandsinformation och automatiserad dokumentation frigöra tid för patientarbete och samtidigt minska den tid som läkare behöver lägga på varje patient.

För att nya IT-stöd, digitala lösningar och automatisering ska kunna införas på ett bra sätt är det viktigt att läkare och annan vårdpersonal (användarna) är djupt involverade. De bör engageras redan när underlaget för upphandling tas fram och därefter ha möjlighet att påverka både utformning och implementering. Det finns avskräckande exempel där lösningar i första hand har anpassats efter behoven hos olika stabsfunktioner, som HR och ekonomi, snarare än efter kärnverksamheten som de är avsedda att stötta.



¹⁸ McKinsey & Company, "Automation, skill shifts and the future of work – HealthCare", 2018.

¹⁹ Mercalf-Rinaldo, O. och Jensen, S., "Learnings from the implementation of Epic", 2016.

²⁰ Centre for Public Impact, "Case study: The Electronic Health Records System In the UK", 2017.

”Med strukturerad arbetsplanering blir det tydligt vad som förväntas av varje enskild läkare – och också vad denne kan kräva i sin anställning.”

3. Inför standardiserad arbetsplanering

I många fall saknas tydliga riktlinjer för hur läkare ska fördela sin tid mellan de olika uppdrag och aktiviteter som ingår i yrkesrollen. Detta får till följd att varken läkarna själva eller de som planerar vårdens kapacitet och produktion vet hur mycket kliniskt verksam tid som faktiskt är tillgänglig.

Ett verktyg för att hantera detta är så kallad strukturerad arbetsplanering. Om det tydliggörs att läkare förväntas lägga mindre tid på annat än den patientrelaterade vården kan mer tid frigöras för patienter. Det skapar också underlag för en diskussion om hur mycket administration det är rimligt att läkare utför – och om vilken typ av administrativa uppgifter som bör prioriteras. I samband med nyanställningar kan det klargöras vilka förväntningar som finns på rollen och det blir lättare att planera och lägga scheman.

Ett exempel är NHS i England, som har ett standardiserat system för arbetsplanering. I standardkontraktet för vårdpersonal delas arbetsveckan in i tio block, professionella aktiviteter (PA), om fyra timmar vardera²¹. På NHS ska en läkare i medel ägna 7,5 PA åt direkt klinisk vård, DCC, och 2,5 PA åt stödjande professionella aktiviteter, SPA, som kompetensutveckling, utbildning, forskning, projektarbete och möten.

Baserat på de tio PA-blocken och hur de ska fördelas görs arbetsplanen för en tjänst. Den som sköter planering och schemaläggning kan utgå från att läkaren finns tillgänglig för de PA som har specificerats. Personalen dokumenterar förfrågningar som behöver avböjas på grund av att mängden SPA inte räcker till, och med dokumentationen som underlag förs en prioriteringsdiskussion med ledningen. Även i andra situationer, till exempel om en läkare vill gå över till att arbeta deltid eller om ett deluppdrag ska införlivas med en tjänst, kan det vara värdefullt att föra en explicit diskussion om PA-fördelning.

Med strukturerad arbetsplanering blir det tydligt vad som förväntas av varje enskild läkare – och också vad denne kan kräva i sin anställning. DCC-blocken är vikta för kliniskt arbete, vilket ökar effektiviteten. Arbetssättet kan också användas för att säkerställa att det finns utrymme för aktiviteter som många upplever som nedprioriterade, exempelvis kompetensutveckling och fortbildning. Enligt den årliga utbildningsenkäten från Sveriges läkarförbund ägnade specialistläkare i snitt bara sex dagar åt extern fortbildning under 2018 – en av tio specialistläkare fick ingen extern fortbildning alls²². Över tid har utrymmet för fortbildning minskat kraftigt: från 9,1 dagar 2005 till 6 dagar 2018.

²¹ British Medical Association and NHS Confederation, "A guide to consultant job planning", 2011.

²² Sveriges läkarförbund, "Fortbildningsenkät 2018", 2019.

4. Börja ge feedback

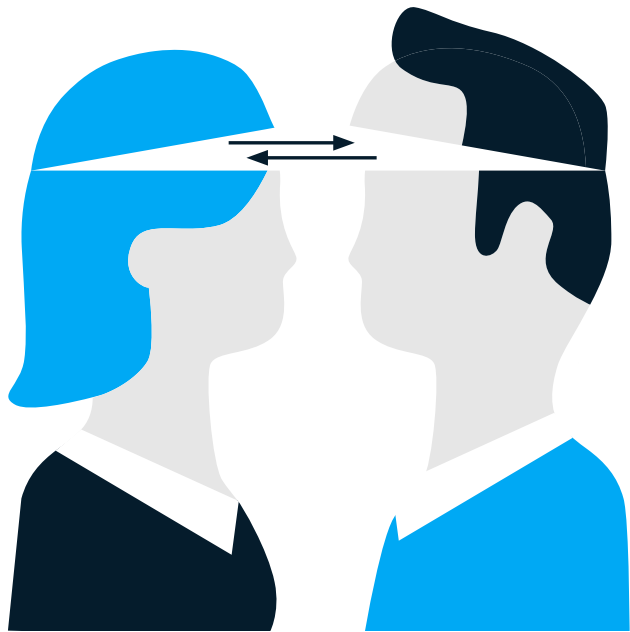
Bristen på coaching och feedback är en outnyttjad möjlighet i den svenska hälso- och sjukvården. Bland läkare, liksom i andra yrkesgrupper, varierar det hur väl olika individer utför sitt arbete. Det kan visa sig som skillnader i diagnostisering, operationstider, mängden komplikationer efter ingrepp, val av behandlingsmetod och mycket annat. Denna information fångas delvis i formella system, till exempel genom olika mätetal, men även i informella system som kollegors omdömen.

Att regelbundet, strukturerat och faktabaserat kunna diskutera olika individers yrkesutövning på ett konstruktivt sätt är ett effektivt sätt att förbättra vården. Många andra kunskapsorienterade serviceorganisationer lyckas snabbt och löpande utveckla både nya och mer erfarna kollegor med hjälp av strukturerad diskussion, coaching och feedback.

Läkare, med sin tydliga kunskapsorientering och starka yrkesidentitet borde vara särskilt mottagliga för denna typ av utvecklingsåtgärder, men sådana förekommer sällan. Nästan tre fjärdedelar av läkarna i vår enkät tycker att de får för lite coaching och feedback. Många läkare uppger att de inte får någon feedback kring hur de kan utvecklas i yrket, men också att kollegor som presterar mindre bra inte får någon hjälp att utveckla sin kunskap och kompetens, vilket innebär att skillnader i hur väl olika läkare utför sitt arbete blir bestående över tid.

Hur väl en läkare utför sitt arbete är inte förutbestämt av inneboende förmågor, utbildning eller individuella erfarenheter. Yrkesskickligheten kan formas, utvecklas och stärkas genom att man får ta del kollegors arbetsmetoder och kunskaper.

I många andra sjukvårdssystem både publiceras och diskuteras produktions-, kvalitets- och ibland även ekonomidata på individnivå. Vi ser ett värde i att i alla fall skapa transparens för den enskilde läkaren när det gäller delar av yrkesutövningen, till exempel genom att man får se sina egna data jämföras mot ett medelvärde.



Avslutande ord

I ett huvudsakligen offentligt finansierat vårdssystem är det nödvändigt att ständigt säkerställa att de gemensamma medlen skapar maximal nytta för användarna. En viktig del i detta arbete handlar om att se till att den främsta medicinska kompetensen fullt ut används i det direkta mötet med patienter – men så är inte fallet idag.

Problem med undermåliga IT-system, inslag av oskäligen arbetsuppgifter, bristfälliga stödresurser och otydliga förväntningar bidrar till att svenska läkare behandlar färre patienter än sina kollegor i många andra länder.

Författarna till denna rapport har pekat på konkreta verktyg och processer som en del av lösningen på problemet:

1. Nyttjande av den högsta kompetensnivån hos vårdens yrkesgrupper.
2. Nya digitala stöd.
3. Tydliga riktlinjer för hur läkarnas arbetstid ska disponeras.
4. Mer utbredd coaching och feedback.

Källor

- British Medical Association and NHS Confederation, "A guide to consultant job planning", 2011
- Centre for Public Impact, "Case study: The Electronic Health Records System In the UK", 2017
- Ekonomifakta.se, hämtad 25 juni 2019 från: <https://www.ekonomifakta.se/fakta/offentlig-ekonomi/offentlig-sektor/offentliga-sektorns-utgifter/>
- Health Consumer Powerhouse, "Euro Heart Index", 2016
- Läkartidningen, "Mer tid för patienten hos läkare i England", 2014
- Läkartidningen, "Onödiga och oskäliga arbetsuppgifter bland läkare", 2012
- Läkartidningen, "Tillgänglighet sjukvårdens viktigaste valfråga 2018", 2018
- McKinsey & Company, "Agile compendium", 2018
- McKinsey & Company, "Automation, skill shifts and the future of work – Health Care", 2018
- Mercalf-Rinaldo, O. och Jensen, S., "Learnings from the implementation of Epic", 2016
- OECD, "Health at a Glance", 2017
- SKL, "Svensk sjukvård i internationell jämförelse", 2018
- SKL, "Vision e-hälsa 2025", 2016
- Socialstyrelsen, Kolada, hämtad 25 maj 2019 från: <http://www.kolada.se>
- Sveriges läkarförbund, "Fortbildningsenkät 2018", 2019
- The Commonwealth Fund, "Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care", 2017
- The Lancet report, "Global surveillance of trends in cancer survival 2000–14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients from 322 population-based registries in 71 countries", 2018
- The Lancet report, "Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", 2018
- The Lancet report, "Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016", 2017

Kontakt

Caroline Henricson är Junior partner på McKinsey & Companys Stockholmskontor.
caroline_henricson@mckinsey.com

Eric Teder är expert inom hälso- och sjukvård på McKinsey & Companys Stockholmskontor.
eric_teder@mckinsey.com

Sara Lyxell är projektledare inom hälso- och sjukvård på McKinsey & Companys Göteborgskontor.
sara_lyxell@mckinsey.com

Oscar Boldt-Christmas är Senior partner på McKinsey & Companys Göteborgskontor.
oscar_boldt-christmas@mckinsey.com

