I väntan på AT

En samhällsekonomisk studie

Joakim Pettersson
Jonas Börjesson
WSP Advisory, 2019

Innehåll

1. *Inledning* s.3
2. *Risk för ökade avhopp från läkarutbildningen* s.4
3. *Utveckling av antalet examina och legitimationer* s.6
4. *Utfärdade legitimationer i otakt med examinerade* s.7
5. *Matchning mellan utbildning och yrke* s.8
6. *Matchning för yngre läkarutbildade* s.9
7. *Sammanfattande diskussion* s.11
8. *En samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT* s.12
9. *Ett förenklat räkneexempel* s.14
10. *Sammanfattning av resultaten* s.16
11. *Bilaga: Enkätstudien* s.17

Inledning

Staten ansvarar för dimensioneringen av läkarnas grundutbildning medan landstingen har ansvaret för utbildningstjänsterna AT och ST. De senaste åren har antalet platser på läkarutbildningen utökats och år 2017 satte regeringen ytterligare ett mål om att utöka antalet platser på läkarutbildningen med 440 platser fram till år 2023. Ökat antal platser på läkarutbildningen förutsätter att också antalet AT-tjänster ökar, i annat fall riskerar tiden från examen till läkarlegitimation och specialisering att öka.

Enligt SYLF:s väntetidsrapport har tiden mellan läkarexamen och påbörjad AT ökat med knappt 50 procent sedan år 2008. År 2008 tog det i genomsnitt 7 månader för en examinerad läkare att få en AT-tjänst medan år 2018 är väntetiden 10,2 månader. I nuläget tar det i genomsnitt 31 månader från examen till legitimation på grund av väntetiderna. Väntan på AT-tjänstgöring riskerar att bli en flaskhals som får konsekvenser för hälso- och sjukvården, för den enskilde och för samhället i stort.

Denna studie syftar till att göra en samhällsekonomisk bedömning kring väntetider för AT-tjänstgöring. Längre väntetider leder senarelagd specialisering samt risk för att yngre läkare hamnar i tillfälliga, osäkra anställningar i väntan på AT-tjänst, vilket kan leda till att de väljer bort vården och byter sektor. Ytterligare en effekt kan vara att behoven för landstingen att ta in hyrläkare för att täcka eventuell läkarbrist ökar.

Den första delen av rapporten är en genomgång och analys av offentlig statistik för att där se om det finns tecken på att fler läkare väljer att lämna yrket. Detta görs genom att studera utvecklingen av antalet examina och antalet legitimationer. Om antalet utfärdade legitimationer inte följer antalet läkarexaminerade är det ett tecken på att antalet AT-platser är för få vilket i förlängningen riskerar leda till ökad grad av avhopp.

Vi analyserar också graden av matchning mellan utbildning och yrke. Rent generellt har läkarutbildade – liksom många andra legitimationsyrken – mycket hög matchning mellan utbildning och yrke, vilket innebär att de jobbar med det de är utbildade för. Men det intressanta i detta sammanhang är att se om, och i så fall hur, det förändrats över tid och om det skiljer sig mellan olika åldersgrupper av läkarutbildade.

Studien innehåller också en samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT. Vilka är de stora samhällsekonomiska kostnaderna? I ett förenklat och stiliserat räkneexempel uppskattas mycket grovt kostnaden för den lägre produktivitet som följer av längre väntetider på AT samt kostnaderna för avhopp från läkaryrket.

För att ta reda på hur de yngre läkarna själva ser på sin arbetssituation och om de upplevt problem med långa väntetider för att få AT-tjänst så har vi genomfört en enkätstudie bland SYLF:s medlemmar. Resultat från enkäten finns i viss mån inskjutna i texten och de huvudsakliga resultaten redovisas i bilagan i slutet av rapporten. Samtliga fristående citat i rapporten är hämtade från enkätsvaren.

Risk för ökade avhopp från läkarutbildningen

Långa väntetider på AT-tjänst...

SYLF har under flera år påtalat att allmäntjänstgöring (AT) har blivit en flaskhals i läkarnas vidareutbildning. Det finns för få AT-platser i förhållande till efterfrågan vilket leder till att utbildade läkare får vänta allt längre tid på en AT-tjänst.

År 2018 tog det i genomsnitt 10,2 månader att få en AT-plats. År 2008 då SYLF började mäta tiden mellan läkarexamen och påbörjad AT var väntetiden i genomsnitt ca 7 månader. Under de senaste tio åren har väntetiden alltså ökat med nästan 50 procent.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter skall AT vara en introduktion till arbetslivet för nyutexaminerade läkare. Enligt Patientsäkerhets-förordningen ska det ta 18 månader att få läkarlegitimation efter läkarexamen men idag tar det i genomsnitt 31 månader på grund av väntetiderna. (SYLF:s väntetidsrapport 2018)

Det finns stora regionala skillnader i väntetid för AT-tjänst mellan de olika landstingen/regionerna. Längst väntetid år 2018 var det i Stockholms läns landsting, 18,5 månader. Inom Region Uppsala var väntetiden nästa lika lång, 18 månader. I de landsting/regioner som uppvisar kortast väntetid får de med läkarexamen ändå vänta så länge som 6 månader på en AT-tjänst.

...och dålig arbetsmiljö under väntan...

I väntan på AT-plats får nyutexaminerade en anställning som benämns vikarierande underläkare. I praktiken innebär det att de nyutexaminerade bemannar korta visstidstjänster då de sällan vikarierar för ordinarie personal utan utgör en viktig del av sjukhusens grundbemanning. Dessa tjänster är oreglerade, åsidosätter arbetsmiljökrav och patientsäkerheten eftersom det varken finns krav på handledning eller undervisning.

Hälften av de svarande i den enkät som ligger till grund för SYLF:s väntetidsrapport 2018 anger att de inte hade en handledare innan AT och drygt var fjärde av de som vid enkättillfället ännu inte påbörjat AT uppgav att de arbetat som primärjour med patientansvar på akutmottagningen utan legitimerad kollega. Detta strider mot myndigheten Inspektionen för vård och omsorg (IVO) beslut om att inte tillåta självständigt patientansvar på akutmottagning utan en legitimerad kollega på plats (IVO 2017:7-8).

Tanken med AT är att nya läkare ska få en trygg och patientsäker introduktion till yrkeslivet men i väntan på AT tjänstgör de istället som vikarierande underläkare enligt ovan. Att så många nyutexaminerade arbetar utan handledning eller undervisning och får gå till ensamma jourpass som ansvarig läkare är ett stort arbetsmiljöproblem och motsvarar inte ett professionellt mottagande av nya medarbetare.

...riskerar leda till ökade avhopp från läkarutbildningen

Sammantaget leder ökade väntetider på AT och bristande arbetsmiljö i väntan på AT till att risken för avhopp från läkaryrket ökar.

Faktaruta: Läkarutbildningen i Sverige

Läkarprogrammet som ger en läkarexamen är 5,5 år lång. Efter det krävs det att du gör en AT-tjänst, allmäntjänstgöring, i minst 18 månader. Om du blir godkänd i din AT-tjänst får du en läkarlegitimation.

Om du vill bli en specialistläkare kan du göra en ST-tjänst, specialisttjänstgöring, i ungefär fem år. Om du blir godkänd i din ST-tjänst får du ett bevis för din specialistkompetens.

Tänkt utbildningstid för läkare, 12-14,5 år till specialist

5,5 år	1,5 år	5-7,5 år
Grundutbildning	AT-tjänst	ST-tjänst

Faktisk utbildningstid för läkare, 13,25-18,5 år till specialist

5,5 år	1 år	1,5 år	3-36 mån	5-7,5 år
Grundutbildning	Vikariat	AT-tjänst	Vikariat	ST-tjänst

”Väntetid till AT leder till färre läkare med legitimation och mycket längre tid till färdig specialistexamen, vilket ju fördröjer hela processen med att man kan producera riktigt bra och effektiv vård.”

Utveckling av antalet examina och legitimationer

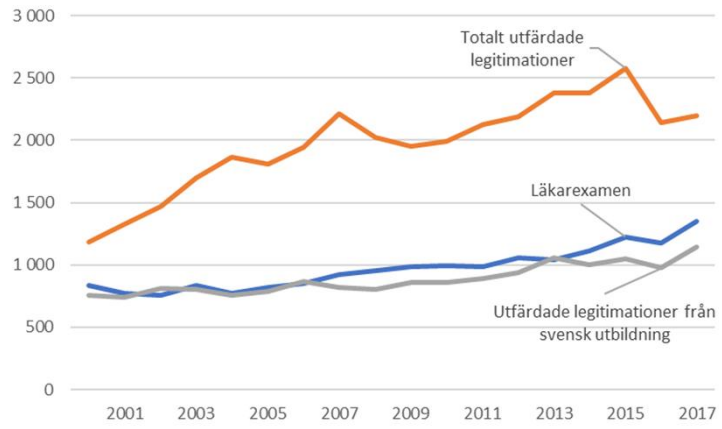
Otakt mellan läkarexamina och utfärdade legitimationer

Det saknas officiell statistik över hur många AT-platser landsting och regioner erbjuder årligen. Studeras antalet examina och antalet utfärdade legitimationer är det tydligt att betydligt fler legitimationer än de som årligen examineras utfärdas varje år (se Figur 1).

Det beror dels på att utländska läkare söker sig till Sverige och ansöker om legitimation och dels på att många svenska studenter väljer att studera till läkare i andra länder. Det finns ingen statistik över exakt hur många svenska studenter som fullgör läkarexamen i ett annat land än Sverige eller hur många studenter från dessa länder som återvänder till Sverige efter examen. Framförallt handlar det om svenska studenter som genomfört sin läkarutbildning i Polen, Danmark eller England men det är även relativt vanligt att svenska studenter studerar till läkare i andra länder inom EU/EES.

Som framgår av figuren till höger följer antalet utfärdade legitimationer från svensk utbildning antalet läkarexamina väldigt väl fram till år 2006. Från år 2007 är antalet läkarexamina fler än antalet utfärdade legitimationer från svensk utbildning vilket tyder på att antalet utfärdade legitimationer under de det senaste decenniet inte gått i takt med den svenska utbildnings-dimensioneringen.

Figur 1: Läkarexamina och legitimationer, år 2000-2017



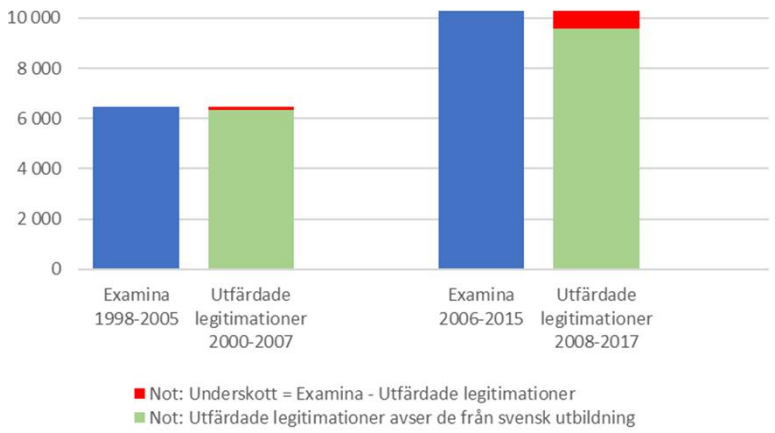
Då AT-tjänstgöringen är 18 månader lång och legitimering kan utfärdas först efter fullgjord och godkänd AT bör antalet examinerade överensstämma med antalet utfärdade legitimationer från svensk utbildning två år efter examina. I nästa avsnitt görs denna jämförelse.

Utfärdade legitimationer i otakt med examinerade

Relativt färre legitimationer det senaste decenniet

I Figur 2 nedan har antalet examinerade från svenska universitet under perioderna 1998-2005 och 2006-2015 jämförts med antalet utfärdade legitimationer från svensk utbildning under perioderna 2000-2007 respektive 2008-2017. I och med att AT-tjänsten är 18 månader lång borde dessa antal överensstämma väl. Som framgår av figuren har underskottet av antalet utfärdade legitimationer ökat från knappt 2 procent till nästan 7 procent. Under perioden 2008-2017 var det nästan 700 färre utfärdade legitimationer jämfört med antalet examina för perioden 2006-2015.

Figur 2: Jämförelse av läkarexamina och utfärdade legitimationer



Underskott på AT-platser

SYLF har under 2017 och 2018 samlat in uppgifter från samtliga landsting/regioner och sammanställt hur många AT-platser som erbjuds. År 2017 erbjöds det 1 359 och 2018 1 472 AT-platser. Under de senaste läsåren har antalet examinerade läkare från svenska universitet legat kring 1 350.*

Jämförs antalet erbjudna AT-tjänster med antalet examinerade framstår det som att antalet erbjudna AT-tjänster ligger i nivå med antalet examinerade men till antalet examinerade från svenska universitet tillkommer svenskar som studerat till läkare och tagit examen i andra länder. Sverige följer en EU-rekommendation som möjliggör för läkare utbildade i övriga EU/EES som föreskrivits praktisk tjänstgöring innan legitimation, motsvarande AT, att genomföra denna i Sverige. SYLF uppskattar att ca 250-300 läkare med utbildning från andra länder än Sverige årligen är behöriga att göra AT för att erhålla en svensk läkarlegitimation.

Den årliga efterfrågan på AT-platser för 2017 och 2018 uppgick därmed till 1 600 (1 350 examinerade från svenska universitet plus 250 med läkarutbildning från andra länder) medan utbudet uppgick till 1 359 år 2017 och 1 472 år 2018. Därmed har det under dessa två varit ett underskott på totalt närmare 370 platser motsvarande ett årligt underskott på knappt 200 AT-platser.

*Enligt Socialstyrelsen var antalet examinerade läkare 1 349 under läsåret 2016/17 och under läsåret 2017/18 uppgick antalet examinerade läkare till 1 347.

Matchning mellan utbildning och yrke

Regionala matchningsindikatorer

För att få en bild av hur vanligt det är att utbildade läkare inte arbetar som läkare kan SCB:s regionala matchningsindikatorer användas. Med matchning mellan utbildning och yrke menas en utbildad person som arbetar inom ett yrke som utbildningen riktar sig mot.

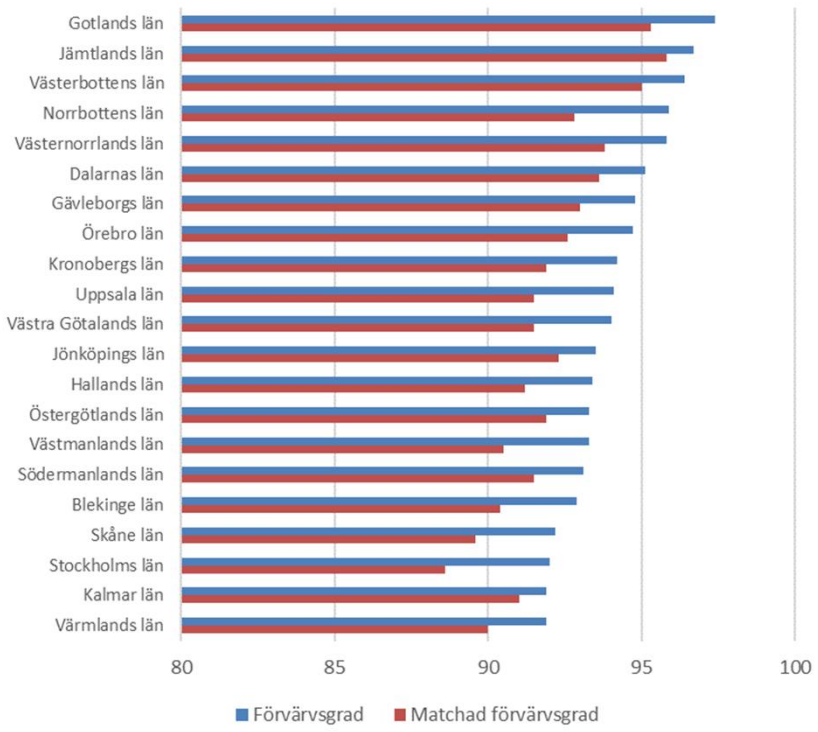
SCB har utvecklat så kallade regionala matchningsindikatorer som beskriver matchning på regional nivå. SCB:s mått på matchning kallas matchad förvärvsgrad och visar hur stor andel av befolkningen med en viss utbildning som även arbetar inom yrken som stämmer överens med utbildningen.

Läkaryrket är ett s.k. legitimationsyrke vilket bidrar till att matchningen mellan utbildning och yrke är väldigt hög. Det går inte att arbeta som läkare såvida du inte har en läkarutbildning och en legitimation.

I Figur 3 visas förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad för läkarutbildade för respektive län år 2016. Länen är rankade efter förvärvsgraden bland de läkarutbildade. Som väntat är förvärvsgraden väldigt hög bland läkare och en väldigt stor andel av de läkarutbildade arbetar inom ett yrke som matchar mot läkarutbildningen.

Den genomsnittliga förvärvsgraden bland läkarutbildade var över 93 procent år 2016. Den matchade förvärvsgraden var i genomsnitt nästan 91 procent. Differensen mellan förvärvsgraden och den matchade förvärvsgraden var år 2016 2,5 procentenheter. Det innebär att av de läkarutbildade som förvärvsarbetar var det endast 2,5 procent som arbetade inom ett yrke som inte matchar mot läkarutbildningen. Slutsatsen är att läkare i väldigt hög grad förvärvsarbetar och dessutom i ett yrke som deras utbildning matchar.

Figur 3: Förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad för läkarutbildade, år 2016



Matchning för yngre läkarutbildade

Yngre läkarutbildade väljer andra yrken i ökad grad

Hur är det då för yngre läkare som denna studie intresserar sig för? Genom att studera skillnaden mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad och hur denna har förändrats över tid är det möjligt att uttala sig om läkare i högre grad arbetar inom andra yrken än vad de är utbildade för. Differensen visar hur stor andel av de läkarutbildade som inte arbetar som läkare.

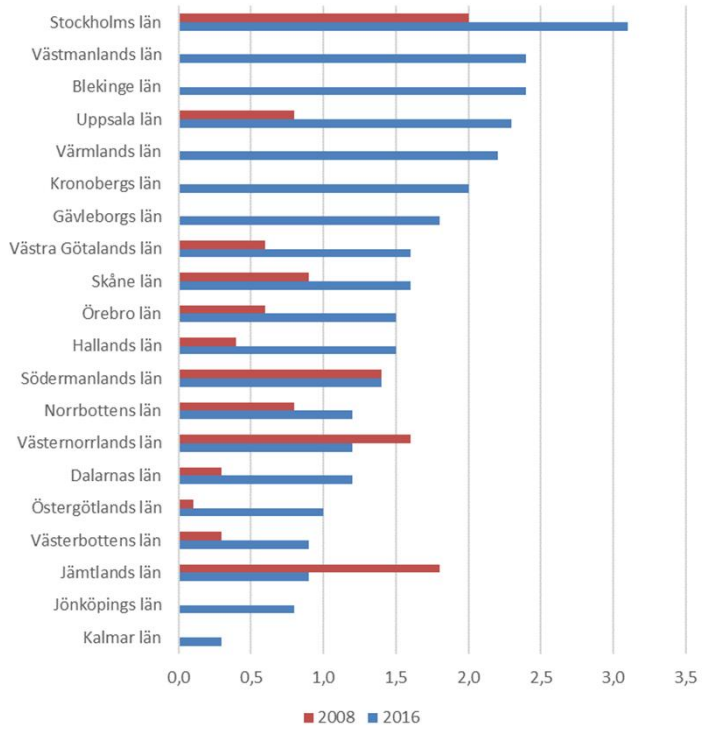
I Figur 4 jämförs differensen mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad för år 2008 och år 2016 för yngre läkare, 20-39 år. Som framgår av figuren har denna differens ökat mellan 2008 och 2016 i nästan samtliga län. I hela sju län arbetade samtliga läkarutbildade i åldern 20-39 år i ett matchat yrke år 2008, det vill säga skillnaden mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad var noll.

Störst skillnad mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad är det i Stockholms län. År 2016 uppgick den till över 3 procentenheter. I flera län som exempelvis Västmanlands, Blekinge och Värmlands län har differensen mellan år 2008 och 2016 ökat med över 2 procentenheter.

I genomsnitt i riket ökade differensen mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad från 1,0 procentenhet år 2008 till 1,9 procentenheter 2016. Det innebär att nästan 1 procentenhet färre av de yngre läkarna arbetade som läkare år 2016 jämfört med 2008. I genomsnitt var därmed en lägre andel av de yngre läkarna verksamma som läkare år 2016 jämfört med 2008.

I nästa avsnitt redovisas hur många yngre läkare det är som inte arbetar som läkare och hur utvecklingen sett ut sedan år 2008?

Figur 4: Differens (procentenheter) mellan förvärvsgrad och matchad förvärvsgrad för läkarutbildade i åldern 20-39 år, år 2008 och 2016



Matchning för yngre läkarutbildade, forts.

Nästan 300 yngre läkarutbildade arbetar med annat

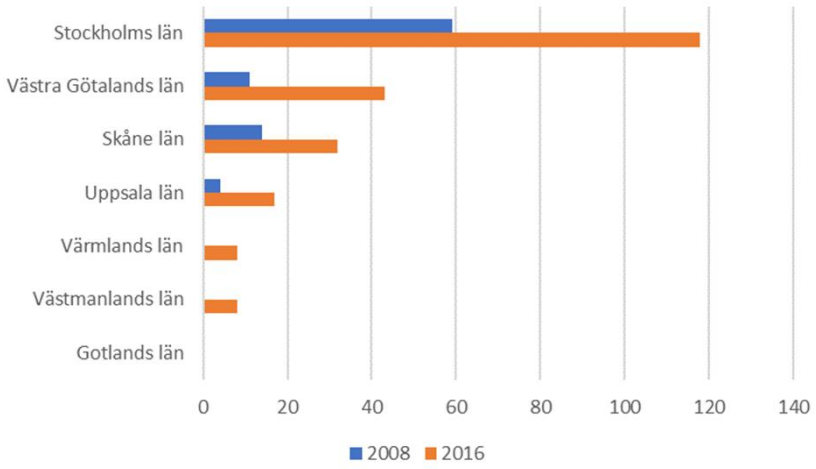
Med hjälp av SCB:s regionala matchningsindikatorer är det möjligt att se hur många yngre läkare som inte arbetar som läkare och hur utvecklingen har sett ur sedan år 2008.

År 2008 var det i Sverige 106 utbildade läkare i åldern 20-39 år som arbetade i ett yrke som deras utbildning inte matchade mot. År 2016 hade antalet nästan trefaldigats och uppgick till 293 stycken.

För många län går statistiken inte att redovisa på grund av sekretesskäl men för 6 av de 7 län som kan redovisas har antalet yngre läkarutbildade verksamma inom omatchade yrken ökat sedan år 2008. I Stockholms län finns det största antalet utbildade yngre läkare som har valt att arbeta inom ett yrke som deras utbildning inte matchar mot. År 2016 var det 118 yngre läkarutbildade i Stockholms län som arbetade inom andra yrken.

Att nästan 300 yngre utbildade läkare i Sverige inte arbetar som läkare är inte optimalt. För det första är läkarutbildningen en av de dyraste utbildningarna i Sverige. Därutöver ställer en åldrande befolkning allt större krav på vård och framtida pensionsavgångar inom läkaryrket medför att varje utbildad läkare behövs för att lindra framtida kompetensförsörjningsproblem.

Figur 5: Antal läkarutbildade i åldern 20-39 år som arbetar i yrken som deras utbildning ej matchar mot, år 2008 och 2016



Sammanfattande diskussion

SYLF har i bl.a. sin Väntetidsrapport från 2018 visat på att väntetiderna för att får en AT-tjänst har blivit längre och att de idag uppgår till över 10 månader. Detta menar man leder till ökad risk för avhopp bland yngre läkare vilket skulle innebära en samhällsekonomisk förlust.

Den årliga efterfrågan på AT-tjänster för 2017 och 2018 uppgick till ca 1 600 (1 350 examinerade från svenska universitet plus 250 med läkarutbildning från andra länder) medan utbudet uppgick till 1 359 år 2017 och 1 472 år 2018. Under dessa år var det därmed ett underskott på nästan 200 AT-platser per år.

Med hjälp av SCB:s regionala matchningsindikatorer är det möjligt att påvisa att den risk för ökade avhopp bland yngre läkare som SYLF har varnat för har blivit en realitet. Studeras denna statistik framkommer att andelen yngre läkare som arbetar i ett yrke som inte matchar läkarutbildningen har ökat med nästan en procentenhet mellan 2008 och 2016. År 2016 var det nästan 300 läkare i åldern 20-39 år som arbetade i ett yrke som deras utbildning inte matchade mot. Bara i Stockholms län var det nästan 120 yngre läkarutbildade som arbetade inom andra yrken.

Vilka samhällsekonomiska konsekvenser en ökad väntan på AT-tjänstgöring och i förlängningen ökade avhopp från läkaryrket kan leda till belyses i kommande avsnitt.

”Väntetiden gör att man redan innan man kommit in ordentligt i arbetsmarknaden har gett upp på yrket och börjat fundera i andra banor.”

En samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT

Inledning

De resurser som skapas i ett samhälle kan användas på två sätt; antingen till konsumtion eller till investeringar. Investeringar, till skillnad från konsumtion, ger en framtida avkastning i form av ökade intäkter eller minskande kostnader. Vid konsumtion uppstår kostnad och nytta samtidigt – här och nu – medan kostnader och nyttor för en investering är ojämnt fördelade över tid.

Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är utbildning att betrakta som en investering i humankapital. Under utbildningstiden uppkommer investeringskostnader, främst i form av undervisningskostnader och produktionsbortfall till följd av att en person studerar istället för att arbeta. När personen är färdigutbildad och går ut i arbetslivet skapas värde och investeringen ger avkastning.

Undervisningskostnaderna bärs i Sverige huvudsakligen av det offentliga medan kostnaderna för produktionsbortfallet delas mellan den enskilde och det offentliga. Avkastningen tillfaller den enskilde i form av löneinkomst under arbetslivet, det offentliga i form av skatteintäkter men även i samhället i stort i form av positiva externa effekter. Eftersom vinsterna av en högre utbildning kommer först efter att utbildningen avslutats är det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv bättre, både för individerna och för samhället, om utbildningen genomförs så tidigt och under så kort tid som möjligt, givet den kompetensnivå som behöver förvärvas. Tidigare och mer effektiv utbildning leder till fler år då utbildningen ger avkastning.

Läkares produktivitet

Läkaryrket är ett reglerat legitimationsyrke vilket innebär att det råder strikta krav på vem som får utöva yrket och vilka arbetsuppgifter man som utövare har behörighet att göra. Legitimationen ska vara en garanti för att personen har de kunskaper, färdigheter och egenskaper som krävs för yrket. Vissa arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvården får enbart beslutas eller utföras av legitimerade läkare. En person som genomgått läkarutbildning men ännu inte fått läkarlegitimation kan få ett särskilt förordnande att jobba som underläkare, vilket är ett tillfälligt tillstånd att jobba i yrket under en begränsad tid hos en specifik arbetsgivare.

En enskild läkares produktivitet beror således både på dennes förvärvade förmåga att utföra arbetsuppgifterna och på de reglerade gränserna för yrkesutövandet. Längre väntetider till AT förskjuter den tid det tar för en läkare att få ut sin legitimation och därmed även tidpunkten då läkaren uppnår specialistkompetens och kan nå full produktivitet.

Väntan på AT innebär att det uppstår ett produktionsbortfall. Går personen helt utan sysselsättning blir det ett helt produktionsbortfall för hela väntetiden. Detta tycks dock vara ett marginellt problem. De allra flesta vikarierar som underläkare eller har annan sysselsättning under tiden de väntar på AT. I det fall personen arbetar i vården kan produktionsbortfallet beräknas som skillnaden i effektivitet och produktivitet mellan underläkare på vikariat och legitimerade läkare som har genomgått AT.

En samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT

Kostnader för en mindre effektiv vård

Som vi såg i tidigare avsnitt har det blivit allt längre väntetider för AT. Det innebär, allt annat lika, att en större andel av läkarna i vården vid en viss given tidpunkt kommer att vara icke-legitimerade, vikarierande underläkare. Detta innebär i sin tur en lägre effektivitet och produktivitet för sjukvården som helhet.

Det är dock inte säkert att sjukvårdshuvudmännen bär den fulla kostnaden för denna produktivitetsskillnad eftersom underläkarnas lägre löner slår igenom i form av lägre samlade lönekostnader.*

En mindre effektiv och produktiv vård tar sig dock rent konkret uttryck i längre väntetider för patienter samt en ökad risk för felbehandlingar och vårdskador. Utöver personligt lidande kan detta också leda till samhällseffekter i form av längre sjukskrivningsperioder, med produktionsbortfall och högre sjukförsäkringskostnader som följd.

Kostnaderna för en mindre effektiv vård bärs således inte enbart av sjukvårdshuvudmännen utan det sker en övervältring till enskilda, till arbetsgivare och till staten i form av högre kostnader för sjukförsäkringen.

Längre väntetider för AT, med fler vikarierande underläkare, kan således ge lägre lönekostnader för vården men ökade kostnader för samhället i stort. Att på ett korrekt sätt kvantifiera och beräkna hur stora dessa kostnader är, som en direkt följd av förlängda väntetider för AT, är dock metodologiskt mycket svårt.

* Denna effekt kan dock uppvägas om vårdgivarna blir mer beroende av att använda s.k. hyrläkare för att fylla eventuell läkarbrist.

Kostnader till följd av avhopp från yrket

En annan potentiell kostnadspost är om läkare hoppar av hälso- och sjukvården och byter yrkesbana. Som vi såg i tidigare avsnitt finns indikatorer på att avhoppen från yrket ökat något. Och i samband med denna studie har vi gått ut med en enkät till yngre läkare där 30 procent svarade att det är mycket eller ganska troligt att de har lämnat hälso- och sjukvården inom fem år.

I ekonomiska termer har samhället och den enskilde då investerat i en utbildning som ingen av dem får full avkastning på. Så länge personen förvärvsarbetar med något där utbildningen delvis är relevant och kommer till nytta så är avkastningen inte noll.

Den samhällsekonomiska kostnaden för examinerade läkare som lämnar hälso- och sjukvården är skillnaden i totala utbildningskostnader – undervisningskostnader och produktionsbortfall – för att nå motsvarande den kompetens som behövs för det yrke de går till med en annan, mindre kostsam utbildning – exempelvis en inom naturvetenskap eller teknik.

Ett ökat avhopp kan också leda till läkarbrist, vilket i sin tur kan leda till stigande löner och ökat beroende av hyrläkare. På sikt torde dock högre löner motverka avhopp. Och även om hyrläkare ofta har väsentligt högre ersättning betalar inte landstingen ersättning för tjänstepension, försäkringar, semesterlön, semesterersättning och fortbildning. Och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är detta främst en fördelningseffekt – från vården till enskilda läkare och bemanningsföretag. Hur det samhällsekonomiska nettot ser ut är oklart varför vi i den fortsatta analysen bortser från denna aspekt.

En samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT

Sammanfattning

Resonemangen kokar ner till att det ur ett samhällsekonomiskt perspektiv främst finns två större kostnadsposter av längre väntetider för AT:

1. Lägre produktivitet i vården med negativa externa effekter som följd

2. Läkaravhopp – högre offentliga utbildningskostnader och lägre avkastning på läkarutbildningen

Att på ett fullödigt sätt beräkna dessa kostnader, och att isolera effekten av längre väntetider för AT, är metodologiskt mycket svårt och kräver ett betydligt mer omfattande analysarbete än vad som funnits utrymme för i denna studie. Men för att ändå få en uppfattning om vilken storleksordning det kan handla om så har vi genomfört ett par förenklade och starkt stiliserade räkneexempel.

Ett förenklat räkneexempel

1. Kostnaden för lägre produktivitet:

För att bedöma den samhällsekonomiska kostnaden av lägre produktivitet till följd av ökande väntetider för AT kan vi göra ett förenklat räkneexempel utifrån några antaganden.

För det första antar vi att läkarnas löner speglar deras produktivitet. Detta är ett vanligt antagande inom nationalekonomin och följer av ekonomisk teori. Även om det på individuell nivå kan skilja sig så finns det ändå skäl att anta att det på övergripande och genomsnittlig nivå ger en relativt god bild av faktiska förhållanden.

Ett andra antagande är att vi i beräkningarna bortser från de negativa externa effekter som inte fångas av löneskillnaden. Det finns skäl att tro att de effekter som spiller över på andra aktörer inte fullt ut fångas av löneskillnaden, dessa är dock mycket svåra att kvantifiera.

Våra beräkningar har utgått från SCB:s statistik över genomsnittlig månadslön inom landstingskommunal sektor för år 2018. Lönestatistiken finns uppdelad på AT-, ST- samt specialistläkare, däremot redovisas ingen officiell statistik för underläkare. Det finns inofficiella källor som indikerar en genomsnittslön på 27 000 – 28 000 kr per månad, men då ingår vikarierande och feriearbetande underläkare som inte är examinerade utan är i slutet på sin grundutbildning, vilket vi inte är intresserade av här.

En samhällsekonomisk bedömning av längre väntetider för AT

Ett förenklat räkneexempel, forts.

I brist på tillförlitlig statistik avseende examinerade underläkares genomsnittliga månadslöner har vi i detta räkneexempel utgått ifrån att deras inkomst ligger i nivå med genomsnittet för en grundutbildad sjuksköterska. Därmed har vi baserat beräkningarna på nedanstående lönenivåer:

	Månadslön	*Årslön*
ST-läkare	*49 300*	*591 600*
AT-läkare:	*34 900*	*418 800*
Underläkare	*34 000*	*408 000*

**Källa: SCB*

Enligt SYLF:s väntetidsrapport tar det i genomsnitt 10,2 månader att få en AT-tjänst. Antalet examinerade från läkarutbildningen är årligen ca 1 300. Väntetiderna innebär att svensk sjukvård årligen förlorar ca 1 100 specialistår.* Produktivitetsförlusten beräknas som skillnaden i produktivitet, mätt i termer av lön, mellan underläkare och ST-läkare.

Givet antagandena om att genomsnittslönen speglar produktiviteten och baserat på ovanstående genomsnittslöner är skillnaden i produktivitet ca 184 tkr per år.**

Utifrån våra antaganden uppgår kostnaden för produktivitetsförlusten av drygt 10 månaders väntetid för AT till ca 200 mkr per år.*** Varje månads väntetid kostar enligt våra beräkningar 20 mkr.****

*Beräknat som (10/12)*1300
** Beräknat som: 591 600 - 408 000 = 183 600
*** Beräknat som: 184 000 * 1100 = 198 900 000
**** Om vi istället antar att underläkarnas genomsnittliga lön är 32 000 kr/mån, och att detta speglar deras genomsnittliga produktivitet, blir kostnaden för produktivitetsförlusten istället 225 mkr per år, eller 22,5 mkr per månad.

Ett förenklat räkneexempel, forts.

2. Kostnaden för läkaravhopp

Tidigare konstaterade vi att den samhällsekonomiska kostnaden för att examinerade läkare lämnar hälso- och sjukvården är skillnaden i totala utbildningskostnader för att nå motsvarande den kompetens som behövs för det yrke de går till, med en annan, mindre kostsam utbildning.

För att bedöma storleksordningen på denna kostnad begränsar vi oss i detta räkneexempel till att jämföra de direkta utbildningskostnaderna. Produktionsbortfallet, som ur ett samhällsekonomiskt perspektiv är den största kostnaden, är svårare att bedöma då det beror på vilket yrke personen väljer att gå till, lönenivån i detta yrke samt vilken utbildning det kräver.

Enligt statistik från Universitetskanslerämbetet (UKÄ) är statens kostnader för en plats på den 5,5-åriga läkarutbildningen ca 765 000 kr per läkarstuderande. I detta stiliserade räkneexempel antar vi att den som hoppar av läkaryrket väljer ett yrke som hade kunnat nås med en alternativ utbildning motsvarande fem år inom naturvetenskap, teknik och farmaci. Den genomsnittliga kostnaden för dessa utbildningar är ca 485 000 kr per studerande.

Kostnaden för varje avhoppad examinerad läkare blir, räknat på detta sätt ca 280 000 kr. Om avhoppen är fem procent innebär det att ca 65 examinerade läkare väljer att lämna yrket varje år. Kostnaden för detta uppgår till ca 18 mkr per år.

Det är dock viktigt att påpeka att detta räkneexempel enbart tar hänsyn till de direkta undervisningskostnaderna och därför är en underskattning av de verkliga kostnaderna.

Sammanfattning av resultaten

Rapporten har visat att väntetiderna för AT-tjänst har ökat och år 2017 och 2018 var det ett underskott på nästan 200 AT-platser per år. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv leder detta till lägre produktivitet i vården med negativa externa effekter som följd samt ökad risk för att läkare väljer att lämna yrket, vilket i sin tur resulterar i högre offentliga utbildningskostnader och lägre avkastning på läkarutbildningen

SCB:s regionala matchningsindikatorer indikerar att yngre läkare som arbetar i ett yrke som inte matchar läkarutbildningen har ökat med nästan en procentenhet mellan 2008 och 2016. År 2016 var det nästan 300 läkare i åldern 20-39 år som arbetade i ett yrke som deras utbildning inte matchade mot. Bara i Stockholms län var det nästan 120 yngre läkarutbildade som arbetade inom andra yrken.

Den enkätundersökning som genomförts inom ramen för denna studie visar att nästan var tredje yngre läkare svarar att det är ganska eller mycket troligt att de inom fem år kommer att lämna hälso- och sjukvården för att arbeta i en annan sektor. Nästan var tionde uppger att det är mycket troligt. Det är dock bara ett fåtal som uppger att väntetider för AT är det direkta skälet till att man överväger att lämna. Det som väger tyngst är arbetsmiljön, den höga arbetsbelastningen, det stora ansvaret i kombination med små möjligheter att påverka arbetstider och arbetssituation. Det framkommer också ett utbrett missnöje med lönenivåer och löneutveckling.

Vårt förenklade räkneexempel indikerar att den samhällsekonomiska kostnaden för den lägre produktivitet som följer av längre väntetider för AT kan uppgå till ca 200 mkr årligen.

Kostnaden för läkaravhoppen beräknas till ca 18 mkr per år, men det inkluderar enbart de högre utbildningskostnaderna inte kostnader för produktionsbortfall och eventuella undanträngningseffekter.

”Tycker det är väldigt jobbigt med att vänta så länge. Skulle vilja börja med min specialisering men nu så får man vänta med det eftersom det inte finns tillräckligt med platser. Det känns som att jag slösar på min tid där jag kunde istället komma vidare med karriären och göra det jag skulle vilja göra.”

Bilaga: Enkätstudien

- Vad säger de yngre läkarna själva?

Resultat av enkätstudien

För att ta reda på hur de yngre läkarna själva ser på sin arbetssituation och om de upplevt problem med långa väntetider för att få AT-tjänst så har vi genomfört en enkätstudie bland SYLF:s medlemmar.

Enkäten mejlades ut till 1 300 respondenter och kunde besvaras under perioden 15 maj till 5 juni 2019. Totalt besvarades den av 865 personer, vilket ger en svarsfrekvens på 67 procent.

Andelen kvinnliga svarande är 66 procent, vilket ger en viss överrepresentation då andelen kvinnliga läkare i åldern 25-39 år är 57 procent, enligt SCB:s statistik.

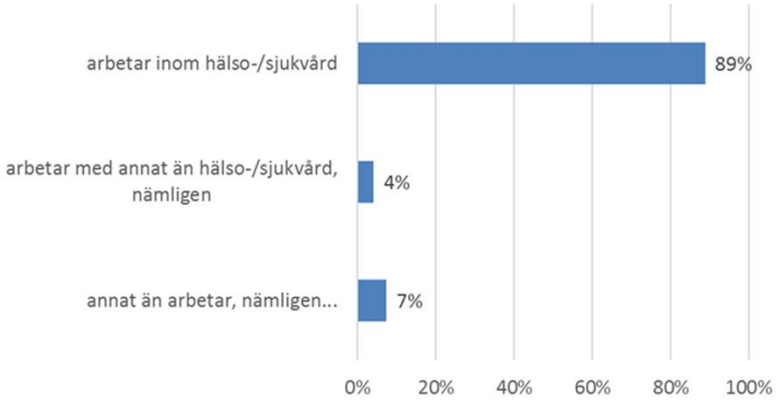
Av de svarande var det en fjärdedel som väntade på AT-tjänst och en fjärdedel som när de svarade gjorde sin AT-tjänst. Hälften var klara med sin AT-tjänstgöring.

Av de som väntar på AT arbetar nio av tio inom hälso- och sjukvården. Av det fåtal som inte arbetar inom hälso- och sjukvården är forskning den vanligaste sysselsättningen. Några är också föräldralediga eller studerande.

Citat från enkäten:

> *"Söker arbete men har tröttnat på att jobba som underläkare så tackar sällan ja till erbjudanden. Planerar flyktplan från läkaryrket även om jag inte är helt säker."*

Figur 6. Vad gör de som väntar på AT?
Vilken är din nuvarande, huvudsakliga sysselsättning i väntan på AT-tjänst?



Bilaga: Enkätstudien

- Vad säger de yngre läkarna själva?

Av de svarande som inte väntar på AT tjänstgör nio av tio inom den offentligt finansierade hälso- och sjukvården. En tredjedel gjorde vid svarstillfället sin AT-tjänstgöring och ca 60 procent arbetade som legitimerade läkare. Ett mindre antal uppger att de arbetar inom privat finansierad sjukvård.

Av dem som uppger att de arbetar med annat än hälso- och sjukvård eller att de inte förvärvsarbetar så är de vanligaste svaren att de ägnar sig åt forskning följt av föräldraledighet.

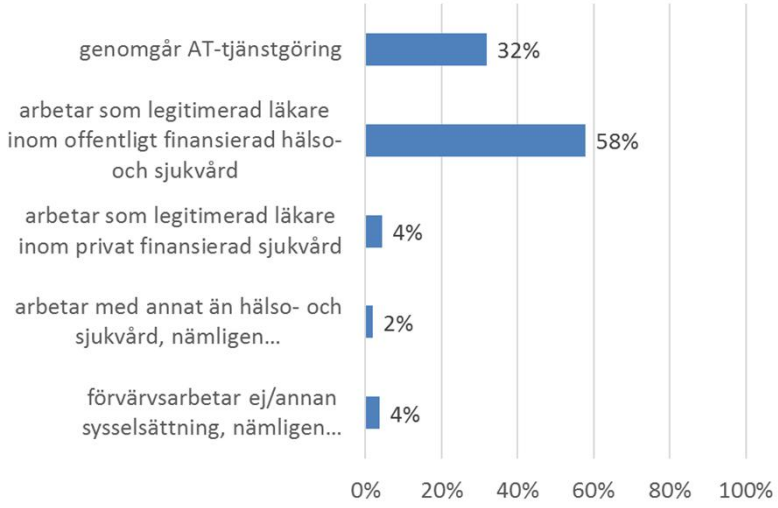
Bara några enstaka uppger att de helt har lämnat läkaryrket och bytt bransch. Men då ska man komma ihåg att enkäten riktat sig till SYLF:s medlemmar. Det finns skäl att misstänka att de som valt att lämna yrket också valt att lämna SYLF som organisation och därför inte nåtts av enkäten.

Citat från enkäten:

> *"Jag har funderat på att byta sektor men vet inte till vad. Tycker om arbetet men upplever det som att arbetsbelastningen är ohållbar inom i princip alla specialiteter. Svårt att se hur man ska kunna vara läkare utan att bli utbränd."*
>
> *"Jag trivs inte. Jag blev sjukskriven för utmattningssyndrom under AT och har nu återhämtat mig, men jag är rädd att jag kommer hamna i samma situation igen med tanke på arbetsmiljön inom sjukvården."*

Figur 7. Vad gör de övriga?

Vilken är din nuvarande, huvudsakliga sysselsättning?



Bilaga: Enkätstudien

- Should I stay or should I go?

Nästan var tredje läkare som besvarat enkäten svarar att det är ganska eller mycket troligt att de inom fem år kommer att lämna hälso- och sjukvården för att arbeta i en annan sektor. Nästan var tionde uppger att det är mycket troligt.

I de öppna svaren, där de som svarat att de överväger att lämna fått ange skälen för detta, så handlar de flesta svaren om de generella arbetsvillkoren för läkare. Hög arbetsbelastning, stress och dålig arbetsmiljö är vanligt förekommande orsaker. Många uttrycker frustration över läkarnas stora ansvar i kombination med små möjligheter till inflytande över arbetssituationen. Även lön och löneutveckling i förhållande till ansvaret som läkare är mycket frekventa svar.

Rent generellt ger svaren i enkäten en bild av ett stort missnöje med personalpolitiken och med ledningen och styrningen av verksamheten. Många framhåller också stor administrativ börda med många intyg som ska fyllas i som orsak till missnöje med arbetssituationen.

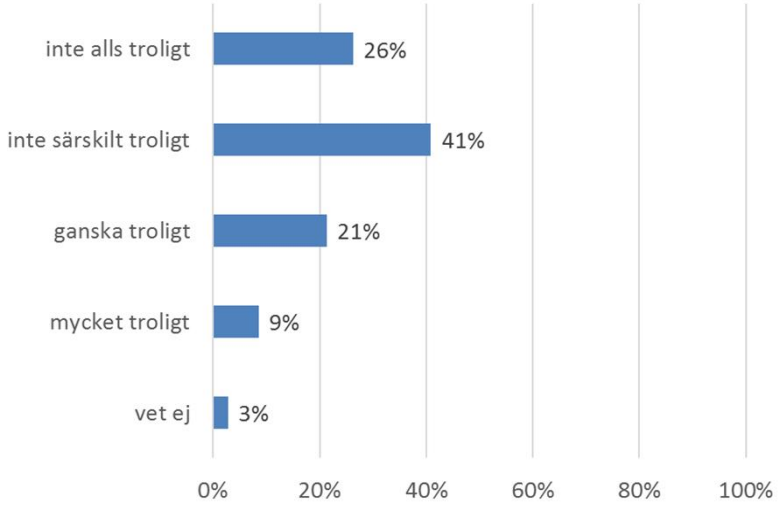
Av ca 200 öppna svar är det ca 15 som explicit lyfter fram väntetider för AT och ST som orsak för att lämna läkaryrket.

Citat från enkäten

> *"För hög arbetsbelastning, mycket administrativa uppgifter, krav på mig som läkare gällande olika bedömningar jag ska göra som jag varken har tillräckligt med tid eller information om för att kunna göra på ett bra sätt - gäller framför allt olika intyg"*
>
> *"Jag tänker inte offra år av mitt liv till en otacksam organisation som ser läkare som en förbrukningsvara."*

Figur 8. Sannolikheten att lämna hälso- och sjukvården.

Hur troligt är det att du inom de närmaste 5 åren lämnar hälso- och sjukvården för arbete inom en annan sektor?



Bilaga: Enkätstudien

- Vad vill man göra istället?

Av de som svarat att det är ganska eller mycket troligt att de lämnar hälso- och sjukvården inom de närmaste fem åren lockas hälften av att arbeta inom Life science, medtech eller läkemedelsindustrin.

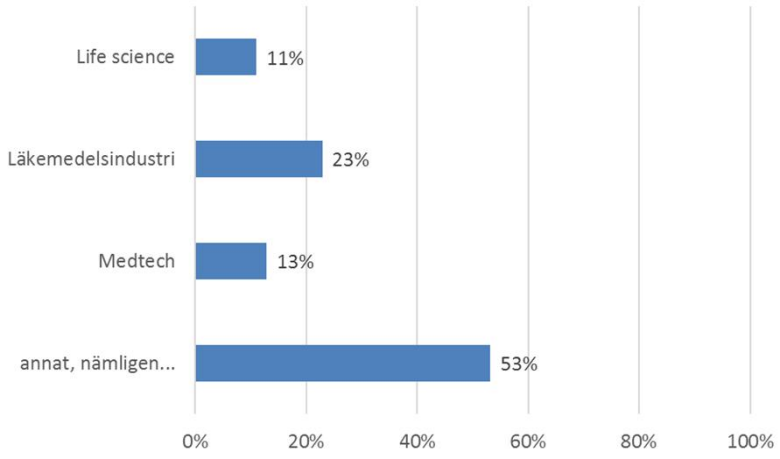
De övriga ger ganska skilda svar som ger en spretig bild. Det är relativt många som ger uttryck för att de inte riktigt vet vad de vill göra om de skulle lämna yrket. Andra uttrycker en önskan att arbeta mer med ledning och verksamhetsutveckling inom hälso- och sjukvård. Relativt många svarar att de vill starta eget företag eller gå in i konsultverksamhet utan att närmare specificera inom vilket område. Managementkonsult är också ett återkommande svar.

Citat från enkäten:

> *"Tänker dagligen på alternativa banor som inte skulle innebära kliniskt arbete. Även att helt byta yrke och omskola mig."*
>
> *"Forskning, myndighetsarbete, folkhälsoarbete, journalistiskt arbete eller liknande där utbildning och färdigheter kommer väl till pass."*
>
> *"Konsultverksamhet inom hälso- och sjukvård, arbeta med systemen mer."*
>
> *"Vad som helst. Kanske läsa en annan utbildning. Guldsmed, glasblåsare, lärare, ekonomi, jurist."*

Figur 10. Vad vill man göra istället?

Vilken sektor överväger/har du i så fall övervägt att gå till?



Bilaga: Enkätstudien

- Urval av citat från de öppna frågorna i enkäten

Som avslutande fråga i enkäten gavs möjlighet att formulera tankar och synpunkter kring väntetiden för AT-tjänstgöring och eventuella konsekvenser av detta. Totalt valde 263 att lämna svar och här redovisas ett litet urval.

”Som underläkare och AT har man ingen riktig, kontinuerlig arbetsplats. Man är alltid på väg till nytt ställe. Likadant vad det till viss del under de kliniska terminerna med. För min del tär det på psyket och kärleken till mitt arbete. Man får ju inte ”committa” helt till något ställe. det tär att ständigt vara ny och inte kunna någonting samtidigt som man har ett stort ansvar och får oftast otroligt lite förståelse för att man är ny överallt.”

”AT finns. Folk måste fatta att det inte är en mänsklig rättighet att göra AT i Stockholm.”

”Jag sökte inte AT förrän 12 månaders vik efter examen eftersom det kändes som slöseri med tid och kraft. Dessutom ville jag vicka för att landa lite i läkarrollen. Har fått plats nu och börjar till hösten. För min personliga del har det inte varit problematiskt att AT-platserna är för få, men instämmer såklart att det är ett bekymmer på strukturell nivå.”

”Jag har mycket svårt att se att jag helt skulle lämna offentlig sjukvård men har även mycket svårt att se att jag kommer vilja och orka arbeta heltid inom offentlig sjukvård. Detta har ingenting överhuvudtaget att göra med väntetid till AT att göra utan med vårdens strukturella problem och underbemanning där jag jobbar.”

”Ibland talas det om att man ska flytta för att få en AT-tjänst men om man är lite äldre och har barn som går i skolan och en partner som har ett företag och etablerat sig i Sthlm el annan storstad är det inte bara till att flytta. Man är inte en bortskämd ung läkare för det. Jag flyttade för jobb tidigare i mitt liv och kan helt enkelt inte flytta då det påverkar för många runt omkring mig. så skulle önska att man utvidgar AT-tjänare på samma sätt som man ökat klasserna på t ex KI.”

”Väntetiden för AT är ju ett gissel, hann påbörja en annan utbildning under tiden och det är ju därför jag funderar på att lämna nu.”

”Det råder en stor brist på färdiga specialister och stora pensionsavgångar pågår, en fördröjd AT ger en fördröjd ST och följaktligen längre tid tills vi har färdiga specialister. Lägg i denna ekvation in att underläkare av alla kategorier prioriteras för att producera vård på en nivå där trycket är stort/fylla schemarader och det är svårt att få en snabb och effektiv utveckling i sina färdigheter pga lite handledning och mycket ensamarbete. Plötsligt har alla erfarna specialister gått i pension och de nyblivna står där med ett stort ansvar utan att ha fått förutsättningar att verkligen klara av det - sin specialistexamen till trots.”

” Jag har/ kommer sannolikt fortsätta arbeta deltid. Men jag hoppas att jag hittar ett sätt att orka fortsätta arbeta med det jag brinner för, dvs kliniken.”