

ABCD

Landstinget Dalarna

Hälsa- och sjukvårdens användande av
stafettläkare

Revisionsrapport

KPMG AB

2010-01-07

Antal sidor: 11

Antal bilagor: 2

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Bakgrund	3
3.	Syfte och särskilda frågeställningar	3
4.	Metod och genomförande	4
5.	Bemanning	4
6.	Företeelsen stafettläkare	4
7.	Användande av stafettläkare i Landstinget Dalarna	6
7.1	Den aktuella situationen	6
7.2	Ansvarsfrågor	6
7.3	Styrdokument m.m. inom granskningsområdet	6
7.4	Upphandling av stafettläkartjänster	6
7.4.1	Upphandlingskontrakt	7
7.5	Rutiner vid anlitande av stafettläkare	8
7.6	Kostnader	9
8.	Hur ser framtiden ut?	10

1. Sammanfattning

Vår sammanfattande bild från den gjorda granskningen är att verksamheterna följer givna anvisningar och upparbetade rutiner, och med något undantag tillämpar framförhandlade upphandlingskontrakt. Vår bild är också att verksamheterna är noggranna med referenstagning och uppföljning i det dagliga arbetet av de stafettläkare som första gången arbetar i en verksamhet. Beträffande kostnader för användande av stafettläkare kan konstateras att dessa förväntas minska. Med delårsrapport 2 per augusti 2009 som underlag förväntas kostnaderna för stafettläkare inom närsjukvården minska från 65 miljoner kronor till 60 miljoner kronor medan motsvarande kostnader för länssjukvården förväntas minska från 52 miljoner kronor till 38 miljoner kronor. Enligt uppgift från förvaltningarnas ekonomichefer har merkostnaden, d.v.s. den kostnad, som enligt givna förutsättningar inte kan finansieras inom befintlig budget, inom närsjukvården beräknats till 0,8 miljoner kronor mot 17 miljoner kronor 2008 medan inom länssjukvården ingen merkostnad beräknas uppstå. Motsvarande kostnad 2008 var 12-13 miljoner kronor. De minskade kostnaderna synes främst vara en följd av att bemanningssituationen förbättrats genom utlandsrekryteringar (närsjukvården), ett ökat antal ST-anställningar och ett förbättrat rekryteringsläge inom vissa verksamheter.

Med hänvisning till olika avsnitt i rapporten föreslår vi följande förändringar:

- Att innehållet i uppdragskontrakten beträffande leverantörens skyldighet att kompetens- utveckla sin personal vid kommande upphandlingar/förlängning av kontrakt får större uppmärksamhet och en striktare utformning. Detta mot bakgrund av hur viktig kompetensutveckling är i en kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvård (7.4.1).
- Att uppföljning av träffade avtal både under löpande avtalsperiod och inför nya avtal alternativt förlängningar bör förbättras (7.4.1).
- Att inrättandet av en samordnarroll inom länssjukvården, alternativt en samordnarroll för psykiatrin och en för länssjukvården i övrigt övervägs, detta mot bakgrund av närsjuk- vårdens goda erfarenheter (7.5).
- Att verksamhetschefer inom närsjukvården, där så inte redan sker, tar sig en aktivare roll vid introduktion och även uppföljning av en ny stafettläkare som tidigare inte arbetat i verksamheten. Enligt vår mening bör verksamhetschefen informera övergripande om vårdcentralens sätt att arbeta och vad som förväntas av stafettläkaren (7.5).
- Att en skriftlig rutin som också vidimeras av dem som berörs av rutinen upprättas angående ansvar för och omhändertagande av remissvar som kommer till verksamheten sedan den stafettläkare som utfärdade remissen slutat (7.5).
- Som framgår av bilagorna 1 och 2 så saknas det för några verksamheter uppgifter om prognostiserade kostnader då de redovisas på/inom andra ansvarsområden. Prognostiserade kostnader för stafettläkare är därmed i praktiken högre än de belopp som anges i delårsrapporten. För att få överensstämmelse mellan utfall och prognos samt jämför-

barhet mellan verksamheterna borde uppgifterna i prognosen redovisas på samma sätt som utfallet (7.5).

- Att redovisningen inom länssjukvården förändras så att kostnader för konsultläkare (främst från universitetssjukhus) och tillgänglighetssatsningar bokförs på andra huvudbokskonton (7.6).
- Att initiativ tas till en diskussion mellan företrädare för AT-läkarna och arbetsgivaren för att konkret diskutera vad som krävs för att förmå fler AT-läkare att efter avslutad AT-tjänstgöring söka ST-anställning inom landstinget.

Då systemet med stafettläkare oftast upplevs som ett problem med sämre kontinuitet för patienterna, lägre vårdkvalitet och högre kostnader för landstingen föreslår vi också att landstingsstyrelsen initierar en diskussion härom antingen gemensamt med övriga landsting i Uppsala/Örebroregionen eller direkt gentemot SKL (8).

2. Bakgrund

I Landstinget Dalarna uppstod bemanningsproblemen under senare delen av 1990-talet. I årsredovisningen för 2008 angavs kostnaden för inhyrning av personal till 117 miljoner kronor varav närsjukvården svarade för ca 65 miljoner kronor och länsjukvården för resterande 52 miljoner kronor. Merkostnaden, d.v.s. den kostnad som inte täcktes inom befintlig budget, uppgick till 17 miljoner kronor inom närsjukvården och till 12-13 miljoner kronor inom länsjukvården. Förutom ökade kostnader innebär användandet av stafettläkare kontinuitetsproblem. För många patienter, inte minst inom primärvården/närsjukvården och psykiatri, med behov av kontakt med vården under lång tid är kontinuitet ytterst viktig. Dessutom kan brister i kontinuiteten ge brister i vårdkvaliteten.

Mot ovan nämnda bakgrund har landstingets revisorer i revisionsplanen för 2009 beslutat genomföra en granskning av hälso- och sjukvårdens användande av stafettläkare och har efter offertinfordran uppdragit åt KPMG att genomföra denna granskning.

3. Syfte och särskilda frågeställningar

Granskningens syfte har varit att dels utifrån ett övergripande perspektiv beskriva företeelsen med stafettläkare och de alternativ till användandet av stafettläkare som kan finnas, dels bedöma omfattningen av landstingets anlitande av stafettläkare liksom ändamålsenlighet och effektivitet i de rutiner som tillämpas. Inom ramen för det övergripande syftet har granskningen förutsatts beskriva alternativt ge svar på bl.a. följande:

- Beskriv företeelsen med stafettläkare liksom övergripande resonemang kring möjliga alternativ till användande av stafettläkare sett utifrån såväl innehåll i vården som till kvaliteten.
- På vilket sätt och var i organisationen sker prövning av behoven av stafettläkare och övervägs i prövningen på olika organisatoriska nivåer eventuella alternativa lösningar till att tillgodose behovet av läkare?
- Är förekommande organisation och rutiner för anlitande av stafettläkare ändamålsenliga och säkerställs ett så effektivt och ändamålsenligt nyttjande som möjligt (kostnads- mässigt, att anlitade läkare är legitimerade och har tillräckliga kvalifikationer, att fakturor är rättvisande o.s.v.)?
- Efterlevs förekommande rutiner och följs upphandlade avtal? Om så inte är fallet hur omfattande är avvikelserna och hur motiveras dessa? På vilket sätt hanteras avvikelserna i organisationen?
- På vilket sätt beaktas merkostnaden för stafettläkare i samband med upprättande och för- delning av årsbudgetar?

- På vilket sätt hanteras (såväl redovisningsmässigt som praktiskt och administrativt) gränsdragningen mellan stafettläkare, vikarier och konsultläkare och görs redovisningen härav på ett rättvisande sätt?

I granskningen skulle också övriga frågeställningar relevanta för att uppnå granskningens syfte beaktas.

4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts under tiden augusti – december 2009 och har omfattat en genomgång av styrdokument med bäring på uppdraget. Vidare har intervjuer genomförts med förtroendevalda ur såväl majoritet som minoritet, landstingsdirektören, förvaltningscheferna inom när- och länsjukvården, upphandlingsansvariga, verksamhetschefer inom när- och länsjukvården samt samordnaren inom närsjukvården. Totalt har 19 personer intervjuats. Med hänsyn till att stafettläkare numera förekommer i samtliga landsting/regioner har kontakt också tagits med SKL för att få information om eventuella aktiviteter för att begränsa eller helt upphöra med anlitaandet av stafettläkare samt om SKL verkar för ett ökat antal utbildningsplatser i läkarutbildningen.

Under arbetets gång har avstämning skett mot revisionschefen och en muntlig delrapport har lämnats. Saklighetsgranskning av rapporten har skett av landstingsdirektören.

5. Bemanning

Ansvariga för projektets genomförande har Bo Järnbring och Margareta Sandberg varit. I sin egenskap av kundansvarig har Magnus Larsson deltagit i projektet.

6. Företeelsen stafettläkare

För att säkerställa en fungerande läkarförsörjning har landstingen/regionerna sedan lång tid tillbaka i brist på egna anställda läkare måst hyra in s.k. stafettläkare. Inledningsvis uppstod bemanningsproblemen främst i norra Sverige och i glesbygd. Idag finns problemen i samtliga landsting/regioner och inom såväl primärvård, psykiatri som sjukhusvård. En kartläggning gjord av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) i juni 2008 visade att samtliga landsting/regioner anlitar stafettläkare i olika specialiteter men främst inom allmänmedicin och psykiatri. I enkäten bedömde en majoritet av landstingen/regionerna att behovet skulle vara oförändrat under 2008 och 2009 medan under 2010 skulle behovet minska. Dock bedömde två landsting/regioner att behovet skulle öka under 2010. Bemanningsproblemen anses främst vara en följd av en underdimensionerad läkarutbildning där fackliga intressen fått alltför stort genomslag.

Till en början bestod gruppen stafettläkare främst av landstingsanställda läkare som i samband med jourkompensationsledighet eller annan fritid åtog sig uppdrag som stafettläkare, oftast i annat landsting. I takt med att behoven av stafettläkare ökade började emellertid bemanningsföretagen visa intresse att tillhandahålla stafettläkare och idag domineras ”marknaden” helt av bemanningsföretag. Med stafettläkare avses oftast läkare anställda av bemanningsföretag och inte läkare som tillhandahålls av andra landsting (t.ex. konsultläkare) och där ersättningen betalas till landstinget.

Systemet med stafettläkare framhålls i den allmänna debatten som ett problem. Detta utifrån behovet av kontinuitet, ur kvalitetssynpunkt samt ur kostnadssynpunkt. För många patienter, inte minst inom primärvården/närsjukvården och psykiatrin, med behov av kontakt med vården under lång tid är kontinuitet ytterst viktig. Detta uppnås som regel inte genom stafettläkare. Brister i kontinuiteten kan också påverka vårdens kvalitet och risken att patienten "faller mellan stolarna" anses uppenbar liksom att läkemedelshanteringen blir sämre. Kostnaden för en stafettläkare är nästan den dubbla jämfört med kostnaden för lön (inkl. lönebikostnader) åt en av landstinget anställd läkare. Stafettläkare anses också ta fler prover och utfärda fler remisser än ordinarie läkare, vilket innebär ökade kostnader liksom kostnader för stafettläkarens introduktion.

Å andra sidan hävdar förespråkare för stafettläkarsystemet, främst stafettläkare och företrädare för bemanningsföretagen, att anlita läkare innebär att all tid går till patientarbete och att man kortar patienternas väntetider. Många stafettläkare motiverar sitt val med önskemål om mera fritid och att man valt bort dålig arbetsmiljö, alltför hög arbetsbelastning samt ständiga organisationsförändringar i landstingens verksamheter.

Kvar står emellertid att landstingen/regionerna enligt hälso- och sjukvårdslagen ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget/regionen får tillgång till en fast läkar-kontakt och den enskildes val får inte begränsas till ett visst geografiskt område. Detta uppnås inte genom anlita läkare. Samtidigt eftersträvas en likvärdig vård i hela landstinget.

Med de höga kostnader samt kontinuitets- och kvalitetsproblem som är förenade med stafettläkar-systemet söker landstingen/regionerna alternativa lösningar. Över tid har detta inneburit att uppgifter där inte läkarlegitimation uttryckligen krävs överförs till andra personalkategorier. Mest framgångsrik synes primärvården ha varit där uppgifter överförs till främst distriktssköterskor. Detta överförande har för övrigt underlättats av att distriktssköterskor för ett antal år sedan efter särskild utbildning fått förskrivningsrätt för vissa läkemedel. Andra lösningar kan vara att ge AT- och ST-läkare ett något större ansvar. Detta måste dock balanseras mot att dessa läkare är under utbildning och ska ha tillgång till handledning. Inte sällan styrs "tunga" patienter som kräver läkar-kontinuitet mot en verksamhets ordinarie läkare. Även här måste försiktighet iakttas så att dessa läkares börda inte blir alltför tung och att man väljer att lämna sin landstingsanställning. Andra lösningar kan vara "internstafetter" där av landstinget anställda läkare mot högre ersättning erbjuds att under fritid arbeta inom exempelvis primärvården liksom att poolanställningar inrättas med skyldighet att arbeta inom den egna specialiteten inom hela landstinget.

Sannolikt finns inom alla specialiteter ytterligare möjligheter till omfördelningar både inom och mellan personalkategorier.

Som framgår ovan anges bland skälen att övergå från en landstingsanställning till att arbeta som stafettläkare dålig arbetsmiljö och hög arbetsbelastning. Rimligen borde detta leda till en gemensam analys mellan arbetsgivarna och läkarnas fackliga företrädare med mål att undanröja dessa problem liksom att diskutera anställningsvillkor i allmänhet och därmed få fler läkare att välja landstinget/regionen som arbetsgivare.

7. Användande av stafettläkare i Landstinget Dalarna

7.1 Den aktuella situationen

Inom närsjukvården var vid granskningstillfället av ca 160 läkartjänster 30-40 besatta med stafettläkare. Inom länssjukvården finns vakanser främst inom psykiatri (barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri) men i mindre omfattning också inom ett antal andra verksamhetsområden. Endast verksamhetsområden som anestesi/operation/iva i Falun, dermatologi, infektionssjukdomar, internmedicin/geriatrik i Mora, ortopedi i Falun och Mora, reumatologi samt röntgen Falun/Avesta/Ludvika och Mora har under hösten 2009 bedömts klara sig helt utan stafettläkare. Den faktiska bemanningssituationen inom röntgen Falun/Avesta/Ludvika och Mora har dock inneburit att stafettläkare nyttjats i dessa verksamheter under hösten 2009.

7.2 Ansvarsfrågor

Landstingsstyrelsen är enligt dess reglemente tillika hälso- och sjukvårdsnämnd och har i egenskap av ansvarig nämnd under landstingsfullmäktige det yttersta ansvaret för hälso- och sjukvården i länet.

Under landstingsstyrelsen är hälso- och sjukvården organiserad i tre förvaltningar, närsjukvården, länssjukvården samt LD hjälpmedel. Den senare förvaltningen har inte berörts av granskningen. Under landstingsstyrelsen leds verksamheten av landstingsdirektören och under denne leds närsjukvården respektive länssjukvården var och en av en förvaltningschef, tillika biträdande landstingsdirektör. Inom närsjukvården har verksamheten organiserats i fem geografiska närsjukvårdsområden, vart och ett lett av en närsjukvårdschef. Även inom vuxenpsykiatri har verksamheten indelats i totalt åtta geografiska och funktionsområden medan barnpsykiatrien organiserats gemensamt för länet. Övrig del av länssjukvården har organiserats i verksamhetsområden omfattande verksamhet vid ett eller flera sjukhus.

7.3 Styrdokument m.m. inom granskningsområdet

Förutom Landstingsplan (Budget 2009 och Plan 2010-2011) har inga politiska beslut fattats beträffande användningen av stafettläkare. Däremot har förvaltningschefen för länssjukvården 2007-11-06 lämnat Anvisningar och riktlinjer för nyttjande av inhyrd personal respektive motsvarande korttidsanställningar. I anvisningarna anges bl.a. ekonomiska förutsättningar, ersättningsnivåer, hantering gentemot gällande upphandlingsregler, samt hur beslutsprocessen ska gå till. Motsvarande regler finns inte inom närsjukvården. Genom samordnaren har dock utarbetats rutiner m.m. att tillämpas vid anlitan av stafettläkare.

7.4 Upphandling av stafettläkartjänster

Enligt lagen om offentlig upphandling (LOU) har upphandling skett av stafettläkartjänster. Inom närsjukvården har tjänster upphandlats från ett femtontal bemanningsföretag vilka rangordnats i samband med upphandlingen. Denna upphandling avsåg ursprungligen tiden 2007-07-01–2009-06-30 men har förlängts 12 månader. Under samma tid har ett antal upphandlingskontrakt, totalt 22 kontrakt, tecknats inom psykiatri avseende allmän-, rätts- samt barnpsykiatri. Dessa har också förlängts. För övrig del av länssjukvården har nyligen upphandling också skett. Denna upphandling har emellertid anmälts för överprövning av länsrätten, som dock lämnat anmälan utan

avseende. Även här kommer alltså användande av stafettläkare efter undertecknande av upphandlingskontrakten att ske enligt den gjorda upphandlingen.

7.4.1 Upphandlingskontrakt

Sedan upphandlingen avslutats upprättas ett upphandlingskontrakt mellan leverantören och landstinget. I kontraktet, som har en standardiserad utformning, regleras förutom kommersiella villkor, leverantörens och landstingets skyldigheter. Bland leverantörens skyldigheter må nämnas att tillse att anvisad läkare har tillräcklig kompetens, att man i kontakt med Socialstyrelsen förvärvat sig om åberopade handlingars äkthet, att aktuell läkares legitimation inte återkallats och att läkaren inte ålagts disciplinpåföljd som har betydelse för möjligheten att anställas som läkare. En beställning ska normalt ske senast fem veckor före uppdragets påbörjande. I ett avropsavtal, som överlämnas före tjänstgöringen, ska aktuell läkare namnges. Beträffande kompetens anges i upphandlingskontraktet lägsta nivå i respektive specialiteter. För att uppnå största möjliga kontinuitet bör anlita läkare arbeta minst en vecka och återkomma regelbundet vid fortsatt behov.

Landstinget har i kontraktet inte bundit sig för en viss minimikvantitet men är bundet att anlita upphandlade företag med avrop enligt den rangordning som nämns ovan. Först om upphandlade företag 14 dagar före aktuell tjänstgöring inte kunnat anvisa läkare har verksamheten möjlighet att välja annan leverantör utanför upphandlingen.

Kommentar:

Vår bild är att verksamheterna med undantag för en verksamhet i norra närsjukvårdsområdet är noga med att följa gjorda upphandlingar. Avsteget i detta fall motiveras med den speciella verksamhet, "fjällakutverksamhet", som sägs bedrivas. Motivet för avsteg från gjord upphandling har accepterats av närsjukvårdens förvaltningschef. Kvar står dock att den aktuella vårdcentralen ingått i gjord upphandling. Då nu upphandlingskontrakt kommer att tecknas för resterande del av läns- sjukvården bör kunna förväntas att dessa iakttas även av den aktuella vårdcentralen.

Vår bild är också att verksamheterna är positiva till innehållet i uppdragskontrakten som verksamheterna menar binder upp och sätter press på leverantörerna. Dock saknas enligt vår mening en viktig del i kontrakten nämligen leverantörens skyldighet att kompetensutveckla sin personal. Visserligen sägs under 14.2 Kompetens att "leverantören svarar för att personalens kompetens är adekvat och upprätthålls under avtalsperioden". Med hänsyn till vikten av att kompetensutveckling sker i en kunskapsintensiv verksamhet som hälso- och sjukvården anser vi att detta avsnitt bör få större uppmärksamhet och en striktare utformning i kommande avtal.

Beträffande kostnader (se vidare under 7.6) bedömer verksamheterna inte att kontrakten bidragit till att sänka kostnaderna. Däremot är deras bedömning att kontinuiteten med stöd av avtalen förbättrats.

Beträffande uppföljning av träffade avtal under löpande avtalsperiod och inför nya upphandlingar alternativt förlängning av avtal har vi kunnat konstatera att uppföljningen bör förbättras. Beträffande närsjukvårdens avtal har på initiativ av dess samordnare uppföljning skett vid ett tillfälle medan motsvarande inte ägt rum vad avser avtalen inom psykiatrin.

7.5 Rutiner vid anlitande av stafettläkare

Vid behov att anlita stafettläkare fattas beslut på två olika sätt. Enligt länssjukvårdschefens ovan nämnda anvisningar presenterar berörd verksamhetschef ett förslag för länssjukvårdschefens beslut. Inom närsjukvården fattas motsvarande beslut av verksamhetschefen. I båda fallen förutsätts att finansiering sker inom budget. Som framgår nedan under avsnitt 7.6 är så inte alltid möjligt.

Förslaget respektive beslutet att anlita stafettläkare föregås ofta av diskussion mellan verksamhetschefen och medarbetarna, där möjligheterna att omfördela uppgifter både inom och mellan olika personalkategorier diskuteras med mål att söka undvika anlitandet av stafettläkare.

Vad gäller omfördelning mellan olika läkarkategorier gjordes i september 2008 genom landstingets utvecklingsavdelning en genomgång av 2 237 besök på allmänläkarmottagningar vid fyra vårdcentraler. Ett av resultaten från denna undersökning tyder på att sådan omfördelning utifrån behov av läkarkontinuitet sker. Bl.a. gjordes en jämförelse mellan diagnosmönstren för ordinarie läkare, stafettläkare och AT/ST-läkare. Undersökningen visade att ordinarie läkare oftare hade patienter som fått en diagnos tillhörande de endokrina sjukdomarna (i huvudsak diabetes) och cirkulationsorganens sjukdomar (dit hypertoni/högt blodtryck) hör. Det torde i dessa fall röra sig om patienter med kontakt med sjukvården under lång tid och där läkarkontinuiteten är viktig. Stafettläkare och AT/ST-läkare hade oftare patienter som fått en diagnos tillhörande andningsorganens sjukdomar (inte minst övre luftvägsinfektion) där läkarkontinuiteten inte är lika viktig.

Även kontakten med bemanningsföretagen sker på två olika sätt. Inom närsjukvården sker denna kontakt genom samordnaren medan inom länssjukvården tar verksamheten direkt kontakt med bemanningsföretaget. I båda fallen presenterar företaget enligt kontraktet en namngiven stafettläkare. Om denna inte tidigare är känd tar berörd verksamhetschef alltid referenser och verksamhetschefen tar därefter slutlig ställning till företagets förslag. Om förslaget accepteras upprättas ett uppdragskontrakt. Inom närsjukvården upprättas dessutom en bilaga till uppdragskontraktet, Ansvarsförbindelse, enligt vilken företaget garanterar att berörd läkare har tillräcklig kompetens för uppdragets fullgörande samt har godkänd legitimationshandling med foto, godkänd läkarexamen, bevis om specialistkompetens m.m. Garantier härför har också lämnats i upphandlingskontraktet men ansvarsförbindelsen innebär naturligtvis en extra press på företaget. Även om mycket noggrann referenstagning sker händer, dock mycket sällan, att en stafettläkares tjänstgöring avbryts.

Vid ankomsten till arbetsplatsen introduceras läkaren i länssjukvården oftast av verksamhetschefen, biträdd av avdelningschefen (mottagningsrutiner) och läkarsekreterare (journalssystem). I närsjukvården deltar oftast inte verksamhetschefen (eller den medicinske rådgivaren om verksamhetschefen inte är läkare) utan endast avdelningschef och läkarsekreterare. Förutom muntlig information finns såväl inom när- som länssjukvården tillgång till skriftlig information om rutiner, samarbetspartners m.m.

Uppföljning av stafettläkarens arbete sker i närsjukvården oftast på ett informellt sätt genom att personal rapporterar speciella ageranden och händelser till avdelningschefen eller verksamhetschefen medan verksamhetschefen inom länssjukvården tar aktivare del i uppföljningen genom uppföljningssamtal med stafettläkaren.

Efter avslutad tjänstgöring följs läkaren i närsjukvården upp i ett särskilt formulär Utvärdering inhyrd läkare som insänds till samordnaren att användas inför ställningstagande till ett eventuellt nytt uppdrag för läkaren inom närsjukvården.

Vi har också granskat hur rutinerna ser ut för att ta hand om svar på de remisser som kommer till vårdcentralen efter att stafettläkaren avslutat sin tjänstgöring. Den vanligaste rutinen synes vara att svaret tas om hand av nästa stafettläkare, eller om ingen sådan är planerad, av en ordinarie läkare på mottagningen. Endast undantagsvis finns en skriftlig rutin.

Kommentar:

Inom närsjukvården har samordnaren en viktig roll i kontakten mellan verksamheterna och de olika bemanningsföretagen. Hos samordnaren samlas också information både om företagen och deras anställda som kan vara av stort värde inför en ny upphandling alternativt förlängning av avtal och vid förslag om stafettläkares tjänstgöring vid en vårdcentral. Samordnaren har också bidragit till enhetliga och fasta rutiner i kontakten med bemanningsföretagen. Bland närsjukvårdens verksamhetschefer anses samordnaren ha en viktig funktion och enligt vår mening borde en motsvarande funktion övervägas även inom länssjukvården, möjligen uppdelad på en samordnare för psykiatri och en för övrig länssjukvård.

Vi har förvånats över den passiva roll verksamhetschefen har då en ny stafettläkare introduceras på vårdcentralen. Vi har inga synpunkter på att information om mottagningsrutiner och journalsystem sker genom andra kategorier men enligt vår mening bör verksamhetschefen informera övergripande om vårdcentralens sätt att arbeta och inte minst om vad som förväntas av den nye medarbetaren.

Slutligen vad avser omhändertagande av remissvar som kommit till vårdcentralen sedan stafettläkaren slutat sin tjänstgöring anser vi att en skriftlig rutin för omhändertagandet bör upprättas och att samtliga av rutinen berörda skriftligen ska vidimera att man tagit del av rutinen. Ett remissvar som hamnar på avvägar kan få mycket stora och allvarliga konsekvenser.

7.6 Kostnader

Som framgår av avsnitt 7.5 förutsätts finansieringen vid anlitan av stafettläkare ske inom budget, främst ur lönedel för vakanta läkartjänster. Enligt avsnitt 2 uppgick kostnaderna för inhyring av personal 2008 till 117 miljoner kronor varav närsjukvården svarade för 65 miljoner kronor och länssjukvården för resterande 52 miljoner kronor. Merkostnaden 2008 uppgick inom närsjukvården till 17 miljoner kronor och inom länssjukvården till 12-13 miljoner kronor. Med delårsrapport 2 augusti 2009 som underlag har kostnaderna för 2009 för stafettläkare beräknats till 60 miljoner kronor inom närsjukvården och till 38 miljoner kronor inom länssjukvården. Enligt uppgift från förvaltningarnas ekonomichefer har merkostnaden för närsjukvården beräknats till 0,8 miljoner kronor medan ingen merkostnad beräknas uppstå inom länssjukvården. Beträffande bilaga 2 Kostnader för stafettläkare inom länssjukvården är dock att märka att endast 75 % av denna summa avser stafettläkare medan övrig del avser kostnader för konsultläkare och tillgänglighetssatsningar som bokförs på ett och samma kostnadsställe.

Kommentar:

Som synes förväntas kostnaderna under 2009 för stafettläkare minska inom såväl när- som länssjukvården. Förutom att verksamheterna säger sig göra en noggrann prövning innan stafettläkare anlitas har vi inte fått någon förklaring till den förväntade minskade kostnaden. Rimligen borde dock finnas ett samband med att bemanningssituationen successivt förbättras genom utlandsrekryteringar (närsjukvården), ökat antal ST-anställningar (se vidare under avsnitt 7) och naturligtvis ett förbättrat rekryteringsläge inom vissa verksamheter. Vår bild är att verksamheterna är noga med att kontrollera att erhållna fakturor är korrekta. Som ett exempel härpå kan nämnas att vid en av besökta vårdcentraler nämndes att kreditnota krävts (och erhållits) då en stafettläkare en fredagseftermiddag lämnat mottagningen två timmar före avtalad tid.

Kostnader för stafettläkare under 2008 och 2009 (t.o.m. augusti) fördelade per vårdcentral inom närsjukvården respektive olika verksamhetsområden inom länssjukvården samt prognoser för 2009 redovisas i bilagorna 1 och 2. Som framgår av bilagorna prognostiseras inte stafettläkar-kostnader för alla verksamheter. Detta beror på att man i prognosen redovisar kostnaderna under andra ansvarsområden. Inom länssjukvården prognostiserar man stafettläarkostnader för ögonklinik och medicinklinik Falun inom ansvarsområden för vårdgarantin. Inom närsjukvården prognostiserar man kostnader för vårdcentraler inom NSO Falun i posten för personalkostnader. Detta innebär att prognostiserade kostnader för stafettläkare i praktiken är högre än de belopp som anges i delårsrapporten. För att få överensstämmelse mellan utfall och prognos samt jämförbarhet mellan verksamheterna borde uppgifterna i prognosen redovisas på samma sätt som utfallet.

Även om kostnaderna för stafettläkare förväntas minska är detta en mycket stor kostnadspost som det är angeläget att noga följa. Också med tanke på den uppmärksamhet stafettläkar-systemet väcker i olika sammanhang är det angeläget att dess kostnader redovisas på ett korrekt sätt och att begreppet ”stafettläkare” definieras på ett entydigt sätt. Enligt vår mening bör stafettläkare definieras som läkare anställda av bemanningsföretag och alltså inte läkare som tillhandahålls av andra landsting och där ersättningen betalas till landstinget. Vi föreslår därför att redovisningen inom länssjukvården förändras och att kostnader för konsultläkare (främst från universitets-sjukhus) och tillgänglighetssatsningar bokförs på andra huvudbokskonton.

8. Hur ser framtiden ut?

Som framgår ovan genomför närsjukvården utlandsrekryteringar bl.a. i Polen, Tyskland och Holland. Med hänsyn till bl.a. att de utländska läkarna måste lära sig svenska språket ger dessa rekryteringar inga snabba lösningar. Erfarenheten säger dessutom att många av dessa läkare stannar i Sverige en begränsad tid för att sedan återvända till hemlandet. I viss utsträckning förekommer också s.k. internstafetter, d.v.s. i Landstinget Dalarna anställda läkare som under sin fritid mot särskild ersättning tjänstgör inom närsjukvården. Enligt uppgift pågår också diskussion kring anställande av ”egna” stafettläkare som mot särskilda förmåner är beredda att arbeta på vårdcentraler runt om i länet där behov finns.

Den mest naturliga men också långsiktiga lösningen är att satsa på AT-tjänstgöringar och ST-anställningar, vilket också Landstinget Dalarna gör. För närvarande tillsätts 50 AT-tjänstgöringar per år och i förhållande till landstingets storlek tillhör Landstinget Dalarna de landsting som erbjuder flest AT-tjänstgöringar. Dimensioneringen sker utifrån nuvarande vakansläge och för-

väntade pensionsavgångar. Landstinget har också lyckats besätta samtliga annonserade block-tjänstgöringar. I Sveriges yngre läkares förenings (SYLF:s) AT-ranking för 2009 placerar sig Mora lasarett på sjätte och Falu lasarett på 24:e plats bland 65 sjukhus, vilket tyder på ett gott omhändertagande. Problemet är att AT-läkarna efter fullgjord AT-tjänstgöring i allt för liten utsträckning (ca 60 %) stannar kvar i länet i en ST-anställning.

Vår bedömning är att landstinget i detta avseende för en framsynt politik men att ytterligare ansträngningar måste göras för att förmå AT-läkarna att efter fullgjord AT-tjänstgöring söka ST-anställningar i länet. För att öka attraktionskraften kan det handla om förbättringar i arbetsmiljön, ytterligare möjligheter till kompetensutveckling, forskningsmöjligheter, flexibilitet i tjänstgöringsgrader m.m. För att utveckla detta mera konkret borde samtal komma till stånd mellan företrädare för AT-läkarna och arbetsgivaren, exempelvis företräd av en eller flera studierektorer.

Som framgått ovan under avsnitt 6 framhålls systemet med stafettläkare oftast som ett problem. Detta utifrån behovet av kontinuitet, ur kvalitetssynpunkt samt ur kostnadssynpunkt. Systemet anses kunna existera främst genom en under många år underdimensionerad läkarutbildning där fackliga intressen fått alltför stort genomslag. Då stafettläkare numera förekommer i samtliga landsting/regioner har vi tagit kontakt med SKL för att få information om eventuella aktiviteter för att begränsa eller helt upphöra med anlitaandet av stafettläkare samt vad som händer för att förmå staten att öka antalet platser i läkarutbildningen. Det har då framkommit att under de senaste åren har inga sådana initiativ tagits på politisk nivå.

Beträffande frågan om att begränsa eller helt upphöra med anlitaandet av stafettläkare har diskussion förts inom landstingsdirektörs- och personaldirektörsgrupperna dock utan att man kunnat enas om gemensamma strategier. I frågan om antalet utbildningsplatser i läkarprogrammet har enligt uppgift SKL:s kansli under de senaste tio åren uppvaktat Utbildningsdepartementet. Enligt mångas mening otillräcklig utökning av antalet platser har också skett från ca 800 platser 1997 till ca 1 250 platser 2010. SKL:s önskemål har angetts till 1 350 platser. Då läkarprogrammet är en attraktiv utbildning har under samma tid ett stort antal svenska läkarstuderande sökt sig utomlands. I dag studerar ca 2 400 svenskar medicin utomlands, främst i Danmark, Polen, Ungern och Rumänien.

Ovan nämnda frågor har ett inbördes samband och vi föreslår att Landstingsstyrelsen initierar en diskussion härom på politisk nivå antingen via företrädare för landstingen i Uppsala/Örebro-regionen eller direkt gentemot SKL.

KPMG, dag som ovan

Magnus Larsson
Kundansvarig

Bo Järnbring
Uppdragsansvarig revisor

Margareta Sandberg
Godkänd revisor