

Läkarnas administrativa arbete ökar allt snabbare

Läkarna tyngs av administration. Ett krav borde vara att varje nytt förslag till administrativt arbete i sjukvården bevisligen ska vara till nytta för patienten.

Allt oftare påpekas det att den andel av arbetstiden som läkare ägnar åt administrativt arbete är för stor. Läkarnas administrativa arbetsuppgifter borde inte få stjäla tid från uppgiften att möta patienter, ställa diagnos, behandla sjukdomar och följa upp. I debatten framförs olika förslag på hur detta missförhållande ska rättas till. Många anser att mer av det administrativa arbetet bör överföras till sekreterare och andra som är specialister på administrativt arbete. Många har också insett att journalsystemen bör rationaliseras för att undvika dubbelarbete.

Förvisso kan uppdragsskifte göras för en del av det administrativa arbetet, och datajournalernas texter kan säkert rationaliseras. Dessa förslag angriper dock inte grundorsaken till att läkarnas tidsåtgång för administration ökat. Faktum kvarstår att läkarna de senaste decennierna ålagt utföra allt mer administrativt arbete, och utvecklingen har accelererat särskilt under det senaste decenniet.

På provinsialläkarnas tid var kravet på utförlig journalföring inte lika starkt. Till de mest tydliga exemplen hör den gamla mottagningsanteckning som löd: »s.f.«, vilket skulle uttydas: »som förut«. Det vill säga, patienten mätte som förut, och vid undersökningen uppdagades ingenting nytt. I och med att läkarkontinuiteten minskade, ökade behovet av utförligare dokumentation – anteckningen blev ett sätt att överrap-



Foto: Colourbox

Dyrbar patienttid flyger iväg när läkarnas administrativa arbete ökar. Tidsåtgång mätt i läkartjänster bör kanske beräknas och bekostas av den som anser att en ny administrativ uppgift behövs?

portera. Även oron för att journalen skulle granskas i till exempel ett anmälningsärende ökade behovet av att skriva utförligare journalanteckningar. Denna utveckling är i sig bra så länge journalen inte blir lång, tungläst och svaröverskådlig.

Den pålaga som först fick läkarkåren att protestera var nog kravet på att anteckningarna skulle signeras. I insända re protesterade många, och man räknade ut hur många fler läkartjänster som skulle behövas för att klara tidsåtgången. Så småningom har det blivit självklart för oss att signera inte bara anteckningar, utan också inkommande svar på prov, undersökningar med mera. Förmodligen motsvarar tidsåtgången för allt signerande nu många fler läkartjänster än vad man en gång bedömde skulle behövas för att signera anteckningar. Därmed inte sagt att allt signerande är av ondo. Det kan vara rimligt att läkaren på något sätt markerar att han/hon tagit del av informationen.

Utvecklingen har gått vidare. Allt fler administrativa uppgifter har lagts på läkarna. Här tar jag upp några exempel, läsarna kan säkert komma med fler.

Varje gång staten eller Försäkringskassan inser att sjukpenningutgifterna blivit större än planerat konstrueras ett

utförligare och större sjukintyg. På 1970-talet var det en A5-blankett på vilken läkaren skrev »Vila ute«, angav sjukskrivningsperiod och signerade. Nu är det två A4-sidor med ofta svarbesvarade frågor. Dessutom ska läkaren söka i diagnosregistret för att ange sjukdom enligt ICD. Motsvarande, om än inte lika omfattande utveckling, har skett vad gäller Försäkringskassans övriga blanketter. Vägverket har ökat kraven på ifyllande av blanketter, och för dessa krävs inte sällan ett extrainlagt mottagningsbesök.

Det verkar bli allt vanligare att läkaren ska ägna tid åt att meddela uppgifter till försäkringsbolag. Anmälan till smittskyddsenheten och till Cancerregistret och dödsorsaksintyg är exempel på administrativt arbete som också tar tid i anspråk och som ska göras utan större dröjsmål.

Jag har en känsla av att smittskyddsenheterna ökat antalet diagnoser som ska anmälas. Receptblanketterna har utvecklats i samma riktning. En gång i tiden kunde man underteckna fyra recept på en blankett, nu är det två. I värsta fall måste man hitta sin förskrivarkod och sin klinikkod. Här har datoriseringen dock underlättat. E-recept förenklar onekligen receptskrivandet.



SVEN-ERIK MARKLUND
överläkare, medicin-
och rehabiliteringskliniken,
Piteå älvåldals sjukhus
Sven-Erik.Marklund@nll.se

Registreringen av diagnoskoder har ökat. Senare tiders regler för ekonomisk ersättning har medfört att man ska ange så många diagnoser som möjligt vid varje vårdtillfälle, vilket ökar tidsåtgången för att söka rätt på de olika numren i ICD och åtgärdsregister.

Det administrativa arbetet ökar inte bara genom att gamla arbetsuppgifter blivit mer tidsödande – nya tillkommer allt oftare. Vi är inne i registreringsarnas tidevarv. Varje subspecialitet med självaktning verkar vilja skapa nationella register. Uppgifterna varierar, men sannolikt finns det snart 100 register. Varje register kan kanske ha sitt berättigande, men sammantaget motsvarar nog tidsåtgången för ifyllandet av registerblanketter (eller registrering on line) ett ganska stort antal läkartjänster. Om man inom varje specialité bara hade ett nationellt register att hålla reda på vore arbetsbelastningen inte så stor, men det är inte ovanligt att den enskilde läkaren har flera olika register att ägna tid åt.

SKL och landstingen bidrar också. Verksamhetsuppföljning av olika slag, inte minst i samband med de allt frekventare omorganisationerna, är nu vanligt förekommande. Här drabbas cheferna mest, deras ökade administrativa arbetsbörda är numera så stor att klinisk verksamhet parallellt med chefsjobbet minimeras. Därmed riskerar cheferna att få allt sämre grepp om hur verksamheten ute på sjukhusgolvet egentligen fungerar.

Men också de som inte är chefer drabbas. Kraven på att sköterskorna ska ägna tid åt omvårdnadsdokumentation har ökat genom åren. Ökad fokusering på patientsäkerhet ställer större krav på noggrann dokumentation. Socialstyrelsen och SKL tycks angelägna om att patientsäkerhetsåtgärder ska dokumenteras. Krav från sjukhus- och landstingsledning på att de enskilda läkarna ska delta i projekt och utredningar har blivit vanligare. Ofta heter det att projektet är starkt prioriterat, det vill säga går före arbetet med patienterna. Samtidigt bekymrar sig politiker och tjänstemän för att vårdköerna växer.

Varje ny administrativ uppgift tar kanske inte så mycket tid i sig, det är den sammanlagda bördan av uppgifter som är betungande. Var och en som introducerar en ny administrativ uppgift, bryr sig sannolikt inte om att det redan finns så många andra. Det finns idéer om att läkarnas administrativa arbete borde registreras. På det sättet skulle arbetsinsatsen kunna mätas och få er-

kännande som faktiskt utfört arbete. I dag räknas och registreras bara det egentliga arbetet med patienterna, inte all administration. En sådan registrering skulle kräva mycket stora administrativa insatser av läkarna i form av notering av typ av arbete, tidsåtgång, diagnosnummer med mera.

I de flesta fall behöver de som kräver administrativa insatser inte bekymra sig om att läkartid går särskilt till att klara uppgifterna. De som uppfinner en ny administrativ uppgift behöver oftast inte betala för den läkartid som går åt. Helst borde varje förslag till ny administrativ uppgift innehålla en beräkning av hur många fler läkartjänster som behövs för att fullgöra den. Därefter skulle det klargöras vem som ska betala den tiden och utredas om det finns läkare som kan göra jobbet.

Det är begripligt men beklagligt att Försäkringskassan, Socialstyrelsen med flera inte anser sig behöva bekymra sig om detta, men det är märkligt att även landstingsledning utkräver administrativa insatser av läkarna till synes utan att ta hänsyn till att det sker på bekostnad av patientarbetet.

En del arbete kan säkert överföras till sköterskor (som i sin tur får mindre tid för direkt patientarbete) och till sekreterare (som inte hinner skriva epikriser i rimlig tid). Men en stor del av de administrativa uppgifterna måste ändå göras av läkare. Vi kan med nuvarande regler inte anförtro receptutfärdande eller sjukskrivning till sköterskor eller sekreterare. Eller kan vi säga att läkaren undersöker, ställer diagnos och sedan meddelar sin sekreterare att skriva ut någon lämplig medicin? Varken Försäkringskassan eller Vägverket vill nog att en sekreterare formulerar varför patienten inte kan arbeta eller köra tung lastbil. En del registeruppgifter kan med fördel föras in av sköterskor eller sekreterare, men det är ofta läkaren som ska tillhandahålla uppgifterna.

Datoriseringen av journaler har definitivt underlättat det journaladministrativa arbetet. Det är lättare att hitta uppgifterna, även om journalföringen inte är så rationell som den borde vara om man tog till vara datoriseringens alla fördelar. En del administrativa arbetsuppgifter underlättas av datajournaler. Dit hör skrivandet av vissa intyg, e-recept och levererandet av registeruppgifter. Det är ändå märkligt att datorisering av journalsystem inte verkar ha minskat läkarnas tidsåtgång för jour-

nalarbete. Någonstans har datoriseringens fördelar uppvägs av något som ökar tidsåtgången. Och pappersåtgången har knappast minskat.

Det administrativa arbetet sätts ofta i motsättning till patientarbetet. Vi får dock komma ihåg att en hel del av det administrativa arbetet egentligen är arbete direkt för patienten. Dit hör receptskrivande och intyg. Administrativt arbete som inte är knutet direkt till patientens diagnos och behandling, såsom uppgiftslämnande till olika register och myndigheter är däremot inte direkt patientarbete. Sådana arbetsuppgifter tycks ha ökat mest den senaste tiden.

De som väljer läkaryrket har kanske från början vaga föreställningar om vad yrket innebär. De flesta torde dock vara inriktade på att de i sitt yrke ska ägna sig åt att hjälpa sjuka människor. Många har under läkarstudierna ingen aning om hur mycket administrativt arbete som kommer att ingå i läkarjobbet. Även allmänheten, inklusive politiker, torde föreställa sig att arbetet så mycket som möjligt ska handla om att hjälpa patienter, även om de inser att en viss del administrativt arbete måste ingå. De tycker dock att det är fel att så mycket som cirka 30–50 procent av läkararbetstiden går åt till administration.

En del administrativt arbete är oundgängligt, främst det som är till för patientens diagnos och behandling. Möjligt kan receptskrivande, intyg med mera förenklas så att det tar mindre tid. Hittills har utvecklingen ofta varit att det tar allt mer tid och blir allt krångligare. Ett krav borde vara att varje nytt förslag till administrativt arbete i sjukvården bevisligen ska vara till nytta för patienten. Här kan om möjligt principer för evidensbaserad tillämpas. Kostnadsnyttoanalyser kan också vara på sin plats. Ett annat krav borde vara att tidsåtgången mätt i läkartjänster ska beräknas och bekostas av den som anser att den nya uppgiften behövs. Kanske kan vi då bromsa utvecklingen mot att allt mer läkartid går åt till administration. Kanske kan vi då bättre hinna ägna oss åt patienterna och deras problem.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*



Fler debattinlägg på sidan 1636.