

Rapport om kartläggning av arbetstidslösningar inom landstinget.

Innehåll

Sammanfattning

Sammanfattande förslag till vidarearbete

1. Introduktion

1.1 Inledning

1.2 Bakgrund

1.3 Mål, Syfte och förutsättningar

2. Metod

3. Teori

3.1 Termer, begrepp och definition av arbetstidsmodeller

3.1.1 Definitioner av modeller och funktioner

3.2 Arbetsmiljön och hälsan

3.3 Ekonomin och kostnaderna

3.4 Bemanning av organisationen

3.5 Lagar, avtal och EG-direktiv

4. Resultat

4.1 Landstinget sammanfattning

4.1.1 Verksamhetseffekter

4.1.2 Medarbetareffekter

4.1.3 Effekter på ekonomin

4.1.4 Effekter på ledarskap och chefskap

4.1.5 Administrativa stödsystem och uppföljningsmodeller

4.1.6 Synpunkter från 1:a linjens chefer

4.1.7 Synpunkter från de fackliga organisationerna

4.2 Karolinska Universitetssjukhuset

4.3 Danderyds Sjukhus AB

4.4 Södersjukhuset AB

4.5 Södertälje sjukhus

4.6 Norrtälje sjukhus AB

4.7 SLSO

4.8 AISAB

4.9 S:t Eriks ögonsjukhus AB

4.10 Folktandvården

4.11 Tolkning av EG-direktivets påverkan

5. Förslag till vidarearbete

6. Källhänvisningar, referenser

Bilaga 1 Bilaga till 3.1 (Arbetstidsmodeller/Funktioner) innehåller p 3.1.2.-3.1.13.

Bilaga 2 Förvaltnings/bolagsvis statistik komplement till p4 Resultatet

Sammanfattning

Uppdragsgivare är Landstingsstyrelsens förvaltning, Personalstrategiska avdelningen. Utredare har varit Peter Karlsson HR-konsult vid HR-avdelningen Karolinska Universitetssjukhuset.

Utredningens uppdrag.

Målet är att utreda förekomsten och användandet av olika arbetstidsmodeller och funktioner inom Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdverksamhet inklusive tandvården samt att beskriva modellernas funktion ställt i relation till olika perspektiv.

Syftet är att klarlägga hur olika arbetstidsmodeller påverkar olika perspektivområden i relation till arbetstidsbegreppet; verksamhetens bedrivande, patienterna, medarbetarna, ekonomi och ledarskap.

Utredningen

Har skett via insamlande och analys av tidigare gjorda lokala utredningar och utvärderingar. Insamling av statistikuppgifter och ställda perspektivfrågor har skett. Intervjuer med chefer, medarbetare och fackliga företrädare har gjorts. Utredningen sammanställs i en bilaga där teori för arbetstidsfrågan redovisas liksom insamlade resultat och slutsatser samt beskrivning av nödvändigt utvecklingsarbete inom landstinget.

Omfattningen av undersökta modeller

Följande huvudsakliga modeller/funktioner finns inom landstinget. För definition se *p3.1.1.*

Modell / funktion	*1	*2	*3	*4	*5	*6	*7	*8	*9
Individuell schemaläggning	M		X	X	X	X			
Individuell schemaläggning Time-Care /FRIDA	X		X	X	X	X			
Poängmodell - ekonomiskt incitament	X		X	X	X			X	X
Poängmodell – tid som incitament	X		X	X	X			X	X
Poängmodell – omskriven OB-ersättning	X		X	X	X			X	X
Förkortad arbetstid	F								X
Blandad tjänstgöring	M		X	X	X				X
Timbank	M		X	X	X			X	X
Kontinuerliga treskiftsscheman	A								
Rotationsscheman	A								
Flexitid	F	X							
Flexitid med årssaldo	M	X	X				X		
Jour	M			X					
Beredskap	F			X					
Tretre samt alternativ	X								
Årsarbetstid	M						X		
Proportionerlig arbetstid (lätthelgsscheman)	F								
Traditionella fasta scheman	M								

Tolkningar av modeller utifrån

Landstingsförbundets förslag. Se p3.1.

*1= Arbetstidsmodell= **M**,

Arbetstidsfunktion= **F**,

mix av modell/funktion=**X**

*2= Skapar flexibilitet vid start/slut av arbetsdagen samt raster

*3= Skapar flexibilitet under dagtid 06-22

*4= Skapar flexibilitet under dygnet

*5= Skapar flexibilitet under veckan

*6= Skapar flexibilitet under begränsningsperioden

*7= Skapar flexibilitet under året

*8= Ger incitament för svår bemannade pass

*9= Skapas genom undantag från allmänna bestämmelser AB05

Var finns modeller och funktioner ?

Modell / funktion	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Individuell schemaläggning	X	X	X	X	X			X	
Individuell schemaläggning Time-Care /FRIDA	X	X	X	X	X			X	
Poängmodell - ekonomiskt incitament	X	X	X	X	X			X	
Poängmodell – tid som incitament		X							
Poängmodell – omskriven OB-ersättning			X						
Förkortad arbetstid						X			
Blandad tjänstgöring		X	X		X				
Timbank									
Kontinuerliga treskiftsscheman			X				X		
Rotationsscheman									
Flexitid	X	X	X						
Flexitid med årsaldo								X	
Jour			X	X					
Beredskap			X				X		X
Tretre samt alternativ								X	
Årsarbetstid			X				X		
Proportionerlig arbetstid (lätthelgsscheman)			X			X			X
Traditionella fasta scheman	X		X			X	X	X	X

1- Danderyds Sjukhus

2- Södersjukhuset

3- Karolinska Universitetssjukhuset

4- Norrtälje Sjukhus

5- Södertälje Sjukhus

6- Tandvårdsnämnden

7- AISAB

8- SLSO

9- S:t Eriks Ögonsjukhus

Inom landstinget så finns flexibla arbetstidsförläggningar inom samtliga förvaltningar/bolag.

Allmänna observationer

Landstinget har en omfattande verksamhet inom begreppet Arbetstider och är såväl nationellt som internationellt föregångare i hanteringen av arbetstidsbegreppet. Dock finns många problem att lösa. En del av dessa problem står att finna i ett omfattande innovativt arbete som dock brister pga att vissa viktiga grundfakta förbises. De flesta valda modeller som avviker från traditionella scheman fungerar väl och medarbetare och chefer upplever dem som positiva.

Verksamhetseffekter visar sig i att man alltför ofta vid införandet av arbetstidsmodeller eller funktioner använder dessa som incitament i första rummet istället för lösning av bemanningsproblem. Ofta prioriteras kortsiktig framgång före långvarig hållbarhet. Ofta sammanblandas begreppet bemanning och schemaläggning.

Verksamhetens önskemål framgår alltför sällan i avtalskonstruktioner. Oftast beskrivs modellernas syfte såsom;

” Syfte

Att införa en arbetstidsmodell vid Akutkliniken Huddinge Universitetssjukhus AB som tillgodoser verksamhets-, patient-, kundklinikers behov, individens önskemål om arbetstider samt som ger en god arbetsmiljö för samtliga medarbetarkategorier vid enheten.”

Dessa önskemål/syften är ofta diffust hållna och går inte att utvärdera då varken mål eller inriktning är uppföljningsbart. Baseline-faktorer ingår oftast inte vid starten av arbetstidsmodeller så att man från början skapar en uppföljningsbar modell. Dock finns några mycket goda exempel på att så inte behöver vara fallet. Dessa redovisas i **p4**.

Ekonomi och kostnadsaspekterna tillgodoses till viss del. Ofta är modellerna tagna i anspråk för att lösa ett arbetsmarknadsproblem (personalbrist) snarare än ett bemannings eller schemalägningsproblem. Exempel på detta är framtagandet av poängmodellerna som till stor del tagits fram för att öka rekryteringsförmågan och minska omsättningen snarare än att orsaken var problem att täcka pass (indirekt var dock personalbristen en orsak till "luckan").

I sådana lägen tillåts ett högre ingångsläge för kostnader då man hypotetiskt antar att full bemanning ska bidra till att öka intäkter eller förbättra resultatet.

Ibland så möjliggörs detta men man har dock skapat sig en för hög kostnadsnivå som blir påtaglig om konjunkturen ändras eller köp av enhetens tjänster minskar.

Poängmodellerna karaktäriseras ofta av att de är "kotsamma". Så borde inte vara fallet. Orsaken till överkostnader hos poängmodeller (PM) står att finna ibland annat följande initiala fel;

- PM överfinansieras med hjälp av "antagen" kommande övertidskostnad, om man inte inför PM. Dessa övertidsmedel förs in i budget och utgör grunden för bemanningen. I en verksamhet som sedan rekryterar och täcker sina vakanser så borde denna överfinansiering därefter fasa ut och budgeten för verksamheten byggas på den ordinarie närvaron och normala frånvarokostnader såsom semester, sjukfrånvaro, VAB mm, detta har ofta missats.
- De vakanta pass man före PM bekostade med övertidsmedel ersattes med 240% eller 180% beroende på hel-/deltidsanställning. Långt ifrån alla vakanta pass bemannades med personal på övertid vilket medför att kostnaden för en arbetad timme blir hög. När man budgeterat för modellen så har detta medfört att antagen övertidskostnad stoppats in i budget och därmed höjt kostnaden per timme (PMs poängkostnad). Detta medför då indirekt att de dyrare timkostnaderna räcker till färre timmar!!

De flesta PM fungerar väl då det finns en inneboende drivkraft (ekonomi och friare val av arbetstider) att få den att fungera. Man kan också se att de PM som tagits fram när personalläget fungerar bättre har en bättre ekonomi och funktion. De som haft de stora problemen är de som togs fram omkring det stora personalbristläget vid år 2000.

Idag sker uppföljning av framförallt frånvarotid och kostnaderna för detta men närvarotiden och användandet av den är lika intressant ex närvaro i det direkta vårdarbetet, närvaro i kompetensutveckling eller friskvård etc..

Andra ekonomiska uppföljningar är också intressanta att göra, i synnerhet effekter av andra åtgärder. Här finns kopplingarna mellan arbetstiden förläggning och hälsan. Kopplingen mellan arbetstidsval och effektivitet och produktivitet.

Effektivitets och produktionsbegrepp måste identifieras för att man ska kunna uttrycka vilka effekter valet av arbetstidslösningar får.

Att säkerställa vården är ett prioriterat begrepp vid alla arbetstidsprojekt. **Effekter på patientvården** finns inte redovisat vid förändring av arbetstidsmodeller. Dock har man vid dessa projekt aktivitetsplanerat på ett annorlunda sätt vilket givit vissa positiva effekter.

Effekter för medarbetaren visar sig främst i att den positiva effekten ligger i att medarbetarna beskriver sin valda arbetstidsmodell positivt. Detta beskrivande blir dock självuppfyllande då medarbetarna och deras fackliga organisationer genom kollektivavtalstecknande endast tecknar avtal för modeller som upplevs positiva av medlemmarna.

Fristående utredningar bekräftar dock de positiva fördelarna och slutsatserna av dessa är att de införanden av individuella schemalägningslösningar och flexibel arbetstid som införts är en bra och nödvändig bas för fortsatt byggande av andra arbetstidslösningar

Effekter på chefs och ledarskap visar sig främst genom att chefer avlastas genom ett decentraliserat arbete med arbetstider och bemanning då medarbetare själva tar ansvar för en stor del av detta arbete. Dock ställs stora krav på chefer att arbeta med IT-baserade arbetstidssystem och uppföljningar av desamma. För detta efterfrågas kunskap genom utbildning.

De administrativa stödsystemen finns i form av Palett men uppföljningsmodeller saknas ofta lokalt framför allt av de parametrar som ska följas upp och de effekter som är eftersträvaransvärda att utvärdera. Önskemål finns om bättre uppföljningsunderlag och kontinuerliga utvärderingar på alla nivåer. Detta medför dock att alla ingående parametrar ska registreras.

Positiva observationer i verksamheten

Följande observationer har gjorts gällande positiva effekter i verksamheten avseende hantering av arbetstidsfrågan.(generella observationer, undantag finns).

- Nöjdare medarbetare som känner större delaktighet och därmed tar ett större ansvar för verksamheten
- Chefer avlastas mycket av bemanningsarbetet med flexibla arbetstidslösningar.
- Goda rekryteringsincitament för arbetsplatser som utvecklade flexibla system.
- Incitament i systemen uppfattas mycket positivt.
- Färre bemanningsproblem vid utvecklade arbetsplatser.

Negativa observationer i verksamheten

Följande observationer har gjorts gällande viktigare brister i verksamheten avseende hantering av arbetstidsfrågan.(generella observationer, undantag finns).

- Uppföljningar och periodiska utvärderingar kan inte göras på ett sådant sätt att effekter av insatta åtgärder kan utläsas. Orsak till detta är;
 - Ej fastställda ingångsfaktorer (nyckeltal) att följas upp
 - Uppgifter matas ej in i erforderlig omfattning
 - Rapportfunktioner saknas
- För höga ingångskostnader som ej hämtas hem vid de mer omfattande modellerna.
- Brist på uppföljningsfaktorer försvårar prognoser av kostnadsutvecklingen för de olika arbetstidsmodellerna.
- Den konjunkturella påverkan är svårhanterlig särskilt vid personalbrist t.
- Inga kopplingar hälsa - sjukfrånvaro kontra val av arbetstid.
- Kunskap och kompetens varierar stort mellan förvaltningar/bolag pga traditioner och resurser. Chefernas (1:a linjen) efterfrågar utbildning.
- Begreppsförvirringen är stor och definitionen av olika parametrar är splittrad och felkällor i form av olika eller åtskilda definitioner av samma termer skapar missförstånd Begrepp, termer och definitioner blandas ihop pga ambitionen att hitta nya och än mer flexibla lösningar.
- Saknas en övergripande strategi för var i verksamheten olika modeller ska prövas/införas. Idag beror detta till hög grad på intresserade chefer medarbetare och fackliga organisationer.
- Avtalen är onödigt omfattande och reglerar ibland förhållanden som inte behöver/ska regleras.
- Många modeller inte är olika modeller utan lokala anpassningar av andra modeller.
- Allmänna Bestämmelsers tolkningar följs inte alltid och de avsteg som sker via kollektivavtal är inte alltid i linje med avtalet eller arbetstidslagets möjligheter.
- IT-stöd finns inte alltid vid införande av arbetstidsmodeller vilket kan stjälpa projektens fortlevnad.

Sammanfattande förslag till vidarearbete

Ett flertal förslag redovisas i bilagans p5. Ämnesområdet behöver studeras djupare än vad denna kartläggning medgivit. Detta för att kvalitetssäkra och fastställa vilka de viktigaste faktorerna är och effekterna av dessa.

Ett fortsatt arbete inom detta ämnesområde bör byggas på tripoden Ekonomi - Bemanning och Hälsa.

Dock finns bl.a. följande viktiga förslag om ett eventuellt fortsatt arbete inom ämnesområdet.

1. **En nulägesanalys och värdering** måste göras över hur personalstatistiken ser ut idag och vilka tendenser som kan läsas ut ur denna statistik. Valet av arbetstidslösningar måste få en koppling till den aktuella statistiken och tendenserna så att rätt åtgärder vidtas.
2. **Uppföljningar av arbetstidsanvändandet bör kopplas till annan personalstatistik** i landstinget för att utreda sambanden mellan arbetstidens förläggning och ohälsa. Arbete bör göras vad gäller uppföljning och utvärdering via befintligt personalsystem.
3. Möjligheter bör skapas för att **möjliggöra ett flexiblere användande** av arbetstidsmodeller och framförallt deras ingående parametrar.
4. **Kostnads/nyttospekten** måste kopplas till varje införande och ett planlagt samarbete mellan personal och ekonomifunktionerna är nödvändigt. Framför allt bör personalekonomiska beräkningar göras för förväntade effekter. Stora kostnadsbesparingar kan göras genom rätt använda och rätt finansierade modeller.
5. Generellt bör **all arbetad tid registreras** så att landstinget kan följa kostnads/ nytto effekterna. Dvs att koppla närvarotid och kostnader och att kunna separera arbetad tid i patientvård och arbetad tid i ex kompetensutveckling. Små öknings av närvarotiden ger mycket stora kostnadsbesparingar.
6. **Effekterna och förändringarna med anledning av EG-direktivet 2003/88/EG måste beaktas** omgående i fortsatt arbetstidsarbete och landstingsgemensamt förhållningssätt implementeras.
7. **Modeller som utvecklats ute i landet och som varit framgångsrika där bör studeras** och analyseras om deras tillämpning är överförbar till landstinget, ex timbankssystem
8. **Termer, begrepp och definitioner måste stämma överens** och vara lika mellan alla utövare.
9. Ett **gemensamt synsätt på att analysera bemanning och h arbeta med detta** som ger landstinget bättre jämförelsemöjligheter och kostnadssänkningar.

1. Introduktion

Arbete i sjukvården innebär ofta arbete på oregelbundna tider, sådan är situationen för merparten av landets anställda idag.

När tiderna är ”goda” och efterfrågan på arbetskraft ökar, sjunker villigheten att kvarstanna i sjukvård och andra sektorer med ofördelaktiga arbetstidslösningar och låga löner.

För att öka attraktivitetsförmågan för rekrytering och viljan till kvarstannande har många projekt startats inom ämnesområdet arbetstider. Dessa projekt har alltmer kommit att kombineras med strävan efter att öka statusen på anställningarna genom att införa inkomstincitament i arbetstidsförläggningen, de vanligaste av dessa är vad vi kallar Poängmodeller.

Många modeller bygger på att den anställde genom flexibilitet och villighet ska bidra till att ta på sig arbetspass med korta varsel och att tillsammans med arbetskamraterna planera för att få en bemanningsnivå som ger såväl ekonomiska vinster för verksamheten och den enskilde anställde såsom att lösa arbetstidsplaceringar decentraliserat utan medverkan av arbetsledare i mesta möjliga mån. En strävan finns också att koppla arbetstiden med lönerapporteringen direkt till den enskilde medarbetaren.

1.1 Inledning

Denna kartläggning ska besvara frågor om arbetstidsmodellernas införande och drift ger effekter inom några olika perspektivområden. Denna kartläggning ska även ge en bild av var olika modeller används och med vilka resultat. Detta sammanställs sedan i ett landstingsövergripande svar.

Den teoretiska bakgrunden till arbetet med arbetstidsmodeller ges och även definition av vad de olika begreppen innebär.

1.2 Bakgrund

Frågan om arbetstider har varit aktuell i landstinget sedan arbetstidslagen infördes 1982. I denna lag öppnades många möjligheter att teckna kollektivavtal om avsteg från lagens paragrafer. Detta har flitigt använts i offentlig sektor och särskilt i sjukvården med tanke på att verksamheten till stor del sker dygnet runt.

Ett flertal projekt har förevarit inom landstinget bl.a. *”projekt om arbetstidens förläggning och omfattning”*, 1987.

I detta projekt skrevs bl.a. *”möjligheter som t.ex. helt individuella scheman, flexitid med särskilt stora saldon, säsonganpassad arbetstid, ökad användning av jour och beredskap eller möjligheter till längre arbetspass passar kanske bara i enstaka sammanhang.”*

Så blev inte fallet då de kommande två åren satsades det stort på utglesad helgtjänstgöring och var tredje helgs scheman började införas. Orsaken till dessa var den massiva personalbristen i slutet av 80-talet. Dock räckte inte pengarna så 2/5-helgs-tjänstgöring blev ett annat alternativ.

Verksamheterna inom långvård, psykiatri och Anestesikliniker fick ekonomiska tillskott men övrig verksamhet började inom ramen för ordinarie verksamhet och budget leta efter möjligheten till annorlunda schemaförläggning.

1998 startades projektet flexibel och förkortad arbetstid. Detta skedde i svallvågorna från Utvecklingsplanen 1996-97 och en begynnande personalbrist hade börjat uppstå. I detta projekt startades en mängd lokala arbetstidsprojekt med finansiellt stöd från dåvarande landstingskontoret. Ett flertal individuella lösningar, timbankar och poängmodeller startade och dessa kom att utgöra grunden till dagens alla modeller och arbetstidslösningar.

1.3 Mål, Syfte och förutsättningar

Målet är att utreda förekomsten och användandet av olika arbetstidsmodeller och funktioner inom Stockholms läns landstings hälso- och sjukvårdverksamhet inklusive tandvården samt att beskriva modellernas funktion ställt i relation till olika perspektiv.

Syftet är att klarlägga hur olika arbetstidsmodeller påverkar olika perspektivområden i relation till arbetstidsbegreppet; verksamhetens bedrivande, patienterna, medarbetarna, ekonomi och ledarskap.

Utredningen förutsätter samarbete med alla lokala förvaltningar och bolag i landstinget. Genom insändande av statistikuppgifter, svar på perspektivfrågor och genom deltagande i samtal och intervjuer så ska en analys och kartläggning göras.

2. Metod

Den arbetsmetod som valts för att genomföra denna kartläggning och för att beskriva de olika förekommande arbetstidsmodellerna i landstinget samt besvara de olika perspektivfrågeställningar som framställt är följande;

- **Statistikinsamling**- för att skapa en bild av hur vanligt förekommande olika arbetstidslösningar är i landstinget samt hur många som berörs.
- **Insamling av de projekt** som finns publicerade för att se vilka bevekelsegrunder som funnits för att tillämpa en viss lösning.
- **Inhämtning av utvärderingar** för att få en uppfattning om hur väl olika projekt fallit ut.
- **Intervjuer** med HR-personal ang. övergripande perspektiv. Intervjuer med 1:a linjens chefer för att utröna arbetstidsmodellernas påverkan på chefskapet. Intervjuer med fackliga företrädare för att utröna deras bevekelsegrunder för att träffa avtal. Intervjuer med enskilda medarbetare för att stämma av skriftliga utvärderingars reliabilitet.

En grovsällning inom de olika modellerna har gjorts då de allra flesta projekt är av likartad modell och som man villigt och gärna kopierar av varandras framsteg.

Analys av detta material har gjorts utan att göra gällande att samband kan bevisas. Dock framställs några påståenden och hypoteser utifrån analysen för vilka författaren på goda grunder anser trovärdiga samband finns.

Säkerheten i statistiken för varje svar är satt till +/- 10 på förvaltning/bolag, för landstinget blir detta +/- 100.

Säkerheten i resultat som presenterats i de utvärderingar som inhämtats är hög då dessa i princip bekräftar varandras resultat. Säkerheten är dock endast relaterad till resultatet, inte slutsatserna då dessa kräver ett väsentligt större material samt ett externt (utanför landstinget) jämförelsematerial.

3. Teori

3.1 Termer, begrepp och definition av arbetstidsmodeller

Inom begreppet arbetstider så rör vi oss med en mängd begrepp och termer vars förklaring är nödvändig för förstå hur en modell är uppbyggd.

Med **arbetstidsmodell** så avses ett system med vilket personalens arbetstider planeras och organiseras för att ge verksamheten den bemanning som man behöver.

Arbetstidsmodeller består av två huvuddelar: **Schemaläggning** och **bemanning**. Medan schemaläggning beskriver den mer långsiktiga planeringen av de ordinarie arbetstiderna så beskriver bemanningen den mer kortsiktiga akuta planeringen av arbetstiderna. Här ingår olika former av frånvaro och andra avvikelser från den schemalagda ordinarie bemanningen. Schemaläggningen kan göras **löpande** dvs att man med regelbundenhet

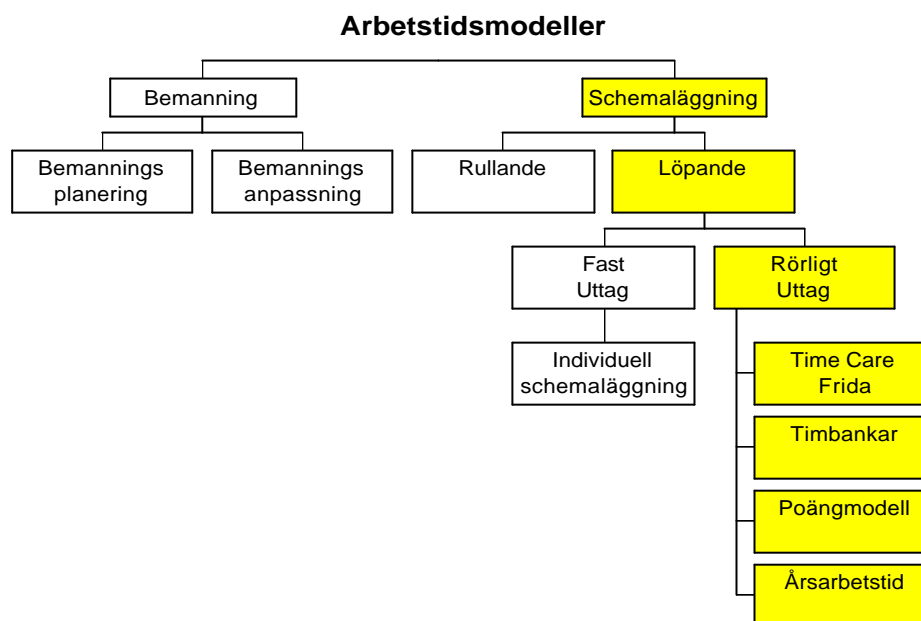
gör nya scheman. Den kan också göras **rullande** dvs att schemat upprepas efter en viss period (begränsningsperiod).

Vidare kan man i schemat lägga in ett **fast uttag** då man under arbetsveckan eller en begränsningsperiod har ett snittuttag av arbetstid.

I ett **rörligt uttag** kan arbetstiden variera mer fritt under längre tid. Ett flertal modeller finns där detta sker. **Time Care/Frida, Timbankar, Poängmodeller, och Årsarbetstid** är några av de vanligaste begreppen. Beroende på graden av planerbarhet kan man dela upp bemanningsrutinerna i två delar; **bemanningsplanering** och **bemanningsanpassning**.

Med **bemanningsplanering** avser man avvikelser från schemat och motsvarande åtgärder som kan planeras i förväg t ex semester, uttag av kompensationsledighet, beordring av övertid, inplanering av extrapersonal o vikarier.

Med **bemanningsanpassning** avser man avvikelser som inte kan förutses utan måste åtgärdas samma dag de inträffar ex, sjukfrånvaro, flexitid, akut övertidsuttag, inkallande av extra personal.



Utifrån dessa grundbegrepp som beskrivits av landstingsförbundet så kan olika modeller kombineras och modifieras i princip i det oändliga.

3.1.1. Definitioner av modeller och funktioner

Är då alla arbetstidslösningar nya arbetstidsmodeller? Eftersom grunddefinitionen är att arbetstidsmodeller är ett **system av planering och organisation** som ger verksamheten den bemanning den kräver så kommer jag i följande definitioner beskriva arbetstidslösningen som ”modell” eller funktion där jag med funktion avser en lösning som inte själv bemannar utan endast möjliggör och kompletterar förläggningen. För respektive modell/funktion nämns de viktigaste ingående parametrarna.

3.2 Arbetsmiljön och hälsan

Frågan om arbetstider och hälsa är mångfacetterad och omfattande. Det finns ett stort antal forskningsrapporter om arbetstid och dess inverkan på kroppens funktioner. Men få rapporter om hur inflytandet över den egna arbetstiden påverkar hälsa och arbetsmiljö.

De arbetstidsutvärderingar inom SLL som behandlat dessa frågor har konsekvent redovisat övervägande positiva åsikter.

I rapporterna om skadlig inverkan så går åsikterna om oregelbunden förläggning av arbetstiden isär. De första rapporterna talade främst om att arbetstider som innebär skift

eller annan oregelbunden förläggning som inkluderar natt är mer skadligt än vanliga schemaläggningar under icke natt-tid.

På senare tid har åsikterna svängt och flera rapporter talar om att det finns en positiv känsla hos den enskilde över att själv kunna styra sina arbetstider vilket överväger negativa följder. Dock är utvärderingsperioderna alltför korta för att med säkerhet säga att endera hypoteserna är sanna eller ej.

De parametrar vad gäller hälsan, arbetsmiljön och arbetstiden som är mest intressanta är;

1. Möjligheten av att förbättra förhållandet mellan arbetstid och fritiden så att man har ork att genomföra bådadera.
2. Möjligheten att påverka sin arbetstidsförläggning
3. Bemanningstäthet som minskar stress och ger bättre arbetstillfredsställelse.

I ett PM angående ett intressant projekt om utveckling av arbetstider inom Borås Kommun så beskriver organisationskonsulten Bo Angelöw **inflytande över den egna arbetstiden** på följande sätt;

- Bosse Angelöw : Friskare arbetsplatser

” En Spri-rapport (Spri-rapport 1996 nr 423 Arbetstider, valfrihet och flexibilitet) som behandlar arbetstider på sex olika vårdavdelningar visar tydligt att ju mer inflytande och flexibilitet som finns för arbetstidens förläggning desto mer positivt ser man på den egna arbetsmiljön. Ju mer flexibelt arbetstidssystem man hade desto nöjdare var personalen med sina arbetstider.

Olsson (B Olsson Arbetstidsmodeller för en ny tid - ett personalekonomiskt perspektiv) kallar möjligheten för de anställda att påverka den egna arbetstidens förläggning för inflytandemomentet. Hur inflytandemomentet ser ut i de olika arbetstidsmodellerna skiljer sig kraftigt åt. Undersökningar har visat att om de anställda får ett verkligt inflytande över den egna arbetssituationen ökar också anspråksnivån vad gäller intresset för att engagera sig i andra frågor som rör situationen på arbetsplatsen.

Oavsett vilken form av flexibel arbetstid som organisationen väljer att satsa på kommer troligen olika positiva effekter att uppstå. Olsson menar att jämfört med den traditionella formen av schemaläggning finns det orsak att tro att alla de olika formerna av flexibel arbetstid som hon varit med och studerat - rörlig arbetstid, timbank och flexid osv. - är överlägsna vad gäller personalens behov. De olika formerna av flexibel arbetstid får enligt SPRI-utvärderingen starka positiva effekter på personalen i de berörda organisationerna.”

Denna rapport kom samtidigt som de flesta av SLLs nya arbetstidsmodeller började utvecklas. SLL tog initiativet till ett eget projekt om arbetstider ”Flexibel och förkortad arbetstid”s om gav landstinget en mängd nya lösningar och modeller.

Trots att få rapporter skrivits om inflytande över den egna arbetstiden så kan man med stöd av de lokala utvecklingsprojekt som förevarit och de utvärderingar som bekräftar detta konstatera att delaktighet och inflytande är en grundläggande strategi för att utveckla friskare arbetsplatser.

Angelöw skriver ”Graden av delaktighet har stor betydelse för minimerandet av den negativa stressen. Möjligheten att kontrollera och påverka sin egen arbetssituation fungerar som buffert mot den negativa stressens skadeverkningar.”

”Det finns mycket få studier av inflytande över arbetstiden. Inom sjukvården har man prövat olika modeller av flexibla arbetstider, ofta med gott resultat (Åkerstedt, Westerlund & Andersson 1996).

Resultatet av en utvärdering av några flexibla arbetstidsmodeller visade att ett stort inflytande över arbetstiden var förenat med ökad trivsel, färre sociala besvär och en mycket positiv attityd till arbetstiderna.”

3.3 Ekonomin och kostnaderna

Att arbetstidsmodeller och system är viktiga att belysa ur ekonomiskt perspektiv är självklart då detta är grunden för hur vi tekniskt fördelar kostnader på olika insatser.

Dessa insatser benämner vi vanligen ”verksamhetens behov”. Det tydligaste sättet att beskriva verksamhetens behov är att beskriva organisationens bemanning. (se p 3.4.)

Innan man startar diskussionen om att införa en ny arbetstidslösning d.v.s. att använda en arbetstidsmodell eller funktion så undersöker vi vilka finansieringsmöjligheter som finns. Vi undersöker även vilka effekter denna lösning kan ge, såväl negativa som positiva.

Därefter skapas en kalkyl för införandet. Denna kalkyl innehåller såväl förarbetskostnader som driftkostnader. En kalkyl görs även för de effekter vi vill uppnå. Vanligen vill vi i denna kalkyl ha besparingar i form av kostnadssänkningar för arbetsinsatsen, rationaliseringar och ett bättre användande av varje insatt krona. Detta beskriver vi vanligen som kostnads/nyttoeffekt.

För att skapa kalkyler måste viktiga grundvärden tas fram, **nyckeltal**. Det är dessa tal vi fortsättningsvis kommer att utgå ifrån när vi beräknar våra kostnader och ekonomiska förutsättningar för att bedriva verksamheten.

Förutom balansen mellan tillgänglig budget och kostnader så är det angeläget att beräkna **effektivitet** och **produktivitet**.

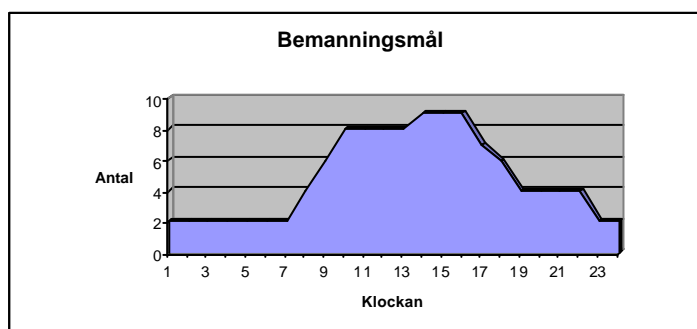
En förbättrad effektivitet kan ju vara en önskvärd effekt som vi vill uppnå genom att byta arbetstidslösning. Det är då viktigt att känna andra värden än de som är kopplade till personalkostnader. Exempelvis vad det kostar att producera en vård dag så att vi kan undersöka om det blev billigare eller dyrare med en förändrad lösning.

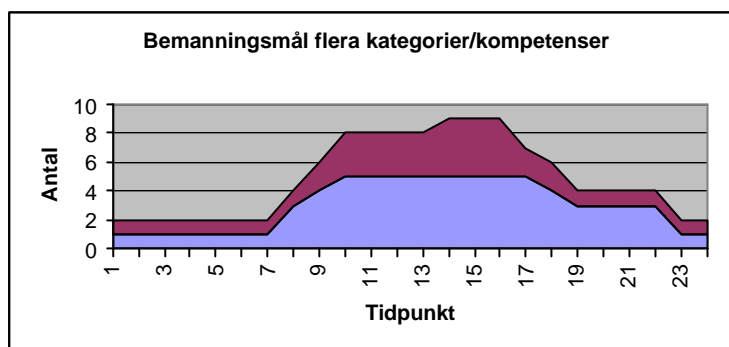
En ökad produktivitet är en annan önskvärd effekt som kan stimuleras genom rätt arbetstidslösning. Exempelvis genom att vi utför fler insatser med samma mängd medarbetare eller med färre. Detta kopplat till effektiviteten kan då göra att vi kan ta in fler intäkter eller utföra fler insatser på samma tidsrymd eller kortare.

Det ekonomiska spelet i samband med införandet av nya arbetstidslösningar är komplicerat och förutsätter att ekonomi- och personalfunktioner arbetar tillsammans vid projekt som har dessa syften. En uppföljningsmekanism bör också finnas och den inrättas redan vid starten av den nya arbetstidslösningen. Denna ska vara databaserad.

3.4 Bemanning av organisationen

Bemanning av organisationen görs vanligen genom upprättande av s.k. bemanningsmål. Den enklaste formen av bemanningsmål är att ställa upp antalet medarbetare som behövs i tjänst vid en viss tidpunkt på dygnet. Se figurer. Bemanningsmålen konstrueras genom bemanningsanalys





Bemanningsmål upprättas även för att bättre kunna utröna vilket antal som behövs av olika kompetensnivåer inom ex sjuksköterskekategorin eller mellan olika yrkeskategorier

En metod för att fastställa vad man menar med bemanningsmål måste finnas inom verksamheten. Man måste i verksamheten ha definierat om man avser att målet ska omfatta alla aktiviteter som ska ske inom ramen för närvaron eller om den ska avse endast delar av denna ex, patientarbete, administration, kompetensutveckling mm (se aktivitetsplaneringsmodeller.)

För att kunna bemanna varje dygn, varje vecka, varje månad etc. så måste man även ha en klar bild av hur frånvarosiffror ser ut och varför. Vilken snittfrånvaro finns och när behöver vikarie kunna tas in och hur bemannar man med en vikarie?

Kombinerat med tillgänglig budget och fastställda uppföljningsfaktorer ger detta en bra bild av hur verksamheten fungerar och vart den är på väg. Tendenser ska kunna avläsas tidigt för att man ska hinna styra åt rätt håll.

Att kontinuerligt följa upp och utvärdera bemanningen är en prioriterad fråga för ansvarig chef. Såväl verksamhetens bedrivande som de ekonomiska möjligheterna till densamma kommer ur dessa uppföljningar och utvärderingar.

Att arbeta med bemanning är liksom Konfutses tes ”*en god sjöman lär sig att segla istället för att be om medvind*” det viktigaste instrumentet för verksamhetsstyrning.

3.5 Lagar, avtal och EG-direktiv

Riksdagen har godkänt regeringens förslag om ändringar i arbetstidslagen för att **tydligare** genomföra EG:s arbetstidsdirektiv (2003/88/EG).

Detta förtydligande (2003/04:80) innehåller detaljer som måste tolkas av framför allt Kommun och Landstingsförbundet, Arbetsmiljöverket och lagstiftaren. Arbetet med införandet och anpassningen är långt ifrån klart ännu.

De nya reglerna innebär bland annat;

- högst **48-timmars** sammanlagd **veckoarbetstid** (10 a §),
- **11 timmars sammanhängande dygnsvila** (13 §),
- **arbetstiden för nattarbetande** (13 a §),
- **veckovila**, avvikelser från bestämmelsen får göras endast under förutsättning att arbetstagaren ges motsvarande **kompensationsledighet** (14 §),
- den s.k. **EG-spärren**, regeln förtydligas så att det tydligare framgår vilka bestämmelser i lagen som direkt berörs av spärren, dvs. 48-timmarsregeln, dygnsvila, arbetstiden för nattarbetande, veckovila och raster (3 §).

Lagändringarna föreslås träda i kraft den 1 juli 2005. De nya bestämmelserna ska dock tillämpas först fr.o.m. den 1 januari 2007 om arbetsgivaren den 30 juni 2005 och därefter fram t.o.m. den 31 december 2006 är bunden av kollektivavtal som reglerar arbetstidsfrågor.

4 Resultat

Insamlade uppgifter

De insamlade svaren om statistik, perspektivfrågor och erfarenheter från egna utvärderingar redovisas under respektive punkt. I **p 4.1** redovisas statistik och fakta samlat för de enheter som ingår i utredningen. Här finns även aktuell statistik från Palett. Danderyds Sjukhus AB ingår ej i Palett.

De statistiksvår som givits om förekomsten av arbetstidsmodeller lokalt redovisas i **bilaga 2**. I den redovisningen har det varit svårt att få fram rätt siffror för HS eftersom Responssystemet lades ner och uppgifter överfördes till Palett. Likaså har förflyttningar och organisationsförändringar försvårat svaren. (Detta gäller även generellt alla bolag/förvaltningar, att organisatoriska förändringar avslutar fler modeller än dålig funktion!)

Perspektivfrågorna är redovisade på sådant sätt att generella åsikter och synsätt redovisas. I svaren för sjukhusen finns redovisat vissa egna svar som är av ett allmänt intresse. För Karolinska Universitetssjukhuset redovisas KS och HS var för sig då nya sjukhuset inte har någon egen historia att utvärdera. Upprepade svar/synpunkter redovisas ej om de inte har en särskild vinkling. HS/KS svar redovisas då de visar två kulturmönster som nu sammanförts. De överensstämmer till största delen.

Tandvårdsnämnden, AISAB och S:t Erik redovisas inte då de anger att deras verksamhet är annorlunda och de har inte någon bred verksamhet inom ämnesområdet. De anger att de ej heller har någon historia falla tillbaka på så att de kan utvärdera arbetet och utvecklingen av flexibla tider.

Samtliga bolag/förvaltningar har givit den övergripande synen på ämnesområdet. Svårshfrekvensen har varit varierande men resultaten är säkerställda. Detta genom att annat externt/internt material bekräftar resultaten.

Södertälje Sjukhus har lagt ner ett omfattande och synnerligen engagerat arbete för att dels besvara frågorna men också för att uppmärksamma frågan intemt.

Slutsatser dras av de sammanställda fakta som finns. Några slutsatser görs inte för förvaltningarnas/bolagens lokala verksamhet.

Den text som redovisas under p 4.2 till 4.10 är förvaltningarnas/bolagens egna uppgifter som är av värde för kartläggningen.

4.1. Sammanfattning Landstinget

Arbetstidslösningar i form av valda modeller eller tillämpning av olika funktioner är tämligen väl utbredd inom landstinget.

Följande huvudsakliga modeller och varianter av modeller samt tillämpade funktioner finns i följande form (ytterligare varianter med mindre avvikelser finns);

Modell / funktion	*1	*2	*3	*4	*5	*6	*7	*8	*9
Individuell schemaläggning	M		X	X	X	X			
Individuell schemaläggning Time-Care /FRIDA	X		X	X	X	X			
Poängmodell - ekonomiskt incitament	X		X	X	X			X	X
Poängmodell – tid som incitament	X		X	X	X			X	X
Poängmodell – omskriven OB-ersättning	X		X	X	X			X	X
Förkortad arbetstid	F								X
Blandad tjänstgöring	M		X	X	X				X
Timbank	M		X	X	X			X	X
Kontinuerliga treskiftsscheman	A								
Rotationsscheman	A								
Flexitid	F	X							
Flexitid med årsaldo	M	X	X				X		
Jour	M			X					
Beredskap	F			X					
Tretre samt alternativ	X								
Årsarbetstid	M						X		
Proportionerlig arbetstid (lätthelgsscheman)	F								
Traditionella fasta scheman	M								

Tolkningar av modeller utifrån

Landstingsförbundets förslag. Se p3.1.

*1= Arbetstidsmodell= **M**,
Arbetstidsfunktion= **F**,
mix av modell/funktion=**X**

*2= Skapar flexibilitet vid start/slut av arbetsdagen samt raster

*3= Skapar flexibilitet under dagtid 06-22

*4= Skapar flexibilitet under dygnet

*5= Skapar flexibilitet under veckan

*6= Skapar flexibilitet under begränsningsperioden

*7= Skapar flexibilitet under året

*8= Ger incitament för svärbemannade pass

*9= Skapas genom undantag från allmänna bestämmelser AB05

Slutsats:

- Flexibla arbetstidsmodeller finns väl spridda i landstinget och tillämpas i varierande omfattning.
- De ”mindre” sjukhusen Södertälje och Norrtälje har haft lättare att breddinföra flexiblare arbetstider
- Andelen användare som använder individuell schemaläggning och flexibel arbetstid har ökat de senaste 5 åren
- De stora sjukhusen har haft fler olika modeller och har så fortfarande vilket är naturligt med hänsyn till verksamheternas divergerande utseende och funktioner.
- Södersjukhuset har haft den tydligaste målsättningen med att införa flexibla arbetstider och lyckats procentuellt bäst.
- SLSO har infört flexibla arbetstider på flest antal lokala enheter

Var i landstingets hälso- och sjukvårdsverksamhet samt tandvård hittar vi då olika arbetstidsmodeller/ funktioner?

Modell / funktion	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Individuell schemaläggning	X	X	X	X	X			X	
Individuell schemaläggning Time-Care /FRIDA	X	X	X	X	X			X	
Poängmodell - ekonomiskt incitament	X	X	X	X	X			X	
Poängmodell – tid som incitament		X							
Poängmodell – omskriven OB-ersättning			X						
Förkortad arbetstid						X			
Blandad tjänstgöring		X	X		X				
Timbank									
Kontinuerliga treskiftsscheman			X				X		
Rotationsscheman									
Flexitid	X	X	X						
Flexitid med årssaldo								X	
Jour			X	X					
Beredskap			X				X		X
Tretre samt alternativ								X	
Årsarbetstid			X				X		
Proportionerlig arbetstid (lätthelgsscheman)			X			X			X
Traditionella fasta scheman	X		X			X	X	X	X

1- Danderyds Sjukhus

2- Södersjukhuset

3- Karolinska Universitetssjukhuset

4- Norrtälje Sjukhus

5- Södertälje Sjukhus

6- Tandvårdsnämnden

7- AISAB

8- SLSO

9- S:t Eriks Ögonsjukhus

Slutsats:

- De stora sjukhusen har den mesta förekomsten av olika lösningar vilket inte är anmärkningsvärt då verksamheten också uppvisar den största skillnaden i verksamhetsutövande och behov med anledning av detta. Individuell schemaläggning enligt Time Care/Frida är genomgående vanligt förekommande och SLSO uppvisar den högsta förekomsten av individuell möjlighet till flexibel arbetstidsförläggning

4.1.1. Verksamhetseffekter

Slutsats:

- **Rekryteringsbefrämjande**
- **Sprider bemanningen i tiden och underlättar planeringen**
- **De nya flexibla arbetstidslösningarna skapar ett positivare klimat i den kliniska verksamheten.**
- **Alla mål utgår från patienternas och verksamhetens behov**
- **Oklart om kontinuiteten i vården minskar med flexibla arbetstider, delade meningar finns mellan förvaltningarna/bolagen.**
- **Kombinationer av flera olika modeller skapar frihet**
- **Kopplingen arbetstid - lön är en drivkraft**
- **Rapportering och informations spridning söker flera alternativa vägar**

- **Hur påverkar användandet av olika arbetstidsmodeller, användandet av medarbetarna i förhållande till patienternas och verksamhetens behov?**

Genom att använda olika arbetstidsmodeller underlättas rekryteringen av personal. Detta påverkar i sin tur möjligheten att uppnå produktionsmålet, t.ex att kunna ha fler vårdplatser öppna.(KS)

Genom att använda olika modeller och genom att kombinera flera olika kan man säkerställa bemanningen på framför allt lång sikt vilket är viktigt när man ska planera för att kunna hålla platser öppna.(HS)

Tror att en större flexibilitet i arbetstidens förläggning påverkar personalen positivt vilket självklart kommer patienterna till godo. Tror också att ordet ” användandet” av personalen kan få en annan innebörd. När jag inte känner mig ” använd” utan känner att jag själv kan styra över min arbetstid så frigörs en rad positiva effekter. (SLSO)

Det är lättare att anpassa antalet medarbetare till verksamhetens behov med hjälp av Time Care. Ger större möjlighet att styra ledigheter.(DS)

I arbetstidsmodeller med individuell schemaläggning sker schemaläggning utifrån ett fastställt bemanningsmål för dygnets/veckans/årets timmar. Bemanningmålet utgår från patientens och verksamhetens behov. Vid förändringar av verksamheten, tillfälliga eller långvariga, är det möjligt att snabbare anpassa bemanningen till verksamhetens behov. (SÖS)

Chefsjuksköterskorna har olika erfarenheter av FRIDA beroende på verksamhetens karaktär och personalens sammansättning. Gemensamt är positiva erfarenheter från att personalen växlar arbetsgrupp (med traditionellt schema arbetar samma personer hela tiden ihop). Detta bedöms gagna verksamhet och patienter i o m att befintliga arbetsätt och rutiner ifrågasätts/ ses över. Rutinerna blir mer standardiserade och därmed säkrare. Flexibiliteten i arbetstider och växlandet av arbetslag bedöms i vissa fall också få negativa konsekvenser. Detta då man lättare tappar kontinuiteten i patientkontakten jämfört med om ett standardiserat schema använts (speciellt märkbart i verksamheter med korta vårdtider).

Vad gäller poängmodellen framhålls att högre ersättning på obekvämtid ger möjlighet att arbeta något mindre. Detta bedöms berörd chefsjuksköterska vara positivt då personalen orkar mer och därmed blir engagemanget i patienterna bättre. (STS)

Underlättar planering av bemanning efter verksamhetsbehovet. (NTS)

- **Vilka orsaker/problem är drivkraften till att till att vilja ha en ny arbetstidsmodell? Vad vill man uppnå med nya arbetstidsmodellen?**

Främsta orsaken har varit rekryteringsskäl. Man vill uppnå rätt bemanning vid varje tillfälle på dygnet.(KS)

Att rekrytera, att minska omsättning och överkostnader pga för höga uttag av särskilda ersättningar ex övertid.(HS)

Jag hoppas att den främsta orsaken är att det positivt skall gynna våra patienter. Men tror att de nya modellerna mer har fötts utifrån en brist eller krissituation. Ingen personal, stor omsättning, rekryteringssvårigheter. Tyvärr känns det ofta som efterhjälpande eller brandsläckningsåtgärder. Istället borde vi, utifrån ett patientperspektiv, agera mer proaktivt.(SLSO)

1. *Poängmodellen infördes p.g.a rekryteringssvårigheter framför allt natt*
2. *Time Care infördes för optimalt nyttjande av befintliga resurser utifrån verksamhetens behov.(DS)*

Intresset att byta arbetstidsmodell kommer i många fall från medarbetarna då man önskar en individuell påverkan av sin arbetstid. Arbetsgivaren har ett intresse av en bättre anpassning av bemanningen till verksamheten.(SÖS)

Motivet att välja FRIDA har varit en förhoppning om att större valfrihet av arbetstider ska ge nöjdare och mer motiverad personal. Flera av chefsjuksköterskorna uppfattar också införandet av FRIDA som ett prioriterat uppdrag från sjukhusledningen. Vad gäller poängmodellen har denna införts för att försöka göra arbete på obekväma tider mera attraktivt. Detta främst mot bakgrund av stora svårigheter att rekrytera nattpersonal (STS).

Ligger i tiden, yngre medarbetare vill kunna påverka arbetstiden och lön. Lönen bör vara kopplad till insats. (STS)

- **Påverkar valet av arbetstider och arbetstidsmodeller medarbetarens ansvarstagande och personliga engagemang för patienterna?**

*Medarbetarnas ansvarstagande och personliga engagemang för patienterna påverkar **inte** valet av arbetstider eller arbetstidsmodeller.(KS)*

Alla projekt , utan undantag, har betonat vikten av att vården ska fungera lika bra eller bättre efter val av ny arbetstidsmodell.(HS)

Ja, jag tror att ju större ansvar och frihet jag upplever att jag har desto större ansvar. (förutsätter att jag verkligen vet vem jag är till för och att målen för verksamheten är tydliga) (SLSO)

Går ej att säga säkert. Viss tendens kan ses att medarbetarnas egna behov sätts före patientens (DS)

Besvaras av första linjechefer.(SÖS)

Vad gäller FRIDA kan flertalet chefsjuksköterskor inte se någon skillnad i ansvarstagande och engagemang för patienterna jämfört med traditionell schemaläggning. Vad gäller poängmodellen så upplever chefsjuksköterskan en positiv påverkan på ansvarstagande och engagemang (se ovan under fråga 1). (STS)

Synliggör behovet av bemanning i förhållande till verksamhet. (NTS)

- **Hur påverkas överlämnandet av patientinformation (ronder/rapporter etc) av olika arbetstidslösningar?**

Med individuella scheman har tiden för rapportering minskat. Patientinformation inhämtas genom s.k. tysta rapporter. Personalen läser ur journalerna i stället för muntlig rapport. Kontinuiteten i tjänstgöringen varierar efter personalens önskemål.(KS)

Rapporter sker friare och mindre tidskrävande vid flexibla arbetstidsförläggning. Rapportområden tenderar till att bli mindre omfattande och medarbetarna mer pålästa om sitt ansvarsområde.(HS)

Visar sig att det fungerar bra trots (kanske) kortare överlappningstider. (de blir kanske mer patient -fokuserade och därmed mer effektiva).(SLSO)

Förlänger ronder och rapporter på grund av bristande kontinuitet (DS)

Besvaras av första linjechefer.(SÖS)

En svårighet är att tillämpningen av FRIDA gör att överlappningstiden minskar och därmed också tiden för överrapportering. Detta går att lösa men ökar kraven på skriftlig dokumentation/överrapportering (STS)

Många enheter har rapporteringstid inlagda i behovet (NTS)

4.1.2. Medarbetareffekter

Slutsats:

- Högre delaktighetskänsla för den egna planeringen.
- Viss påverkan på delaktighet och ansvarstagande på arbetsplatsen
- TEMO-mäter ej så att effekter kan urskiljas.
- Inget pekar på att arbetstidsmodeller eller val av arbetstider påverkar sjukfrånvaron.
- Sjukfrånvaron är lägre på enheter med flexibla förläggning
- En liten grupp medarbetare på poängavdelningar "jagar" poäng på ett negativt sätt.
- Effekter av val av arbetstidslösningar måste kunna mätas
- Uppföljning som sammanbinder val av arbetstidslösningar och sjukfrånvaro måste finnas.
- Friskeffekt finns i att medarbetare samlar ihop tid till "återhämningsperioder"
- 55+:are ska kunna "lätta arbetsbördan" genom lägre sysselsättningsgrad, spara tid till ledighet, mindre tungt kliniskt arbete, andra arbetsuppgifter mm

- **Hur påverkas medarbetarnas upplevelse av delaktighet och ansvar? Har ni jämförelsematerial i TEMO/attitydundersökningar?**

Många känner en större delaktighet i avdelningens bemanning.(KS)

Samtliga lokala utvärderingar (c:a 10st) pekar på en mycket positiv upplevelse av större delaktighet och större vilja till eget ansvar när man kan påverka sin arbetstid bättre (HS)

Svårt att riktigt kunna svara på utifrån en ”vetenskaplig grund” MEN vi kan ändå notera att medarbetarindexet överlag är gott inom SLSO. Kan bero på många olika orsaker men en kan var den stora frihet man har i den egna resultatenheten att där skapa bästa möjliga nytta för patienterna och medarbetarna.(SLSO)

Ingen koppling finns i TEMO-enkäten. Av de utvärderingar vi gjort av arbetstidsmodellerna visar att medarbetarna upplever en större delaktighet p.g.a. att de kan planera sin egen arbetstid i större utsträckning (DS)

I medarbetarenkät är inga frågor ställda så att effekter av arbetstidsmodeller kan urskiljas (SÖS)

En ökad delaktighet finns vad gäller den egna arbetstidsplaneringen. Det varierar sedan mellan enheterna/avdelningarna hur stort ansvar personalgruppen tar för att den totala arbetstidsplaneringen ska fungera (vanligen arbetar en särskilt FRIDA-ansvarig med att få ihop helheten). I övrigt har chefsjuksköterskorna inte upplevt att arbetstidsmodellen som sådan skulle påverka delaktighet och ansvar i arbetet.(STS)

Temo-undersökningen svarar ej på denna fråga. Allas ansvar för bemanning tydliggörs men alla tar inte samma ansvar (NTS)

- **Påverkas hälsa och återhämtning av valet av arbetstider? Kan ni se någon form av koppling till förbättrad/försämrad hälsa vid olika modeller?**

Chefen har ett stort ansvar att bevaka medarbetarnas val av arbetstider. I arbetstidsmodell med ekonomiskt incitament är det lätt för medarbetaren att pressa sig för hårt för möjligheten att höja sin lön (KS)

Risken finns att medarbetare ”jagar” poäng och hamnar i ett mentalt stressläge. Några medarbetare har uppmärksammats på detta men det stora flertalet har lägre aktiv sysselsättningsgrad än tidigare. Överuttag av poäng är större hos sjuksköterskegruppen än hos undersköterskor och två hypoteser är att sjuksköterskor är yngre och har ett annat generationsbeteende och att sjuksköterskegruppen har ett större krav från omgivningen att täcka luckor eftersom de är i en bristsituation. (HS)

Övergripande kan vi se att vi med ett systematiskt rehabiliteringsarbete och en stor andel av ”flexmöjligheter” så skapas förutsättningar för en hälsofrämjande arb.miljö. De allra flesta flexibla arbetstidsmodeller uppvisar en större frisknärvaro.(SLSO)

Både och. Viktigt att chefen uppmärksammar/följer upp medarbetarnas arbetstider. Några framförallt i poängmodellen, lägger ut för koncentrerad/ för mycket arbetstid.(DS)

Tidigare genomförda uppföljningar visar ingen skillnad i sjukfrånvaro (SÖS)

Chefsjuksköterskorna har inte några belägg för direkta samband mellan hälsoläge och arbetstidsmodell. Flera upplever dock att personalen är positiv till valfriheten som finns i FRIDA och tror att det kan ha en inverkan på hälsan. Chefsjuksköterskan inom poängavdelningen tycker sig kunna se en positiv effekt på hälsan av att medarbetarna kan välja att arbeta mindre i perioder.

Överhuvudtaget framhålls valfriheten som en viktig förutsättning för positiva effekter. Chefsjuksköterskan vid avdelningen med obligatorisk blandad dag/nattjänstgöring har erfarenhet av personal som känt sig tvingade att arbeta natt och pga detta mått dåligt.(STS)

Sjukfrånvaron har minskat. Svårt att koppla det enbart till arbetstidsmodellen.(NTS)

- **Finns kopplingar mellan sjukfrånvaro och valet av arbetstider? Kan ni belägga sambanden eller har ni välgrundade antaganden?**

Vi har kunnat se en minskad frånvaro på vissa avdelningar när man har haft möjlighet att välja sina arbetstider (KS)

Sjukfrånvaron ökade på poängavdelningar! Dock kan vi anta att frånvaron var mer korrekt än tidigare pga att den dolda frånvaron försvann med poängmodellen då all tid registreras. Den ökade sjukfrånvaron upplevdes inte som mer utan var nog bara korrekt. För de med individuella scheman anges ofta att stressen över kollisioner mellan fritid och arbetstid minskat, särskilt med tanke på möjligheten att lägga veto i schemat.(HS)

Det är väl att ta i men en kvalificerad gissning tycker jag nog att det har visat sig vara.(SLSO)

Både och. Viktigt att chefen uppmärksammar/följer upp medarbetarnas arbetstider. Några framförallt i poängmodellen, lägger ut för koncentrerad/för mycket arbetstid.(DS)

Någon sådan koppling har inte påvisats. (SÖS)

Chefsjuksköterskorna har inte några belegg för direkta samband mellan sjukfrånvaro och arbetstidsmodell (vad gäller antaganden se svar under fråga 6 ovan). (STS)

- **Hur påverkas privatliv och fritid av olika arbetstidsmodeller? Har ni uppgifter om detta via medarbetarundersökningar och mätningar eller utvärderingar på olika enheter?**

Flera utvärderingar har beskrivit att genom arbetstidsmodellen har det blivit möjligt att kombinera arbete och fritid.(KS)

Samtliga utvärderingar pekar på (med stor marginal) på att de med flexibla lösningar har ett bättre förhållande mellan arbete och fritid. Särskilt gäller detta poängmodellerna där medarbetare kan jobba lägre sysselsättningsgrad men ändå bibehålla heltidsersättningen om man lägger sina arbetstimmar "smart". Detta är särskilt viktigt för de som har skolbarn. (HS)

Nä men ju mer hälsofrämjande min arbetsplats är desto större är möjligheten till ett bra privatliv.!(SLSO)

Positivt för de flesta. Kan finnas risk att några medarbetare (snälla/svaga) tar på sig flertalet "Obekväma" pass, och därmed upplever en minskad frihet att styra sin arbetstid(DS)

Vid uppföljning av arbetstidsmodeller genomförs bland annat en enkät som berörda medarbetare fyller i. Många brukar då nämna den positiva effekt individuell schemaläggning har på privatliv och fritid.(SÖS)

Flera chefsjuksköterskor bedömer valfriheten av arbetstider som positiv för personalens privatliv och fritid. Det går att planera och ta hänsyn till egna privata aktiviteter på ett bättre sätt än vid traditionell schemaläggning. På poängmodellens avdelningen, visar en utvärdering att personalen upplever flexibiliteten och möjlighet att arbeta mindre som positiv för fritiden.(STS)

Medarbetarna uppger att det är positivt att kunna styra sin arbetstid i att arbeta mer eller mindre vissa perioder. Poänglön- ser fördelen i bättre koppling mellan lön och arbetsinsats. (NTS)

- **Vilka arbetstidsfrågor är viktigast för Er att belysa/hantera när det gäller medarbetare 55 år och uppåt?**

Om man skall kunna behålla medarbetare över 55år och uppåt måste man minska kravet på 100 % kliniskt arbete – kanske ge möjlighet till andra arbetsuppgifter.(KS)

En bra aktivitetsplanering kan spara den äldre arbetskraften dvs att de kan kombinera kliniskt arbete med ex administration eller pedagogiska arbetsuppgifter. Detta kräver naturligtvis planering och framförhållning så att detta är möjligt.

Ett alternativ är att man genom poängsättning av arbetstiden möjliggör att spara arbetstid för att kunna sänka arbetstiden när man ex fyllt 55år. Dvs införa en s.k. livstidsarbetstid där man spara under hela yrkeslivet.(HS)

Vi har haft frågan uppe inom framförallt psykiatrin och geriatriken (även primärvården)där man sett en möjlighet att kunna behålla duktig personal fram till pensionsåldern istället för att som nu riskera att inte orka ända fram ! och med större risk för långtidssjukskrivningar och dyra nyrekryteringar. det inte är helt lätt att locka tex unga syrror till våra ganska så oflashiga vårdgrenarna (SLSO)

Möjligheten att erbjuda arbetstidsförkortning och minska den obekväma arbetstiden och skiftarbete (DS)

Det är viktigt för verksamheten att kunna behålla och erbjuda bra arbetsförhållanden för medarbetare i alla ålderskategorier. För medarbetare över 55 år torde en arbetstidsförkortning med bibehållen lön vara mest intressant. (SÖS)

Det har inte förts någon speciell diskussion inom sjukhuset vad gäller arbetstider för äldre arbetstagare. Chefsjuksköterskorna kan inte se någon koppling mellan inställning till arbetstidsmodell och ålder. Den fråga som har diskuterats inom sjukhuset vad gäller ålder är istället varför sjukfrånvaron ökar bland yngre personal. (STS)

Möjligheten att arbeta dagtjänstgöring, måndag till fredag (NTS)

4.1.3. Effekter på ekonomin

Slutsats:

- **Kostnader ökar med poängmodeller, mekanismerna oklara om merkostnader är kostnadsökningar eller omflyttningar av kostnader för ex oplanerad frånvaro och personalomsättning.**
- **Finansieringsfrågan för poängmodeller är inte enhetlig löst och överfinansiering förekommer som leder till kostnadsöverskridanden.**
- **Flexibel arbetstidsförläggning i olika modeller och funktioner minskar personalbehovet, framför allt korttids vikarier.**
- **Går inte klarlägga huruvida ändrade arbetstidsmodeller leder till förbättrad effektivitet/produktivitet. Dessa effekter måste läsas av tillsammans med andra vårdstatistiska uppgifter.**
- **Kostnaderna har planerats till ordinarie budgetnivå plus extrakostnader för övertid men ej inhyrning när man planerat för poängmodeller. Ytterligare effekter har ej kunnat kalkylerats.**
- **Arbetsorganisation bör ses över vid införande av flexibla arbetstidsförläggningar. Så görs inte regelmässigt utan man försöker rymma ordinarie verksamhet under annat tak.**
- **Farhågor för att EG-direktivet om arbetstider ska rasera många modeller, pga att flexibiliteten krymps.**

- **Hur påverkar nya arbetstidsmodeller ekonomin. Medför dessa ökande/minskade personalkostnader för verksamheten? Gäller detta bruttokostnader (nyanställning, reduktion av tjänster) eller nettokostnader (beroende av schema och modell)?**

Anledningen för de flesta avdelningar att välja en ny arbetstidsmodell har varit bemanningssvårigheter. Genom start av ny modell har vakanser kunnat bemannas och personalkostnaderna har ökat inledningsvis (KS)

Om modellen innehåller ekonomiska incitament så kommer kostnaderna att öka inledningsvis när bruttokostnaderna stiger pga förbättrad rekrytering. Dessa kostnader bör därefter sjunka pga att dyrare arbetstid behöver tas i anspråk i minskad omfattning. Det vanligaste felet till för höga kostnader är en för generös finansiering i starten som sedan inte fasas ut.(HS)

Svårt att ha ett helt evidensbaserat svar på detta. Tror dock inte att själva arbetstidsmodellsvalet är en så avgörande faktor för hur ekonomin påverkas. Det ligger nog mer på ledarskapet i stort och på hur man tillsammans på enheten formulerar mål, vilka värderingar man har och på vilket sätt man tar ansvar för sin verksamhet.(SLSO)

TimeCare, rätt använt, påverkar ekonomin positivt. Risken dock stor att den administrativa tiden ökar som då tas från verksamhetstid poängmodellen ökar kostnaden. Därför har vi sagt upp alla poängavtal förutom på en enhet (DS)

Generellt för arbetstidsmodeller är att de ska rymmas inom ramen för avdelningens samtliga bemanningskostnader.(SÖS)

Chefsjuksköterskorna tycker inte att FRIDA har medfört ökade kostnader. Flexiblere planering har minskat behovet av vikarier och därmed också medfört minskade kostnader. Inom poängmodellsavdelningen har minskade överlappningstider och högre ersättning på obekvämtid gjort att personalen kan arbeta mer deltid. Detta gör att man kan hålla sin budgetram trots poängmodellen.(STS)

Nettokostnaden har ökat (NTS)

- **Kan ni se några samband mellan ökad produktivitet / ökad effektivitet vid införandet av nya arbetstidsmodeller/funktioner?**

Ökad produktion och ökad effektivitet har blivit effekten av en rätt bemannad avdelning. (KS)

Ökad produktion om bemanningen hjälper verksamheten att hålla fler platser öppna eller att kunna hantera fler patienter samtidigt. Bättre effektivitet om man kan få färre överskotts personal i exempelvis överlappningstider. Detta har dock varit svårt att genomföra då många medarbetare fortsätter att lägga pass istället för timmar.(HS)

Bättre arbetsmiljö, färre avhopp, (minskad personalomsättning) minskad sjukfrånvaro, Ökad produktivitet? har vi inte mätt specifikt men det borde rendera en ökad produktion. Om övriga variabler förbättras eller? (SLSO)

Förändringsarbete i sig ger alltid initialt en ökad effektivitet. Därför är det svårt att säga om det är införandet av Time-Care och poängmodellen som gett en ökad effektivitet (DS)

En arbetstidsmodell som styrs av verksamhetens bemanningsmål som innebär "rätt" bemanning avseende antal och kompetens torde leda till en ökad effektivitet men några mätningar har inte gjorts (SÖS)

Chefsjuksköterskorna har inga belägg för några samband mellan ökad produktivitet/effektivitet och arbetstidsmodell.(STS)

Vissa fall lättare att bemanna hela dygnet. Använder ej hyrbolag. (NTS)

- **När ni har infört poängmodeller. Hur har dessa finansierats? Har Ni lagt ordinarie personalkostnader i budget? Har ni tillfört kostnader t.ex. övertid (Förväntad sådan), Tim-tid? Inhyrning?**

Poängmodellen har finansierats genom en noggrann kartläggning av behovet av bemanning vid varje timme på dygnet. "Överlappningstider" och överbemanning under veckan har reducerats. Personalen tar på sig ett ansvar att bemanna avdelningen även vid korttidsfrånvaro. I kalkylen har man räknat med ordinarie personalbudget – ej timtid eller inhyringskostnader.(KS)

Initialt lades ALLT in i budgeten för att motivera start av poängmodeller. Modellen var en landstingsintern rekryteringsfaktor. Man kalkylerade med ökade intäkter och att ett bra resultat skulle motivera glädjebudgeten.(HS)

Vi har utgått från ordinarie budget och räknat med färre nyrekryteringar, minskad sjukfrånvaro, färre övertidstimmar, färre timmisar osv. Detta har gjort att poängmodellen vi har är ganska så dyr men medarbetarindex ligger bland de bästa (beror nog mycket på cheferna men ...) men kostnaderna för detta tas nog hem av de övriga förbättringarna.

PS patienterna och deras anhöriga är MYCKET nöjda med vården på ASIH Långbro.(SLSO)

Vid införandet av SÖS-modell(poängmodell) finns en kalkylmall att tillgå. Mallen innehåller kända bemanningskostnader såsom exempelvis månadslön, ob-ersättning timtid och övertid, dock ingår ej kostnader för bemanningsföretag.(SÖS)

I poängmodellen finns samtliga budgeterade personalkostnader såsom ordinarie arbetstid, sjuklön, övertid, utbildning mm.(DS)

Innan poängmodell införs på någon avdelning inom sjukhuset har en ekonomisk analys gjorts. Utgångsläget har varit att ordinarie budget ska täcka kostnaderna för modellen. Detta har inneburit att man fått minska antalet tjänster för att klara av finansieringen. (STS)

Utgången har varit totalpersonalkostnad i budget (NTS)

- **Har ni gjort reduceringar i kostnaderna för Era poängmodeller? Vilken var orsaken? PÅ vilket sätt har ni reducerat kostnaderna?**

Kostnaderna för poängmodellerna har varierat stort och det har varit svårt att prognostisera kostnaderna. Kostnaderna har reducerats genom att styra poängsättningen.(KS)

Kostnaderna för poängmodellerna har endast räknats om för en enhet. Övriga har räknat in rationaliseringar med förhöjd vårdplatsantal på befintlig personalstat (HS)

Vi har justerat poängnivån för att reducera kostnaderna eftersom kostnaderna översteg budget. (DS)

Ersättningsnivån reducerades för åtta avdelningar från och med 040901, då infördes en nivå som är lika för alla. Den möjliggjorde för fler enheter att inom sin egen kostnadsram införa modellen. (SÖS)

Ersättningsnivåerna för den första poängmodell som infördes på försök fick sänkas. Detta då dessa nivåer inte gick att finansiera inom övriga verksamheter och sjukhuset ville ha ett poängmodellsavtal med gemensamma ersättningsnivåer.

Under en period hade 5 avdelningar på sjukhuset poängmodell. I samband med besparingar och omorganisation togs modellen bort på 3 av avdelningarna. Det fanns flera skäl till detta. En orsak var dock att det var svårt att finansiera och sköta poängmodellen efter de neddragningar som gjordes. Sjukhuset har för närvarande en restriktiv inställning till att införa poängmodell. Dels beroende på de svårigheter som finns att få modellen att gå runt ekonomiskt, dels beroende på den skärpning som är på gång av reglerna i arbetstidslagen. (STS)

Nej (NTS)

4.1.4. Effekter på ledarskap och chefskap

Slutsats:

- **Chefen viktig person för att "sälja in" nytt tänk omkring arbetstider**
- **Chefer kopplar oftare medarbetarnas val av arbetstider med prestation och lön.**
- **Cheferna uppfattar att medarbetare tar mer ansvar för planering**
- **Chefer upplever sig mycket avlastade med nya modeller.**
- **Stora önskemål om stöd från chefer**
- **Personalavdelningarna försöker prioritera och stödja projekt trots bristande resurser i förhållande till behoven.**
- **Positiva medarbetare ser chefens roll mer som problemlösare än styrare.**

- **På vilket sätt har chefens arbetsuppgifter och roll för ändrats vid införandet av nya arbetstidsmodeller? Vilka skillnader finns mellan olika modeller? Vilka delar upplevs som mest tidskrävande i de olika modellerna?**

Chefen har ett stort ansvar vid förberedelsearbetet – sälja in arbetstidsmodellens grundtanke hos medarbetarna. Medarbetarna har ansvar för att verksamheten är bemannad. Chefens uppgift är att kontrollera detta, bevaka medarbetarnas val av arbetstidsschema och ha det yttersta ansvaret. Mycket tid utgår till schemaläggning. Uppföljning är också tidskrävande och måste ibland göras manuellt (KS)

Cheferna uppger att större självstyre för medarbetarna har givit dem mer tid att vara chefer och att endast träda in när "olösliga" problem uppstått. Man upplever dock bristande IT-funktioner som mest frustrerande, framför allt har årsarbetstidsackumulatorerna varit källa till stress. (HS)

Tror att tex poängmodellen ses som tidskrävande då Palett kanske inte helt stämmer överens med det mer flexibla sättet att beräkna lön på. (SLSO)

*TimeCare har inneburit att cheferna blivit mer inblandad i medarbetarnas privatliv (förklaringar till varför man ej kan arbeta vissa pass)
Mer tid ägnas åt att förklara och diskutera kring arbetstid och verksamhetens behov
Mer administrativ tid går åt till hantering av TimeCare (DS)*

Medarbetarna tar större ansvar vid planering av sin arbetstid i individuella scheman. Enheter med SÖS-modell tar ytterligare ansvar då den även omfattar korttidsbemanning. Frånvaro som t ex semester och utbildning planeras redan vid schemaläggning.

Det mest tidskrävande momentet i individuell schemaläggning är justering av schema. Initialt tar dessa arbetstidsmodeller mer tid i anspråk jämfört med andra modeller, efter ca ett år minskar detta. (SÖS)

Vid införandet av FRIDA är det mycket arbete för chefen. Annars upplever flertalet chefsjuksköterskor ingen extra belastning. Detta då man har utsett sk. FRIDA-ansvarig bland personalen. Denna person ser till att mycket av den praktiska planeringen fungerar. Utan dessa personer skulle chefens tid till största delen handla om att sköta arbetstidsmodellen. En chefsjuksköterska är dock bekymrad över att personalens FRIDA-planering tar för mycket tid från patientarbetet, medan en annan har sagt upp modellen pga just detta. Övriga har inte denna erfarenhet, men konstaterar att det krävs en lång inkörningsperiod för att få FRIDA att fungera optimalt. (STS)

Personalens ansvar för bemanning har inneburit färre inringningar av timvikarier. Ledighetsansökningar sker i systemet. (NTS)

- **Vilket stöd har cheferna haft i processen att införa ny arbetstidsmodell**

Cheferna behöver hjälp av systemförvaltare, personalenheten och ekonomienheten. (KS)

Sjukhuset kraftsamlade på att biträda med förhandlingsstöd, personalsystemsupport samt att sjukhuset rekryterade en Responseexpert från Enator för att arbeta med våra breddinföranden. (HS)

Vi har försökt sprida goda exempel, man har tagit hjälp av sitt lokala personalstöd, medarbetarna, facket. (SLSO)

Projektorganisation vid införandet och därefter kontinuerligt stöd i form av verktyg för uppföljning av kostnader i poängmodellen.

Stöd till cheferna med att utnyttja TimeCare som ett verktyg att optimalt nyttja befintliga resurser (DS)

Personalavdelningen finns behjälplig under hela processen och riktlinjer finns utarbetade till stöd för chefer (och medarbetare). (SÖS)

Av intervjuade chefsjuksköterskor har hälften medverkat vid införandet (övriga tillträdde först när modellen redan var i drift). Dessa saknade stöd när förberedelser gjordes och tyckte att man själv fick söka information. När själva införandet kom igång fanns bra praktiskt stöd från specialist inom P&U. Chefsjuksköterskan på avd.10 har liknande erfarenheter. (STS)

Personalavdelningen har support vid införandet av system och vid beräkning av konsekvenser, ekonomiskt och vid förhandlingar. (NTS)

4.1.5. Administrativa stödsystem och uppföljningsmodeller

Slutsats:

- Förutom tidigare Karolinska Sjukhuset och numera Karolinska Universitetssjukhuset så förekommer ingen strukturerad bemanningsanalys. Bemanningmål sätts utifrån olika former av uppskattningar samt med tidigare erfarenheter som grund. Viss analys av arbetsordning och arbetsuppgifter görs dock vid byte av arbetstidsmodeller. Den vanligaste modellen av bemanningmål som sätts är antal pass per fm/em etc.
- Detta är den uppföljningsdel som upplevs som mest angelägen men samtidigt som minst uppbyggd inom landstinget.
- Chefssjuksköterskor anser detta vara den del de behöver stöd och hjälp med för att kunna styra bemanningsarbetet på ett rätt och övergripande sätt.
- De flesta upplever uppföljningssystemet som otillräckligt
- Bör finnas färdiga funktioner och rapporter att ta ut över de vanligaste och viktigaste redovisningarna som kopplar arbetstid och ekonomi men även sjuk/hälso-tal.
- Mycket manuellt arbete trots datasystem upplevs mycket störande.
- Både närvarostatistik och frånvarostatistik måste kunna följas.
- Arbetsgivare anser sig ha bra fackliga relationer men vill ha mer samsyn på det praktiska än avtalsställningstaganden
- Framtagningstiderna variera kraftigt och modellen för att arbeta fram modeller varierar starkt. Många tendenser till att ”det är bråttom” präglar projekten.
- Nyckeltal måste arbetas fram.
- Balanserad Verksamhetsstyrning måste ta fram styrtalet för att uppnå mål ex kostnadsmål.

- **Har ni idag en tillräcklig uppföljningskapacitet (system, personal, kompetens) vad gäller de olika arbetstidsmodellerna och funktionerna?**

Systemet kräver manuellt arbete för att få den uppföljning som är önskvärd. Kompetens finns men inte i tillräcklig omfattning.(KS)

Svar ja, men den kommer inte att finnas efter fusionen. Vi har deltagit i utvecklingen av Respons men även själva utvecklat detta verktyg utifrån våra specifika behov. Vi är starkt oroliga över att våra poängmodeller ska gå i stöpet pga att vi inte kan följa upp, rätta till och lägga ny väg såsom vi är vana. Vi känner att Palett är otillräckligt och att det kräver mycket utveckling.(HS)

NEJ, har just hållits med bokslutet, vi har ibland svårt att följa upp det som efterfrågas centralt (antal befattningar, vakanser och annat)!!

Jag menar mitt nej Vi har för få specialister i olika arb.tidsmodeller. Sen har vi palett som FAKTISKT inte alltid är ett stödjande pers.adm system. Inte bara en okunnig p-chefs åsikt vill jag poängtera!!! (SLSO)

Ja, via Respons (DS)

Nej, Palett stödjer inte uppföljning av arbetade timmar och poäng i önskad omfattning. En hel del manuell hantering krävs, vilket det inte finns tillräckliga resurser för. (SÖS)

Det finns central kompetens om själva IT-stödet för arbetstidsmodeller. Däremot saknas specialistkunskap om arbetstidsplanering och själva funktionen av olika arbetstidsmodeller.

Den resurs som fanns på sjukhuset för detta drogs in i samband med besparingar. Det sistnämnda medför också att uppföljningen på sjukhusnivå blivit mer sporadisk i dessa frågor.(STS)

Uppföljning via systemen för ekonomi- bemanningseffekter har varit svårt att få.(NTS)

- **Vilka uppgifter (nyckeltal, styrtaal) är önskvärda att följa upp? Vilka av dessa kan ni inte klara idag?**

Närvaro- och frånvarotid kan man inte följa upp på ett bra sätt.(KS)

Viktigaste nyckeltal är ; arbetad tid uttryckt i både timmar och kronor, andelen närvarotid i produktion eller i annan verksamhet. Alla sorters frånvaro. Alla sorters skuldberg som påverkas av arbetstidslösningar.(HS)

Kostar arbetstidsmodellerna på det stora hela mer än våra övriga ”normala” personalkostnader. Vad är Hönan och vad är ägget? (SLSO)

Vad gäller poängmodellen så kan vi följa upp både närvaro och frånvaro i timmar och pengar. Vi kan också följa upp timmar i poängmodellen som är att betrakta som ”extratid”. Dessa är några av våra nyckeltal. (DS)

Det går inte att enkelt följa upp avvikelser från bemanningsmål, planering och utfall. Det går inte följa upp poängvärdering för olika ersättningsnivåer. Det finns ingen enkel rapport för chefer och arbetstagare på arbetade timmar, extrapoäng, inarbetade ackumulerade poäng, sparade poäng och avvikelser från heltidsmätt (ev övertid). (SÖS)

Oavsett arbetstidsmodell är det viktigt att sätta upp bemanningsmål för olika tidpunkter och också att följa upp dessa. Detta varierar inom sjukhuset och skulle behöva ses över. En strävan är att hitta mått på vårdtyngd som skulle gå att koppla ihop med bemanningsmålen. Detta är en fråga där vi efterlyser ett landstingsgemensamt arbete (gemensamma mätinstrument och nyckeltal skulle t ex ge möjlighet till benchmarking och en bättre uppföljning). (STS)

Vi kan inte följa upp en ekonomisk analys eller bemanningsanalys kopplat till behovet.(NTS)

- **Vid införandet av arbetstidsmodeller så vill man gärna kunna utvärdera efter en viss tid. Fastställs sådana uppföljningsfaktorer vid ingången i modellen? Vilka är de faktorer som följs upp och hur?**

Införandet av en ny arbetstidsmodell påbörjas med en försöksperiod på cirka 6 månader. Efter denna tid skall man följa upp produktion, personalomsättning, ekonomi och individenkäter. Samma parametrar skall sedan följas upp inför budgetarbetet varje år (KS)

Införandet av nya arbetstidsmodeller är oerhört beroende av om det finns intresserade och kunniga projektledare. I de större projekten har vissa enstaka uppföljningsfaktorer tagits fram. De flesta av dessa uppföljningsfaktorer är systemfaktorer och utvecklingen av denna uppföljning har nästan uteslutande skett på PA-system. Detta är en brist då de inte ”verklighetsförankras”. (HS)

Ja de senaste åren har detta krav blivit allt vanligare.

Uppföljningsfaktorer: Sjukfrånvaron, personalomsättningen, övertiden, timanställningar patient – och medarbetar nöjdhet är det jag kommer på så här just nu.(SLSO)

Ja, de faktorer som följdes upp var medarbetarnas ”nöjdhet” samt kostnader för modellen jämfört med OB (DS)

Ja, följande följs upp: kostnader, sjukfrånvaro, personalomsättning samt bemanningsmål (planerade och utfall). En enkät ska även fyllas i av medarbetare som ingått i modeller. (SÖS)

Arbetsgivare och fack har varit överens om att utvärdera personalens upplevelse av modellen (arbetsmiljön) och ekonomiskt utfall. Detta har vanligen gjorts i form av skriftlig enkät till personalen samt med hjälp av sjukhusets controllers för att se över ekonomin. (STS)

Följer personalkostnader 1 gång per månad och arbetad tid följs upp. (NTS)

- **Hur lång tid tar det att införa en arbetstidsmodell hos Er idag? Hur långt förarbete?**

Kartläggningen av arbetstiderna, ekonomiska kalkyler och förankringen hos personalen brukar ta cirka 6 månader. (KS)

Som längst har det tagit 9 månader inklusive avtalsförhandlingar, normalt ett par, tre månader. Stressen att få fram rekryteringsfrämjande modeller och lösningar har oftast tagit överhanden (HS)

Olika tider beroende på modell. Införandet av TimeCare på hela sjukhuset tog ca ett år inklusive förarbete.

Införandet av poängmodellen på tre avdelningar tog också ca ett år. Tidskrävande förhandlingar med de fackliga organisationerna (DS)

Rådet från personalavdelningen till chef och medarbetare är att det tar minst ett år från idé till genomförande. (SÖS)

Vid införande av FRIDA eller poängmodell tar detta oftast 2-6 månader. Den långa perioden beror främst på att det krävs tid för att informera, diskutera och förankra arbetstidsmodellen i personalgruppen. (STS)

Förberedelsearbetet med utformning- facklig förhandling, ekonomiska konsekvenser tar minst 6 månader. (NTS)

- **Hur är relationen till de olika fackliga organisationerna vid införandet av olika arbetstidsmodeller och avtalsförhandlingar om dessa? Särskilda stötestenar/problem?**

Tillsammans med fackliga representanter har sjukhuset tecknat ett ramavtal. Vissa svårigheter förekom gällande heltidsmått. (KS)

Facken har haft proaktivt tänkande i utveckling av modeller men fokuserat mycket på ersättningsincitament. (HS)

Relationerna har varit god, men stötestenar har varit ersättningsnivåer samt beräkning av semester (DS)

Relationerna är goda. På grund av frågans komplexitet krävs goda kunskaper hos båda parter. (SÖS)

Relationerna till fackliga organisationer vid införandet av olika modeller har varit goda. Detta då systemet bygger på att personalen själva vill ha arbetstidsmodellen dvs det är en frivillig lösning. Undantag har varit när sjukhuset under 2004 införde kombinerade dag-/nattanställningar inom ett antal avdelningar. Detta sågs mycket negativt av berörda fack (Vårdförbundet och Kommunal). Facken ansåg att arbetsgivaren tvingade på personalen en lösning som flertalet inte ville ha. (STS)

4.1.6. Synpunkter från 1:a linjens chefer

Några chefsjuksköterskor har intervjuats skriftligt och/eller muntligt för att ge en kompletterande bild av perspektivfrågornas svar. Inga slutsatser dragna då dessa slutsatser återges under p4.1.4. Har markerat meningar och ord med fet stil där cheferna har betonat vikten av det de framför.

Effekter på verksamheten

- Drivkraften till att vi ville ha en ny arbetstidsmodell var att det var **svårt att bemanna nätterna samt storhelgerna**. Obekvämt arbetstid ersattes ej så bra som den kunde. Med poängmodellen får de som jobbar obekväma arbetstider verkligen ersättning för att de jobbar just obekväma tider och detta ville vi poängtera. (**cssk STS**)
- Vi hade inget folk, vi **hoppades att vi skulle rekrytera** natt-ssk och att dm som fanns här skulle stanna. (**cssk HS**)
- Sekundärt sett påverkar poängmodellen medarbetarnas ansvarstagande och engagemang för patienterna. Detta genom att personalen jobbar något mindre veckoarbetstid, man orkar då mera och engagemanget för patienterna blir bättre. Eftersom personalen jobbar något mindre kan ordinarie personal orka jobba extra ex. vid sjukdom och man behöver då ej ta in vikarier. **Detta leder till att kontinuiteten och kvaliteten i patientvården ökar.** (**Cssk STS**)
- **Mina underställda har patienternas bästa för ögonen** hela tiden, något annat accepteras inte! (**cssk KS**)
- Bytet till poängmodellen gör **ingen skillnad** vid överlämnandet av patientinformation. Fridaschemaläggningen som vi hade tidigare fungerar likadant som poängmodellen vad gäller schemaläggning och hur man vill jobba. (**Cssk STS**)
- **Det är arbetsorganisationen som avgör hur vi ska rapportera.** Sedan vi införde blå och grön sida så har rapporterna blivit färre och tiden kortare men dom läser mer om patienterna och frågar varandra (**cssk HS**)

Medarbetareffekter

- Medarbetarnas upplevelse av delaktighet och ansvar är också likadant vad gäller poängmodellen eller Frida. Medarbetarna är i högsta grad delaktiga och **måste ta eget ansvar** vid schemaläggningen. (**cssk STS**)
- Mina ssk och usk är positivare sen vi införde poängmodellen. Både pga lönen och kortare arbetstid (**cssk HS**)
- Det ligger i medarbetarnas eget intresse att ta ansvar eftersom dåliga lösningar slår tillbaka på dom själva (**cssk KS**)
- Många jobbar faktiskt kortare än heltid, man verkar känna sig tryggare med att man uppnår samma lön på kortare tid. (**cssk HS**)
- Med poängmodellen kan man som tidigare skrivits jobba något mindre tid om man själv önskar, vilket ofta leder till att man orkar mera och vi tycker vi kan se en förbättrad hälsa. Man kan själv välja hur mycket man orkar och vill jobba just en period (inom vissa ramar), vilket leder till att man är friskare och mår bättre. (**cssk STS**)
- Det som vi kan se är att sjukfrånvaron har minskat något på senaste tiden. Vi kan däremot inte säga om poängmodellen bidrar till detta eller ej. (**cssk STS**)

- Jag tror att sjukfrånvaron ökat men **det beror inte på arbetstiderna utan på att dom som arbetar i vården blir äldre**, dom som är sjuka har oftare cancer nu än tidigare! (cssk HS)
- Med poängmodellen kan man som sagt jobba något mindre veckoarbetstid (om det fungerar för verksamheten), har frihet att lägga sitt schema enligt eget önskemål och man behöver inte jobba igen bytta arbetspass om behovet ej finns. Detta leder till större flexibilitet, mera fritid och allmänt större frihet. Detta har kommit fram i en utvärderingsenkät om poängmodellen på avd. 10. (cssk STS)
- Fördelen med poängmodellen för medarbetare över 55 år är att de inte är tvungna att jobba sin heltid till fullo. Man kan bestämma mera över sin arbetstid vilket förhoppningsvis leder till att man orkar jobba längre och mår bättre. (cssk STS)

Effekter avseende ekonomin:

- Hittills håller vi ekonomin och budgetramen. Överlappningstiderna har minskat och där sparas in. Alla jobbar inte heller sin fulla heltid (veckoarbetstid) och där kan även sparas. (cssk STS)

Ledarskapet:

- Chefens arbetsuppgifter har ändrats så tillvida att det nu är lättare att få in personal vid ex. sjukfrånvaro. **Personalen jobbar mindre och orkar därför jobba extra ibland**. Om man jämför poängmodellen med frida så har arbetsuppgifterna lättats i och med poängmodellen med att man nu inte behöver lägga in och kontrollera komp- och flexsaldo, för detta finns ej i poängmodellen. (cssk STS)
- Som stöd i införandet av poängmodellen fanns en person från personalavdelningen som var ansvarig för poängmodellen. (cssk STS)
- Det kunde ha funnits en mera kunnig person som stöd i början när vi införde poängmodellen. Det var många gånger svårt att få svar på sina frågor och funderingar. (cssk STS)

Administrativa stödsystem och uppföljning:

- Vid införandet av poängmodellen fastställdes två faktorer som man skulle följa upp. Dessa är den ekonomiska faktorn samt även **personalens nöjdhetsfaktor**. Den ekonomiska faktorn följs upp var tredje månad. Personalens nöjdhet har följts upp med två enkäter, en enkät efter varje provotid. (cssk STS)
- Förarbetet vid införandet av poängmodellen tog ca. ett halvt år. Provotiden när vi första gången införde poängmodellen sattes till ett år. (cssk STS)

4.1.7. Synpunkter från de fackliga organisationerna

Några fackliga företrädare på central nivå i landstinget har intervjuats muntligt för att ge en kompletterande bild av perspektivfrågornas svar. Återger här de muntliga utsagorna. Inga slutsatser dragna då dessa slutsatser bör ägas av de fackliga organisationerna.

Har markerat meningar och ord med fet stil där de fackliga organisationerna har betonat vikten av det de framför. Frågorna har ställts till Vårdförbundets och Kommunals ledande företrädare.

Vårdförbundet.

Att skapa någon form av rättvisa med generella arbetstidsmodeller är inte rättvist. **Verksamheterna är olika.** Rättvisa är att låta olika verksamheter vara olika.

Vi anser **inte** att det ska föras **centrala diskussioner** om vilka modeller vi ska ha eller ej utan detta **måste ske ute på förvaltningarna.**

Vi är positiva till arbetstidsförkortning och **55+ bör prioriteras.** Men man bör särskilt tänka på deltidare så att man anpassar arbetsorganisationen samtidigt och **inte tvingar medarbetarna jobba sina gamla 100% på en ny 80% tjänstgöring.**

Kortare nattid bör prioriteras så att fler orkar jobba natt. Blandad tjänstgöring är något som organisationen accepterar även om vi anser att man måste beakta hälsoaspekter vid oregelbunden tjänstgöring.

Indexerad arbetstid har upplevts positivt och att utgå från 40/40 är tänkbart om man beaktar helgeffekterna.

Timbankar upplevs med viss tveksamhet.

Bemanningsmål måste definieras bättre. För att en arbetstidsmodell ska fungera så är det viktigt att man **planerar för rätt kompetens**, dvs både mellan ssk och usk men även inom ssk-gruppen (framför allt fördelningen VUB / icke VUB)

Upplever tekniken (Palett) som ett hinder men de flesta skyller på de olika arbetstidsmodellerna.

Kommunal

Varje arbetsplats ska forma sin egen modell utifrån hur verksamheten ser ut och vilket behov den har. Man kan inte jämställa verksamheterna med varandra, det diffar överallt!

Verksamhetens behov ska utvärderas för varje timme.

Vi bör **inte ha landstingsövergripande** avtal.

Inga arbetstidsmodeller ska införas utan ett komplett datorstöd Det är det som sänker de flesta försök.

Tveksamhet till timbankar, lite för okänt.

Individuell schemaläggning och flex är en självklarhet, den borde finnas till alla.

Projektet måste vara proffsigare, det får inte vara klart i förväg så att medarbetarna blir gisslan i projektet.

Chefssjuksköterskan måste ha stöd i bemanningsarbetet så att hon kan ägna sin tid åt annat. Ex hur medarbetarna mår.

Sammanfattning och förtydliganden av förvaltningarnas och bolagens svar.

4.2. Karolinska Universitetssjukhuset

Erfarenheterna på Karolinska Universitetssjukhuset är summan av erfarenheterna från Karolinska Sjukhuset (KS) respektive Huddinge Universitetssjukhus AB (HS). Dessa sårredovisas dock under respektive tidigare sjukhus för att få en bättre erfarenhetsbeskrivning.

Karolinskas nuläge karaktäriseras av infasning i gemensamma synsätt, neutralisering av belopps- och förmånsfloran mellan KS och HS.

Två markerade åtgärder har vidtagits inom ämnesområdet och den ena är att samtliga poängmodeller har fått ett gemensamt besparingsbeting genom att samtliga poängmodellens enheter fått ett maximalt tak för extrapoäng under veckan.

Den andra åtgärden är att Karolinska startat ett sjukhusövergripande projekt för att kartlägga, utvärdera och utveckla arbetstidslösningar detta under arbetsnamnet Framtidens arbetstid.

4.2.1 Karolinska Sjukhuset

Antalet poängmodellens enheter har minskat med 25% men andelen som använder individuella scheman har ökat. Troligen ligger avvecklade poängmodeller i att antalet individuella scheman har ökat, eftersom individuella scheman ingår som en del i poängmodellernas byggnad.

Antalet flexitidsanvändare har dock ökat markant. Proportionerlig arbetstid används företrädesvis inom lab/service

KS har använt poängmodeller som baserats på poäng= ekonomisk ersättning till övervägande delen.

Som enda verksamhet så har KS skapat en poängmodell för läkare på akutmottagningen för att skapa större flexibilitet vid förläggning av pass. Denna pågår fortfarande.

På Kvinnokliniken har ett numera nedlagt försök med 3:3 gjorts bland läkarsekreterare.

Tidsvärdering har prövats på Strålbehandlingsenheten.

4.2.2. Huddinge Universitetssjukhus AB

HS användning av olika arbetstidsmodeller har varit turbulent. En orsak var bolagiseringen då alla avtal sågs över 2000-2001.

Poängmodellerna användes på 5 enheter vid bolagsövergången och ökade därefter till 16 enheter som mest. Efter utredningen om poängmodeller avvecklades ett antal (8st) enheter och några nya tillkom. Orsaken till detta var att de inte uppfyllde de syften som var orsaken till starten och att de kom att bli s.k. dolda lönehöjningar istället.

Poängmodellerna på HS har företrädesvis varit av poäng= ekonomisk ersättning men poäng i kombination med OB (syftet var att öka frivillig kvällstjänstgöring) har också förekommit och finns nu endast kvar på en enhet.

Individuella scheman har en lång tradition och startade i början på 90-talet på kirurgkliniken. Detta var dock en modell som planerade pass istället för timmar som de senare modellerna. De olika modellerna har dock levt parallellt med varandra under lång tid!

Individuell schemaläggning har varit mindre intressant att införa än flexitid och förhållandet mellan individuell och traditionell schemaläggning har varit 50-50.

Dock har en stor mängd enheter och medarbetare anammat individuell schemaläggning när Time Care började införas 2001

Vid dags dato så håller FRIDA på att breddinföras och den sista Time Care enheten avvecklas.

Regelrätt timbank prövades vid en enhet. Etta var den grundidé som kom från Skåne, (Lund och Malmö), där man med stor framgång provat olika flexibilitetsinstrument i form av timbank. Denna modell fungerade på sådant sätt att medarbetare kunde gå hem/skickas hem om bemanningen var för hög. Man kunde därefter kallas in till tjänstgöring. För denna "påtvungade flexibilitet" ersattes medarbetarna med förkortad arbetstid och ekonomiskt påslag vid tjänstgöring på "återbetalningstid". Modellen lades ner pga bristande IT-stöd och att syftet inte uppnåddes på önskat sätt.

S.k. kontinuerlig treskift infördes på infektionskliniken såsom en möjlighet att kunna bemanna natten med sjuksköterskor. Någon acceptans för frivillig blandad tjänstgöring fanns ej.

Beredskap har inte varit särskilt attraktivt att införa och nödvändigt har varit att ha den inom transplantationskirurgin, operation och dialys.

Flexitid har anammats av över 50% av sjukhusets anställda

På grund av kostnadsutvecklingen under 2001 kom HS att noggrant studera mekanismerna bakom kostnadsutvecklingen i poängmodellssystemet. Detta skedde i 2 utredningar FAS1 resp FAS2 Poängmodellsvärdering.

Poängmodellerna

De slutsatser som HS kom fram till bekräftades av andra utvärderingar inom landstinget och även av andra användare nationellt.

Utvärderingen gav följande;

Poängmodellernas merkostnader har varit oacceptabelt stora vilket till största del beror på två orsaker;

1. **icke hemtagna** rationaliseringseffekter.
2. de merkostnader som lades in i kalkylerna vid starten ex övertid, inhyring mm borde ha **hämtats hem** när bemanningsläget har uppfyllts.
3. **timkostnadens beräkning** har grundats på att alla timmar inom ramen för PM måste betalas bättre. Detta har gett effekten att om man inte ändrar sitt beteende (planering och bemanning) så tjänar man bättre ändå. Detta har skett på bekostnad av villigheten att anpassa sig på kort sikt dvs kort förvarning. I den första PM i Umeå så inträffade detta vilket gav en 10% -ig kostnadsökning.

De reella merkostnaderna sedan starten har på samtliga avdelningar/kostnadsställen varit väsentligt mycket högre. Detta beror på framför allt tre orsaker;

1. **Verksamheten har utökats markant** ex AVA (Akutvårdsavdelningen)
2. **Inhyringskostnaderna** 1998-2003 har varit mycket höga pga stora bemanningsbrister
3. **Tjänster har tillsatts** vilka tidigare har varit vakanta (bruttokostnadsökningar)

En hel del merkostnader finns även i poängens konstruktion. Man har ex gett extra betalt på pass som tidigare inte har varit svärbemannade ex kvällar mellan 17-22. Här ligger merparten av poängkostnaden. Även nattpassen har poängsatts högt. Dessa pass

brukar också täckas OM man har personal. Det svåra är snarare att rekrytera TILL nattanställningar.

Vid en lön om 20000 kr per månad så blir poänglönekostnaden 121 KR, OB som i den traditionella modellen var värt c:a 1500:- gav tillsammans en poänglönekostnad på 130 KR. Huddinges modeller har en merkostnad som ligger på ungefär +9% till +24% (Starkt beroende på hur modellen konstruerats från början).

Avtalens karaktär har ändrats ganska drastiskt då man har frångått syftet med PM, dvs att genom incitament belöna flexibilitet vid bemanningsplanering och bemanningsanpassning. Flera avtal översätter i princip ABs värden och tillämpning till PM

Avtal har varit alltför omfattande och en hel rad frågor har avtalsreglerats vilka inte borde ha reglerats. En rad tolkningstvister har uppkommit och detta har gällt övertid och mertidsberäkning i poängmodellerna. Hur man hanterar tid som faller ”utanför” arbetstiden. mm

Jämfört med erfarenheterna från Thorax Umeå och Södersjukhuset så ligger HS i jämförbar nivå.

A-divisionen Akutmottagningen Poängmodellen var den första på Huddinge Sjukhus och hade sitt ursprung i Thoraxkliniken Umeå och Thorax KS. Infördes på Akutmottagningen 1999-05-01. Avtalet var då på försök och permanentades år 2001-02. Orsaken till att man ville pröva PM var flera; Dels högt vakansläge- särskilt på natten, hög personalomsättning och höga kostnader för oplanerad verksamhet.

Akutmottagningen har genomfört 3 medarbetareenkäter med ett års mellanrum. Dessa har genomförts med > 70 % svarsfrekvens vilket gör enkäterna statistiskt säkerställda. Generellt har enkäterna gett resultatet att medarbetarna har fått en mycket bättre balans mellan arbetstid och fritid. Möjligheten att påverka lönen är också mycket bättre. Vad gäller dimensioneringen i förhållande till belastningen så uppfattas den som lite bättre. Majoriteten vill ha korta schemabegränsningsperioder. Endast någon enstaka medarbetare tyckte att det var bättre förr.

Chefernas erfarenheter säger att det har blivit lättare att rekrytera men omsättningen fortsätter att vara hög. De säger dock att de har svårt att överblicka kostnadsläget och utfallet av poängmodellens olika poängvarianter.

4.2 Danderyds Sjukhus AB

Poängmodeller har tagits bort på DS och finns nu kvar på endast en IVA -avdelning. Individuell schemaläggning i FRIDA/Time Care har dock ökat markant. Flexitidsanvändare har ökat med 25%. Blandad tjänstgöring har ökat och numera använder 16 enheter denna möjlighet. Beredskap och jour har försvunnit för icke-läkare. Anmärkningsvärt är att andelen användare av traditionella scheman har ökat

4.3 Södersjukhuset AB

I skriften *Möte med Söders sjukhus* har SÖS som enda bolag/förvaltning tagit upp arbetet med arbetstider;

- ”utveckling av möjligheterna till flexibilitet i arbetstidsförläggningen.”

Detta står i något som liknar en personalidé. ”Södersjukhusets medarbetare - vår viktigaste resurs.”

Siffrorna talar sitt tydliga språk. SÖS har **markerat och tydligt** arbetat med de grundförutsättningar som finns för de olika arbetstidsmodeller och funktioner istället för att falla i fällan att skapa nya varianter och vidareutveckla utan att pröva. Individuella scheman har ökat med 200% under mätperioden. Traditionella scheman har minskat med 92%! Flexitid har ökat med 200%. Man prövat variant av tretremodellen. Antalet poängmodellsenheter har fördubblats

På ett bra sätt så har man arbetat mot sina uppsatta mål och lyckats.

SÖS utvärderade sina Poängmodeller med stöd av revisionsbyrå KPMG AB

Vid SÖS har en utvärdering gjorts som konstaterar att de erfarenheter som man drog i Umeå i princip stämmer även på SÖS. Ett resultat blev att man tvingades justera poängen. De viktigaste observationerna var dock;

- Personalomsättningen minskar inte även om lättheten att rekrytera har ökat.
- Cheferna måste stärkas, krävs mod att bemanningsplanera
- Arbetspassen bör byggas med mindre bitar
- Samtidig flexitidsanvändning rekommenderas
- Rutiner måste ses över så att inte "historia" styr bemanning till dyra pass
- Flexiblare bemanning oavsett kompetens önskvärt, särskilt vid ssk-brist.
- 85% av medarbetarna nöjda/mkt nöjda
- 85% anser att de fått höjd/mkt höjd livskvalité
- 2% tycker det var bättre förr!

Resultatet överensstämmer med såväl HS, KS liksom övriga tillämpare av PM.

4.4 Södertälje sjukhus AB

Det har funnits totalt 5 poängmodeller som sagts upp och kvar finns numera 2 enheter. De flesta enheter har individuell schemaläggning enligt FRIDA Sammanställningen omfattar endast enheter inom Södertälje sjukhus. De primärvårdenheter som fr o m början av sommaren tillkommit ingår inte. Södertälje kommenterar sin statistik på följande sätt;

1. Poängmodeller

Alla inom dessa två enheter har inte poängmodell, den personal/yrkesgrupp som valt att stå utanför tillämpar istället Frida kombinerat med flexitid (dessa har räknats in nedan under punkt 2 och punkt 4).

2. IS+TimeCare/Frida saldon

I Frida ingår arbetstidsförkortning vid blandad tjänstgöring dag/natt. Av de 14 enheterna har 11 även flexitid (dessa är också inräknade under punkt 4 nedan). Inom 5 av de 14 enheterna har personal också anställningsbevis med skyldighet att vid behov tjänstgöra dag/natt (dessa är, förutom under punkt 4, också inräknade under punkt 5 nedan)

3. Traditionell schemaläggning

Här har vi räknat alla enheter och medarbetare som inte tillämpar Frida eller poängmodell

4. Flexitid

63 enheter har flexitid. Av dessa har 13 enheter också detta i kombination med Frida eller poängmodell (dessa är inräknade under punkt 1 och punkt 2).

5. Blandad tjänstgöring

Inom 7 enheter har personalen anställningsbevis med skyldighet att vid behov tjänstgöra dag/natt. Inom samtliga tillämpas flexitid (dessa också inräknade under punkt 4) och inom 5 av dessa enheter används FRIDA för själva planeringen av arbetstiden (förutom under punkt 4 är dessa också inräknade under punkt 2).

6. Proportionerligt schema

Båda enheterna med proportionerligt schema tillämpar även jourtjänstgöring. Är därför också redovisade under rubriken jour på excel-sammanställningen.

Samtliga chefsjuksköterskor framhåller att individuella arbetstidsmodeller numer är en förutsättning för att kunna rekrytera och behålla personal. Detta då arbetssökande och redan anställda är positiva till sådana modeller (så länge de bygger på frivillighet) och alla arbetsgivare inom SLL erbjuder detta. Flexibiliteten i personalplaneringen minskar också behovet av vikarier, samt bryter upp gamla revir och gränser mellan arbetslag.

Det som flera upplever negativt är en större tidsåtgång för personalens arbetstidsplanering än vid traditionell schemaläggning. Byte mellan olika arbetstider och arbetslag kan också leda till sämre kontinuitet.

Flexibiliteten i FRIDA innebär främst innebär att man arbetar och byter arbetspass på dag- och kvällstid. Detta då nattpersonalen oftast står utanför modellen. I vanliga fall är det endast 2-3 personer (av totalt ca 20-40 medarbetare) som faktiskt blandar dag-/nattjänstgöring i FRIDA. Detta trots att sjukhuset ger tidsmässig kompensation till denna personal (lägre arbetstidsvillkor för heltid vid blandad dag-/nattjänstgöring)

En av avdelningarna har i samband med besparingar infört blandade dag-/nattjänster för samtliga sjuksköterskor och undersköterskor. Här är FRIDA ett planeringsinstrument men tjänstgöring på dag-/natt är obligatorisk och kan inte väljas bort.

4.5 Norrtälje sjukhus AB

Läget är tämligen stationärt och merparten av sjukhusets medarbetare har individuell schemaläggning (samtliga vårdavdelningar) dock har endast 49 flextid. Sjukhuset var snabba med att införa individuella scheman.

En jourhavande sjuksköterska finns på Röntgen. NTS uppger även att treskift/rotation tillämpas på operation/anestesi.

4.6 SLSO

Svårt lämna historiska fakta pga alla omorganisationer. Nulägesanalysen pekar dock på att SLSO har lyckats mycket bra med både förläggning av individuella scheman enligt Frida och flextid. Mellan 80-95% omfattas av dessa båda flexibla möjligheter!!

När det gäller 3:3 och varianter av detta så har dessa prövats på Handens sjukhus, inom psykiatri väst samt ytterligare psykiatrisk verksamhet. Eftersom det varit en variant så finns det inga direkta samband med de erfarenheter som dragits ut i landet om tre-tre. Dock har kostnadsläget varit ogynnsamt så modellerna måste ses över.

Poängmodellen finns vid ASIH Långbro Park och har fungerat i enlighet med intentioner och syften men även här är kostnadsläget ogynnsamt.

4.7 AISAB

Generellt är perspektivfrågorna svåra att svara på för AISAB då deras verksamhet ser annorlunda ut än sjukhusens och slutenvårdens.

Enligt tablån i bilaga 2 kan man se hur antalet medarbetare fördelas mellan de olika modellerna och funktionerna. Särskilt anmärkningsvärt är att AISAB inte tillämpar någon individuell schemaläggning. Förklaringen till detta är praktisk; Det behövs 2 per ambulans så man måste börja arbetstiden samtidigt. En ambition man har är att inleda arbetet med en poängmodell under 2006 för att stimulera till ökad flexibilitet med kort varsel.

4.8 S:t Eriks ögonsjukhus AB

Arbetstiden ligger i traditionella scheman men flexibilitet har införts för merparten av medarbetarna. Viss beredskap förekommer inom operationsverksamheten. Proportionerligt schema finns på vissa serviceenheter.

4.10. Folktandvården AB

Folktandvården tillämpar traditionell schemaläggning vilket inte är särskilt förvånansvärt med tanke på patientklienteletets styrning via bokade tider. Det som är annorlunda och anmärkningsvärt är försöket och projektet med förkortade arbetstider.

Projektet går i korthet ut på att Folktandvården i samarbete med Previa och Universitetet ska få medarbetare att motionera på arbetstid och därmed sänka sin arbetstid för att uppnå friskeffekter. Deltagandet är obligatoriskt under projekttiden och den som inte kan delta ska arbeta någon annanstans under projekttiden.

Målet är att få en fortsatt god lönsamhet (= bibehållna intäkter) och friskare medarbetare. Om projektet avlöper med bra resultat kan erfarenheterna överföras till nya projekt och i framtiden för bolaget som helhet.

Ledningens val av kliniker:

- Husby (10)-Kista (28), 38 medarbetare. (hög sj.fr.)
- Salem (19)-Tumba (24), 43 medarbetare. (låg sj.fr.)
- Rinkeby (15)-Spånga (15)-Tensta (20), 50 medarbetare. (hög sj.fr.)
- Vallentuna (26)-Täbykyrkby (11), 37 medarbetare. (låg sj.fr.)
- Skärholmen, 29 medarbetare. (hög sj.fr.)
- Nynäshamn, 26 medarbetare. (låg sj.fr.)

4.11. EG-direktivet

Denna resultat-del är författarens analys och tolkning av vilka problem och risker som finns för vårt nuvarande system med flexibla arbetstidslösningar.

Slutsats:

- Frågan oroar de flesta inom landstinget då ”begränsningarna i EG-direktivet ” sätter många av våra avtalsfunktioner ur spel.
- De flesta scheman och avtal måste ses över och skrivas om
- Frågan måste utredas och förslag på SLL-gemensam hållning tas fram. Frågan är inte bara en förhandlingsfråga utan i första hand en strategisk fråga där landstinget måste beakta alternativ.
- Frågan måste bearbetas samtidigt som man belyser ekonomi och arbetstidstekniska förhållanden.

Införandet av Lag om förtydligande av arbetstidslagen (2003/88/EG) påverkar **alla våra scheman o avtal** som innehåller en flexibel arbetstidsförläggning. Jouravtalen framför allt.

Problemanalys:

Införandet av (2003/88/EG) påverkar **alla våra scheman o avtal** som innehåller en flexibel arbetstidsförläggning.

Under en 4 månaders period kan uttas 17,3 * 8 timmars = 139 timmars tjänstgöring utöver 40 timmarsvecka. För vanliga scheman ex poängmodeller bör detta inte utgöra några större hinder.

En försvarande omständighet är att ett avtal inte får vara mindre förmånligt än vad som följer av direktivet. Här finns en juridisk problematik pga att svenska kollektivavtal som utgår från lagen endast kan genomföras med fackets godkännande och frågan är om detta kan anses leda till att de anställda får sämre villkor?

Risikanalyt

Detta möjliggör inte kraftsamling av arbetstid under perioder där vi vet att belastningen och behovet är större än normalbehovet. Direktivet kan även försvåra viss schemaläggning som görs idag.

Eftersom denna regel omfattas av en hårdare EG-spärr så kan uttaget av genomsnittlig veckoarbetstid prövas i tvist med den lokala fackliga organisationen eller Arbetsmiljöverket.

Enligt SKL så ska dock tvisten prövas av Arbetsdomstolen enbart eftersom Arbetstidslagen är inkorporerad i vårt övergripande kollektivavtal. Detta kan ske retroaktivt upp till 2 år.

En risk är att centrala avtal tolkar tjänstgöring med kortare arbetstid än 40t/v oförmånligare.

Möjligheter

Dock finns en möjlighet till att träffa avvikande avtal dvs att få räkna genomsnittet på en längre period. Dessa får dock inte innebära en längre beräkningsperiod än 12 månader.

Kvarvarande tolkningsproblem:

Hur ska den genomsnittliga arbetstiden beräknas på den som tillfälligt går upp i tjänstgöringsgrad? I dagsläget så räknas inte mertid vid uppskrivning av tjänst som övertid. Det bör vara 48 timmars regeln som styr! Hur ska vi tolka möjligheterna till

avsteg från nattarbetsregeln? Hur ska vi tolka reglerna för dem som har fastställt kortare arbetsvecka än 40 timmar.

11 timmars sammanhängande dygnsvila

Problemanalys:

Detta påverkar **alla våra scheman o avtal**. Det viktiga är dock att fastställa från vilken tidpunkt arbetsdygnet ska räknas. Enligt EG-direktivet så kan en 24 timmars period vara olika, ex 00-24 eller 07-07 etc..

Förläggning av s.k. dubbla pass försvåras då dessa normalt utgörs av 8-9 timmes förläggning. Ett extra övertidspass utgörs normalt av 5-6 timmars övertid efter avgång från ordinarie pass. Detta innebär att man lätt kommer över gränsen 13 timmars arbete per normaldygn. För den som började klockan 7 på morgonen och som gått av klockan 22 på kvällen så innebär detta också att man inte kan börja arbeta förrän kl 9.00 nästa dag vilket i sin tur förskjuter scheman.

Förläggning av pass på kväll som efterföljs av morgonpass kan försvåras om 11 timmars mellanvarande vila ska ske. Idag är denna period normalt 9-10 timmar. Om passen ska avslutas tidigare under kvällar så kan inte nattpassen börja tidigare utan att försvåra nattuttaget.

Risikanaly

Eftersom denna regel omfattas av en hårdare EG-spärr så kan uttaget om minimering av dygnsvilan prövas i tvist med den lokala fackliga organisationen eller Arbetsmiljöverket. Enligt SKL så ska dock tvisten prövas av Arbetsdomstolen enbart eftersom Arbetstidslagen är inkorporerad i vårt övergripande kollektivavtal Detta kan ske retroaktivt upp till 2 år.

En risk är att de centrala parterna reglerar dygnsperiodens start och slut vilket minskar vår handlingsfrihet.

Möjligheter

Noggranna tidsstudier måste ske för att fastställa när dygnsperioden lämpligast tar sin början.

Kvarvarande tolkningsproblem:

Vad är särskilda förhållanden?

Nattarbete

Problemanalys:

Detta påverkar **alla våra scheman o avtal**. Förläggningen av nattarbetstiden kommer att påverka start och sluttider för resterande verksamheter.

Våra poängmodeller och s.k. blandade tjänstgöringsscheman har inte reglerat hur många procent som ska arbetas dag eller nattetid. I direktivet fastslås att den som arbetar mer än en tredjedel av sin årsarbetstid ska avses vara nattarbetande. Detta tar inte hänsyn till deltid eller heltid.

I våra avtal regleras nattarbetstiden till 34,33 timmar per vecka för nattarbetande. För en dagarbetande som arbetar ex 38,25 (sjuksköterska) timme per vecka så innebär en anpassning till nattarbetskravet en arbetstidssänkning om 184,25 timmar per år.

Enligt våra lokala kollektivavtal på SLL ska en heltidsanställd nattarbetare arbeta högst 14pass/ 4 veckor. Detta innebär att om vi endast ska lägga ut 8 timmar per natt så kommer detta att medföra 17-18 pass/4 veckor. Vilket idag inte är möjligt.

Risikanalyt

Denna regel omfattas av en hårdare EG-spärr så uttaget av nattarbetstid kan prövas i tvist med den lokala fackliga organisationen eller Arbetsmiljöverket. Enligt SKL så ska dock tvisten prövas av Arbetsdomstolen enbart eftersom Arbetstidslagen är inkorporerad i vårt övergripande kollektivavtal Detta kan ske retroaktivt upp till 2 år.

En större risk är att medarbetare som beräknas tjänstgöra 38,25tim/vecka genom en för hög andel nattjänstgöring kan sänka möjligheten till arbetstidsuttag med upptill 184 timmar per år vilket paradoxalt nog kan leda till arbetskraftsbrist! En brist kom kan behöva täckas med övertid vilket i sin tur leder till att 48 timmars-regeln kan sättas ur spel osv..

Möjligheter

Noggranna tidsstudier måste ske för att fastställa hur nattarbetspassens förläggning ska göras för att regeln om nattarbete ska kunna genomföras utan alltför stora förändringar..

Kvarvarande tolkningsproblem:

Hur ska vi beräkna tjänstgöringens omfattning i våra blandade arbetstidsmodeller där man tjänstgör både dag och natt?
Kan summeringen av nattarbetstid om vi använder s.k. natt-index (när man ersätter nattarbetstimmar med sänkt arbetsskyldighet som ett incitament) möjliggöra en bättre förläggning av nattarbetspass, dvs att vi får räkna av nattarbetstid från årsarbetstidsgenomsnittet?

5. Förslag till fortsatt arbete

Ämnesområdet behöver studeras djupare än vad denna kartläggning medgivit. Detta för att kvalitetssäkra och fastställa, vilka de viktigaste faktorerna är och effekterna av dessa.

Men även för att utveckla den goda grund som finns idag, till nytta för landstingets ekonomi, kompetensförsörjning och medarbetarnas hälsa.

Ett fortsatt arbete inom detta ämnesområde bör därför byggas på **tripoden Ekonomi, Bemanning och Hälsa**.

Ett sammanhållet arbete i projektform som vilar på de tre benen kan hjälpa till att ta fram ett bra sätt att arbeta med ämnesområdet. Det huvudsakliga operativa och praktiska arbetet bör ske lokalt. Centralt i landstinget bör kraftsamlas på att skapa enhetliga förhållningssätt och gemensamma mål och syften, dvs **strategier**.

Likaså bör inom ramen för Palett (centralt i landstinget) finnas ansvaret för uppföljnings och utvärderingssystem.

Vilket arbete bör då fortsatt utföras?

Ekonomi , inkluderar uppföljningssystem, utvärderingar, personalekonomi

10. **En nulägesanalys och värdering** måste göras över hur personalstatistiken ser ut idag och vilka tendenser som kan läsas ut ur denna statistik. Valet av arbetstidslösningar måste få en koppling till den aktuella statistiken och analysera tendenserna så att rätt åtgärder vidtas..
11. **Uppföljningar av arbetstidsanvändandet bör kopplas till annan personalstatistik** i landstinget för att klara ut sambanden mellan arbetstidens förläggning och ohälsa. Insatser bör göras vad gäller uppföljning och utvärdering via befintligt personalsystem.
12. **Kostnads/nyttospekten** bör kopplas till varje införande och ett planlagt samarbete mellan personal och ekonomifunktionerna är nödvändigt. Framför allt bör personalekonomiska beräkningar göras för förväntade effekter. Stora kostnadsbesparingar kan göras genom rätt använda och rätt finansierade modeller.
13. **I våra arbetstidsavtal bör vi ange vilka syften** vi har med avtalen och hur avtalen ska utvärderas och följas upp..
5. **Ett system som underlättar för chefer och stabsfunktion.**
Flera olika standardrapporter bör tas fram som visar utfall och statistik som är lättolkad och användbar i åtgärdsyfte. Dessa ska kunna jämföras med liknande arbetstidsmodeller över hela landstinget. Vi bör också förbättra rapportfunktioner. Det bör finnas styrtalet och det viktigaste styrtalet bör vara kostnad per arbetad tid. För att följa upp detta och andra styr- och nyckeltal bör rapporter tas fram som täcker uppgiftsbehovet för bl.a. ;
 - a. Arbetad tid (närvaro i produktionen)
 - b. Oplanerad tid (extrakostnader för hastig bemanningsanpassning)
 - c. Frånvarokostnader
 - d. Närvarokostnader för icke produktionsrelaterat arbete ex internutbildning
 - e. Arbetstid kontra produktivitet
 - f. Arbetstid kontra effektivitet

Bemanning , inkluderar bemanningsanalyser, modellkonstruktion, schematekniska lösningar, avtal, termer och begrepp

14. Möjligheter bör skapas för att **möjliggöra ett flexibla användande** av arbetstidsmodeller och framförallt deras ingående parametrar genom att kombinera olika modeller eller genom att bryta ner modellerna och använda deras ingående parametrar som finns beskrivna i *bilaga 1 till p3*
15. Generellt bör **all arbetad tid registreras** så att landstinget kan följa kostnads/ nytto effekterna. Dvs att koppla närvarotid och kostnader och att kunna separera arbetad tid i patientvård och arbetad tid i ex kompetensutveckling. Små öknings av närvarotiden ger mycket stora kostnadsbesparingar.
16. **Effekterna och förändringarna med anledning av EG-direktivet 2003/88/EG måste beaktas** omgående i fortsatt arbetstidsarbete och landstingsgemensamt förhållningssätt implementeras.
17. **Modeller som utvecklats ute i landet och som varit framgångsrika där bör studeras** och analyseras om deras tillämpning är överförbar till landstinget, ex timbankssystem
18. **Termer, begrepp och definitioner** måste stämma överens och vara lika mellan alla utövare.
19. Ett **gemensamt synsätt på att analysera bemanning** och arbeta med detta som ger landstinget bättre jämförelsemöjligheter och kostnadssänkningar.
20. **De nuvarande avtalen måste förbättras, förenklas och förminska**. Idag kollektivavtalsregleras delar som inte behöver regleras. I vissa fall till och med frågor som ligger under arbetsgivarens ensidiga beslutsfattande.
21. **Våra kollektivavtal måste bygga på ett gemensamt och enhetligt system** och i detta system ska praktiska tillämpningar av ex AB förvaltas så att utfall av ex sjukförmåner, semesterförmåner, fackliga förmåner blir desamma oavsett var i landstinget de tillämpas. Så är inte fallet idag. Tolkningar av dessa definitioner bör regleras mellan arbetsgivaren och de fackliga organisationerna och utrymme för enskilda tolkningar minimeras.

Hälsa.

22. **Sjuklönekostnaderna och sjukfrånvaron** är satt under fokus och vi bör **följa upp dem relaterat till vilken arbetstidslösning** som tillämpas.
23. På samma sätt som miljöarbetet har siktet inställt på **hållbar framtid** så bör arbetet med arbetstider också ta sikte på en **hållbar verksamhet till gagn för verksamhet och medarbetare** där bemanning kan lösas på flera olika sätt inom ramen för vad som är acceptabelt som helhet inom landstinget. Arbetstidsmodell, funktioner, avtal och scheman bör lösa långsiktiga problem där incitament kan vara katalysatorer samt kompletterande aktiviteter som kan lösa bemanningsproblemet i såväl hög- som lågkonjunkturella tillstånd.
24. **Pro-aktivt hälsoarbete** inom sjukvården och tandvården på samma sätt som Räddningstjänsten kanske kan bidra till positiva effekter och detta måste planeras inom ramen för verksamhetsarbetet.

Slutligen så bör landstinget stötta sina chefer att genomföra de positiva insatser som bör göras,

Önskemål från chefer

Vid kontakter med chefer så framkommer att man efterfrågar **kunskaper** såväl personellt som skriftligt i arbetstidsfrågor. Det gäller såväl rena lag och avtalskunskaper som **kunskaper** om modeller och hur man inför dessa. **Kunskaper** om hur man förvaltar modellerna och följer upp dem på ett enkelt sätt samt sköter lönerapportering smidigt.

Kunskapen om hur man bedriver projekt är eftertraktad och många chefer har haft större problem med att hantera medarbetarnas vilja än med att ordna de administrativtekniska delarna.

En stor vinst finns att göra om den enskilde medarbetaren själv kan sköta sin arbetstid och ta ansvar för registreringar. Genom **kunskap** minskar felkällor. Detta frilägger tid för chefer och lönekonsulenter.

6. Källhänvisningar, referenser

Landstingsinterna material

- Arbetstidsavtal enligt poängmodellen Q80 Karolinska sjukhuset
- Kollektivavtal avseende ramavtal rörande förutsättningar och bestämmelser för införandet av flexibla arbetstidsmodeller vid Karolinska Sjukhuset.
- Kollektivavtal individuella scheman, akutkliniken, Karolinska sjukhuset
- Utvärdering av poängmodell Neuro efter 6 månader Karolinska sjukhuset.
- Utvärdering av poängmodell Neuro efter 1 år Karolinska sjukhuset
- Utvärdering poängmodell Q80 Barnmedicin Karolinska sjukhuset
- Kollektivavtal för poängmodell för undersköterskor inom Kommunals avtalsområde vid STA, Huddinge Universitetssjukhus.
- Avtal om timbank avd B86-88 Barnens sjukhus Huddinge Universitetssjukhus
- FAS1 Utvärdering poängmodell Huddinge Universitetssjukhus AB
- FAS2 Utvärdering poängmodeller Huddinge Universitetssjukhus AB
- Avtal om införande av projektet poängmodellen inom verksamhetsområde medicin SÖS(1998)
- Utvärdering av arbetstidssystem Poängmodellen SÖS (2000) av KPMG AB
- Arbetstidsavtal enligt poängmodellen vid ASIH. SLSO
- Utvärdering av poängmodell på akutmottagningen NTS 2001-2002
- Utvärdering av Time Care på avd 4 NTS, 2000
- Arbetstidsförkortning i Folktandvården, projekt 2005
- Arbetstidsavtal SÖS-modellen inriktning poängtid
- Röster från Söder, information om Södersjukhuset

Externa material

- Rapport om nattindexprojekt på Centrallasarettet Växjö
- Riktlinjer för arbetstids- och schemafrågor, Landstinget Uppsala Län
- FIA, Fria Individuella Arbetstider regelverk för poängbaserad schemamodell, Akademiska Sjukhuset i Uppsala.
- Högre lön eller kortare arbetstid, välj själv. S:t Görans sjukhus poängmodell.
- Mall för införande av poängavtal, Akademiska sjukhuset
- Projektrapport. Utvärdering av effekter och ekonomiska konsekvenser av att starta arbetstidsmodeller på Akademiska sjukhuset av IPF (Institutet för personal& företagsutveckling.)
- Utvärdering av arbetstidsmodell på Umeå Thiva (poängmodellen) 1994
- Verksamhetsanalys SOVA arbetstidsmodell /timbank UMAS i Malmö
- KUPA Aktivitetsplanering UMAS i Malmö
- Arbetstidsavtal/timbank Ambulansen inom Skellefteå sjukvård
- Arbetstidsprojekt AVA /Timbank
- Årsarbetstidsprojektet Barn & Ungdom Växjö lasarett
- Avtal om saldomodellen vid Norrlands universitetssjukhus
- Saldomodellen i Respons, Enator AB
- Arbetstidsutveckling, Verksamhetens & Medarbetarnas behov - kan de förenas? Resultat från utvärderingen av arbetstidsmodellen KUPA av Landstingsförbundet och Trygghetsfonden.

Litteraturhänvisningar

- Det går att mäta effekter, Statskontoret 1993
- Arbetstidslagen
- Arbetstidslagen i EU-anpassat skick, Iseskog
- AB05 Allmänna Bestämmelser
- Lag om förtydligande av EG-direktiv 2003/88/EG