

# Meet-o-meter – en metod för mötesoptimering i sjukvården

Många pratar om mötesraseriet, men hur många gör någonting åt det? Kaj Blennow presenterar här sin idé om en »Meet-o-meter«, en mötesmätare, som hjälpmedel för såväl ledning som medarbetare att hålla reda på och hushålla med den tid som ägnas åt sammanträden inom sjukvården. Även möten bör utvärderas och optimeras, anser han.

**D**et fattas pengar inom den of-fentliga sektorn i allmänhet, och sjukvården i synnerhet. Detta har givetvis ett flertal förklaringar, såsom minskad budget i besparingssyfte, det ökande antalet äldre multisjuka patienter, ökade läkemedelskostnader, ökad administration, datorisering med kostnader för både mjuk- och hårdvara samt IT-sektioner, och mycket annat.

**Sjukvårdens budget bygger**, som i så många andra företag, på ett inflöde av reella pengar, i form av skattepengar, liksom ett utflöde av reella pengar till löner, hyror, mediciner, instrument. Dessutom finns ofta en internbudget, där en klinik eller enhet fakturerar en annan för exempelvis utförande av laboratorieanalyser och röntgenundersökningar liksom transport av sängar och byte av glödlampor. Några reella pengar byter dock aldrig ägare vid denna form av interndebitering. Däremot har interndebiteringen under senare år blivit bokförd, redovisad och diskuterad i allt större detalj med syftet att synliggöra kostnader.

**Jag vill fästa uppmärksamheten** på en faktor som, genom att minska produktiviteten, kan tänkas bidra till den försämrade ekonomin inom sjukvården, nämligen det hela tiden ökande antalet möten. På en klinik skall olika personal-

kategorier sitta i ett flertal olika typer av möten, exempelvis enhetsmöten, sektionsmöten, avdelningsmöten, driftsmöten, klinikköten, fackliga möten m m, m m. Givetvis behövs möten för information och diskussion, planering, och förhoppningsvis beslut, för att få verksamheten att fungera effektivt. Jag träffar dock få medarbetare som inte anser att mötena blivit både för många och för långa. Kolleger, även i yngre medelåldern, kan inte känna igen att så var fallet då de började sin gärning.

**Basen i sjukvården** är diagnostik, vård och behandling av patienter. Därför innebär den tid som förloras på onödigt frekventa och långa möten ett bortfall i produktivitet, resulterande i exempelvis ökande

vårdköer och därmed ökade kostnader för samhället.

**Jag föreslår ytterligare** ett steg för synliggörande av kostnader inom sjukvården, nämligen synliggörande av kostnader för möten, via en »Meet-o-meter« eller mötesmätare. Hur fungerar då en Meet-o-meter? Basen är en registreringsenhet kopplad till en nätverksansluten dator med en väl synlig LCD-skärm. Flertalet anställda inom sjukvården har idag endera identitets- eller passagekort eller en kod.

Tanken är att då ett möte börjar registreras först vilken typ av möte är. Varje mötesdeltagare registrerar sig då han/hon kommer in i rummet genom att dra sitt kort eller knappa in sin kod (eller sitt personnummer) i registreringsenheten. I dataenheten finns alla potentiella mötesdeltagares timlön (brutto) registrerad. Då fler än t ex tre (av integritetsskäl) mötesdeltagare registrerat sig börjar den sammanlagda kostnaden för mötet att visas på LCD-skärmen. Kostnaden uppdateras varje minut.

Då mötet är slut drar deltagarna åter sitt kort, och då samtliga lämnat rummet avstannar kostnadsregistreringen. Via ett lokalt nätverk överförs mötes-

kostnaden till klinikens ekonomienhet. På ekonomienheten kan statistik föras (och redovisas)



Illustration: Alri Ilstie

Klinikköte med »Meet-o-metern« påslagen. Deltagarna är inloggade och den sammanlagda möteskostnaden tickar fram på skärmen.



**KAJ BLENNOW**  
professor, överläkare, Sahlgrenska  
Universitetssjukhuset, Mölndal  
kaj.blennow@neuro.gu.se

över kostnaden för olika typer av möten per månad, kvartal eller år, liksom klinikkens totala kostnad för möten per år. Jämförelser kan göras med tidigare års resultat på motsvarande sätt som man idag jämför klinikers kostnader för olika laboratorieanalyser eller röntgenundersökningar mellan olika månader och år.

**Låt oss ta ett litet räkneexempel.** Enligt Statistiska Centralbyrån är månadslönen i landstingskommunal sektor i medeltal 48 000 kr för läkare, 23 000 kr för sjuksköterskor och 19 000 kr för undersköterskor/sjuksköterskor. Detta ger en timlön brutto (månadslön plus sociala avgifter dividerat med 160) på 420 kr för läkare, 201 kr för sjuksköterskor, och 165 kr för undersköterskor.

Ett inte alltför unikt möte på en klinik kan exempelvis bestå av 5 överläkare, 8 under-/specialistläkare och 5 sjuksköterskor, och vara i två timmar. Kostnaden per minut blir då 120 kr och den totala kostnaden cirka 14 000 kr. Hålls mötet var fjortonde dag blir årskostnaden cirka 168 000 kr. Vad den sammanlagda årskostnaden för alla typer av möten blir på en klinik, än mindre på ett sjukhus av Sahlgrenska storlek, har jag inte vågat mig på att försöka beräkna.

**Jag föreställer mig** att en Meet-o-meter som tickar med 120 kr per minut, och 7 000 kr per timme, kan ha en begränsande effekt på förekomsten och längden av inlägg och diskussioner av lägre relevans, och därigenom på ett mötes totala längd. Ser alla mötesdeltagare på LCD-skärmen att man diskuterat en fråga av lägre relevans till en kostnad av exempelvis 1 200 kr kanske någon, i bästa fall den som tog upp frågan eller den som leder mötet, förkortar eller avslutar diskussionen. Samtidigt fås en positiv effekt på mötetts effektivitet och beslutskraft.

**Man utvärderar och diskuterar** idag ofta om ett läkemedel eller en behandlingsmetod är »kostnadseffektiv« och har »sambandsökonomisk nytta«. Via information om kostnader för möten på en klinik eller ett sjukhus kan förhoppningsvis personer insatta i denna typ av beräkningar med dessa mål för ögonen utvärdera vilken typ, frekvens och längd av möten som är optimal. Målet i slutändan är att optimera användandet av våra skattepengar.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

**Fler debattinlägg på sidan 3846.**

## Den akuta vardagssjukvården bör finnas så nära befolkningen som möjligt

Stig Bengmark beskrev i Läkartidningen sina personliga erfarenheter av akutmottagningseländet och hävdade att kortare väntetider och bättre service skulle bli följden av att akutvården i varje län centraliserades och fick ett rejält pengatillskott [1].

**I en kommentar till hans inlägg** vidimerade jag akutmottagningseländet, men ville påstå att detta i huvudsak är ett storsjukhusfenomen och att service och väntetider är bättre vid mindre akutmottagningar med bättre bemanning per sökande patient, varför en centralisering i sig knappast löser problemen [2]. Man kan ju med rätt stort fog hävda att problemen finns på de akutmottagningar som redan idag förväxits sig efter diverse akutvårdsrationaliseringar.

**Nu ger sig professor emeritus** Sven Dahlgren in i debatten och hävdar att centraliseringen av akutverksamhet måste fortsätta därför att man kan spara pengar och kanske också höja kvaliteten på läkarnas arbete [3]. Han hänvisar till en utredning från 1999 som jag inte läst.

Även om Stig Bengmark och jag har olika synpunkter på behovet av centralisering förefaller vi ense om att extrema väntetider och dålig service för akutsökande utan livshotande sjukdomar sannolikt bara kan lösas med ett ökat engagemang från sjukhusledning, verksamhetschefer och inblandade läkare samt med bättre resurser.

Hur Sven Dahlgren ser på denna centrala fråga framgår inte av hans inlägg; han förmedlar endast den gamla utredningens beräkning att länsdelssjukhusens jourkostnad belöper sig på minst 12 miljoner kronor per år.

Och kanske är det någonstans i denna siffrans närhet som skillnaden mellan god vård efter rimlig väntan och akutmottagningseländet ligger. I förhållande till mycket annat som vi hittar på för

våra skattepengar tycker jag att det är en ganska anspråkslös summa.

**För övrigt är det ganska intressant**, dock inget bevis, att mitt eget landsting i Jönköpings län, som behållit samtliga tre kompletta akutmottagningar i länet trots alla modetrender om centralisering, har en av de mest stabila och positiva ekonomierna av landets landsting. Medan t ex Västmanlands läns landsting, som strukit tre av fyra akutsjukhus och centraliserat hela klabbet till Västerås, inte precis kan skryta med det samma.

Från landstingsekonomisk synpunkt finns det uppenbarligen viktigare åtgärder än centralisering av akutmottagningar.

**Dessutom**, den här debatten handlar om den akuta vården av vardagssjukdomarna, inte minst hos alla våra gamla. Detta är den absoluta majoriteten av akutmottagningarnas patienter, och att ge dem en god och human behandling inom rimlig tid kräver inte PET-kameror eller superspecialister i handkirurgi och hematologi.

Att högspecialiserad akutsjukvård bör utföras på ett mindre antal sjukhus kan vi vara helt överens om, men den akuta vardagssjukvården kan med fördel förläggas så nära befolkningen som möjligt.

**Johannes Järhult**

professor, överläkare, kirurgiska kliniken  
Länssjukhuset Ryhov, Jönköping  
Johannes.jarhult@lj.se

### REFERENSER

1. Bengmark S. Om akutintagseländet – sett inifrån .... Läkartidningen. 2006;103:2308-9.
2. Järhult J. Inget axiom att allt blir bättre bara för att det centraliseras. Läkartidningen. 2006;103:3303.
3. Dahlgren S. Behov av fortsatt strukturrationalisering av akutvården. Läkartidningen. 2006;103:3645.

**42 nummer per år.**

Ring vår annonsavdelning, 08-790 35 30, och boka utrymme i Läkartidningen.

Utmanande saklig **Läkartidningen**