



TIMBRO

Räddaren i nöden

STAFETTLÄKARE, VÅRDKAOS OCH VITSEN MED EN MARKNAD

Danjell Elgebrandt

TIMBRO • Augusti 2013

Om författaren

DANJELL ELGEBRANDT är civilekonom från Handelshögskolan i Stockholm.
Just nu studerar han Public Policy på Harvard University i USA.

© Författaren och Timbro 2013

ISBN: 978-91-7566-965-6

www.timbro.se

info@timbro.se

Innehåll

Sammanfattning · 4

SKL:S STRATEGI FÖR ATT MINSKA KOSTNADER FÖR HYRLÄKARE · 6

Kostnader för hyrläkare · 7

Landstingens sparåtgärder · 10

REAKTIONER PÅ SKL:S BESLUT · 15

De politiska partierna · 15

ANALYS · 17

Varför hyrläkare? · 17

Strukturella problem · 17

Fördelar med hyrläkare · 19

SLUTSATSER · 20

Bättre upphandlingar · 20

Politiska reformer · 20

En mer nyanserad syn på hyrläkare · 20

Sammanfattning

VARJE SOMMAR I SVERIGE FYLLS TIDNINGARNA med rubriker om brist på personal i vården. I år har vi kunnat läsa om akut kris i förlossningsvården samt om hur patienter har tvingats sova i förråd.¹ Anledningarna till detta är flera. Dels är Sverige ett stort och glesbefolkat land där offentlig service måste hantera stora geografiska ytor. Dels har Sverige stora säsongsbetonade variationer i efterfrågan på såväl offentliga som privata tjänster, på grund av att en mycket stor majoritet av befolkningen tenderar att ha ledigt under sommaren och då ofta förflyttar sig utanför hemlandstinget.

Det märkliga är hur vårdbrist om sommaren har kommit att betraktas som något normalt och ohanterbart i ett land med så höga välfärdsambitioner som Sverige. Ingen hade accepterat att det inte gått att få tag på mjölk om sommaren, eller om bankkontoren hade haft svårt att ta emot kunder på grund av personalbrist. När det kommer till kritiska funktioner som sjukvård tycks det dock som om måttstocken är en annan. I den mån orsakerna diskuteras i media handlar svaret oftast om att vården måste få mer resurser medan det svenska vårdssystemet så gott som alltid undgår kritik.

Det vanligaste sättet att täcka upp vakanser är det så kallade hyrläkarsystemet (ofta kallat stafettläkarsystemet) vilket möjliggör för landsting att snabbt kunna fylla luckor i bemanningen utan att behöva ge sig in i en tidskrävande rekryteringsprocess. Dessutom är vakanser ofta säsongsberoende varför en läkare endast behöver hyras in under en del av året. Hade i stället en läkare rekryterats på sedvanligt sätt hade detta lett till en överbemanning under stora delar av året samt kraftigt ökade kostnader för landstinget som anställer läkaren.

Systemet har dock under de senaste åren kritiserats från olika håll, trots att det används som en sista utväg för att garantera vård i tid. Huvudsakligen gäller kritiken kostnader. Sedan 2010 har kostnaderna för hyrläkare inom landstingen stigit med i genomsnitt 33 procent, även om stora regionala skillnader förekommer. Den totala kostnaden för hyrläkare i landet uppgår till 2,3 miljarder kronor eller 241 kronor per invånare.

Annan kritik som har framförts gäller avsaknaden av fortbildning för hyrläkare samt risken att patientsäkerheten äventyras då kontinuiteten blir lidande av frekventa byten av läkare. Ofta framställs bruket av hyrläkare som något landsting ägnar sig åt av slentrian varför krav på regleringar eller förbud mot bruket av hyrläkare är vanligare än krav på strukturella reformer. Dock är det viktigt att komma ihåg att Sverige har ungefär lika många läkare per capita som jämförbara länder och att det därför inte är en fråga enbart om att anställa fler läkare utan pro-

blemet rör dels bristen inom vissa specialiseringar och dels den kraftigt säsongsberoende efterfrågan på vård.

I denna text argumenterar jag för att hyrläkarsystemet är en viktig komponent inom det svenska vårdssystemet samt för att landstingen själva bör avgöra hur de löser sina bemanningsfrågor. Ett förbud för landstingen att anlita hyrläkare riskerar att leda till en vårdkollaps som kommer att drabba vissa patientgrupper och landsdelar mycket hårt.

SKL:s strategi för att minska kostnader för hyrläkare

I december 2012 presenterade Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, en strategi för att halvera antalet hyrläkare i Sverige till 2014. Enligt planen ska sedan ett vidare steg genomföras till 2016, även om SKL medvetet inte har satt ett slutmål för den totala reduktionen av hyrläkare. Eftersom det tar lång tid, minst 12 år, att utbilda en specialistläkare ämnar SKL arbeta med reduktionen av hyrläkare på flera olika sätt:

- Landstingen ska arbeta med att stärka sitt arbetsgivarvarumärke. Att vara en attraktiv arbetsgivare är en förutsättning om man ska kunna rekrytera och behålla medarbetare i framtiden. SKL stöder arbetet bland annat genom arbete med satsningen Sveriges Viktigaste Jobb.
- Alla landsting är överens om att göra en upphandling av bemanningsföretag enligt en tidigare gemensam kravspecifikation.
- Allmän restriktivitet med inhyrning. Alla andra möjligheter ska vara prövade innan bemanningsföretag anlitas och inga avrop från bemanningsföretag utöver träffade avtal ska göras.
- I takt med att kraven på hälso- och sjukvården ökar behöver verksamheten effektiviseras kontinuerligt. Förbättrad produktionsplanering och mer ändamålsenlig fördelning av uppgifter mellan olika yrkeskategorier inom sjukvården kommer att vara nödvändiga inslag i utvecklingsarbetet.
- Bättre samordning av ST-utbildningarna ur ett nationellt perspektiv behövs. Vi måste koncentrera oss på att utbilda de specialiteter som har stora personalbehov, i dagsläget speciellt psykiatri och allmänmedicin.
- Landstingen kommer att se över sina rutiner för och uppföljning av bisysslor i syfte att säkerställa att de inte är skadliga för förtroendet för vården eller arbetshindrande.
- Landstingen ska se över vilka åtgärder som skulle kunna genomföras för att stimulera äldre anställda att arbeta vidare. Det skulle kunna vara alternativa arbetstider eller erbjuda andra arbetsuppgifter som handledning, mentorskap för yngre och nya medarbetare.
- Vi ska gemensamt arbeta för att utöka sysselsättningsgraden för deltid inom bristområden. Det finns tecken på att allmänläkare väljer att arbeta deltid i större omfattning än läkare inom den slutna vården.
- Strax under 3 000 svenskar läser till läkare utomlands med CSN-stöd i dag. De har språket och den svenska kulturen, men har behov av att lära sig det svenska sjukvårdssystemet. Kontakterna med dessa studenter kan utökas bland annat genom träffar mellan dem och landstingen. Ett sådant möte arrangerades 2012 och arbetet fortsätter 2013.

Den 21 juli 2013, drygt ett halvår efter att strategin presenterats, sade Agneta Jöhnk, ansvarig för kompetensutvecklingsfrågor på SKL: ”Som det ser ut nu blir det [kostnaden för hyrläkare] inte lägre i år och med den personalbrist vi har blir det svårt att klara målet nästa år.”²

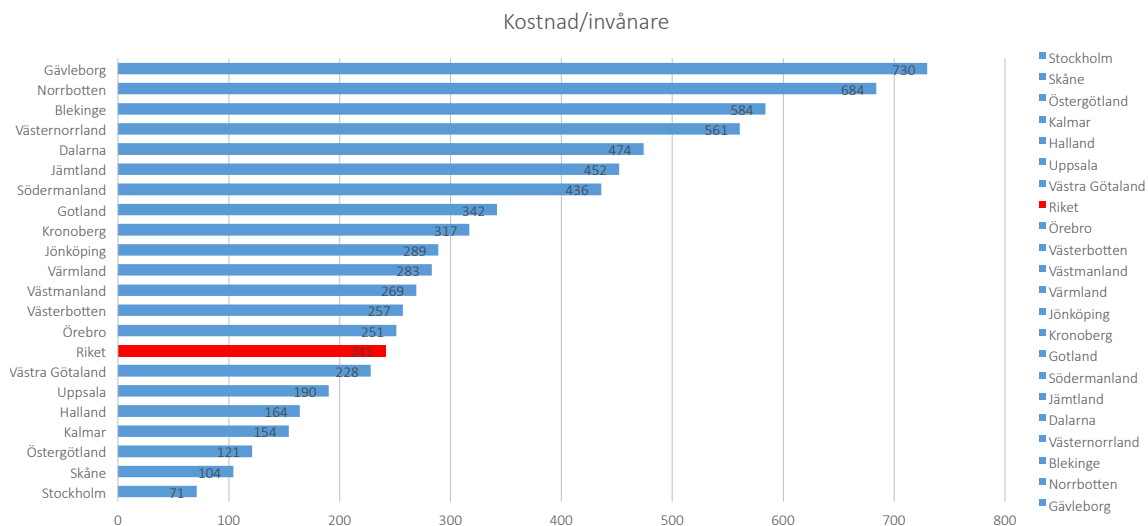
KOSTNADER FÖR HYRLÄKARE

I nedanstående tabell återges 2012 års kostnader för hyrläkare per landsting/region. Underlaget kommer från respektive landstings årsredovisning. I tabellen kan även utläsas hur stora kostnaderna för hyrläkare blir, utslagna per invånare i länet/regionen samt hur kostnadsutvecklingen för hyrläkare har varit mellan 2010 och 2012.

Landsting/region	Kostnader för hyrläkare, Mkr (2012)	Kostnad per invånare, kr (2012)	Kostnadsökning 2010–2012, procent
Blekinge	88,9	584	27
Dalarna	131,1	474	23
Gotland	19,6	342	41
Gävleborg	202	730	3
Halland	49,9	164	39
Jämtland	57,1	452	74
Jönköping	98	289	78
Kalmar	36	154	82
Kronoberg	58,9	317	133
Norrbottnen	170	684	39
Skåne	131,4	104	28
Stockholm	151	71	63
Södermanland	120	436	40
Uppsala	65	190	8
Värmland	77,3	283	10
Västerbotten	67	257	55
Västernorrland	135,8	561	34
Västmanland	68,9	269	265
Västra Götaland	451,3	228	5
Örebro	71	251	160
Östergötland	52,4	121	50
Riket	2 302,6	241	33

Ett tydligt mönster framträder. Användandet av hyrläkare är störst i glest befolkade län och minst i storstadsregionerna, utslaget per invånare i respektive län.

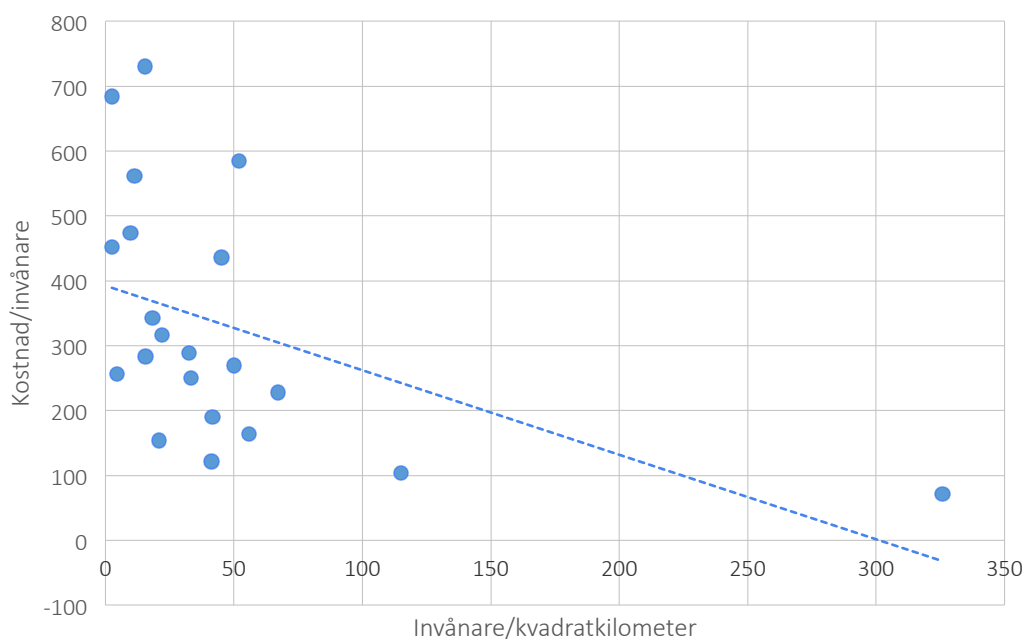
² <http://www.svd.se/nyheter/inrikes/gronland-satter-stopp-for-inhyrd-varpersonal_8363028.svd>.



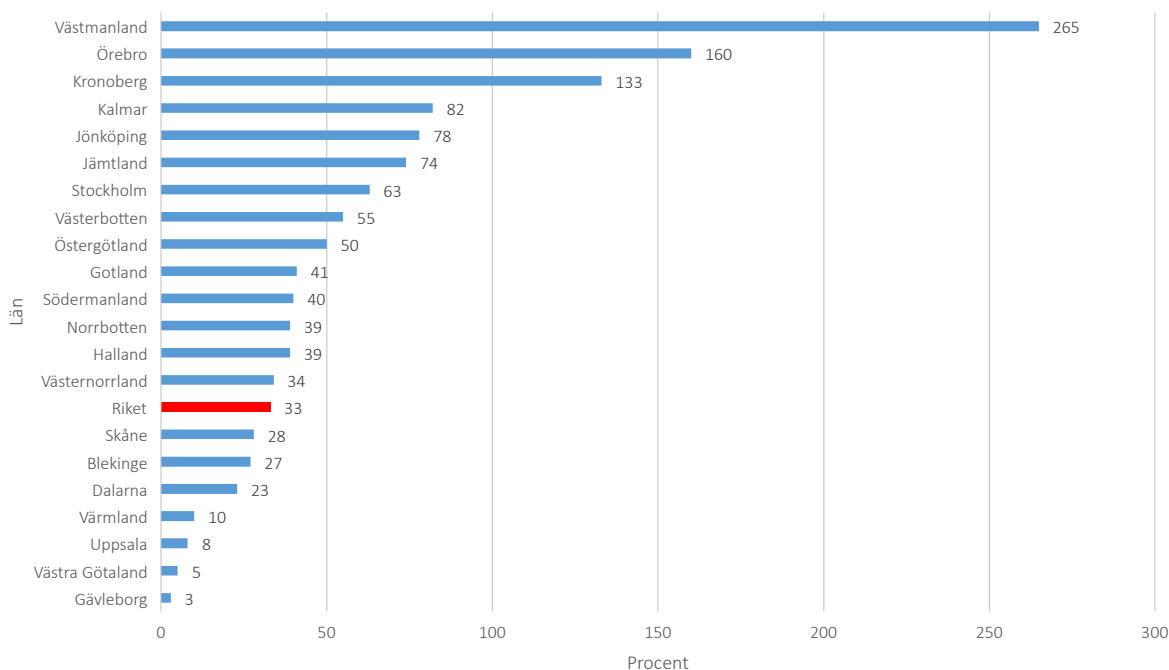
Med undantag för Västerbottens län överstiger kostnaderna i Norrlandslänen det nationella snittet för hyrläkarkostnader kraftigt. Kostnaderna i Stockholms län och i Region Skåne ligger lägst i landet.

I diagrammet nedan visas hur befolkningstäthet och kostnad för hyrläkare per invånare korrelerar. Trenden är tydlig – ju mer tätbefolkat ett län är, desto högre är kostnaderna. Samtidigt kan man notera att det även bland mer glesbefolkade län råder mycket stora skillnader i kostnader för hyrläkare.

SKL:s beslut att kraftigt minska kostnaderna för hyrläkare motiverades med att kostnaderna har ökat kraftigt. Om man jämför kostnaderna respektive län hade 2010 med 2012 års kostnader ser man att samtliga läns kostnader har ökat. Ökningen varierar dock kraftigt mellan olika län.



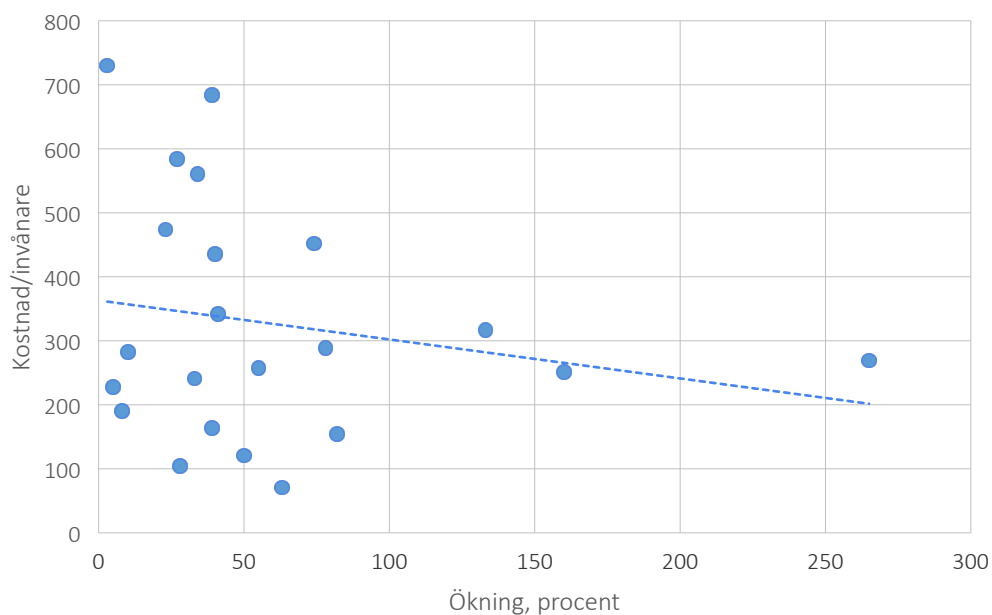
Kostnadsökning 2010-2012



Vissa län har i stort sett samma kostnader som 2010 medan andra län har två- eller tredubblat sina kostnader.

Det verkar inte finnas någon stark korrelation mellan hur stora kostnaderna för hyrläkare per invånare är och hur stor kostnadsökningen har varit.

Kostnad/invånare



LANDSTINGENS SPARÅTGÄRDER

Landstingen är själva fria att i detalj utforma sina respektive strategier för att minska kostnaderna för hyrläkare. Nedan följer en översiktlig genomgång av hur de olika landstingen har valt att angripa problemet.

BLEKINGE

Enligt 2012 års årsredovisning "[Arbetar förvaltningarna] intensivt med att rekrytera läkare för att minska hyrläkarkostnaderna".

SVT uppmärksammade situationen i Blekinge, som har landets tredje högsta kostnader för hyrläkare på invånare, och noterade att utan hyrläkare hade underskottet i landstingets sjukvårdsbudget kunnat halveras.³

En förklaring till den stora läkarbristen i Blekinge skulle kunna vara de jämförelsevis låga läkarlönerna i länet.⁴

DALARNA

Enligt årsredovisningen 2012 slås det fast att "Den samlade kostnaden för inhyrd personal överskrider dock inte den budget som finns för de 'egentliga' men obesatta tjänster de täcker upp för i dagsläget."

Landstinget Dalarna har tillsammans med primärvårdens läkare tagit fram en handlingsplan för att få fler att utbilda sig till specialister inom allmänmedicin, där behoven är stora.

GOTLAND

På Gotland har det beslutats att två vårdcentraler samt en mottagning ska utöka sin sommarstängning under 2013, något som väntas drabba 8 000 patienter. Även om det i skrivande stund inte är bestämt när de berörda vårdcentralerna ska öppna så bedömer kommunen att vårdkvaliteten på lång sikt inte ska försämrats. "Balansen mellan ekonomi och verksamhet är viktig och överordnad allt. Vi måste lösa bemanningen på lång sikt och vi ska fortsatt erbjuda en god vård på Gotland, säger Jan-Åke Björklund, tf hälso- och sjukvårdsdirektör."⁵

GÄVLEBORG

Landstinget har tagit fram en handlingsplan för förbättrad läkarförsörjning som går ut på att både öka nyutbildningen av läkare samt försöka erbjuda en så god arbetsmiljö som möjligt i syfte att få fler läkare att vilja stanna i Gävleborgs län. Detta då man har överskridit budget för hyrpersonal med 67 miljoner kronor, vilket har lett till att Gävleborg nu har landets högsta kostnader för hyrläkare. Dock har kostnaderna minskat mellan 2011 och 2012, till följd av att ett nytt bonussystem har möjliggjort rekrytering av fler läkare inom landstinget.⁶

3 <<http://www.svtplay.se/klipp/990273/hyrlakare-dyr-losning-for-varden>>.

4 <[http://www.bltsydostran.se/opinion/debatt_blt/hoga-kostnader-for-hyrlakare-och-lagaloner\(3571895\).gm](http://www.bltsydostran.se/opinion/debatt_blt/hoga-kostnader-for-hyrlakare-och-lagaloner(3571895).gm)>.

5 <<http://www.gotland.se/71111>>.

6 <<http://arbetarbladet.se/nyheter/gavle/1.5726153-gavleborg-lagger-mest-pengar-pa-hyrlakare>>.

HALLAND

Landstinget har instruerat ”De förvaltningar som haft ökade kostnader under året [att] fortsätta arbetet med att minska behovet av inhyrd personal”. Kostnaderna har dock ökat både under 2011 och 2010.

Från och med årsskiftet 2012/2013 kommer Landstinget Halland att sluta använda hyrläkare inom psykiatrin. Anledningen uppges dock inte primärt vara ekonomisk utan bristande kontinuitet och missnöje med kvaliteten anförs i stället som huvudskäl.⁷

JÄMTLAND

I maj 2013 aviserade Jämtlands läns landsting att man från den 1 juni 2013 fram till årsskiftet 2013/2014 inför ett totalt stopp för användandet av hyrläkare i Östersund, samt att övriga delar av Jämtlands läns landsting ska visa större restriktivitet vid anlitaandet av hyrläkare.

Under 2012 har Jämtlands läns landsting påbörjat en ny regional upphandling av bemanningstjänster tillsammans med de tre övriga Norrlandstingen.

JÖNKÖPING

I juni 2013 meddelade Jönköpings landsting att man ämnar göra sig helt oberoende av hyrläkare på vårdcentraler inom tre år. Även här är det patientkontinuiteten som är det främsta argumentet enligt Lars Johansson, direktör för landstingets vårdcentraler. ”Läkarkontinuiteten är viktig för patienten och det är något som Bra liv satsar väldigt intensivt på, att trygga läkarförsörjningen.”

Kalmar, Kronoberg och Jönköpings landsting har tillsammans formulerat en strategi för att reducera hyrläkarkostnaderna med hälften.

KALMAR

I Kalmar län ingår Öland som på grund av tillströmningen av turister upplever ett mycket kraftigt ökat vårdbehov under sommaren. Därför kallar man in hyrläkare under sommaren på ett flertal av länets hälso-centraler. Man har sedan tidigare arbetat med att rekrytera läkare från utlandet men har upplevt att rekryteringsläget 2013 har varit extra besvärligt och kommer därför att tvingas förlita sig på hyrläkare i stor utsträckning.⁸

Se även Jönköping.

KRONOBERG

På grund av aviserade besparingar på hyrläkarområdet kommer den genomsnittliga väntetiden för att få behandling att öka med två månader. Genom att rekrytera läkare från utlandet hoppas man kunna få fler läkare att bli fast anställda, något som annars har visat sig svårt.⁹

Se även Jönköping.

7 <<http://www.dagensmedicin.se/jobb/stoppar-hyrlakare-inom-psykiatrin/>>.

8 <<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=86&artikel=5548052>>.

9 <<http://www.svt.se/nyheter/regionalt/smalandsnytt/dyra-hyrlakare-ska-bli-farre>>.

NORRBOTTEN

Norrbotten har näst högst kostnader för hyrläkare per invånare av samtliga landsting. Landstinget försöker motverka bristen genom att arbeta mer proaktivt med att rekrytera läkarstudenter bland annat genom att använda nya kanaler såsom sociala medier.¹⁰ Även ett närmare samarbete med andra landsting i Norrland där man upphandlar hyrläkare gemensamt samt avstår från att hyra in läkare från varandra har diskuterats.

Se även Jämtland.

SKÅNE

Regionstyrelsens ordförande Pia Kinhult (M) anser att en bättre organiserad vård skulle kunna minska kostnaderna med 10–15 procent men meddelar samtidigt att något förbud mot hyrläkare inte är aktuellt.

STOCKHOLM

Stockholm har lägst kostnader per invånare i landet för hyrläkare. 2012 års budget för bemanning överskreds dock med 202 miljoner (3,2 procent) varav inhyrd personal stod för 96 miljoner kronor.

Hyrläkare ska framdeles endast användas vid svår personalbrist under arbetstoppar.

SÖDERMANLAND

Landstinget Sörmland har de högsta kostnaderna för hyrläkare per invånare av icke-glesbygdslänen.

Under 2012 har antalet arbetade timmar av hyrläkare minskat, samtidigt som kostnaderna har fortsatt öka, trots att landstinget har arbetat aktivt med att försöka minska kostnaderna. Försök att mer aktivt söka upp läkare som håller på att specialisera sig inom bristområden har inletts. Möjligheter till gemensam upphandling tillsammans med andra landsting har tidigare diskuterats men har aldrig blivit verklighet.¹¹

UPPSALA

2012 års budget överskreds med 39 miljoner. Fler hyrläkare än planerat har använts under 2012 för att täcka upp vakanser.

Psykiatridivisionen vid Akademiska sjukhuset har utökat antalet ST-block för läkare och divisionens mål är att hösten 2013 ha full läkarbemanning och därigenom minska beroendet av hyrläkare.

Vid Lasarettet i Enköping pågår ett arbete med att se över om det finns arbetsuppgifter som kan föras över från läkare till andra yrkesgrupper för att minska kostnaderna för hyrläkare.

¹⁰ <<http://www.pitea-tidningen.se/pitea/arbete-pa-flera-fronter-for-att-locka-lakare-7269759-default.aspx?>>.

¹¹ <[>](http://folket.se/nyheter/eskilstuna/1.1364933).

VÄRMLAND

I landstingets årsredovisning kan man läsa ”Antagandet av en strategi för oberoende av ’hyrläkare’ är ett led i vårt kvalitetsarbete. Målet är att 2013 halvera kostnaderna, och redan under 2012 kan vi se tydliga resultat som gynnar patienten och ekonomin.”

Dock överskreds budgeten för landstingets sjukvårdsverksamhet ändå och bland annat hyrläkarkostnader och ”rekryteringsproblem” anges som orsaker.

VÄSTERBOTTEN

Kostnaderna för Västerbottens läns landsting är markant lägre än för övriga Norrlandsting, utslaget på invånare. Dock ökar kostnaderna snabbare här än hos övriga Norrlandsting, med undantag för Jämtlands läns landsting.

Se även Jämtland.

VÄSTERNORRLAND

Seniora läkare kan, om de arbetar inom en bristspecialitet, få arbeta 80 procent med bibehållen lön när de har fyllt 66 år som en åtgärd för att minska beroendet av hyrläkare.

Hälso- och sjukvårdsnämnden kritiserar för ”otillräcklig ekonomistyrning och bristande kontroll över kostnadsutvecklingen” då den ”inte har vidtagit tillräckliga åtgärder i syfte att begränsa de ökade kostnaderna för inhyrda läkare och för vård utanför länet”.

Se även Jämtland.

VÄSTMANLAND

Landstinget Västmanland hade som målsättning att under 2012 minska antalet arbetade timmar från hyrläkare. Målsättningen har inte uppfyllts.

Av samtliga landsting är Västmanland det landsting som haft den största kostnadsökningen mellan 2010–2012, 265 procent. Detta har lett till att Landstinget Västmanland nu har kostnader per invånare som överstiger det nationella snittet.

Kenneth Östberg (S), landstingsråd, säger dock att ett totalstopp för hyrläkare inte är planerat samt att arbetsbelastningen på kvarvarande läkare inte kommer att öka kraftigt.

VÄSTRA GÖTALAND

Västra Götalandsregionens kostnader för hyrläkare är atypiskt höga per invånare för ett storstadslän.

Enligt regionens årsredovisning pågår ett intensivt arbete på sjukhusen för att minska behovet av bemanningsläkare. Förvaltningarna har intensifierat arbetet med att minska behovet av inhyrd personal. Ett särskilt åtgärds paket med samordning och skärpta regler har tagits fram och beslutats.

Redan 2010 fattades beslut om att inga hyrläkare skulle användas i vuxenpsykiatri. Under 2012 har detta inte uppnåtts, även om arbetet fortsätter.

ÖREBRO

Örebro läns landsting hade ambitionen att minska beroendet av hyrläkare under 2012. Detta har dock inte lyckats utan kostnaderna har i stället ökat med 27 procent under året och med 160 procent sedan 2010.

ÖSTERGÖTLAND

Landstinget i Östergötland har ökat sina hyrläkarkostnader med 50 procent sedan 2010. Man har beslutat att genomföra åtgärder för att reducera kostnaderna.

Reaktioner på SKL:s beslut

Beslutet att minska kostnaderna för hyrläkare med hälften har mötts av ett stort antal reaktioner. Aktörer inom uthyrningsbranschen menar att man orättvist lastas för vad som egentligen är ett problem som skulle bli värre, inte bättre, om användandet av hyrläkare skulle minska. Många läkare uttrycker även oro för att arbetsituationen skulle förvärras avsevärt om möjligheten att använda hyrläkare som avlastning vid arbetstoppar och under vissa säsonger skulle begränsas.

Att samtliga landsting, utan att strukturella reformer genomförs på riksnivå, ska halvera kostnaderna framstår som ett mycket ambitiöst mål. Dels har många landsting under många år arbetat med frågan utan att lyckas minska kostnaderna nämnvärt och SKL:s åtgärdslista är på många sätt snarlik de åtgärder som landstingen har använt sig av för att minska hyrläkarberoendet. Gemensamma upphandlingar, proaktivitet i rekryteringar och bättre kostnadsuppföljning har redan använts i flera län men eftersom en bristsituation föreligger är det svårt att se hur ett landstings mer effektiva rekrytering inte drabbar andra landsting.

Ett annat problem är att en halvering av kostnaderna på riksnivå inte tar hänsyn till de skilda kostnadslägena i landstingen. Ett landsting som redan har arbetat med kostnadsreduktion ska ändå halvera sina kostnader om man föreställer sig att varje landsting är ansvarigt för att halvera sina kostnader. Väljer man i stället att anlägga ett nationellt perspektiv på kostnadsreduktionen skapas inte samma tydliga incitament för ett landsting att reducera kostnaderna. Oavsett vilka mätetal man använder för att utvärdera SKL:s strategi finns det ett stort problem i att utvärdera ett system med 21 autonoma aktörer med ett gemensamt mått.

Jämtlands läns landstings beslut att sluta med hyrläkare i Östersund har lett till att fem anställda läkare på Brunflos hälsocentral har sagt upp sig då de menar att den nya arbetsituationen kommer att bli ohållbar. Mikael Lilja, vice ordförande i distriktsläkarföreningen, säger till Sveriges Radio: ”Jag tror tyvärr att det kommer att fortsätta och bli sämre ytterligare ett tag med ännu mera problem och kommer att ta ännu längre tid att reparera, det är tyvärr vad jag befarar.”¹²

DE POLITISKA PARTIerna

Hyrläkarsystemet har kritiserats från båda blocken. På riksnivå är S + V + MP som väntat mer kritiska till uthyrningsföretag och partierna har också tagit ställning för en lagändring. Vänsterpartiet och Socialdemokraterna lade 2012 en motion till SKL:s kongress om att landstingen bör sluta konkurrera med varandra genom att bjuda över varandra för att hyra in läkare. Motionen avslogs dock.

12 <<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=78&artikel=5555129>>.

Miljöpartiet i Örebro läns landsting har framfört krav på ett minskat hyrläkarberoende på länets vårdcentraler genom en förbättrad rekrytering, samtidigt som man säger att bristen på distriktsläkare är ett nationellt problem.¹³

På länsnivå förekommer det att oppositionen, oavsett politisk färg, kritiserar de styrande partierna för kostnadsökningarna. I Gävleborgs län har M, FP, KD samt Sjukvårdspartiet tillsammans lagt fram en budget i vilken man vill spara in 100 miljoner kronor på hyrläkare under tre år. Detta ska ske ”[g]enom ändrat ledarskap. Om man från den högsta ledningen sätter ner foten och klargör att det nu är slut på den hierarkiska ordningen och att man ska lyssna till personalen ger det en viktig signal som snabbt kan locka fler ordinarie läkare att stanna kvar och fler att söka sig hit, säger Patrik Stenvard (M), oppositionsråd”.¹⁴

I Norrbottens läns landsting krävde det folkpartistiska oppositionsrådet Jens Sundström redan 2006 att stafettläkarsystemet skulle avskaffas i länet. Kostnaderna uppgick då till 37 miljoner kronor på halvårsbasis att jämföra med 170 miljoner kronor på årsbasis i nuläget.¹⁵

I Region Skåne, där kostnaderna för hyrläkare väntas öka med 30 procent på grund av ett nyupphandlat avtal (givet samma nyttjandegrad av hyrläkare som i nuläget) har den socialdemokratiska oppositionen kritiserat alliansmajoriteten och menar att hälften av de pengar som används till att hyra in läkare i stället borde läggas på högre löner och bättre arbetsvillkor för läkare.¹⁶

13 <<http://www.mp.se/orebro-lan/just-nu/vi-vill-bryta-beroendet-av-hyrlakare-pa-vardcentralerna>>.

14 <<http://gd.se/nyheter/sjukvard/1.5244687-oppositionens-recept-spara-pa-hyrlakarna>>.

15 <<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=98&artikel=924681>>.

16 <<http://www.sydsvenskan.se/skane/fler-miljoner-till-hyrlakare/>>.

Analys

VARFÖR HYRLÄKARE?

Själva anledningen till att hyrläkare används är att landstingen har svårt att hitta rätt kompetens vid rätt tillfälle. Det finns flera förklaringar till detta. Inom vissa typer av specialiseringar, framför allt psykiatri, råder det stor brist på kvalificerade läkare. Hyrläkarsystemet möjliggör därför en så effektiv allokering av en knapp resurs som möjligt och att kostnaderna blir stora handlar om utbud och efterfrågan.

I ett flertal landsting har man under flera år arbetat med att minska beroendet av hyrläkare. Redan 2008 skrev Dagens Samhälle om kostnaderna för systemet som hade ökat kraftigt sedan 2006.¹⁷ Trots detta har kostnaderna ökat under de senaste åren. Att erkänna att behovet av hyrläkare är reellt och utifrån denna insikt arbeta för att genomföra rätt åtgärder för att få ut så mycket nytta som möjligt till en lägre kostnad är förmodligen en mer framkomlig väg än att arbeta utifrån utgångspunkten att färre hyrläkare ska användas.

STRUKTURELLA PROBLEM

En annan viktig anledning till läkarbrist är att flera landsting rapporterar att det är mycket svårt att få läkare att stanna kvar i länet. Problemet är inte unikt för läkaryrket. Många företag som är beroende av geografisk närhet till användarna har svårigheter att rekrytera och behålla högkvalificerad och eftertraktad personal.

För att adressera problemen räcker det inte med att slå fast att hyrläkarnyttjandet är för stort. En brist på läkare måste avhjälpas med en utbudsökning som i sin tur kräver antingen en ökad utbildning av läkare eller en större invandring av läkare. Detta är inget som enskilda landsting rår över och hyrläkarsystemet kan därför betraktas som ett slags ransoneringsystem där de landsting som har de mest akuta behoven med kort varsel kan täcka dem genom att betala en premie. Det är även värt att notera att Sverige inte lider av en generell brist på läkare. Enligt Världsbanken (2010) hade Sverige 3,8 läkare per 1000 invånare. Genomsnittet för OECD-länder är 3,1 läkare per 1000 invånare och Sverige har fler läkare per 1000 invånare än USA (2,4) samt både Danmark och Finland som är jämförbara välfärdsstater (3,4 respektive 2,9) och nästan lika många som Norge (4,2).

På samma sätt kommer regleringar av eller rentav stopp för hyrläkaranvändande att resultera i att fler väljer att stanna i de landsting där behoven är som störst. Tvärtom skulle då även denna möjlighet att rekrytera läkare, då ett visst antal av dem stannar kvar i länet där de arbetat, komma att försämrats eller rentav försvinna. Man kan tänka sig ett antal politiska lösningar på problemet som, till exempel, skattelätt-

17 <<http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=114&artikel=1988830>>.

nader för läkare som avhjälpas brister eller större möjligheter till differentierad lönesättning.

En viktig poäng gällande kostnaderna för hyrläkare är att de måste jämföras med vad det i stället skulle kosta att fastanställa en läkare. Hyrläkare har inte rätt till semester och arbetsgivaravgiften betalas av uthyrningsföretaget. Det finns i nuläget ingen konsensus kring hur mycket dyrare det är med hyrläkare än landstingsanställda läkare och uppgifterna varierar kraftigt, från att det inte alls är dyrare till att kostnaderna är tre gånger så höga för hyrläkare.

I debatten presenteras hyrläkarkostnaden ofta som bruttopost vilket ger intrycket av att merkostnaderna är större än vad de egentligen är. Särskilt viktigt blir detta att beakta om man åsnyftar att locka läkare att stanna inom ett visst län genom att höja lönerna.

Sammantaget bör hyrläkarsystemet betraktas som en marknadslösning på ett antal problem av politisk natur. Även om man anser att kostnaderna i dag är på tok för stora så borde fokus ligga på att avhjälpa problemen snarare än det symptom som för stora hyrläkarkostnader utgör.

Ett argument som motståndare till hyrläkare ofta begagnar sig av är att hyrläkare, till skillnad från landstingsanställda läkare, inte har rätt till fortbildning. Argumentet är i sig korrekt men det finns flera aspekter som bör beaktas. För det första är det ovanligt att läkare arbetar på uthyrningsbasis hela sina yrkesliv varför fortbildningen kan ske under en annan fas i karriären. Många som arbetat som hyrläkare eller som uthyrare av läkare vittnar också om att det i sig är värdefullt från kompetenssynpunkt att ha arbetat på ett flertal olika arbetsplatser.

Fortbildning för läkare är, generellt sätt, ett problematiskt område. Under ett seminarium i Almedalen i juli 2013 presenterade Sveriges läkarförbund en rapport om situationen på fortbildningsområdet för läkare. Här argumenterar man för att även landstingsanställda läkare får bristfällig fortbildning.

Eftersom rapporten hänvisar till tidsbrist som det enskilt största problemet för fortbildning skulle hyrläkare kunna spela en viktig roll genom att gå in och täcka de vakanser som uppstår när andra läkare ägnar sig åt fortbildning. Det går även att argumentera för att det är att betrakta som en viss form av fortbildning att arbeta som hyrläkare samt att det måste vara upp till hyrläkarna själva att göra avvägningen mellan högre lön på kort sikt som hyrläkare och en möjligt lägre lön på lång sikt på grund av bristfällig fortbildning.

Även om man vill hävda att fortbildning för hyrläkare är ett problem som bör åtgärdas är en inskränkning av landstingens frihet att begagna sig av hyrläkare fel väg att gå. I stället skulle man kunna tänka

sig att landstingen ställer krav på att de hyrläkare man väljer att anlita ska ha genomgått viss utbildning för att anses uppfylla kraven för att få arbeta som hyrläkare inom ett visst landsting.

FÖRDELAR MED HYRLÄKARE

Förutom att hyrläkare avhjälpes akuta bristsituationer i vården och garanterar vård i tid finns det även andra fördelar med systemet som inte alltid uppmärksammas i debatten.

För en landstingsanställd läkare går en stor del av tiden åt till andra saker än patientkontakt. Hyrläkare behöver inte lägga lika mycket tid på administrativa uppgifter som landstingsanställda läkare utan kan i stället utnyttja sin tid i större utsträckning åt att ge vård. Inom stora delar av näringslivet utförs allt ifrån redovisning till kommunikationsarbete av inhyrda konsulter och precis som i fallet med hyrläkare är det inte säkert att nyttan för företaget som anlitar konsulterna blir lägre, trots att konsulterna kostar mycket mer per timme än vad den ordinarie personalen gör.

Då hyrläkare används på till exempel en vårdcentral avlastas den ordinarie personalen. En indirekt effekt av detta är att sagda vårdcentral då undviker att hamna i en ond spiral där det blir svårt att rekrytera personal på grund av den hårda arbetsbelastningen varför ytterligare hyrläkare krävs. Jämtlands läns landstings beslut att helt sluta med hyrläkare resulterade i att ett flertal läkare sade upp sig och med tanke på att SKL:s beslut att minska kostnaderna gäller för samtliga landsting finns risk för ett på sikt omfattande problem i takt med att landstingen skär i sina hyrläkarkostnader.

Vårdbehov är ofta demografiskt präglade. En läkare som har erfarenhet från att arbeta i ett flertal olika landsting har rimligen en i sig mycket värdefull kompetens då han eller hon kommer i kontakt med en mer heterogen skara vårdtagare. I näringslivet i övrigt värderas ofta detta och det anses mer eller mindre självklart att internationell erfarenhet är en merit. Eftersom läkaryrket uppvisar stora variationer även inom landet bör den kompetens som hyrläkare skaffar sig värdesättas.

Slutsatser

BÄTTRE UPPHANDLINGAR

Det finns ett stort antal verksamheter där säsongsberoende produktionstoppas hanteras. Det är sällan man läser om en fabrik som tvingas stänga eller som med kort varsel tvingas anställa personal på inhyringsbasis. Än mindre vanligt är att man läser att samtliga fabriker inom en viss sektor, år efter år, tvingas förfara på detta sätt. Analogin är förstås inte perfekt, det finns skillnader mellan vård och omsorg och industriproduktion. Samtidigt ser vi att landstingens prognoser för kostnader för hyrläkare regelbundet visar sig vara felaktiga, ofta grovt felaktiga. En nationell strategi för landstingens tidsplanering skulle med stor sannolikhet kunna ha mer positiva effekter för landstingens utgifter för hyrläkare än vad det har att angripa symtomen, alltså de ökade kostnaderna.

I den mån patientkontinuitet och brist på fortbildning för hyrläkare bedöms äventyra verksamhetens kvalitet skulle även detta kunna avhjälpas med bättre upphandlingar. Bättre kravprofiler, bättre system för att utvärdera och följa upp resultat skulle i kombination med långsiktiga rekryteringsplaner kunna hjälpa landstingen att hålla sina kostnader under kontroll.

POLITISKA REFORMER

Ett annat exempel på hur man skulle kunna attackera problemen snarare än symtomen skulle vara att avhjälpa bristen på vissa specialiseringar inom läkaryrket. Bättre utbildningar och/eller fler utbildningsplatser inom bristspecialiseringar är reformer som ligger utanför landstingens kontroll men där de politiska partierna på riksnivå skulle kunna lägga fram reformförslag som skulle kunna vara till stor nytta för bättre vårdkvalitet.

Att utbilda sig till läkare är ett stort åtagande som för den enskilde innebär ett stort inkomstbortfall under lång tid, särskilt då man måste ha i åtanke att endast personer med stor fallenhet för studier samt med hög produktivitet kan komma i fråga för en avancerad utbildning som ett läkarprogram. Det finns ingen anledning att bortse från det faktum att Sveriges höga marginalskatter är särskilt skadligt då vi tittar på dess effekter på kombinationen lång utbildning och höga förväntade inkomster.

EN MER NYANSERAD SYN PÅ HYRLÄKARE

Landstingens sammanlagda kostnad för hyrläkare uppgår till 2,3 miljarder kronor per år i nuläget. Detta måste dock ställas i relation till den totala vårdbudgeten i Sverige, som är ungefär hundra gånger så stor. Att denna procent av kostnaderna tillåts få så stor årlig medial uppmärksamhet samt att SKL väljer att formulera en nationell strategi som man själva medger inte kommer att lyckas kan ifrågasättas, särskilt

då man måste komma ihåg att de 2,3 miljarder kronor som spenderas går till att avlasta hårt arbetande läkare samt att garantera vårdtagare vård av hög kvalitet i tid.

Hyrläkarbranschen har, precis som alla konkurrensutsatta branscher, aktörer som är mer eller mindre kompetenta. I stället för att utmåla en bransch som sysslar med att garantera kvaliteten i svensk vård som oseriös bör debatten i stället handla om hur hyrläkarsystemet kan utformas, granskas och utnyttjas på ett så effektivt sätt som möjligt. Den fria marknaden löser, genom hyrläkarsystemet, ett problem som till stor del är politiskt till sin natur. Denna insikt i debatten skulle kunna medföra att vi sommaren 2014 slipper läsa samma artiklar om "vårdkaos" och skenande kostnader.