Sveriges läkarförbund
Den medicinska professionens organisation

Ångermanlands läkarförening

Analys av ekonomisk situation för LVN 2015

RAPPORT
Oktober 2015

Ångermanlands Läkarförening

Bo-Göran Widman, Ordförande, Överläkare Sollefteå

Leif Ehlin, Sekreterare, Överläkare Örnsköldsvik

Bahar Nikaein, Kassör, Överläkare Sollefteå

Henrik Salo, Ledamot, Överläkare Sollefteå

Louice Larusson, Ledamot, Överläkare Sollefteå

Andreas Koro, Ledamot, ST läkare Örnsköldsvik

Lars Rocksén, Ledamot, ST läkare Örnsköldsvik

Innehållsförteckning

1 Bakgrund....4

1.1 Snabb summering i punktform:....5

2 Historik....6

2.1 Nuvarande situation....7

3 Stafettkostnader....8

4 Sjukfrånvaro....12

5 Överbeläggningar....15

5.1 Vårdskador....15

6 Riks och regionvård....17

7 Förtroende för sjukvården....20

8 Referenser:....21

1 Bakgrund

Landstinget Västernorrland är återigen i en djup ekonomisk kris. Den analys som genomförts av landstingsledningen pekar som tidigare ut ett antal problemområden och utmaningar. Utan en tydlig analys av konsekvenser eller patientsäkerhetsrisker har därefter ett besparingsförslag som innebär radikala nedskärningar av verksamheten i Sollefteå och Örnsköldsvik föreslagits. Samtidigt har landstingsledningen valt att peka ut ett antal kostnadsdrivande problemområden.

- Stafettkostnader

- Riks och regionvård

- Vårdskador

I det här dokumentet adderas även diskussion kring

- Sjukfrånvaro

- Överbeläggning

De liggande förslagen med strukturella åtgärder i Sollefteå riskerar att förvärra samtliga ovanstående punkter. Stafettkostnaderna kommer att öka på grund av en omöjlig rekryterings- och kompetensförsörjningssituation. Riks- och regionvården kommer att öka eftersom LVN inte kommer att klara av den ökade mängden operationer och besök. Vårdskador riskerar att öka både i akutverksamheten i Sollefteå men också som effekt av det ökade trycket på vården i Örnsköldsvik och Sundsvall. Överbeläggningar och sjukfrånvaro riskerar även det att öka av samma skäl.

Förslaget är enligt vår analys kortsiktigt och kommer att orsaka nya nedskärningar inom något år. I en förvaltande och offentligt finansierad verksamhet krävs fokus på långsiktighet och långsiktiga lösningar.

Det finns mer långsiktiga lösningar. Det finns bättre förslag.

1.1 Snabb summering i punktform:

- De förra strukturella åtgärderna 2009 hade effekt i två år sedan var effekten försvunnen

- Stafettkostnaderna har ökat från 100 Mkr 2010 till 200 Mkr 2015

- En stor anledning till detta är fullt förutsägbara pensionsavgångar

- På samma tid hade det varit fullt möjligt att utbilda färdiga specialistläkare

- Stafettkostnaderna bör minska med minst 10% per år, besparing på 20 Mkr

- Sjukfrånvaron har stigit från 5,07% 2010 till 6,6% 2015

- Med 4937 medarbetare innebär det förenklat att vi behöver 296 extra personer enbart för att täcka sjukfrånvaro

- En sänkning till 2010 års nivå av 5% skulle innebära en besparing på 40 Mkr

- LVN har högst andel liggsår i hela landet 18,6%

- Kostnaden för vårdskador i LVN är mer än 200 Mkr

- En minskning av enbart liggsår till rikssnittet 14% skulle spara i storleksordningen 55 Mkr

- Riks/regionvård har ökat från 495,6 Mkr (Årsredovisning 2014) till prognos på 587 Mkr (2015)

- Bibehållen budget för riks/regionsjukvård enligt tidigare års nivåer skulle minska budgetunderskottet med minst 79 Mkr

Total besparing av budget 2016 20+40+55+79 =194 Mkr

Effekterna har goda möjligheter att bli långsiktiga lösningar

2 Historik

Landstingets ekonomi var i kris 2008-2009. Massiva besparingsåtgärder lanserades och stora nedskärningar genomfördes. Undersköterskor fick gå, sjuksköterskor skulle utföra deras uppgifter. Läkarsekreterare fick gå, läkarna själva skulle utföra deras uppgifter. Sköterskornas schema förändrades så att de skulle arbeta varannan helg och fler nätter per månad. Den frihet som tidigare fanns i systemet togs bort. Utbildning och kompetensutveckling minskades drastiskt.

Dessa åtgärder fick goda effekter på mycket kort sikt. Resultatet föll och effekterna av åtgärderna var helt borta efter bara något år.

Utveckling av resultatet sedan 2008

År	Resultat	Källa	Kommentar
2008	-127	Årsred 2012	
2009	-241	Årsred 2012	
2010	+175	Årsred 2012	
2011	+67	Årsred 2012	
2012	+26	Årsred 2012	-71 Årsred 2013
2013	-141	Årsred 2013	
2014	-223	Årsred 2014	-291,6 budget 2015
2015(prognos)	-357,1	Budget 2015	

Summeringen blev att de strukturella åtgärderna 2008 har blivit väldigt dyrköpta sett med dagens ögon. Det blev en kort positiv effekt, men ingen kvarvarande effekt går att mäta upp. Istället har det bytts till ett utgångsläge som är ännu sämre än det var 2008 med personal som mår dåligt och avsaknad av kompetens i stora delar av organisationen.

2.1 Nuvarande situation

Den nuvarande situationen är orsakad av kortsiktigt fokus och total brist på analys av omvärlden och dess krav. I den nuvarande situationen är det redovisat ett antal problemområden. Den totala kostnaden för dessa problemområden är minst 650 Mkr/år. En nollvision för dessa problem är önskvärt men inte realistiskt. Den här beskrivningen förklarar tydligt hela budgetunderskottet och överskrider det sparbeting som landstingsledningen har föreslagit. Denna summa och samtliga områden diskuteras i ytterligare detalj nedan.

3 Stafettkostnader

Sedan 2010 har stafettkostnaderna dubblerats. Från 100 Mkr 2010 till 200 Mkr 2015. Det som framförs som förklaring är dyrare avtal och större användning av stafetter. Det som inte diskuteras är anledningen bakom denna ökning.

År	2010	2011	2012		2013	2014
Hälsocentraler	36	34,8	35,2		59	62,7
Sundsvall	28,2	46,7	55,5	Op	61,3	82,5
Sollefteå	9	11,9	15,1	Med	31,4	42,7
Övik	28,2	28,9	32,8	Psyk	17,5	17,6
Summa	101,4	122,3	138,6		169,5	205,5

Mellan 2005 och 2015 pensioneras samtliga läkare födda under 40-talet. Detta har identifierats i flertalet undersökningar men landstingen har inte reagerat med ökning av utbildningsplatser. I det Nationella planeringsstödet 2015 från Socialstyrelsen redovisas 38144 legitimerade läkare i Sverige, varav 26547 är specialistläkare. Enkel matematik talar för att det alltså finns ca 12 000 läkare under utbildning. Några är inflyttade som är under handläggning men det stora flertalet är läkare som är underläkare på någon klinik och som hindras att bli specialistläkare på grund av brist på utbildningsplatser.

För att förstå det här resonemanget måste man vara medveten om att det finns flera typer av läkare och det är viktigt att skilja dem åt.

Medicine studerande är man innan man tagit examen från universitetet.

Läkarassistent kan man arbeta som under sommaren när man är medicine studerande.

AT(allmäntjänstgöring) läkare har tagit examen från universitetet och genomför praktiktjänstgöring för att få sin legitimation, denna praktik tar 18-24 månader.

ST(specialisttjänstgöring) läkare har fått sin legitimation och utbildar sig inom en specialitet för att bli specialistläkare, denna utbildning tar 5 år.

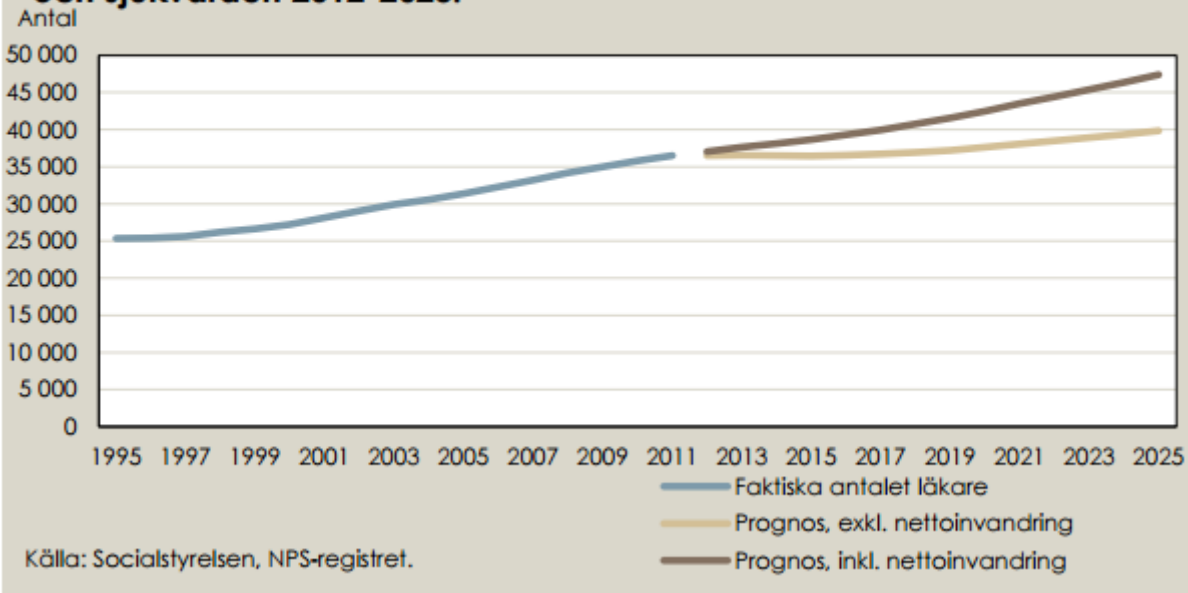
Underläkare är man antingen medicine studerande, läkarassistent, AT eller ST läkare.

Specialistläkare är en färdig specialist.

Överläkare är en färdig specialist som dessutom är aktivt ledande och drivande inom sin klinik. På universitetssjukhus krävs det att man är disputerad och arbetar med forskning för att bli Överläkare.

Bakjourskompetent är man när man dessutom har vidareutbildat sig som Specialistläkare eller Överläkare och är beredd att lösa mycket svåra problem och dessutom utbilda underläkare under jourtid. Att bli bakjourskompetent tar minst 5 år från specialistläkarkompetens, ofta längre.

Figur 13. Antalet läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 1995-2011, samt prognos över antalet läkare sysselsatta inom hälso- och sjukvården 2012-2025.



Det råder alltså ingen absolut brist på underläkare. Läkarutbildningen har de senaste åren ökat antalet underläkare innan legitimation bland annat med ny utbildning i Örebro och regionaliserad utbildning. Allt fler väljer att utbilda sig utomlands i Danmark, Polen, Ungern och Tjeckien. Väntetiden innan man får starta sin praktik för att få ut sin legitimation ökar över hela landet. I Västernorrland har väntetiden bara det senaste året ökat från 4,9 månader till 5,2 månader(SYLFs AT ranking 2014 och 2015). Västernorrland är ett föredöme med kortast väntetider i hela Sverige vilket naturligtvis är bra.

Hade Landstinget Västernorrland identifierat detta som ett problem redan 2010 och utbildat specialistläkare till den nivå som nu krävs i verksamheten hade Landstinget varit i det närmaste utan stafettbehov. Mängden på denna utbildning måste naturligtvis kompenseras för att personal flyttar på sig över landet och att färdigutbildade specialister riskerar förloras till annat landsting.

Landstinget Västernorrland har istället arbetat för att anställa redan färdiga specialister, ibland med försök till rekrytering av läkare utbildade utomlands. När man arbetat på en plats i fem år i barnafödande ålder är sannolikheten stor att man blir kvar där av sociala skäl. Därför är det inte en framkomlig väg att basera sin bemanning på färdigutbildade specialister. De specialistläkare som utbildas inom den egna organisationen är inte bara mer aktiva och insatta i den egna organisationen utan dessutom mer benägna att bli produktiva medarbetare under en längre tid.

Det är viktigt att agera nu! 55% av primärvårdsläkare i Norra regionen var 55 år eller äldre år 2012(Tillgång på specialistläkare 2012, Socialstyrelsen). Detsamma gäller de flesta övriga specialiteter och specialistsjuksköterskor.

Åldersfördelningen för specialister i allmänmedicin.

Andel specialister i skilda åldersgrupper fördelat på region, nov. 2012

Sjukvårdsregion	<45 år	45-54 år	55-w år	Totalt
Stockholm	16%	29%	54%	100%
Sydöstra	23%	30%	47%	100%
Södra	15%	24%	60%	100%
Västsvenska	17%	30%	53%	100%
Uppsala/Örebro	15%	26%	59%	100%
Norra	19%	27%	54%	100%
Hela riket	**17%**	**28%**	**55%**	**100%**

Den föreslagna åtgärden med nedskärningar inom slutenvården i Sollefteå kommer innebära att Sollefteå blir helt beroende av bemanningspersonal och att slutenvården för Sundsvall och Örnsköldsvik kommer att ha ett tyngre beting med behov av mer bemanningspersonal.

Att utbilda personal är en kostnad som drabbas hårt av nedskärningar. Denna utbildning är den långsiktiga lösningen på bemanningsproblemen och den måste prioriteras och vara adekvat budgeterad. Det är också viktigt att notera den avlastning och hjälp läkare och sköterskor under utbildning är för verksamheten. Istället för att se dem som en belastning bör verksamheten se dem som en möjlighet och en styrka.

Av landstingsledningen föreslagna åtgärder:

Kostnad för tjänsteköp ska minska med 5%

Föreslagna verksamhetsåtgärder:

Att LVN omedelbart inventerar antalet specialistläkare, ST läkare och specialistssk samt antalet pensionsavgångar under de kommande 5 åren både för ssk och läk

Att LVN inventerar användning av bemanningsföretag per klinik och fysisk arbetsplats

Att LVN omgående påbörjar anställning och utbildning för att kompensera för tidigare och kommande pensionsavgångar samt minskar användandet av bemanningspersonal

Att LVN lägger upp en plan för att på sikt bli helt självförsörjande av specialistläkare och specialistsjuksköterskor

Föreslagen budgetåtgärd:

Minska behovet av köpta bemanningstjänster med 10 % per år

4 Sjukfrånvaro

Sjukskrivningarna har ökat från 5,07% 2010 till 6,6% 2015.

(Årsredovisningar 2012, 2013 och 2014)

År	Sjukfrånvaro(%)	Kommentar
2010	5,07	
2011	5,11	
2012	5,35	
2013	5,66	
2014	6,6	Varav kvinnor 7,4% sämst i Sverige

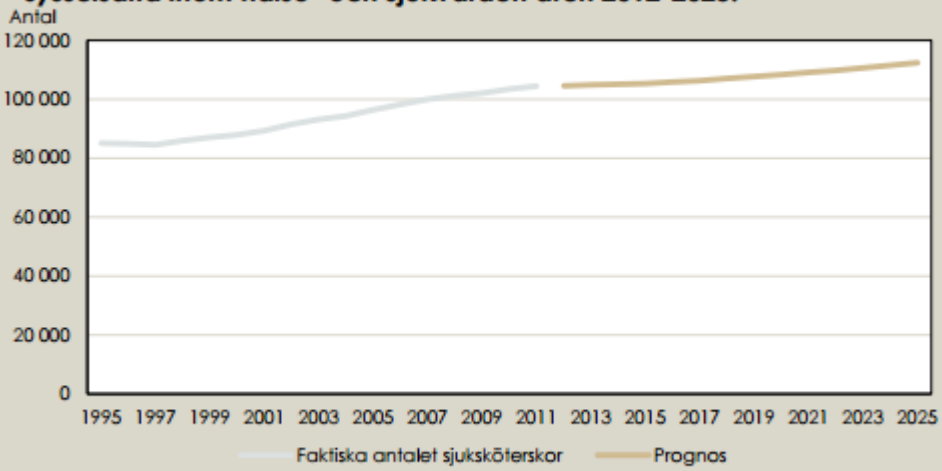
(Sjukfrånvaro hos anställda i kommuner och landsting 2014, SKL)

I årsredovisningen redovisas en god teori. Hög beläggning. Ökad arbetsbelastning. Bemanningssvårigheter. Åldersstrukturen på medarbetare. I budgetförslaget saknas förslag på åtgärder.

Det finns ingen absolut brist på sjuksköterskor. (Nationella planeringsstödet 2013 och 2015, Socialstyrelsen)

Istället finns det en högre andel sjuksköterskor 1263/100 000 inv i Norra Regionen än i Riket 1112/100 000 inv. (Nationella planeringsstödet 2015, Socialstyrelsen)

Figur 9. Faktiska antalet sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjuk-vården åren 1995-2011 och prognos över sjuksköterskor sysselsatta inom hälso- och sjukvården åren 2012-2025.



Källa: Socialstyrelsen, NPS-registret.

Däremot finns det en relativ brist i landstingsverksamheten. Sjuksköterskor arbetar hellre i öppenvård, mottagningsverksamhet eller hos privata aktörer(försäkringsbolag) där de får bättre betalt och framför allt bättre arbetsmiljö och arbetstider. Arbete varannan helg och nätter med väldigt tungt arbete i en galopperande överbeläggningssituation är inte intressant. Landstinget brottas därför med en konstant underbemanning av sjuksköterskor.

Bemanningsproblemen inom slutenvården leder till överbeläggningsproblematiken och överbelastningen sliter hårt på vårdpersonalen som till slut sjukskriver sig.

Övriga landsting i Sverige har lägre sjukfrånvaro. Flera landsting har i storleksordningen 4,4-5,0%.

Med 4973 anställda motsvarar 6.6% sjukfrånvaro totalt 296 anställda. Det går naturligtvis att debattera hur mycket en anställd kostar per år, men en totalkostnad på 500 000 per anställd och år är en acceptabel och sannolikt låg uppskattning. Totalkostnaden för sjukfrånvaron skulle då motsvara 148 Mkr(=4973*0,06*500000). Jämför hela sparbetinget på 160 Mkr som är 3,4% av hela kostnaden för slutenvården i Landstinget Västernorrland på 4683 Mkr.

Om man skulle sänka till en nivå motsvarande övriga landsting och gällande nivå 2010 skulle det innebära en sänkning med 1,6%. Denna sänkning motsvarar 40 Mkr.

Landstingsledningens förslag på verksamhetsmål

Målet har alltid varit att ha en sjukfrånvaro under 4%, men i år förändrades målet till att vara ”Minskning med 1%”. Detta är en markant försämring sedan tidigare år.

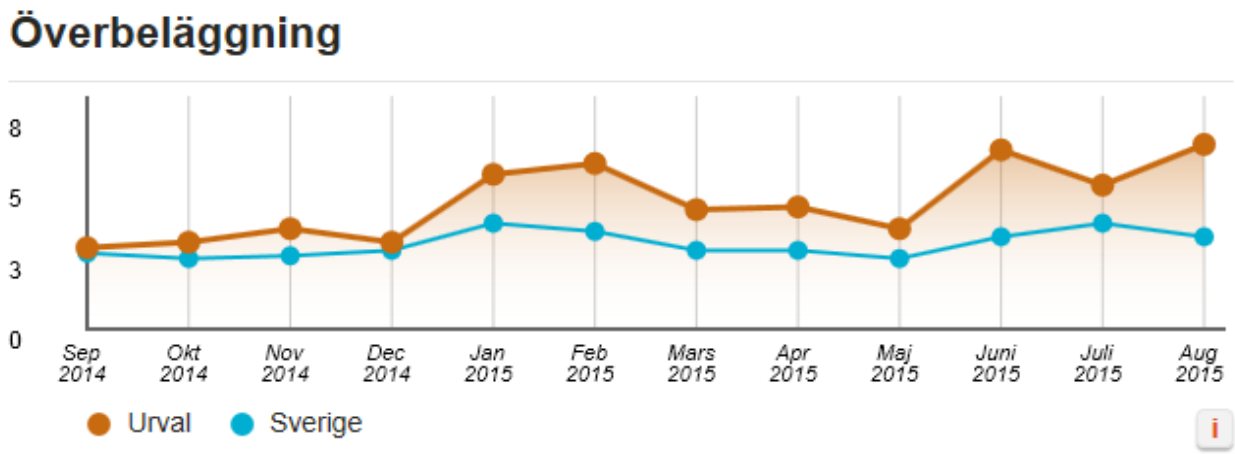
Föreslagna verksamhetsåtgärder:

Att LVN omedelbart utreder och vidtar åtgärder för att minska sjukfrånvaron.

Att LVN har som mål att hålla sjukfrånvaron under 4%

5 Överbeläggningar

Överbeläggningarna har skjutit i höjden. Sommaren 2014 har blivit omtalad som sommaren som aldrig tog slut. Neddragningarna inför sommaren hämtades aldrig igen.



(http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Vasternorrlands/Overbelaggning/)

Det sliter naturligtvis på personalen med massiva överbeläggningar och korridorsvård, dessutom betalas det vite i stegrande grad till arbetsmiljöverket på grund av detta. Överbeläggningarna är ett symptom på hur illa den här organisationen mår och är extremt kostnadsdrivande men orskar också stort lidande för patienter och personal.

5.1 Vårdskador

När det gäller vårdrelaterade infektioner ligger vi i närheten av rikssnittet. Andel patienter med vårdrelaterad infektion är 7,5 mot 8,9 i riket.(Öppna Jämförelser 2014, del 1) Däremot är vi i absoluta toppen när det gäller liggsår med andel patienter med trycksår 18,6 mot 14,0 i riket. Detta skulle mycket väl kunna vara kopplat till överarbetad avdelningspersonal som inte hinner med att bädda och vända patienterna. Det finns också trycksårsreducerande madrasser att köpa.

2013 var det ca 40 000 vårdtillfällen i LVN. Om 18,6% drabbas av ett liggsår innebär det 7440 skador av varierande grad. Vårdtiden förlängs med i snitt 5 dagar (8 dagar använt av SKL i beräkning). Det innebär 7440*5 = 37200 extra vårddygn per år. Ett vårddygn i somatisk vård kostar ca 6000 kronor vilket ger en totalkostnad på 223 Mkr. (Patientsäkerhet lönar sig, SKL 2013).

En minskning av liggsår till rikssnittet skulle innebära en totalkostnad på 168 Mkr och en besparing på 55 Mkr.

Föreslagna verksamhetsåtgärder:

Att LVN omedelbart kartlägger vårdskador och deras kostnader inom den egna organisationen

Att LVN minskar andelen vårdskador till 14,0%

6 Riks och regionvård

Riks och regionvården har ökat dramatiskt det senaste året.

Rikssjukvård

	2011	2012		2013	2014
			Gemensamt	-6	0,9
Sundsvall	109,5	118,1	Op	54,4	65,2
Sollefteå	19,7	23,4	Med	87	97,1
Övik	30,1	26,5	Psyk	7,5	7,1
Summa	159,3	168		142,9	170,3

Regionsjukvård

	2011	2012		2013	2014
			Gemensamt	1,2	0,1
Sundsvall	146,9	148,8	Op	127,5	133,7
Sollefteå	61,3	58,7	Med	198,6	185,6
Övik	116,4	136,4	Psyk	4,7	5,9
Summa	324,6	343,9		332	325,3

Totalt Riks/Region

År	Total kostnad Riks+Region	Kommentar
2011	483,9(Årsredovisning 2012)	
2012	511,9(Årsredovisning 2012)	
2013	474,9(Årsredovisning 2013)	

2014	495,6(Årsredovisning 2014)	545 Mkr (enligt budget 2015)
2015(prognos)	587 Mkr	566 Mkr budgeterat
2016(budget)	579 Mkr	

Det har varit stabilt strax under 500 Mkr de senaste åren. Utslag 2014 i årsredovisningen var 495 Mkr. I budgeten redovisas kostnaden 545 Mkr för 2014 och prognos på utslag för 2015 redovisas till 587 Mkr. En absolut ökning på 92 Mkr från årsredovisning ifjol. Förändringen mellan årsredovisning och budgetförslag är inte tydligt redovisat.

De senaste årens siffror tyder på att regionvården varit stabil under flera år mellan 324,6 och 343,9 Mkr(variation på 5,6%) med en lätt nedåtgående trend. Riksvården har däremot varierat mer mellan 142,6 och 170,3(variation på 16%) med en kraftig stigande trend.

För att förstå dessa siffror är det nödvändigt att förstå vad riksvård och regionvård är.

Regionvård

Norrlandstingens regionförbund är ett kommunalförbund med Landstinget Västernorrland, Jämtlands läns landsting, Västerbottens läns landsting och Norrbottens läns landsting som medlemmar. – Norrlandstingens regionförbund

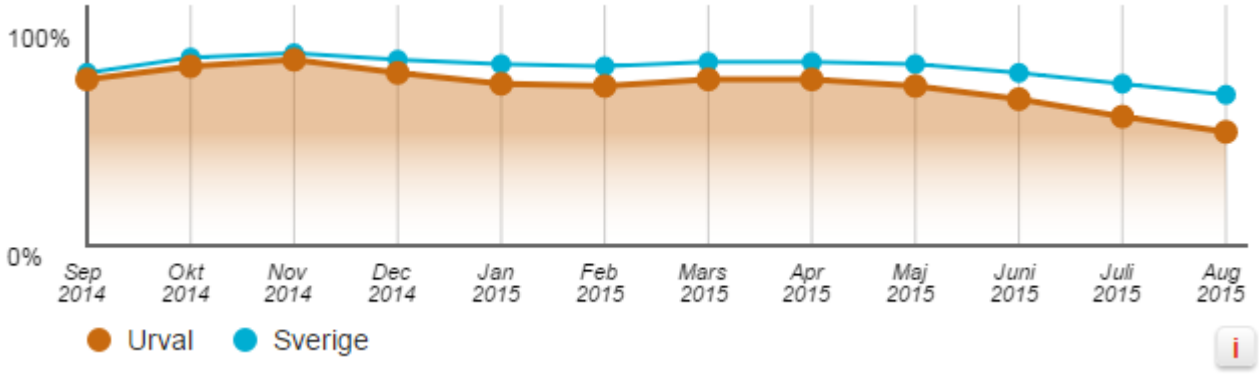
Riksvård

Rikssjukvård innebär att en viss definierad högspecialiserad vård centraliseras till ett eller två sjukhus för att uppnå högre kvalitet och bättre resursutnyttjande. Socialstyrelsen utreder först vilken vård som ska vara rikssjukvård (definitionsutredning) och sedan i vilka landsting verksamheten ska bedrivas (tillståndsutredning). – Socialstyrelsen

Grovt generaliserat innebär detta att om vi skickar för vård till Jämtland eller Västerbotten(NUS) kommer vi att betala regiontaxa. Skickar vi utanför Norrlandstingens region kommer vi att betala rikstaxa vilket riskerar att vara högre.

Det som hänt det senaste året är att överbeläggningarna i LVN, framförallt i Sundsvall, har orsakat en dramatisk försämring i antalet operationer som sker inom vårdgarantin.

Måluppfyllelse Operation/Åtgärd inom vårdgarantin för Landstinget Västernorrland



(http://vantetider.se/Kontaktkort/Vasternorrlands/SpecialiseradOperation/)

Enligt den nya patientlagen är det tillåtet för patienter att söka vård utanför landstinget och när de inte får sin operation söker de sig bort från LVN. Den här förändringen kan förklara hela den dramatiska förändringen i kostnad för Riks/Regionvård.

Av landstingsledningen föreslagna mål:

Kostnaden för regionsjukvård ska inte överstiga 2% förändring sedan föregående år

Föreslagna verksamhetsåtgärder:

Att LVN omedelbart utreder möjligheten till operativa åtgärder inom egen organisation

Att LVN utreder vilka diagnoser och ingrepp som föranleder avvikelsen från tidigare år

Föreslagen budgetåtgärd

Att Riks och regionvård totalt ska uppgå till 500 Mkr

7 Förtroende för sjukvården

Slutligen måste konstateras att detta sätt att styra vården har resulterat i att förtroendet för vården i Västernorrland är absolut sämst i Sverige enligt Öppna Jämförelser 2014.

Västernorrland 50,2 %, snittet i riket är 59,9%

Vårdcentraler 56,9%, snittet i riket är 62,6%

Sjukhus 59,9%, snittet i riket är 69,3

Vi kan bättre. Vi kan vara långsiktiga. Vi kan hitta lösningar.

Ångermanlands Läkarförening

analysen genomförd av Lars Rocksén lars@rocksen.se 070 -27 97 444

8 Referenser:

Årsredovisning Landstinget Västernorrland 2012, Landstinget Västernorrland

Årsredovisning Landstinget Västernorrland 2013, Landstinget Västernorrland

Årsredovisning Landstinget Västernorrland 2014, Landstinget Västernorrland

Nationella planeringsstödet 2015 – Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Socialstyrelsen.

SYLFs AT ranking 2014, SYLF, Läkarförbundet

SYLFs AT ranking 2015, SYLF, Läkarförbundet

Tillgång på specialistläkare 2012, Socialstyrelsen

Sjukfrånvaro hos anställda i kommuner och landsting 2014, SKL

Öppna Jämförelser 2014, del 1, SKL

Öppna Jämförelser 2014, del 2, SKL

http://www.vantetider.se/Kontaktkort/Vasternorrlands/Overbelaggning/, SKL

Patientsäkerhet lönar sig – kostnader för skador och vårdskador i slutenvård, SKL 2013

Avtal om regionvård 2015, Norrlandstingens regionförbund

Riksavtal för utomlänsvård och kommentarer, SKL jan 2015