
Revisionsrapport

Övertidsarbete inom hälso- och sjukvården

*Hans Rinander
Certifierad kommunal
revisor*

*Maria Strömbäck
Revisionskonsult*

*Kerstin Svensson
Certifierad kommunal
revisor*

*Anders Färnstrand
Auktoriserad revisor*

Juni 2015

Norrbottnens läns landsting



Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och vår bedömning	1
2.	Bakgrund, uppdrag och syfte	5
2.1.	Avgränsning och metod.....	6
2.2.	Revisionskriterier	7
2.3.	Definitioner	8
3.	Resultat.....	9
3.1.	Landstingsstyrelsens styrning.....	9
3.1.1.	Mål för övertid	9
3.1.2.	Avtal mellan parterna	10
3.1.3.	Riktlinjer för övertid	11
3.1.4.	Medarbetarnas skyddsombud och deras roll.....	12
3.2.	Kännedom och tillämpning av riktlinjer	15
3.3.	Omfattning och uppföljning av övertidsarbete	17
3.3.1.	Övertidens omfattning	17
3.3.2.	Systematisk uppföljning	20
3.3.2.1.	Ekonomiskt perspektiv	21
3.3.2.2.	Arbetstidsperspektiv	22
3.3.3.	Vidarerapportering	23
3.3.4.	Uppföljning av inhyrd personal.....	23
3.4.	Orsaker utreds systematiskt	24
3.4.1.	Orsaker till övertid	25
3.4.2.	Används övertid endast vid tillfälliga behov?	26
3.4.3.	Systematisk utredning	26
3.5.	Åtgärder.....	27
3.6.	Rapportering till styrelsen.....	29

1. **Sammanfattning och vår bedömning**

Under år 2014 kom återkommande signaler om att övertidsarbetet ökar inom landstingets verksamheter. Utöver att vara en kostnadsfråga för organisationen, är ett omfattande övertidsarbete även en arbetsmiljöfråga som kan innebära risker för medarbetare, men även indirekt påverka patientsäkerheten. PwC har på uppdrag av landstingets revisorer genomfört en granskning av det arbete som sker gällande övertidsarbete för läkare och sjuksköterskor inom division Närsjukvård och division Länssjukvård. Granskningens avgränsning har skett mot bakgrund av genomförd förstudie gällande övertidsarbete på ett landstingsövergripande plan.

Omfattningen av läkares och sjuksköterskors övertidsarbete inom Norrbottens läns landsting motsvarar för år 2014 nära 232 miljoner kronor, vilket utgör totalt 5,4 procent av de totala personalkostnaderna för året. Antalet timmar motsvarar cirka 200 årsarbetare. Landstinget har även en omfattande skuld till läkare och sjuksköterskor i form av inte uttagen kompensationsledighet. Totalt 339 031 timmar, vilket motsvarar en bokförd kostnad på drygt 152 miljoner.

Granskningen syftar att ge underlag om landstingsstyrelsen (ansvarig vårdgivare) har en tillräcklig intern kontroll när det gäller övertidsarbetets styrning, omfattning, utveckling och orsaker.

Vår sammanfattande bedömning är att landstingsstyrelsen delvis har en otillräcklig intern kontroll gällande övertidsarbetets styrning, omfattning, utveckling och orsaker.

Av granskningen får vi en bild av att övertid kan ses som ett symptom för bristande tillgång till personal, och att uttag av övertid hos medarbetare istället för att vara ett undantag alltmer nästan börjar vara normaliserat och ett sätt för verksamheterna att verkställa sitt uppdrag.

Vår bedömning grundar sig på besvarandet av de för granskningen utarbetade kontrollmålen:

Kontrollmål:

Landstingsstyrelsen styr övertidsarbetet i form av utarbetade mål och riktlinjer.

Vi bedömer inte att landstingsstyrelsen styr övertidsarbetet i form av utarbetat mål, utan styrningen kan sägas ske inom ramen för mål inom arbetsmiljöarbetet och inom det systematiska arbetsmiljöarbetet. Vi finner att det finns ett fåtal riktlinjer men att chefer även har ytterligare tillgång till information utifrån riktlinjerna från landstingets HR verksamhet. Frågan om skyddsombud och skyddsorganisation är prioriterad av den centrala informations- och förhandlingsgruppen.

Kontrollmål:

Riktlinjerna är kända och tillämpas i verksamheterna.

Vi bedömer att kännedom om riktlinjer för arbetstid/övertid i viss utsträckning saknas hos ett antal intervjuade chefer. Låg kännedom om riktlinjer kan innebära en låg tillämpning av riktlinjerna. Vi bedömer att det finns utrymme att på intranätet förtydliga information om området och även den koppling som finns till chefens ansvar för ekonomin och arbetsmiljön. Samtidigt finner vi att intervjuade chefer har ett inarbetat arbetssätt och metod för att personalbemannas. Vi menar att enheter som har skrivna dokument för hur personalbehov ska tillgodoses har en tydligare styrning av området.

Vi bedömer att det inte är optimalt utifrån ett styrande- och internt kontrollperspektiv avseende medarbetarnas arbetstidsperspektiv och kostnadsställets ekonomi, att den som är ekonomiskt ansvarig för kostnadsstället inte är densamma som personalansvarig och/eller bemanningsplaneringsansvarig. Vi menar att en strävan bör finnas att hålla dessa perspektiv samman för den personalansvarige chefen.

Kontrollmål:

Det sker en systematisk uppföljning av övertidsarbetet inom verksamheterna, både vad gäller egen och inhyrd personal. Uppföljningen rapporteras vidare i organisationen.

Vi bedömer att en systematisk uppföljning av övertidsarbetet sker inom verksamheterna ur flera perspektiv. Uppföljningen sker ur ett ekonomiskt perspektiv både på landstingsövergripande och på enhetsnivå vilket omfattar såväl landstingsanställda som inhyrd personal. Däremot sker en systematisk uppföljning ur ett arbetstidsperspektiv endast för de medarbetare som har en anställning inom Norrbottens läns landsting. Majoriteten av cheferna följer upp övertidsuttag som skett när chefen varit frånvarande. Skillnader finns dock mellan hur aktiva cheferna är vad gäller att bevaka och följa upp den övertid enskilda medarbetare har.

En sårbarhet finns i organisationen utifrån att det idag endast är en utsedd person som på central nivå har uppdraget att sammanställa medarbetarnas ATL-tid. Här uppmanar vi till en förändring för att minska risken för brist av följsamhet till rutiner som i sig kan innebära en försämrad intern kontroll.

Kostnaderna för den faktiska arbetade tiden vad avser övertid, fyllnadstid och jour/beredskap utgör drygt 5 procent av de totala personalkostnaderna och skulden för övertid/jour/beredskap har ökat med 7 procent från föregående år. Trots att kompensationsledighet anges vara lättare att få ta ut konstaterar vi att den skuld landstinget har till läkare och sjuksköterskor totalt sett innebär ett mycket stort antal årsarbetare (nära 60 årsarbetare).

Vi ser att chefer har forum där de kan lyfta upp övertidsarbetsrelaterade frågor till en högre chefsnivå. Här är av vikt att detta fortsatt informeras till nästa chefsnivå för att informationen slutligen ska nå den ytterst ansvarige landstingsstyrelsen.

Vi ser att den uppföljning som sker och rapporteras till landstingsstyrelsen avseende övertidsarbetets kostnader till vissa delar är på en så pass övergripande nivå att det kan vara svårt att särskilja dessa kostnader från övriga personalkostnader. Här ställer vi oss frågan om det inte finns ett värde för organisationen, men även för styrelsen, att utveckla den personalekonomiska redovisningen. En djupare kunskap, menar vi är värdefull framförallt mot bakgrund av den allt större bristen på tillgång till personal, vilket så gott som samtliga intervjuade signalerar och ger uttryck för vid intervjuerna.

Kontrollmål:

De orsaker som finns för att övertidsarbete behöver utföras utreds systematiskt av ansvariga inom verksamheterna.

Vi bedömer att orsaker till att övertidsarbete till viss del kan sägas utreds systematiskt av de verksamhetsansvariga. Orsaker som framförallt anges generera övertid är en bristande tillgång till personal. Även de avtal som finns mellan arbetsgivare och arbetstagare kan i sig bidra till att övertid genereras. Det är även ibland individrelaterat hur mycket övertid en medarbetare inarbetar. Här vill vi dock uppmärksamma det arbetsmiljöansvar medarbetarens chef har.

Vi ser att uttag av övertid hos medarbetare inom många verksamheter är ett sätt att lösa verksamhetsuppdraget som nära nog snart är normaliserat, och inte längre är en tillfällig lösning. Detta ser vi allvarligt på och menar att det budskapet är av yttersta vikt för landstingsstyrelsen att ha kännedom om.

Kontrollmål:

Åtgärder sker av ansvariga inom verksamheterna för att begränsa övertidsarbetet.

Vi bedömer att flertalet åtgärder har vidtagits på central och lokal nivå för att begränsa övertidsarbetet. Ett antal utvecklingsarbeten sker som framförallt omfattar sjuksköterskor. Mot bakgrund av att majoriteten av utvecklingsarbeten utgår från ett arbetsmiljöperspektiv, och att vi finner att utvecklingsarbeten framförallt omfattar sjuksköterskor, menar vi att även läkarna bör inkluderas i projekt omfattande arbetstid- övertid- jourtid.

Vi finner att organisationen arbetar lösningsinriktat utifrån en bristsituation av personal. Vi menar även att man fortsatt bör initiera utvecklingsarbeten som syftar till att optimera personalresurserna efter verksamheternas behov och alltmer styra mot detta.

Vi bedömer att sårbarheten hos verksamheten blivit allt större när tillgången till personal inte motsvarar behovet. Uppdraget som åligger vårdgivaren (landstingsstyrelsen) innebär dock att tillgång till ett visst antal medarbetare fortsatt krävs för att uppdraget ska kunna utföras. Därför är arbetet med kompetensförsörjningsområdet av yttersta vikt.

Kontrollmål:

Landstingsstyrelsen får rapportering om övertiden (tidsomfattning och kostnader) och vidtar åtgärder utifrån resultatet av rapporteringen.

Vi bedömer att landstingsstyrelsen för år 2014 har erhållit rapportering gällande övertiden inom ramen för månadsrapporter, tertialrapporter och årsredovisningen. Vi finner inte att ytterligare rapportering skett specifikt gällande övertid, men att viss rapportering skett som indirekt (t.ex. bemanningsproblematik) har koppling till övertid.

Planerade internkontrollaktiviteter med indirekt koppling till övertid är inte genomförda under år 2014.

2. *Bakgrund, uppdrag och syfte*

Under år 2014 har återkommande signaler getts om att övertidsarbetet ökar inom landstingets verksamheter. Det har beskrivits bero på tidvis pressade arbetsförhållanden med hög patienttillströmning och en samtidig brist på personal. Personal har uttalat sig i massmedia om att de är utarbetade, att fritiden går till vila för att orka nästa arbetspass samt att man inte alltid kunnat ta ut sin semester enligt planerat.

Mycket övertidsarbete och begränsade möjligheter att ta ut övertidskompensation av övertid i ledighet kan leda till att det byggs upp en omfattande kompensations-skuld avseende innestående övertid, men även avseende jour- och beredskaps-tjänstgöring.

Ett omfattande övertidsarbete är, utöver en kostnadsfråga, även en arbetsmiljöfråga för medarbetarna. En bristande arbetsmiljö kan, inte bara riskera personalens hälsa, utan även riskera patientsäkerheten. I en rapport¹ som sammanställt forskning gällande arbetstider anges att jourarbete ger starkt förhöjd trötthet, sömnunderskott och sänkt prestationsförmåga. Flera studier anges i rapporten även ha visat att jour har negativa effekter på patientsäkerheten.

Omfattande övertidsarbete kan även innebära att vårdpersonalens arbetsförhållanden uppfattas så negativa att det påverkar landstingets attraktivitet som arbetsgivare.

En kort- och långsiktig kompetensförsörjning och bemanningsplanering är områden som kan bidra till att minska behovet av övertidsuttag.

Riktlinjer för medarbetares arbetstid finns beskrivet i Arbetstidslagen (1982:673). Arbetstid innebär att arbetstagaren står till arbetsgivarens förfogande på arbetsstället samt utför arbete, eller är beredd att arbeta om det behövs.

Arbetstid kan vara: ordinarie arbetstid, jourtid, övertid eller mertid. Lagen, som delvis är dispositiv till delarna om arbetstidens längd och förläggning, anger att den *ordinarie arbetstiden* får uppgå till högst 40 timmar i veckan. Mot bakgrund av verksamhetens natur kan det vara nödvändigt att arbetstagaren står till förfogande för att vid behov utföra arbete. Då kan övertid tas ut med högst 48 timmar per arbetstagare under en tid av fyra veckor, eller 50 timmar under en kalendermånad, dock med högst 200 timmar (*allmän övertid*) under ett kalenderår. I vissa fall får *extra övertid* tas ut med högst 150 timmar om särskilda skäl finns. Från år 2014 krävs inget särskilt tillstånd av tillsynsmyndighet (Arbetsmiljöverket) för den extra övertiden. Vid sidan om övertid kan om synnerliga skäl (t ex hotad patientsäkerhet) personal beordras att avbryta sin semester för att återgå i arbete.

¹ Arbetstider, hälsa och säkerhet – en uppdatering av aktuell forskning. Stressforskningsinstitutet. Stockholms universitet, 2010.

Eftersom lagen är dispositiv kan vissa delar således avtalas bort genom kollektivavtal. Det möjliggör olika arbetstider. Lagens minimikrav, att den totala övertiden (allmän och extra) under en fyramånadersperiod inte får överstiga 48 timmar, är dock inte möjligt att avtala bort.

Sedan juli 2014 kan sanktionsavgift (ersatt övertidsavgift) tas ut från arbetsgivare gällande överträdelser av bestämmelserna om ordinarie arbetstid som inte har stöd i kollektivavtal. Avgiften tillfaller staten. Även fackliga organisationer kan ställa skadeståndsanspråk utifrån ett alltför stort övertidsarbete.

Landstingsrevisorerna har genomfört en förstudie av övertidsarbetet inom landstinget på en landstingsövergripande översiktlig nivå. Förstudien fann att övertidsarbetet främst finns inom hälso- och sjukvårdsdivisionerna, och nästan uteslutande bland läkare och sjuksköterskor.

Mot bakgrund av revisorernas risk- och väsentlighetsbedömning har PwC fått uppdrag att genomföra en granskning av det arbete som bedrivs gällande övertidsarbete för sjuksköterskor och läkare inom division Närsjukvård och division Länsjukvård.

Granskningen syftar till att ge underlag för en bedömning om landstingsstyrelsen har en tillräcklig intern kontroll när det gäller övertidsarbetets styrning, omfattning, utveckling och orsaker.

2.1. Avgränsning och metod

Granskningen avgränsas till att omfatta yrkeskategorierna läkare och sjuksköterskor inom division Närsjukvård och division Länsjukvård.

Insamling/analys av landstingsstyrelsens reglemente, riktlinjer, planer, strategier, avtal, årsredovisning m.fl. dokument har skett. I förekommande fall har även enhetsspecifika rutindokument erhållits vid intervjuer.

Statistikunderlag med data januari t.o.m. november månad, år 2014 per kostnadsställe och per yrkeskategori erhöles från landstingets ekonomi- och planeringsavdelning. I statistikunderlaget omfattande övertid (faktiskt arbetad tid) ingår följande tidstyper: övertid, fyllnadstid (mertid) samt jour/beredskapstid. De fem kostnadsställen som hade störst antal timmar för sjuksköterskor och för läkare valdes ut (totalt tio kostnadsställen).

Läkare: primärjour internmedicin, primärjour allmän kirurgi, primärjour ortopedi, primärjour vuxenpsykiatri (Sunderby sjukhus) samt samjour allmän kirurgi (Gällivare sjukhus).

Sjuksköterskor: Intensivvårdsavdelning (Sunderby sjukhus), Sjukvårdsrådgivningen 1177/Jourcentralen², Akutvårdsavdelning 33 (Sunderby sjukhus), Operationsavdelning (Sunderby sjukhus) samt IVAK³ (Piteå sjukhus).

² Verksamhet vid Stadsvikens hälsocentral.

³ Intensivvårdsavdelning akutmottagning ambulansverksamhet

I samband med kontakt med de ansvariga för utvalda kostnadsställen gällande läkare framkom att det var tre kostnadsställen där annan än den som var kostnadsställesansvarig som hade personalansvaret för läkarna. Gällande sjuksköterskegruppen var det däremot så att kostnadsställesansvarig även var den person som hade personalansvaret för sjuksköterskorna.

Efter att vårt urval gjorts har vi även erhållit statistiksammanställning för hela år 2014 från ekonomi- och planeringsavdelningen.

Totalt har sex chefer ansvariga för sjuksköterskor intervjuats och fem personalansvariga chefer för läkare. Kontakt och kortare intervju har även tagits med den person som ansvarat för schemaplanering av samjouren i Gällivare. Denna person innehar inget personalansvar.

Inom ramen för granskningen har även skyddsombud intervjuats. För att erhålla namn över skyddsombud för läkare och sjuksköterskor vid respektive enhet (kostnadsställe) togs kontakt med Vårdförbundet och Norrbottens läkarförening.

För sjuksköterskor har skyddsombud för samtliga enheter förutom en enhet deltagit vid intervju. Denna har trots upprepade försök ej varit möjlig att få kontakt med. Även huvudskyddsombud för Luleå-Boden har deltagit. Gällande skyddsombud för läkare framkom efter kontakt med erhållna namn att några inte längre var fackligt aktiva eller skyddsombud. Två personer har intervjuats utifrån deras roll som skyddsombud samt huvudskyddsombudet för läkarna.

Totalt har åtta skyddsombud intervjuats.

Utöver intervju med ansvariga chefer för läkare och sjuksköterskor och skyddsombud, har även HR-direktör, förhandlingschef, divisionschefer, divisionernas HR-chefer och landstingsdirektör intervjuats.

Kontakt har även tagits med person vid upphandlingsenheten, tidigare ekonomi-direktör och systemförvaltare för personalsystem samt HR-specialist som arbetar med uppföljning av medarbetares ATL-tid på central nivå.

Inom ramen för granskningen har sammanlagt 26 personer intervjuats. Dessutom har kortare dialog/avstämning skett med ytterligare fyra personer.

Ett utkast till granskningsrapport har tillsänts samtliga intervjuade för faktakontroll och av dessa har nio återkopplat. Intervjuade skyddsombud har dock fått faktakontrollera delar av rapportutkastet: avsnitt 2 och 3.1.4.

2.2. Revisionskriterier

Arbetstidslag (1982:673)

Strategisk plan 2014-2016

2.3. Definitioner

Som beskrivs i bakgrundsavsnittet innebär och omfattar begreppet arbetstid enligt arbetstidslagen (ATL) arbetstidstyperna: ordinarie arbetstid, jourtid, övertid eller mertid.

- **Total arbetstid:** Ordinarie arbetstid samt jourtid, övertid, mertid samt ledighet som infaller under ordinarie arbetstid eller jourtid såsom b.l.a. semesterledighet, sjukledighet, ledighet för vård av barn och kompensationsledigt.
- **Allmän övertid:** Arbetstid som överstiger ordinarie arbetstid och jourtid (ATL 7 §). Norrbottens läns landsting har tecknat kollektivavtal som innebär att för läkare kan 300 timmar allmän övertid tas ut per kalenderår. För övriga yrkesgrupper, såsom t.ex. sjuksköterskor får den allmänna övertiden uppgå till högst 200 timmar per kalenderår.
- **Extra övertid:** Får tas ut med högst 150 timmar per arbetstagare under ett kalenderår om särskilda skäl finns för detta (ATL 8a§).
- **Kompensationsledighet:** Vid beräkning av övertid ska komplementledighet eller annan ledighet som förläggs till arbetstagarens ordinarie arbetstid eller jourtid likställas med fullgjord ordinarie arbetstid respektive jourtid (ATL 7§).
- **Mertid ("fyllnadstid"):** Arbetstid som vid deltidsanställning överstiger arbetstagarens ordinarie arbetstid och jourtid enligt anställningsavtalet. När det finns särskilt behov av ökad arbetstid, får mertid tas ut med högst 200 timmar per arbetstagare under ett kalenderår (ATL 10§).
- **Jourtid:** Kan användas inom verksamheter vars natur är nödvändigt att arbetstagaren finns till arbetsgivarens förfogande (ATL 6§).
- **Flexitid (NLL's definition):** "är den tid mellan bestämda klockslag som arbetstagaren utöver fast tid kan fullgöra ordinarie arbetstid". Flexitid kan tillämpas plus/minus en timma innan samt plus/minus två timmar efter grundschema. Beslut att tillämpa flexitid inom verksamheten fattas av ansvarig verksamhetschef.

3. Resultat

Enligt *reglemente för landstingsstyrelsen*⁴ är styrelsen Norrbottens läns landstings arbetsgivarorgan vilket innebär att styrelsen har det yttersta ansvaret för personalen. Styrelsen är även ytterst ansvariga för att landstingets verksamheter bedrivs enligt lagar och förordningar.

Således är landstingsstyrelsen ytterst ansvarig för att verksamheten bedrivs i enlighet med lagstiftning inom arbetsmiljöområdet. Som beskrivits i rapportens inledande avsnitt kan mycket övertid innebära en sämre arbetsmiljö för de enskilda medarbetarna, samtidigt som det kan påverka hur attraktiv organisationen framstår som arbetsgivare.

Omfattningen av den faktiskt arbetade tiden avseende övertid, fyllnadstid och jour/beredskap inom landstinget för år 2014 motsvarar nära 232 miljoner kronor. Antalet timmar 360 997 motsvarar ca 200 årsarbetare inom landstinget (se vidare i avsnitt 3.3 gällande omfattning och uppföljning).

3.1. Landstingsstyrelsens styrning

- ✓ **Landstingsstyrelsen styr övertidsarbetet i form av utarbetade mål och riktlinjer.**

3.1.1. Mål för övertid

Vi finner inom ramen för granskningen inget klart uttalat mål av landstingsstyrelsen antaget gällande medarbetares övertid. Däremot finns nedan angivna mål med bäring på arbetsmiljöarbetet inom landstingets verksamheter, i vilket vi uppfattar även övertid ingår.

I Landstingsstyrelsens plan 2014-2016 anges fullmäktiges strategiska mål "Attraktiv arbetsgivare" och "Aktivt medarbetarskap" och hur dessa brutits ner till delmålen – lika rättigheter och möjligheter, hållbart arbetsliv, dialog och samverkan samt hälsofrämjande miljö. För det sistnämnda delmålet är framgångsfaktorer "förutsättningar finns för deltagande i förändring och utveckling av verksamheten" samt "aktivt hälsofrämjande arbetsmiljöarbete"

Även i landstingets kompetensförsörjningsstrategi (antagen maj 2014 av styrelsen) anges att en hälsofrämjande arbetsmiljö har betydelse för medarbetares möjlighet till ett hållbart arbetsliv. Landstinget ska arbeta för detta för att uppnå att medarbetare väljer att stanna kvar och utvecklas inom organisationen. En målbild är att arbetsplatserna har anställningsvillkor som uppmuntrar medarbetare att fortsatt vara anställda.

Landstingsstyrelsen har delegerat arbetsmiljöuppgifter och på landstingets intranät framkommer hur en skriftlig delegering av arbetsmiljöuppgifter ska ske i

⁴Reglementet ingår i Landstingets gemensamma regler och riktlinjer 2014. Avsnittet är beslutat av landstingsfullmäktige.

chefsleden. Från nivå landstingsdirektör till enhetschef och delegeringen anges ska ske i samband med chefsförordnande. Vid förnyande av chefsförordnande ska chefen dessutom genomgå en webbaserad arbetsmiljöutbildning.

Vid intervjuer med landstingets högsta ledningsnivå samt HR ledning framkommer att övertidsarbetet är en del i det systematiska arbetsmiljöarbetet inom landstingets verksamheter. Styrelsen beskrivs ta ett helhetsgrepp för frågan om övertid genom att det ingår som en del i arbetet med arbetsmiljön.

Kommunikation ska ske med överordnad chef om verksamheten och arbetsmiljön, men även en dialog med fackliga organisationer och medarbetare.

Så gott som samtliga chefer för läkare och sjuksköterskor anger att målet med övertid är att ”vi inte ska ha någon övertid” eller ”vi ska ha så lite övertid som möjligt”. För läkare menar man att det endast i extremfall krävs beordran avseende övertid för läkare. Den tid läkare genererar till övertiden menar man uppkommer framförallt från jour- och beredskapsarbete.

Chefer för sjuksköterskor menar även att noll övertid utifrån den icke-planerade, akuta verksamhetens behov inte är möjligt att nå. Det, eftersom behoven många gånger är svåra att planera.

Vid intervjuer gällande mål för övertid lyfter intervjuade även att syftet med övertid är att tillgodose vårdbehov och upprätthålla patientsäkerheten. Det ska samtidigt balanseras mot en godtagbar arbetsmiljö för de anställda. Någon beskrev övertid som ett sätt att ”synliggöra det behov som finns av personal”.

3.1.2. Avtal mellan parterna

Utöver lagar som reglerar medarbetares arbetstid kan arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna teckna kollektivavtal som reglerar arbetstider på central och lokal nivå. Det eftersom arbetstidslagen är dispositiv till vissa delar. Avtal tecknad på lokal nivå innebär att avtalet mellan parterna omfattar en specifik angiven arbetsplats.

På central nivå har arbetsgivarorganisationen SKL (Sveriges kommuner och landsting) tecknat kollektivavtal (Allmänna bestämmelser⁵) med arbetstagarorganisationer. Avtalet är en del i huvudöverenskommelsen och innehåller allmänna anställningsvillkor såsom villkor för semester och arbetstid. SKL har centralt även tecknat kollektivavtalet HÖK 11 med Vårdförbundet (organiserar bl.a. sjuksköterskor) och med Sveriges läkarförbund kollektivavtalet HÖK 13.

Enligt delegering av beslutanderätt har landstingsstyrelsen i Norrbottens läns landsting delegerat till landstingsdirektör att teckna överenskommelser med personalorganisationer om kollektivavtal. Enligt kommentar i riktlinjen kan detta delegeras vidare och detta är enligt dokument delegerat till HR-direktör.

Utöver det lokala kollektivavtal om avsteg från ATL för läkare som tecknats 2005 (reviderat 2008), som anger att läkare kan arbeta 300 timmar övertid, finns

⁵ Allmänna bestämmelser (AB) 13 i lydelse från och med 2014-10-01

följande lokala kollektivavtal gällande arbetstid tecknade mellan Norrbottens läkarförening och Norrbottens läns landsting:

- Avsteg från dygnsvila och kompensation för bundenhet under beredskap för läkare vid akutvårdsenheten Gällivare sjukhus.
- Arbetstidsmodell för akutläkare vid Piteå älvsdals sjukhus.

Ett lokalt kollektivavtal gällande arbetstid finns tecknat mellan Vårdförbundet och Norrbottens läns landsting för sjuksköterskor.

- Arbetstidsmodell vid akutmottagningen, Sunderby sjukhus.

På landstingets intranät finns information om att övertid ersätts enligt avtal (inom området Chefsinformation). När nya centrala kollektivavtal tecknas på SKL nivå med arbetstagarorganisationer så måste landstingets lönesystem justeras. Det sker inom ramen för avtalet med systemleverantören.

Inom landstinget finns en funktion (utsedd medarbetare) som är ansvarig systemförvaltare för löne- och personalsystem. Om förändringar behövs av lönesystemet utifrån att lokala kollektivavtal tecknas vid någon av landstingets verksamheter är denne systemförvaltare delaktig vid flera steg i arbetet. Denne ansvarar för att skapa en beställning till systemleverantören som därefter kan anpassa lönesystemet utifrån ställda krav och önskemål. En testning anges sedan ske innan ett ”skarpt driftläge” av systemleveransen sker. Det för att kvalitetssäkra och säkerställa att leveransen (systemlösningen) motsvarar ställda krav.

Ett exempel på hur ett centralt kollektivavtal som finns mellan parterna bryts ner på mer lokal nivå är dokumentet ”Förutsättningar för att beordra övertid” (Landstingsdirektörens stab, Personalavdelningen, förhandlingsteamet, 25 Juni 2013). I dokumentet framkommer hur detta ska ha hanteras hos arbetsgivaren Norrbottens läns landsting och det är ett stöd för HR partners när de bistår verksamheternas chefer i denna fråga.

3.1.3. Riktlinjer för övertid

I *Landstingets gemensamma regler och riktlinjer 2014*, avsnitt ”Personal” (beslutad av landstingsstyrelsen) framkommer vilket ansvar chef och medarbetare har. Medarbetare har ett ansvar är att känna till och följa rådande regelverk, instruktioner och rutiner. Utifrån delegering ska (som beskrevs i början av avsnitt 3) personalansvarig chef utföra uppgifter inom arbetsmiljöområdet. Enligt riktlinjen ”Chefs- och ledarskap” (riktlinje inom HR området) har chefer ett särskilt ansvar för att skapa förutsättningar för en bra hälso- och arbetsmiljö och en väl fungerande samverkan på arbetsplatsen.

Vidare anges i avsnittet om personal att ett fortlöpande arbete med arbetstider är en del av förbättringsarbetet och verksamhetsutvecklingen.

Arbetstidslagen anges som styrande för hur registrering av hur övertid och arbetstid ska registreras i verksamheterna. All rapportering av övertid och mertid ska alltid ske utifrån faktiskt arbetat tid minut för minut.

På intranätets webbsida "Chefernas länksamling A-Ö", finns ett stort antal dokument/länkar gällande personalrelaterade områden. Här kan chefer finna information och även riktlinjer kring arbetstid, övertid och flexitid. Blankettmallar för t.ex. anställningsavtal, beordran om övertidstjänstgöring och tidrapport för schemaavvikelse finns även. Dessutom framkommer information om facklig verksamhet inom landstinget och det arbetsmiljöansvar organisationen har för inhyrd personal.

Följande riktlinje har vi tagit del av:

- Enskild överenskommelse om reglering – av inestående övertid och jourkompensation för läkare. Gäller vid byte av tjänst och/eller byte av tjänstgöringsställe. (Riktlinje, personal, godkänd av dåvarande HR direktör, Giltig från 2012-11-01).

Av intervjuer med ledningsfunktioner inom divisionerna och HR funktionen framkommer att landstingets chefer även har tillgång till och kan få hjälp av HR stöd (HR partner) vid frågor avseende landstingets riktlinjer för övertid/arbetstid.

Via hemsidan för administrativa rutiner (ekonomiska, övertid) finns för cheferna information om hur olika typer av personalkostnader bokförs och följs upp. Detta åskådliggörs även genom ett räkneexempel.

3.1.4. Medarbetarnas skyddsombud och deras roll

Enligt Arbetsmiljölagen (1977: 1160) ska arbetsgivare och arbetstagare samverka i arbetsmiljöarbetet. Arbetsgivaren har det yttersta ansvaret, men det organiserade arbetet ska bedrivas tillsammans med arbetstagarna och deras representanter. Skyddsombud har befogenheter enligt lagen att ta del av handlingar som t.ex. omfattar förhållanden i arbetsmiljön och ta del av utbildning.

Enligt Arbetstidslagen (ATL), 19a § kan ett skyddsombud vända sig till arbetsgivaren för att begära att åtgärder vidtas för att säkerställa att paragrafer i lagen gällande allmän övertid (8a §), nödfallsövertid (9 §) och mertid (10 a §) följs.

Gällande arbetsmiljö finns på landstingets intranät en figur som beskriver de roller arbetstagare, chef/arbetsgivare, företagshälsovård och skyddsombud har i organisationens arbetsmiljöarbete:

”Skyddsombudet: - företräda arbetstagarna i arbetsmiljöfrågor, påtala brister i skydd mot ohälsa och olycksfall, bevaka att arbetsmiljöarbetet går framåt, direkt åtgärda brister.”

I protokoll för landstingets CIF-grupp (Centrala information och förhandlingsgruppen) anges att frågan om skyddsombud och skyddsorganisation är prioriterad. Detta ska man arbeta mer med och en arbetsgrupp har tillsatts.

Norrbottnens läkarförening och Vårdförbundet har vissa skillnader i hur de har organiserat sin skyddsorganisation. Det innebär t.ex. att en företrädare från Vårdförbundet är både facklig företrädare och tillika skyddsombud.

Överlag anger cheferna att ett gott samarbetsklimat finns med lokalt skyddsombud. Vid intervjuer framhåller både intervjuade chefer och skyddsombud när det gäller läkare, att rollerna facklig företrädare och skyddsombud inte är detsamma. Några intervjuade beskriver sig också vara osäkra på om de är skyddsombud eller inte.

Vi uppfattar däremot att intervjuade skyddsombud har en tydlig bild vad gäller uppgiftsfördelningen mellan lokalt skyddsombud och huvudskyddsombud. Ärenden gällande dispens för utökad arbetstid uppfattar vi att det framförallt är huvudskyddsombud (läkare) alternativt fackliga styrelseledamöter (sjuksköterskor) som är delaktiga i. Lokala skyddsombud anges dock även att de till viss del vara involverade utifrån att de har god kännedom om den lokala verksamheten.

Intervjuade skyddsombud/huvudskyddsombud för bägge yrkesgrupper anger sig även vara skyddsombud för inhyrd personal. Däremot är det endast ett skyddsombud som kontaktats av inhyrd personal. En intervjuad beskrev inhyrd personal som "helt vid sidan om" till skillnad mot landstingets anställda.

För läkarna är det huvudskyddsombudet som hanterar och finns tillgänglig för fackliga företrädares frågeställningar gällande övertidsärenden. Vi får en bild av att läkarnas fackliga företrädare/skyddsombud vid, för granskningen utvalda enheter, i mycket liten utsträckning är delaktiga i frågan om övertid. Samtidigt uppfattar vi av deras beskrivningar att de tydligt är delaktiga i det sammantagna arbetsmiljöarbetet vid enheterna. Inom ramen för det kan även övertidsarbete/jourarbete bli aktuellt eller beröras.

Flera skyddsombud anger att de inte deltagit i någon utbildning i uppdraget som skyddsombud. Det finns även en osäkerhet om det är de själva, eller deras chef som ska initiativ till utbildning.

Intervjuade chefer uppfattar vi vet inte helt tydligt vilken information enhetens skyddsombud har om medarbetarnas övertid. Flera intervjuade chefer anger sig inte veta om skyddsombud har tillgång till medarbetares ATL tid, men flertalet "tror att det är så".

Skyddsombuden själva menar att de till viss del har kännedom om övertids-situationen. Majoriteten av dem uppfattar vi däremot saknar en närmare kännedom på ett sätt som innebär en sifferredovisning/uppföljning. Vissa anger att de inte alls har någon kännedom om övertiden exakt, samtidigt som de beskriver sig delaktiga i kontinuerliga diskussioner och en ständigt levande dialog kring schemaläggning. Några anger sig inte alls inneha någon information inom området.

Skyddsombud som beskriver sig vara involverade i övertidsarbete gör det i ordalag om att det är en del av enhetens arbetsmiljöarbete. T.ex. beskrivs att mycket övertid i arbetslaget kan medföra en frustration i arbetslaget som i sig påverkar arbetsmiljön. Ett par ombud anger att en löpande dialog kring arbetsmiljön sker med

ansvarig chef, i vilket även övertidsarbete kan ingå. Övertid anges även tas upp vid samverkansmöten och arbetsplatsträffar. Ett fåtal skyddsombud har erfarenhet av att förändringsarbete startats mot bakgrund av övertid hos enhetens sjuksköterskor.

Så gott som samtliga lokala skyddsombud anger att det är chefen som beslutar om övertidsarbetet. Även läkare beskrivs vara en del i övertidsbeslut för sjuksköterskor. Detta utifrån läkarens medicinska ansvar för en patient, vilket kan medföra beslut om krav på extra personalresurser för viss patient. Vi tolkar beskrivningar som ges att beslut om övertid sker i dialog med medarbetarna och att det är att skilja från beordran om övertid.

Den främsta orsaken till övertidsarbetet anger skyddsombud vara bristande tillgång på sjuksköterskor och läkare. Behov kan även ha uppstått utifrån sjukfrånvaro och föräldraledigheter vid enheten. Det uppges vid flera enheter finnas vakanta sjukskötersketjänster och en samtidig brist på sjuksköterskevikarier. Samtidigt menar skyddsombuden att en för låg grundbemanning och underbemanning kan även det vara en orsak till övertid. Men några nämner att en anledning faktiskt kan vara att det finns personer som vill arbeta mycket. Ett par lyfter även att schemalaggnings av personal i sig kan generera ett högt övertidsuttag och synpunkter ges om att schemalaggningsen kan optimeras och härigenom minska ett övertidsuttag hos personalen. För läkare anges övertid praktiskt taget genereras av jourtid.

Några skyddsombud menar, att det till skillnad från att bara vara aktuellt med övertid under sommartid, nu faktiskt närmast sig en normalisering att arbeta övertid eller fyllnadstid även under övriga året.

Vid några enheter har ombud för sjuksköterskor lyft frågan om övertid som sedan resulterat i vidtagna åtgärder, medan andra enheter anger att samverkan i övertidsfrågan inte sker på "deras nivå". Ett par av skyddsombuden exemplifierar vidtagna åtgärder för att begränsa övertidsarbetet. Bl.a. minskning av antalet vårdplatser, trainee⁶-anställningar för icke- vidareutbildad sjuksköterska och pensionerade sjuksköterskor som vikarierar.

Så gott som samtliga av skyddsombuden anger att det finns bra eller relativt goda möjligheter att ta ut inarbetad kompensationsledighet för medarbetarna. Däremot anges att en planering av ledigheten krävs vilket även ger större möjlighet till att ansökt ledighet beviljas. Cheferna beskrivs försöka lösa komplementligheter så gott det går. Dock kan det vara svårt att få det beviljat om det är kort med personal, och ett hårt patienttryck vid enheten. En menar att det även finns personal som konsekvent tar ut komplementigheten i pengar och inte i tid.

Åsikter lämnas även vid intervjusituation med skyddsombud om att när medarbetare registrerar tid på flexen⁷ så kan denna tid risker att bli "infrusen". Det utifrån begränsningar av hur många timmar en anställd får ha på flextidssaldot och att "flexsaldot" regleras enligt vissa anvisningar.

⁶ Form av internutbildning.

⁷ Definition - sidan 5.

Bedömning: Vi finner inte att ett tydligt mål gällande övertidsarbetet inom landstingets verksamheter finns antaget av landstingsstyrelsen. Däremot ser vi att det finns, av styrelsen antagna, mål inom arbetsmiljöområdet, vilka vi bedömer även till viss del kan sägas inkludera övertidsarbete för medarbetare. Vi tänker framförallt på den koppling som finns till det systematiska arbetsmiljöarbetet som ska ske vid landstingets olika verksamheter. Vi finner att intervjuade chefer har en självklar målbild som innebär att det ska förekomma så lite övertidsarbete för medarbetarna som möjligt, eller inget. Inget övertidsarbete menar vi, i likhet med flera intervjuade, kan ses som en utopisk målbild. Det menar vi kan hänföras till att granskningens verksamheter har ett uppdrag som kan innebära att övertid för medarbetare ibland måste utföras för att verksamheten ska kunna verkställa uppdraget, framförallt ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Men vi finner även att de avtal som finns gällande jour- och beredskapsarbetande läkare och sjuksköterskor innebär att övertid framförallt för läkare härigenom genereras via ett planerat jour- eller beredskapsarbete. Den typen av övertid uppfattar vi till vissa delar dock kan förutses och härigenom planeras för på ett annat sätt till skillnad från det övertidsarbete som t.ex. kan uppstå av att en patients tillstånd försämras.

Vi finner att rutiner finns för att kollektivavtal som avtalats (både centrala och lokala) införs i landstingets löne- och personalsystem.

Vi bedömer att chefer (via intranätet) har tillgång till information och riktlinjer gällande arbetstid, övertid och flextid och vi bedömer även att det finns möjlighet för chefer att få information och stöd av landstingets HR funktioner om det behövs i frågor gällande övertid.

Vi noterar även att det på intranätet finns en beskriven rollfördelning gällande organisationens arbetsmiljöarbete och att frågan om skyddsombud och skyddsorganisation prioriterats av den centrala informations- och förhandlingsgruppen. Det ställer vi oss positiv till, eftersom det finns ett utrymme för klargörande och ytterligare utbildning för både utsedda skyddsombud och för verksamheter ansvariga chefer.

3.2. *Kännedom och tillämpning av riktlinjer*

✓ Riktlinjerna är kända och tillämpas i verksamheterna

Vid intervjuerna erhåller vi beskrivningar av hur chefer arbetar med att planera personalens arbetstid, och därmed även i förekommande fall övertid. En tydlighet, och tillika samstämmighet, finns hos intervjuade om att det är de som ansvarig chef som är ansvariga för beslut om övertid för medarbetare.

Som framgår i rapportens metodavsnitt (2.1) framgick i början av vår granskning att för flera av de utvalda kostnadsställena för läkare var det annan person än den med kostnadsställetsansvaret som hade ett personalansvar för läkargrupperna. Dessa är i nästan samtliga fall även ansvariga för att planera läkarnas schemaläggning. Majoriteten av dem har dock någon person som bistår dem i planerande av personalens arbetstid, t.ex. schemaplanerare.

Även majoriteten av chefer för sjuksköterskor har en person som bistår dem i arbetet med att schemaplanera sjuksköterskorna. Det kan vara en koordinator, TimeCare ansvarig eller HR partner.

Vi får en bild av att det är fler involverade personalansvariga chefer när läkarnas schema vid en enhet (kostnadsställe) planeras, jämfört med antalet chefer som är involverade i planering av sjuksköterskors schema. Personalansvaret för läkarna är fördelat så att en chef ansvarar för AT-läkare, en annan för ST-läkare och ytterligare en för specialistläkare som samtliga ibland utför arbete vid en och samma enhet (t.ex. en akutmottagning).

Vi uppfattar att vid de enheter som har utsedd koordinator sker ett nära arbete med ansvarig chef om eventuell omfördelning av personalresurser. Det kan även förekomma kortare dagliga avstämningsmöten gällande personalsituationen. Flera enheter där sjuksköterskor arbetar har även skrivna rutiner för hur man ska agera när behov finns av att ”plocka ut” ytterligare personal för arbete och när ansvarig chef inte är på plats. Vid någon enhet är det koordinators ansvar och arbetsbeskrivning för uppdraget finns hos en enhet. Vi får även en bild av att det vid några enheter förekommer att personalen är i kontakt med ansvarig chef (när denne inte är på plats) innan beslut hur personalbehovet ska lösas. Av intervjuer uppfattar vi däremot att samtliga enheter har inarbetade arbets sätt för hur man försöker lösa personalbehovet av sjuksköterskor på flera sätt. Till att börja med ser man över om det är möjligt att justera i redan lagda personalscheman. Vi tolkar av chefernas beskrivningar som att de har en struktur som innebär att man försöker lösa ett personalbehov vid enheten på, ett för både arbetsgivare och arbetstagers, bästa sätt.

Arbetstidslagen är det som chefer framförallt anger styr deras arbete med att planera personalens arbetstid. Men några anger även de fackliga avtal som finns vid enheten. Vid intervjuerna anges däremot de landstingsinterna riktlinjerna i mer vaga termer och vi uppfattar att flera chefer har liten kännedom om dem. En chef beskriver hur denne sökt på intranätet och inte hittat riktlinjer gällande övertiden.

När chefer har frågor eller behov av stöd kring riktlinjer för arbetstid/övertid anger de att de vänder sig till HR personal såsom t.ex. HR partner. Av intervjuer framkommer att beordran om övertid för läkare så gott som aldrig är aktuellt. För denna yrkesgrupp anges det framförallt vara jourtid som genererar mycket faktiskt arbetad tid. Chefer för sjuksköterskor beskriver däremot att man under de senaste två åren, framförallt sommartid fått beordra sjuksköterskor för arbete utifrån verksamhetens behov. Detta beskrivs dock vara den absolut sista utvägen för att lösa personalbehovet. Vid några enheter beskrivs det finnas en kultur av att personalen ställer upp när det finns behov: ”Kulturen är på något sätt att man ställer upp utan att behöva beordras”.

Samtidigt framgår att den personal som använder schemaläggningssystemet ”TimeCare” innebär att det finns begränsningar i programvaran om hur en enskild medarbetare kan förlägga sitt arbetsschema. Vid några intervjuade enheter finns utsedda personer/planerare som ansvarar för att ”knyta ihop” önskemålen från de anställda till det färdiga schemat.

Bedömning: Vi bedömer att kännedom avseende riktlinjer för arbetstid hos ett antal intervjuade är låg. Samtidigt finner vi att intervjuade chefer har ett inarbetat arbetssätt och inarbetat tänk för hur bemanningen planeras vid deras verksamheter. Några enheter har även skrivna dokument som anger hur arbetet att tillgodose och lösa de personalbehov som uppstår ska ske. Det menar vi borgar för att arbetet vid dessa enheter sker med en styrning och mot önskad riktning.

Samtidigt som vi ser att chefer har tillgång till information om övertidsarbete och arbetstid på flera ställen på intranätet, ser vi att det finns chefer som har svårt att finna dessa riktlinjer. Här, menar vi, finns utrymme att inte bara att göra det lättare för chefer att finna informationen, utan även att än tydligare skriva fram de kopplingar som finns med det ekonomiska ansvar och arbetsmiljöansvar respektive chef har. Lättillgänglig och tydlig information tror vi kan vara ett sätt att bidra till en högre tillämpning av antagna riktlinjer, på samma sätt som vi menar att dålig kännedom om riktlinjer innebär stora risker att tillämpningen brister.

Vi bedömer att det för de kostnadsställen som har flera involverade (personalansvariga chefer och schemaläggningsansvariga) finns risker utifrån ett styrande- och internt kontrollperspektiv. Vi ser faran av att skilja det ekonomiska ansvaret och personalansvaret för ett kostnadsställe. När det gäller övertid för en enskild medarbetare finns inte bara risker ur ett för enheten kostnadsdrivande ekonomiskt perspektiv, utan även ur ett arbetsmiljöperspektiv. Här menar vi att en strävan bör finnas att hålla dessa perspektiv samman för den personalansvarige chefen.

3.3. *Omfattning och uppföljning av övertidsarbete*

- ✓ **Det sker en systematisk uppföljning av övertidsarbetet inom verksamheterna, både vad gäller egen och inhyrd personal. Uppföljningen rapporteras vidare i organisationen.**

3.3.1. *Övertidens omfattning*

I nedanstående tabell 1, framkommer antalet timmar och kostnad totalt per år inom landstinget under år 2011- 2014 gällande faktiskt arbetad tid vad avser övertid, fyllnadstid och jour/beredskap.

Vidare framgår av tabellen att kostnaden uppgår till nära 232 mnkr (miljoner kronor) under år 2014. Det innebär att kostnaden för den faktiskt arbetade tiden är redovisad oavsett om den är uttagen eller om den har sparats.

Kostnaden ingår i årsredovisningens driftredovisning som anger att personal-kostnaderna totalt sett uppgår till 4 317 mnkr. Det innebär att kostnaden för den faktiskt arbetade tiden vad avser övertid, fyllnadstid och jour/beredskap utgör totalt 5,4 procent av de totala personalkostnaderna.

Antalet timmar för år 2014 motsvarar ca 200 årsarbetare vilket i sin tur motsvarar drygt 3 procent av antalet årsarbetare inom landstinget.

Kostnaden för år 2014 motsvarar nästan vad det under år 2013 kostade att driva akutsjukvården vid Sunderbyns sjukhus.

Tabell 1. Faktiskt arbetad tid (vid övertid, fyllnadstid, jour/beredskap) samt kostnad för den, NLL totalt sett.

År	Timmar	Belopp, tkr	kr/tim
2011	323 974	192 681	595
2012	336 580	203 661	605
2013	336 617	214 894	638
2014	360 997	231 810	642
Summa:	1 358 169	843 051	

Vidare framkommer i årsredovisningen för år 2014 att landstinget arbetar för att undvika att övertidsarbetet överstiger 300 timmar per år för läkare och 200 timmar per år för övriga yrkesgrupper. Som framkommer av tabell 2, var det 2014 17 läkare som hade mer än 300 timmars övertid och 80 sjuksköterskor som hade övertid på mer än 200 timmar. Dessutom anges att övertiden kommer att följas upp under år 2015. I årsredovisningen kommenteras att gällande antalet sjuksköterskor med mer än 200 timmar avser det antalet sjuksköterskor inklusive dispenser.

Tabell 2. Antalet läkare och sjuksköterskors övertid, totalt i NLL, år 2014-2012.

År	2014	2013	2012
Läkare > 300 timmar	17	19	29
Sjuksköterskor > 200 timmar	80	45	59

Källa: Årsredovisning 2014.

I tabell 3, åskådliggörs antalet timmar enligt ovan uppdelat på divisionsnivå. En ökning av antalet timmar per år har skett från år 2009 t.o.m. år 2014. Av summorna framkommer att divisionerna Länssjukvård och Närsjukvård tillsammans svarar för knappt 93 procent av totalsumman.

Tabell 3. Faktiskt arbetad tid (vid övertid, fyllnadstid, jour/beredskap) i timmar, uppdelad på divisionsnivå år 2009-2014.

Division	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Finansiering	0					8
Diagnostik		4				
Folktandvård	12 972	12 764	12 236	11 094	10 783	10 049
Kultur och utbildning	4 367	3 169	3 373	3 399	3 087	3 670
Länssjukvård	116 497	125 507	128 911	137 741	133 885	142 855
Länsteknik	2 149	2 616	3 658	3 597	4 376	4 374
Medicinska spec	2 856	781	48			
Närsjukvård	133 201	141 656	166 608	170 830	175 876	191 890
Opererande spec	1 379	778	306	33	-1	
Primärvård	2 532	2 325	1 585	1 832	845	
Service	6 132	5 804	5 497	6 370	5 901	5 809
Vuxenpsykiatri	8					
Landstingsgemensamt	1 951	1 656	1 754	1 682	1 865	2 343
Summa:	284 044	297 059	323 974	336 580	336 617	360 997

Av not 20 i landstingets årsredovisning 2014 framgår att landstingets sammanlagda semesterlöne- och övertidsskuld uppgår till 414 mnkr.

Vid en djupare analys i redovisningen framkommer det att semesterlöneskulden utgör 262 mnkr (föregående år 251 mnkr), och att övertid/jour/beredskapsskulden utgör 152 mnkr (föregående år 142 mnkr). Det innebär att skulden ökat med 10 mnkr eller 7 procent mellan dessa år. Ökningen av skulden har pågått i flera år men ökningen är särskilt markant de två senaste åren. Skulden på 152 mnkr motsvarar ca 130 årsarbetare vilket i sin tur motsvarar drygt 2 procent av antalet årsarbetare inom landstinget.

I nedan tabell 4, redovisas den skuld landstinget har till medarbetare i form av ej uttagen kompensationsledighet. Kompensationsledighet likställs med fullgjord arbetstid respektive jourtid enligt arbetstidslagen.

Landstinget har kompensationsledighetsskulder till ett mycket stort antal läkare. Per 2014-12-31 är det över 200 läkare som har inarbetade kompensationsledigheter på mer än 300 timmar. Högsta skuld i form av antalet timmar landstinget har till en läkare är 6020 timmar. I intervallet 3000 – 4203 timmar har landstinget skulder till sex läkare, medan det är 44 läkare som har en inarbetad kompensationsledighet i intervallet 1000- 3000 timmar. Sammantaget har landstinget till dessa 51 läkare en kompensationsledighetsskuld på 96 463 timmar vilket motsvarar 54 årsarbetare.

Bland sjuksköterskor (exkl. de som innehar ledningsansvar) som inarbetat kompensationsledigheter är det 21 som landstinget har en skuld på fler än 200 timmar. Högsta skulden till en sjuksköterska är 922 timmar. Totalt motsvarar dessa 21 sjuksköterskors kompensationsledighetstimmar 9117 timmar, vilket även motsvarar 5 årsarbetare.

Tabell 4. Kompensationsskuld i form av antalet timmar totalt samt fördelat på läkargrupp och övriga samt bokförd skuld per division och totalt bokförd skuld

Skuld Kompensationsledighet per 2014-12-31	Timmar			Tkr
	Saldo komp*	Saldo komp läkare	Komp + komp läkare	Bokförd skuld ** (tkr)
Landstingsgemensamt	2 716	13 185	15 901	5 032
Division Länsteknik	2 871		2 871	774
Division Närsjukvård	51 645	102 841	154 486	73 306
Division Länssjukvård	40 009	104 766	144 775	67 615
Division Folktandvård	9 786		9 786	2 797
Division Service	7 135		7 135	1 649
Division Kultur och utbildning	4 077		4 077	921
Totalsumma:	118 239	220 792	339 031	152 094

*exkl läkare **innebär framtida utbetalningar

Av intervjuer med chefer för läkare framkommer att tillgången till fler läkare medfört att det sen något år "lättare" att bevilja ansökan om uttag av kompensationsledighet. Generellt menar intervjuade chefer att det finns goda möjligheter att få kompensationsledigt.

Vid ett par enheter har det för sjuksköterskor utformats enhetsgällande rutiner avseende uttag av kompensationsledighet. Vid en enhet anges att sökt ledighet är prioriterad före uttag av flexitid och semester, medan en annan enhet prioriterar sökt semesterledighet före sökt kompensationsledighet.

Vi uppfattar att chefer ändå har en inställning generellt om att försöka lösa och bevilja kompensationsledigheten samtidigt som vi får beskrivningar om att det kan finnas läkare som är mindre benägna att göra uttag av kompensationsledighet trots att möjlighet finns.

3.3.2. Systematisk uppföljning

Det är via landstingets personalsystem (Paw)⁸ som ansvarig chef beviljar och godkänner personalens arbetade övertid. (från mars 2015 är personalsystemet, Aditro Window, infört). Beroende på när behovet av övertid inträtt kan det ibland

⁸ Personalsystem som användes under år 2014. Under våren 2015 har NLL bytt personalsystem.

innebära att ett godkännande sker i efterhand. Vi uppfattar av chefers beskrivningar att det förekommer att medarbetare registrerar "övertiden" ibland som flexitid, och inte alltid som övertid. Så gott som samtliga chefer anger även att de stämmer av med den personalgrupp som var i tjänst när behovet av övertid uppstod. Cheferna försöker få en bild av arbetsläget då behovet uppstod, och vilka andra möjligheter för att lösa personalbehovet som testats och/eller tagits i beaktande.

Utöver denna verksamhetsnära uppföljning av ansvarig chef sker en systematisk uppföljning av övertidarbetet för landstingsanställd personal inom verksamheterna både ur ett ekonomiskt (verksamhetsövergripande) perspektiv, och ett arbetstidsperspektiv (individuellt medarbetarperspektiv). Ett par intervjuade menar att övertid även kan sägas följas upp inom ramen för det arbetsmiljöansvar respektive chef har.

För personal som arbetar som "inhyrd" inom landstingets verksamheter uppfattar vi att kostnader för dessa följs systematiskt och strukturerat. Däremot åligger ansvaret om att följa regler om arbetstid det företag som "hyr ut" personalen. Statistik för arbetstid gällande inhyrd personal är inte heller möjligt att följa i landstingets personalsystem Paw, eftersom i det ingår endast landstingsanställd personal. Intervjuade chefer är dock tydliga med sitt arbetsmiljöansvar de har för "inhyrd personal" när de arbetar inom chefers verksamhet.

3.3.2.1. Ekonomiskt perspektiv

Ekonomisk uppföljning av övertid sker regelbundet både ur ett landstingsövergripande och ur ett enhetsperspektiv. I enhetens personalkostnader uppfattar vi att även kostnader för hyrpersonal följs.

Några chefer kommenterar att den ekonomiska uppföljningen inte alltid är detsamma som att finna förklaringar och orsaker till uppstådda personalkostnader. Verksamhetens behov kan vara olika och man menar att kostnader kan stå för flera olika saker såsom t.ex. introduktionskostnader. Vi får även beskrivet att ett fall av felaktigheter vid inmatning av medarbetares övertid upptäckts av en chef i samband med uppföljning under tidigare år som korrigerades efter kontakt med administrativa handläggare. Vi tolkar även av chefers beskrivning att balansen mellan enhetens arbetsmiljö och ekonomi kan vara en utmaning för chefen.

Ekonomisk redovisning och uppföljning uppger chefer få från den ekonom som bistår respektive chef. Det skiljer sig mellan cheferna om rapportering erhålls varje månad eller inte. Samtliga får däremot tertial- och årsuppföljning av övertidskostnaderna.

Som tidigare nämnts tog vi i början av granskningen kontakt kostnadsställe-ansvariga. Då framkom att det fanns verksamhetschefer som angav sig ha det ekonomiska ansvaret men inte personalansvaret och ett ansvar för att planera de läkarna som "arbetar" vid enheten (kostnadsstället).

Landstingets ekonomiadministrativa rutin för redovisning av övertid, jour/beredskap (2008) anger att läkarjourer redovisas på ett sätt som innebär ett

frånsteg från grundprincipen om att jourkostnaden ska belasta samma kostadsställe som medarbetarens grundlön.

3.3.2.2. Arbetstidsperspektiv

Som framkom av bakgrundsavsnittet är arbetstidslagen styrande för hur mycket en enskild anställd kan arbeta. Huvudregeln är att den allmänna övertiden först ska förbrukas innan det kan bli fråga om extra övertid för en medarbetare. Sammanlagt får inte extra övertid och allmän övertid tillsammans överstiga 48 timmar per arbetstagare under en tid av fyra veckor eller 50 timmar under en kalendermånad. Mot bakgrund av tecknade avtal innebär det att en läkare i landstinget får arbeta max 300 timmar och övriga grupper 200 timmar övertid.

Enligt landstingets årsredovisning var det under år 2014, 80 sjuksköterskor som hade en övertid på mer än 200 timmar och 17 läkare som hade mer än 300 övertidstimmar. Som kommentar anges att det är inklusive antalet sökta dispenser. Skadestånd kan riskeras för arbetsgivarorganisationen om det är så att avvikelser finns utifrån gällande kollektivavtal och avtalade antal övertidstimmar. Enligt uppgift kommer förhandling att ske med Norrbottens läkarförening avseende för mycket uttagen övertid under år 2014 för några läkare. Enligt uppgift har inga sanktionsavgifter betalats till Länsstyrelsen utifrån överträdelser mot arbetstidslagen.

Utifrån ändringar i arbetstidslagen behöver däremot inte arbetsgivare längre ansöka hos Arbetsmiljöverket om dispens för uttag av extra övertid hos medarbetare. Beskrivning ges om tidigare genomfördes förhandling med facklig part i samband med ett behov av extra uttag av övertid för en medarbetare. Idag sker istället ett informations-/dialogmöte med facklig part när det finns särskilda skäl (oförutsett som inte beror på bristande planering) för arbetsgivaren att ta ut extra övertid av en medarbetare som är på väg att passera 200/300 timmar övertid.

Uppgift ges om att det inte finns någon sammanställning över antalet informations-/dialogmöten med facklig part, gällande läkare och sjuksköterskor, som skett inom divisionerna under år 2014.

Centralt i landstinget finns särskild utsedd HR specialist som ansvarar för att kontinuerligt sammanställa (via uppföljningsrapportsystem) medarbetares inarbetade och s.k. "ackumulerade" ⁹ATL- tid. Detta ska enligt rutin ske varje månad och sammanställningen sparas ned, och är tillgänglig för divisionernas HR-chefer och landstingets förhandlingschef, på särskild angiven plats på landstingets interna server.

Sammanställning för läkare skickas enligt rutin var tredje månad till Läkarförbundet medan Vårdförbundet efter begäran tillsänds material. Under senare delen av år 2014 har Vårdförbundet börjat begära detta mer regelbundet.

Vi får en bild av att en sårbarhet finns vad gäller denna uppföljning utifrån att det endast är en medarbetare som ansvarar för denna rutin. Flera intervjuade anger

⁹ Ackumulerad arbetstid =sammanräkning utifrån beräkningsperiod av årsbasis.

även att den omorganisering som skett inom HR funktionerna gett ett ”glapp i rutinerna” gällande ATL-tiden.

Vid intervjuer med cheferna framkommer att det finns skillnader om det är rutin att denne får sig tillsänt en uppföljning av den totala arbetstiden per medarbetare eller inte. Vissa chefer anger att HR eller vårdadministratör förmedlar information om vilka som börjar närma sig 150 ”ATL timmar”, några får ”listor” var tredje månad, medan andra uppger att de inte får något ”larm”.

Så gott som samtliga chefer anger att de själva även kan följa medarbetarnas ATL tid i uppföljningssystem för ekonomi- och personaldata och per individ. Vi uppfattar däremot att det skiljer sig hur aktiva chefer är i detta. Några uppfattar vi som mer aktiva än andra och de beskriver tydligt hur det är kopplat till deras chefs- och arbetsmiljöansvar. I det sammanhanget anges även att när en chef har en medarbetare som ”arbetar extra” vid annan enhet i landstinget, kan det skilja sig hur det kommer till chefens kännedom. Vi uppfattar att det resulterar att ansvarig chef härigenom inte upplever sig ha full ”koll” på medarbetarens totala arbetstid och någon beskriver hur de önskar mer dialog med ”den andra chefen” kring detta.

Det finns en osäkerhet hos cheferna om vilken information medarbetarna själv kan ta del av gällande deras övertid.

Vad gäller den inestående inarbetade kompensationsledighet som respektive medarbetare har, anges att chefer kan se inarbetad totalsumma per individ men att de inte har möjlighet att se ”totalen” för sin enhet.

3.3.3. Vidarerapportering

Vi får en bild av att cheferna har olika forum (lednings- och klinikmöten, dialog med egen chef) där de kan lyfta hur situationen gällande hur medarbetarnas övertid ser ut vid deras enhet. Vi uppfattar att chefer rapporterar en helhetsbild för enheten i dessa forum, och att det även kan innebära att enhetens övertid lyfts och omnämns. Vi tolkar att den rapportering som sker kan vara både av ekonomiskt och arbetsmiljömässigt (arbetstids) perspektiv.

Kontakt med HR partner uppges även ske när medarbetare uppnår gränsen för ATL-tiden.

3.3.4. Uppföljning av inhyrd personal

I de avtal landstinget tecknat med leverantörer av personal återfinns skrivning som anger att leverantören ensam är arbetsgivare för uthyrd personal och har fullt ansvar att följa gällande lagar, förordningar och föreskrifter.

Bedömning: Vi ser att en systematisk uppföljning av övertidsarbetet sker ur flera perspektiv. Det sker ur ett ekonomiskt perspektiv både på landstingsövergripande och på enhetsnivå. Detta gäller såväl landstingsanställda som inhyrd personal. Vad gäller en systematisk uppföljning ur ett arbetstidsperspektiv för de enskilda medarbetarna sker det endast för de medarbetare som har en anställning inom Norrbottens läns landsting. För den inhyrda personalen ansvarar respektive bolag för övertidsarbetet den enskilde medarbetaren utför.

Majoriteten av cheferna beskriver även att de själva följer upp och skaffar sig kännedom om övertidsuttag som skett när chefen varit frånvarande. Sammantaget finner vi dock att det skiljer sig mellan hur aktiva cheferna själv är vad gäller att bevaka den övertid enskilda medarbetare har. Detta menar vi delvis kan bero på att det skiljer sig utifrån vilken omfattning och med vilken kontinuitet, chefer får en rapportering avseende övertid från stödfunktioner såsom ekonomi och HR.

Vad gäller en systematisk central uppföljning av medarbetares ATL-tid önskar vi uppmärksamma den sårbarhet som finns inom organisationen genom att det endast är en person (nyckelperson) som inom ramen för sin tjänst ansvarat för att regelmässigt sammanställa detta. Här uppmanar vi till en förändring för att uppnå en minskad sårbarhet för brister av följsamhet till rutiner som i sig innebär en försämrad intern kontroll vad gäller medarbetares arbetstid.

Kostnaderna för den faktiska arbetade tiden utgör drygt 5 procent av de totala personalkostnaderna och skulden för övertid/jour/beredskap har ökat med 7 procent från föregående år. Vi ser även att kostnaderna för de båda i granskningen ingående divisionerna sen flera år tillbaka ökar. Av intervjuer framkommer att beviljandet av kompensationsledighet blivit lättare för läkarnas chefer att utföra. Trots det konstaterar vi att den skuld som landstinget har för kompensationsledighet till läkare och sjuksköterskor totalt sett innebär ett mycket stort antal årsarbetare. Vi ser också att det finns skillnader mellan hur enheter prioriterar inarbetat kompensationsledighet i förhållande till semester. Här ställer vi frågan om prioriteringen inte borde vara lika för samtliga enheter inom landstingets verksamheter. Vi får intryck att det även förekommer att medarbetare registrerar övertid (dvs. tid utöver totala ordinarie arbetstid) som flextid vilket vi uppfattar inte är i linje med riktlinje för flextid.

Vi bedömer att chefer har inarbetade forum där de kan lyfta upp övertidsarbetsrelaterade frågor till en högre chefsnivå. Här anser vi att det är av vikt att detta fortsatt informeras till nästa chefsnivå för att informationen slutligen ska nå den ytterst ansvarige landstingsstyrelsen. Samtidigt finner vi att den uppföljning som sker och rapporteras till landstingsstyrelsen avseende övertidsarbetets kostnader är på en så pass övergripande nivå att det är svårt att särskilja dem från övriga personalkostnader. Här ställer vi oss frågan om det inte finns ett värde för organisationen, men även för styrelsen, att utveckla den personalekonomiska redovisningen. Vi tror att ytterligare värdefull kunskap kan komma av att ”djupdyka” mer strukturerat och regelbundet i organisationens personalkostnader. Framförallt, mot bakgrund av den allt större bristen på tillgång till personal, vilket så gott som samtliga signalerar och ger uttryck för vid intervjuerna.

3.4. Orsaker utreds systematiskt

- ✓ **De orsaker som finns för att övertidsarbete behöver utföras utreds systematiskt av ansvariga inom verksamheterna.**

3.4.1. *Orsaker till övertid*

Sammantaget framkommer av intervjuer med chefer att orsaker till övertid dels är utifrån en bristsituation vad gäller tillgång till personal, och dels att det kan finnas individer som önskar få arbeta mycket övertid, som kan generera högre lön.

Övertid anges uppstå utifrån ett behov av att upprätthålla verksamheten och den medicinska säkerheten, - "Patientsäkerheten är a och o". Behov av ersättare kan även finnas både vid kort- eller långtidssjukskrivning. Vi uppfattar att det för många chefer innebär ett ständigt balanserande mellan personalresurserna, kontra det verksamhetsbehov som finns. Fördelar anges finnas vid de enheter som har flera integrerade enheter vilket innebär att personal kan omfördelas i viss utsträckning.

Läkarnas chefer menar att det framförallt är jourbemanningen och det behov som finns av läkarens tillgänglighet under jourtid som genererar övertid. Beskrivning ges även om att jour för läkarna idag innebär alltmer aktivt arbete vilket i sin tur innebär att behovet av återhämtning efter jour blivit allt mer betydelsefullt. Men även barnledigheter och ett förändrat tryck på verksamheten anges bidra till läkarnas övertid.

Behovet av övertid hos ordinarie personal uppger chefer för sjuksköterskor framförallt finns under sommaren och en bit in på hösten. Samtidigt anges att detta behov numer uppstår, till skillnad från tidigare år, av och till under hela året. Vidare anges orsaker till övertid genereras av en brist på sjuksköterskevikarier och det saknas även sökande till lediga tjänster. Förut menar man fanns det en tillgång till timvikarier och pensionärer. Samtidigt menar några att arbetstidsavtal i sig kan generera mycket övertid för de sjuksköterskor som arbetar jour/beredskap. Ett par chefer anger att de har en för låg grundbemanning vid deras enhet i förhållande till det faktiska personalbehov som finns för att bedriva verksamheten fullt ut. Någon beskriver sig ha behov av ytterligare 6 – 8 sjuksköterskor. Flera menar att en bra grundbemanning är utgångspunkten för en god personalplanering vid enheten. Låg grundbemanning menar man ger inget spelutrymme bl.a. vid personals frånvaro. Man beskriver detta i termer som att verksamheten "går på gränsen". Beskrivning ges även att nyanställd och oerfaren personal kan innebära att mer övertid genereras vid en enhet. Det eftersom arbetsmoment kan ta längre tid för dem till skillnad mot för mer erfaren personal.

Brist på specialistutbildade sjuksköterskor menar ansvariga chefer har alltid funnits. Idag är det dock även en brist på grundutbildade sjuksköterskor, vilket man menar även påverkar den fortsatta tillgången till specialistutbildade. En extrem brist på operationssjuksköterskor uppges finnas och det anges vara så att det inte heller finns "inhyrda operationssjuksköterskor" att tillgå eftersom hyrbolagen inte har tillgång till denna kompetens.

Flera chefer anger även att deras enhet påverkas av att det inom övriga sjukhuset finns ett hårt tryck. T.ex. om sjukhusets avdelningar är hårt belastade så blir det även ett hårt patienttryck på sjukhusets akutmottagning.

3.4.2. *Används övertid endast vid tillfälliga behov?*

Som tidigare angivits beskriver chefer att målet är att ha så lite som möjligt eller ingen övertid. Samtidigt anges övertid av så gott som alla intervjuade chefer inte vara möjligt att helt undvika. Flera menar att övertiden många gånger även är svår att påverka och svårprognostiserad, eftersom det är verksamheten och ev. arbetstoppar som styr personalbehovet. Akut och icke-planerad verksamhet beskrivs som en "mer svårplanerad verksamhet" och exempel är att en operation kan ta längre tid än planerat, eller extra många utryckningsuppdrag för ambulanspersonalen under en natt.

Tecknade arbetstidsavtal anges även styra den övertid (som även inkluderar jour/beredskapstid) som genereras. Flera intervjuade anger även att den aktiva tiden vid beredskapstjänstgöring ökat (läkare och sjuksköterskor). Vid viss enhet framgår tydligt att det är en viss grupp av sjuksköterskor som har jour och beredskap som genererar mycket övertid. Vi uppfattar även utifrån de beskrivningar vi får att tecknade kollektivavtal genererar en ständig nivå av övertid i form av jour och beredskap; "Det blir nästan som en schemaläggning av övertid". Någon intervjuad menar även att det finns en stor risk att övertiden blir en normalisering utifrån att det ständigt måste användas för att verksamheten ska kunna klara sitt uppdrag.

Ovan beskrivning uppfattar och tolkar vi som att övertid inte kan sägas innebära en tillfällig lösning, utan har blivit en del av flera intervjuade verksamheters vardag.

3.4.3. *Systematisk utredning*

Av intervjuer uppfattar vi att majoriteten av intervjuade chefer genomfört en systematisk utredning över personalbehovet som, i alla fall, indirekt, har en koppling till övertid.

Bedömning: Vi finner att orsaker som kan finnas till att övertidsarbete sker, till viss del utreds systematiskt av de verksamhetsansvariga. Den förklaring som framförallt ges till övertid är bristande tillgång till personal.

Vi finner även att avtalen som finns mellan arbetsgivare och arbetstagare i sig kan bidra till att övertid genereras. Granskningen visar att övertid för läkare genereras framförallt av jourarbete. Denna typ av övertid uppfattar vi till viss del kan förutses och härigenom även planeras för på ett annat sätt till skillnad från det övertidsarbete som plötsligt uppstår vid en intensivvårdavdelning när en patient plötsligt försämras i sitt allmäntillstånd. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv menar vi att den utförda övertiden i bägge fall är lika värdeskapande.

Slutligen ser vi att det ibland är individrelaterat att en medarbetare har mycket övertid. I de senare fallen har arbetsgivarrepresentanten och tillika för medarbetaren ansvarige chefen ett arbetsmiljöansvar.

Vi bedömer dock att uttag av övertid hos medarbetare inom många verksamheter är nära nog är ett normaliserat sätt att lösa verksamhetsuppdraget och inte längre är en tillfällig lösning. Detta ser vi allvarligt på och menar att det budskapet är av yttersta vikt för landstingsstyrelsen att ha kännedom om.

3.5. Åtgärder

- ✓ **Åtgärder sker av ansvariga inom verksamheterna för att begränsa övertidsarbetet.**

Flera projekt/utvecklingsarbeten och åtgärder sker inom landstingets verksamheter för att begränsa övertidsarbetet. Vi uppfattar att detta framförallt gäller gruppen sjuksköterskor och arbete har påbörjats med Vårdförbundet som ska ge en nulägesbeskrivning om var i verksamheterna största problemen finns, men även att skapa en "drömbild". Majoriteten av påbörjade utvecklingsarbeten uppfattar vi utgår från ett arbetsmiljöperspektiv, och inte endast ur ett övertidsperspektiv. Drivkrafter till att åtgärder ska och bör ske av ansvariga chefer för att begränsa övertidsarbetet, är inte bara att det påverkar arbetsmiljön, utan att övertid även är kostnadsdrivande för verksamheten. Samtidigt menar flera att åtgärdsarbetet för att begränsa övertidsarbete för enskilda börjar i den dagliga dialogen mellan medarbetare och dennes chef. Det, uppfattar vi, även är en del i chefens ansvar för den enskildes arbetsmiljö.

Följande åtgärder anges av landstingets HR ledning sker inom landstingets verksamheter för att begränsa övertidsarbetet:

- Förändringar i schemamodeller
- Resursenhet med bemanningsenhet (förmedlar vikarier)
- Vårdnära service
- Kompetensväxling (överföra arbetsuppgifter mellan personalgrupper)
- Teknisk utveckling inom verksamheterna
- Identifiera incitament för optimera personalresurser
- Upphandling nytt systemstöd för bemanningsplanering

Vid intervjuer med personalansvariga chefer framkommer att samtliga har utarbetat strategier för arbete med övertid. Verksamhetens behov och patientsäkerhetsperspektivet är styrande för ett fördelande av redan schemalagda personalresurser. Ibland kan ett sätt vara att förskjuta arbetstid/arbetspass för personal (t.ex. byte från natt till kväll). Några anger att även "flexen" är ett spelrum som kan användas innan det blir aktuellt med övertid för personalen. Några av de enheter som har schemaplanerare/koordinator har nedskrivna rutiner för vilket "tänk" och åtgärder, som tillsättning av personalbehov ska ske. Flera enheter använder sig av "mass sms" till personalen för förfrågan till medarbetare om de har möjlighet att arbeta extrapass.

Några utvecklingsarbeten har ansvariga chefer tagit initiativ till, medan andra är påbörjade efter larm från de fackliga. En intervjuad chef beskrev det som att: "Det var både mycket övertid och inga vikarier" och avvikelser rapporterades som hänfördes till för hög arbetsbelastning. Ett annat exempel är en enkät till läkare om deras upplevelse av jourarbete. Inom ramen för utvecklingsarbeten har både långsiktiga och kortsiktiga åtgärder vidtagits. Vikten av att även ha ett långsiktigt tänk beskrivs som betydelsefullt och flera åtgärder anges ge avkastning på längre sikt.

När förändringar av verksamhetens organisering och planering i förhållande till lokalresurser för planerad och akut verksamhet vidtagits vid intervjuad operationsavdelning, uppfattar vi det som att "verksamhetsflödet" analyserats ur ett effektivitetsperspektiv. Medicinskt ledningsansvarig anges varit delaktig i en omfattande analys och utredning innan denna förändring genomfördes. En minskning av övertidsuttaget hos personalen anges ha skett i de verksamheter där större förändringar, såsom reducerad verksamhet och förändrad verksamhetsplanering genomförts.

Exempel chefer ger på vilka åtgärder som vidtagits för att begränsa övertidsarbetet:

- Höjd sysselsättningsgrad för sjuksköterskor som arbetar deltid. Innebär en tätare helgtjänstgöring.
- Hyrpersonal (bemanningssjuksköterskor) för att fullfölja verksamhetens uppdrag. Här framkommer att hyrbolagen inte kan tillgodose det behov verksamheten har av specialistutbildade sjuksköterskor.
- Fortsatt rekryteringsannonsering av sjuksköterskor.
- Korttidsvikariat för eventuella tillgängliga vikarier.
- Ansvarig chef går in och ersätter personalbehov.
- Kontakt med facklig part gällande enskild medarbetare som närmar sig "ATL-taket" – ansökan om dispens.
- Översyn av schemat i syfte att uppnå mer arbetstid istället för jourtid.
- Införande av ny schemalägningsmodell.
- Reducering av verksamheten med 20 % mot bakgrund av lägre personaltillgång.
- Traineeprogram för sjuksköterskor.
- Justering av hur avdelningens lokalresurser vilket inneburit förändrad personalplanering kring akut verksamhet.

De flesta chefer anger ytterligare åtgärder som kan vidtas för att minska övertiden hos medarbetarna. En chef menar att om sjuksköterskors administrativa börda minskas skulle det innebära att sjuksköterskor skulle kunna frigöras för mer patientnära arbete. Andra menar att kanske fler undersköterskor kunna vara ett sätt att minska behovet av sjuksköterskor. Rekrytering av en vårdplatskoordinator vid akutmottagning anges kunna bidra till att underlätta läkares joursituation under helgen.

Ingen av de verksamheter vi intervjuat ingår i projektet gällande vårdnära service och chefer anger att landstingets bemanningsenhet endast kan förmedla undersköterskevikarier.

Bedömning: Vi ser att flertalet åtgärder vidtagits på både central och lokal nivå för att begränsa övertidsarbetet. Ett antal utvecklingsarbeten sker som framförallt omfattar sjuksköterskor och vi ser att det är ett större fokus på denna grupp jämfört med läkargruppen. Här menar vi att utrymme även finns för att även läkarna inkluderas i utvecklingsprojekt som omfattar deras arbetstid – övertid- jourtid. Även för denna yrkesgrupp har arbetsgivaren ett arbetsmiljöansvar och vi utgår från att det ligger i såväl arbetsgivarens som läkarnas intresse att uppnå en arbetsmiljö som är optimal för dem ur ett långsiktigt perspektiv.

Vi bedömer att organisationen arbetar lösningsinriktat utifrån en bristsituation av personal. Vi menar även att man fortsatt bör initiera utvecklingsarbeten som syftar till att optimera personalresurserna efter verksamheternas behov och alltmer styra mot detta. Personalen bör vara i verksamheten när behoven finns av dem. Vi uppfattar att sårbarheten hos verksamheten blivit allt större när tillgången till personal inte motsvarar behovet. Uppdraget som åligger vårdgivaren innebär dock att tillgång till ett visst antal medarbetare fortsatt krävs för att uppdraget ska kunna utföras. Därför är arbetet med kompetensförsörjningsområdet av yttersta vikt.

3.6. Rapportering till styrelsen

- ✓ **Landstingsstyrelsen får rapportering om övertiden (tidsomfattning och kostnader) och vidtar åtgärder utifrån resultatet av rapporteringen.**

I avsnitt 3.3 beskrevs den omfattning och uppföljning av övertid som sker. Inom ramen för uppföljningar i form av tertialrapporter och årsredovisning erhåller landstingsstyrelsen en rapportering gällande övertid för medarbetare inom landstingets verksamheter. I årsredovisning anges antalet medarbetare som har övertidsarbete mer än 300 timmar (läkare) och 200 timmar (sjuksköterskor) för åren 2014-2012.

Enligt uppgift får styrelsen även regelmässigt presenterat en uppföljning av totala antalet årsarbetare och uppdelning av detta i bl.a. övertid. Dessutom anges att det i divisionernas månadsrapporter (bilaga till landstingsdirektörens rapport) kan förekomma skrivningar kring övertid.

I *Gemensamma regler och riktlinjer* anges att landstingsdirektören ansvarar för att tillämpningsanvisningar upprättas för granskning av den interna kontrollen. Minst en gång per år ska rapportering ske till styrelsen om hur den interna kontrollen fungerar. Divisionschefer är ansvariga för den interna kontrollen inom deras divisioner. Verksamhetsansvariga chefer på olika nivåer är skyldiga att följa antagna regler och riktlinjer samt informera övriga medarbetare om reglernas och anvisningarnas innebörd. Brister i den interna kontrollen ska omedelbart rapporteras till närmast överordnad chef.

I Intern kontroll plan för år 2014, beslutad av landstingsstyrelsen, anges att både division Närsjukvård och division Länssjukvård har kontrollaktiviteter som indirekt kopplar till schemaläggning/hantering av personal.

Aktiviteter utifrån intern kontrollplan har rapporterats till landstingsstyrelsen den 27:e Maj 2015. I uppföljningsdokumentet framkommer att internkontroll inte genomförts gällande aktiviteten "Rutiner, regler och arbetssätt vid schemaläggning" inom division Närsjukvård. Kontrollaktiviteten inom division Länssjukvård "Schemahantering i Timecare" har inte heller genomförts.

Vi får en bild vid intervju att styrelsen inte specifikt utifrån information om övertid inom verksamheterna vidtagit åtgärder. Vi uppfattar däremot att åtgärder vidtagits gällande bemanningsplanering och kompetensförsörjning utifrån erhållen information som t.ex. brist på personal vid enheter vilket även kan leda till "symptomet" ökad övertid hos enhetens personal.

Bedömning: Inom ramen för vår granskning finner vi att landstingsstyrelsen för år 2014 erhållit rapportering gällande övertiden inom ramen för årsredovisningen, tertialrapporter och månadsrapporter. Vi kan inte spåra att ytterligare rapportering skett specifikt gällande övertid, men att det skett rapportering som indirekt (t.ex. bemanningsproblematik) har koppling till övertid.

Planerade internkontrollaktiviteter för granskningens divisioner är inte genomförda under år 2014.