



Tillsammans för bättre
kontinuitet i vården

Tillsammans för bättre kontinuitet i vården

Hänger kontinuitetsproblemen ihop med inhyrning?_____	3
Kompetensbristen i svensk vård_____	4
Sambandet mellan inhyrning och kontinuitet_____	6
Intervjuer med kompetensföretag inom vården_____	11
Hur öka kontinuiteten i vården?_____	13
Frågor som använts ur SKL:s patientenkät primärvård 2017_____	16
Källor_____	17

Hänger kontinuitetsproblemen ihop med inhyrning?

Det påstås regelbundet att inhyrning av medarbetare i vården orsakar kontinuitetsproblem. Antagandet att inhyrning orsakar kontinuitetsproblem verkar ha sitt ursprung i IVO:s rapport ”Hyr-läkare – vårdgivarens dilemma?” från 2016 som beskriver 21 vårdcentraler med kompetensbrist och inhyrning i mellersta Sverige. Beskrivningarna i rapporten av att kompetensbrist och lednings- och organisationsproblem orsakar såväl inhyrning som kontinuitetsproblem har därefter förenklats och refererats till som att inhyrningen orsakar kontinuitetsproblemen. Den uppföljning av rapporten som gjordes av IVO ett år senare visar att ”samtliga vårdgivare förbättrat förutsättningarna för hyr-läkare att arbeta patientsäkert” och att ”ett stort antal läkarvakanser i primärvården bidrar till ökade patientsäkerhetsrisker, framförallt i och med bristande kontinuitet”. Uppföljningen som visar att vakanser och inte inhyrning är det huvudsakliga och mer svårhanterliga problemet har dessvärre inte fått samma spridning som rapporten.

I denna rapport undersöks sambandet mellan kontinuitet och inhyrning. Slutsatsen är att det inte går att belägga att inhyrning isolerat orsakar kontinuitetsproblem. Olika typer av inhyrning eller konsultanvändning har olika effekter. Kontinuitetsproblem kan också förbättras genom en mer långsiktig och genomtänkt konsultanvändning inom vården. Bakgrunden till bristande kontinuitet i vården är en underliggande kompetensbrist i kombination med övergripande brister i styrning och organisation, som i sin tur förvärrar kompetensbristen.

För frågor om rapporten, kontakta:

Carina Kit

Kommunikationschef

Kompetensföretagen

carina.kit@almega.se

Kompetensbristen i svensk vård

År 2015 angav 79 procent av arbetsgivarna i vården brist på läkare, och Läkarförbundet har uttryckt att läkarbristen försämrar kontinuiteten i vården.¹ Bristen speglar att efterfrågan på vård ökar, eftersom Sverige samtidigt har hög och stigande läkartillgång. Den kan också spegla att läkarnas tid behöver organiseras och användas mer ändamålsenligt inom vården.

Sverige hör till de OECD-länder som har högst läkartäthet, med fler läkare per 1000 invånare än OECD-genomsnittet både 2000 och 2014. Sverige hör också till de länder som har haft störst ökning av antalet läkare per 1000 invånare mellan 2000 och 2015.

Läkartätheten ökar dessutom. 2014 gick det 417 läkare på 100 000 svenskar. Fem år tidigare var samma siffra 379. Antalet läkare sysselsatta i hälso- och sjukvården ökade enligt Socialstyrelsen med knappt 38 procent mellan 2000 och 2015. De tre största åldersgrupperna 2015 för läkare var 30–34, 35–39 samt 40–44-åringar, vilket ger goda demografiska förutsättningar för bemanning under kommande år. Antalet examinerade från läkarprogrammet har också ökat det senaste decenniet. Mer än hälften av de läkarlegitimationer som Socialstyrelsen utfärdar idag ges till personer med utbildning utanför Sverige, och det råder ett nettoöverskott på omkring 500 invandrade läkare per år.² Efterfrågan på läkare prognosticeras dock överskrida utbudet under ytterligare ca 15 år, i takt med en åldrande befolkning och ökade vårdbehov.

Socialstyrelsens nationella planeringsstöd visar att en stor andel av svenska läkare arbetar inom sjukhusen, medan läkartätheten i primärvården i internationell jämförelse är lägre. I primärvården är därmed läkarbristen större. För sjuksköterskor är dock bristen värre inom sjukhusvården.

Sverige har inte lika många sjuksköterskor som läkare per 1000 invånare relativt andra OECD-länder, men har alltså fler sjuksköterskor än OECD-genomsnittet. Även här överskrider efterfrågan utbudet, men endast en fjärdedel av landstingens kostnader för inhyrning går till sjuksköterskor, enligt SKL:s sammanställningar.

Det relativa antalet sysselsatta specialistsjuksköterskor har minskat med knappt 15 procent mellan 2000 och 2015. Socialstyrelsen konstaterar att det råder brist på ny-examinerade och erfarna grundutbildade sjuksköterskor och specialistsjuksköterskor i hela landet. Bristen bedöms kvarstå, då till exempel grupper som distriktssköterskor och specialistsjuksköterskor inriktade mot psykiatri har stora pensionsavgångar att vänta. För barnmorskor rapporterade 14 av 18 landsting till Socialstyrelsen att det råder brist.

SCB har genomfört en enkät- och registerstudie för att ta reda på vilka faktorer som har bidragit till att sjuksköterskor lämnar yrket. Sex av tio angav stress och arbetsbelastning, och lika många angav bristande möjlighet att styra över arbetssituationen. I SCB:s enkät angav hälften av de tillfrågade dessutom arbetsbelastning i förhållande till arbetstid, lön i förhållande till arbetsbörda samt bristande ledarskap.

Makten att styra över sin egen tid och kunna ta längre ledigheter är den vanligaste anledningen som anges av medarbetare (såväl läkare som sjuksköterskor) som går över till bemanningsföretag, i Kompetensföretagens medarbetarundersökningar. På andra plats kommer möjligheten till längre ledigheter, och på tredje plats önskan om högre lön.³

¹<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/01/Okad-lakarbrist-senaste-fem-aren/>

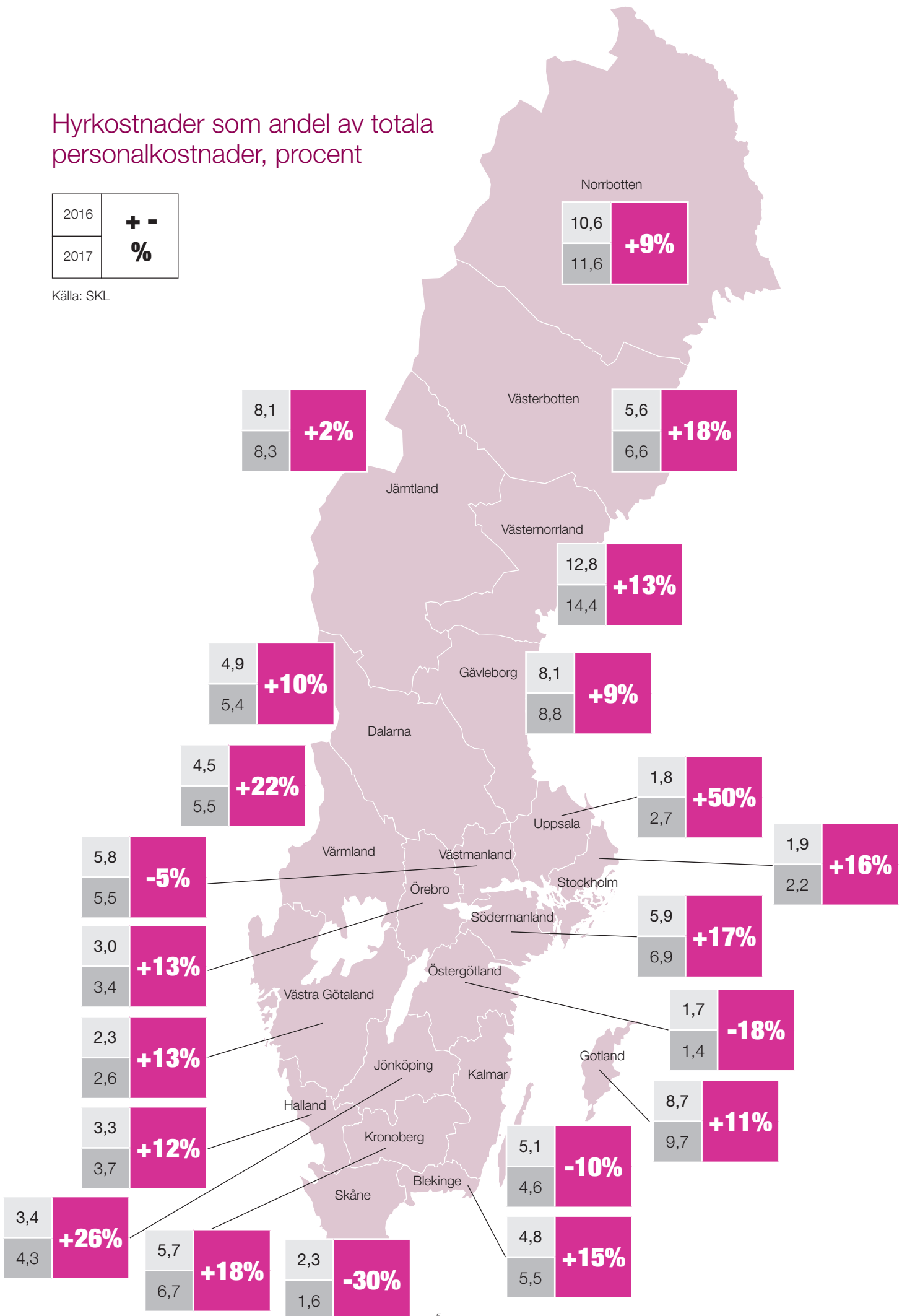
²Socialstyrelsens rapport Nationella planeringsstödet 2017

³Kompetensföretagens medarbetarundersökning, medarbetare inom vård

Hyrkostnader som andel av totala personalkostnader, procent

2016	+ -
2017	%

Källa: SKL



Sambandet mellan inhyrning och kontinuitet

SKL mäter årligen andelen av personalkostnaderna inom vården som går till inhyrning i olika landsting. SKL har också under senare år gradvis byggt ut den patientenkät som mäter en rad kontinuitetsfaktorer, såsom huruvida patienterna träffar samma läkare i primärvården.

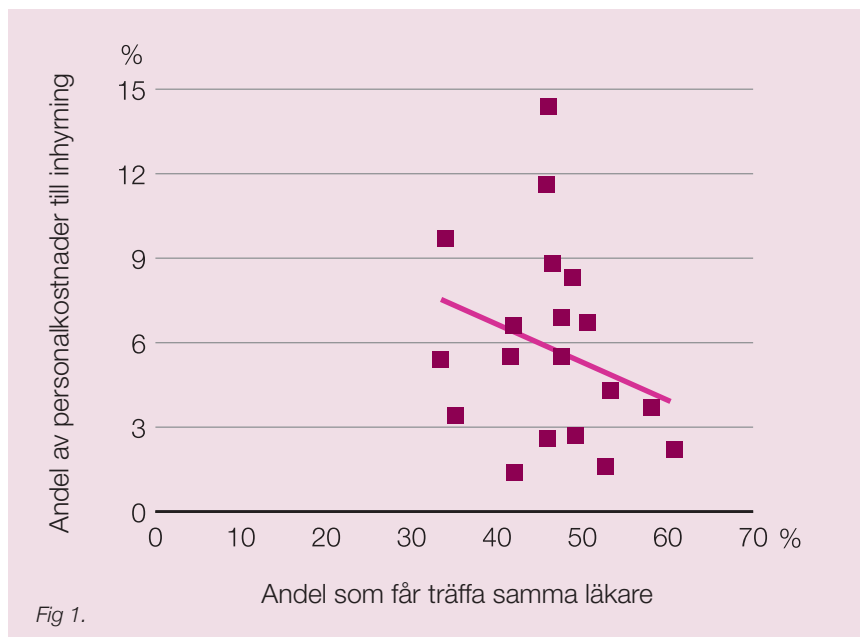
Kompetensföretagen har undersökt sambandet mellan de delar av SKL:s patientenkät som mäter kontinuitet i primärvården och statistik över kostnader för inhyrda medarbetare i olika landsting. Det underlag som använts är SKL:s data över andel av personalkostnaderna som går till inhyrning i de olika landstingen för 2016 och 2017. Dessa har jämförts med kontinuitetsfrågor i patientenkäten för primärvård 2017. Utöver detta har medlemsföretag intervjuats om sina erfarenheter av kontinuiteten ute på uppdrag.

Det finns en rad möjliga reservationer mot att leta efter samband i SKL:s patientenkät och inhyrningssiffror. Tidigare utdrag över landstingens inhyrning som Kompetensföretagen gjort har visat på omfattande felredovisning av andra inköp i statistiken. Att göra statistisk analys av 21 regioner ger låg tillförlitlighet. SKL:s patientenkät har dessutom bara värden över tid för ett fåtal regioner om man vill mäta utvecklingen, och inhyrningen omfattar alla delar av vården men enkäten bara delar av den. Samtidigt är det rimligt att se vad som kan utläsas ur den data som finns på området.

Det bör framhållas att det är skillnad på olika typer av inhyrning: vissa landsting och regioner har ordnade upphandlingar med fungerande avtal och auktoriserade leverantörer, medan andra län gjort akuta inhyrningar från dag till dag utanför ramavtal. Inhyrning från auktoriserade kompetensföretag, av enskilda frilansare eller från utländska förmedlingar utan kontroller och kollektivavtal hamnar i samma "inhyrnings"-kategori i statistiken. Innehållsmässigt är det dock skillnad på dessa tjänster. Tidigare sammanställningar har visat att endast 39 procent av landstingens inhyrning görs av auktoriserade kompetensföretag. SKLs sammanställningar visar att inhyrningen inom sjukhusvård och primärvård är ungefär lika stor sett till andel av kostnader.

När kontinuitetsmått i patientenkäten jämförs med andelen inhyrning i de olika länen går det inte att hitta något signifikant samband mellan dessa, se till exempel figur 1. De samband som finns är svaga. Sambandet mellan andelen hyrkostnader och möjlighet att komma till primärvården i tid eller att få träffa den läkare man vill är svagt och inte signifikant.

Kostnader för inhyrning och andel som får träffa samma läkare i primärvården 2017



I figur 1 ses andelen patienter som får träffa samma läkare inom primärvården på X-axeln och andelen av personalkostnaderna som går till inhyrning på y-axeln.

Källa: SKL Patientkät Primärvård 2017 och SKL inhyrningsstatistik. Enkäten skickades ut till patienter som besökt en hälso- /vårdcentral under oktober månad 2017. Nära 80 000 personer, 15 år eller äldre som varit på ett läkarbesök, besvarade enkäten.

Andel som får träffa samma läkare vid besök på vårdcentral

Andelen patienter som uppger att de får träffa samma läkare vid besök på vårdcentral är låg i hela landet. Mindre än hälften av patienterna får träffa samma läkare enligt patientenkäten, se figur 2. Samtidigt är mindre än 10 procent av medarbetarna inhyrda läkare. Kontinuitetsbristerna är således betydligt mer omfattande än inhyrningen. De län som har lägst andel som får träffa samma läkare i primärvården utmärks inte heller av högre inhyrning.

Kompetensbristen och mängden vakanser gör att det råder en stor rotation av läkare som träffar patienter också bland landstingets direktanställda läkare. Hög andel egna anställda är därmed inte en fungerande isolerad strategi för att säkra kontinuitet.

Utvecklingen av hyrkostnader 2016–17 kan också jämföras med utvecklingen av andelen som fick “besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid” samt andelen som får “träffa samma läkare vid [...] besök på hälso-/vårdcentralen”. I dessa fall finns bara data för 9 landsting och regioner. I bägge fallen beror den positiva linjen i graferna nedan på punkten längst upp till höger i graferna, som är Uppsala. I Uppsala ökade inhyrningen med 50 procent mellan 2016 och 2017, samtidigt som möjligheten att komma till primärvården i tid eller träffa samma läkare förbättrades med 11 respektive 12 procent. Utan Uppsala-exemplet går det dock inte att se att inhyrningen gjort varken till eller från för möjligheten att träffa samma läkare eller komma till primärvården inom rimlig tid.

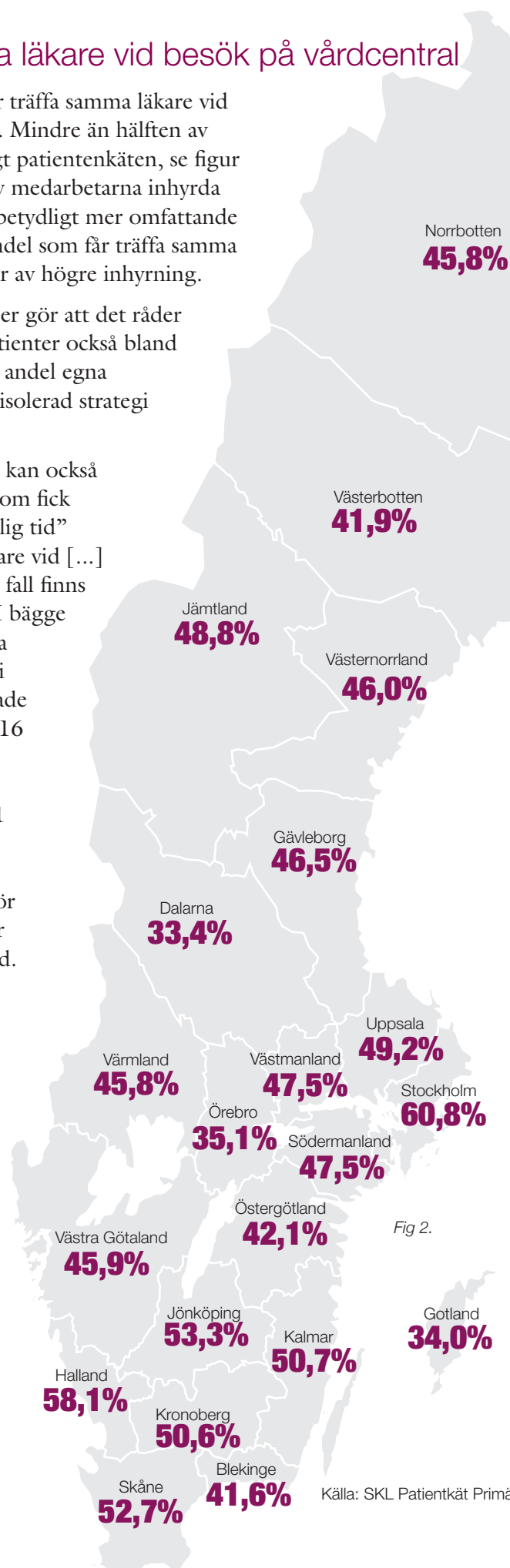
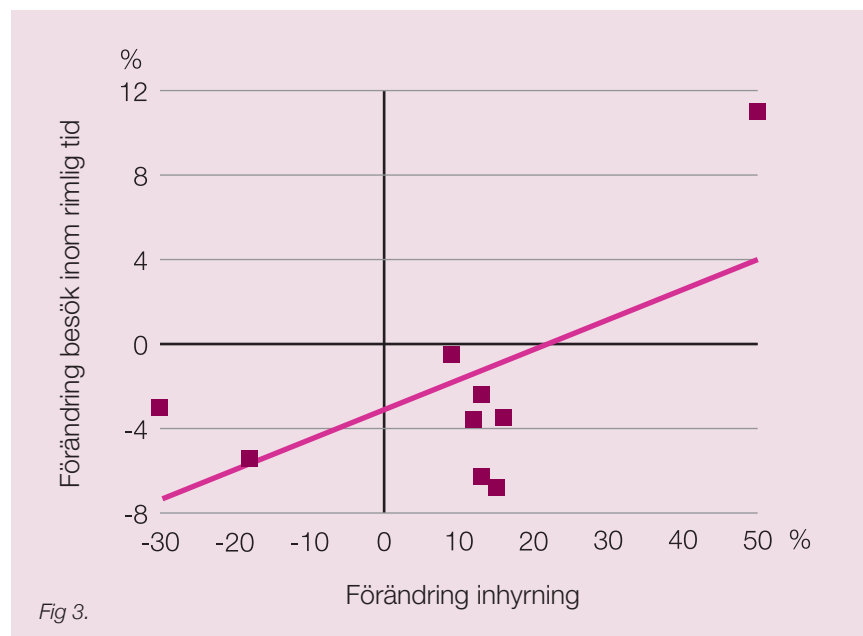


Fig 2.

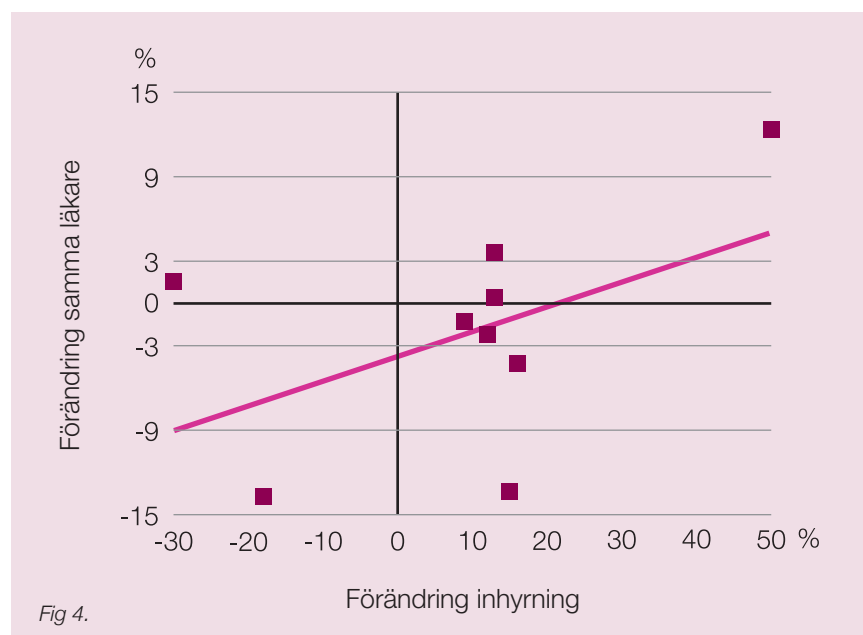
Källa: SKL Patientkät Primärvård 2017

Samband mellan utvecklingen av inhyrning och andel som får besöka primärvård inom rimlig tid.



Källa: SKL, SKL:s patientenkät för primärvård 2016 och 2017. I figur 3 ses utvecklingen av inhyrning mellan 2016 och 2017 på x-axeln och förändringen av andelen patienter som får träffa en läkare inom rimlig tid på y-axeln. Att sambandet blir positivt beror på punkten längst upp till höger, som är Uppsala. Uppsala ökade andelen personalkostnader som går till inhyrning från 1,8 till 2,7 procent mellan 2016 och 2017, dvs en ökning med 50 procent. Samtidigt ökade andelen patienter som besöka primärvården inom rimlig tid i Uppsala från 68 till 77 procent.

Samband mellan utvecklingen av inhyrning och andel som träffar samma läkare.



Källa: SKL, SKL:s patientenkät för primärvård 2016 och 2017. I figur 4 ses utvecklingen av inhyrning mellan 2016 och 2017 på x-axeln och förändringen av andelen patienter som får träffa samma läkare vid sina besök på vård- eller hälsocentral på y-axeln. Att sambandet blir positivt beror på punkten längst upp till höger, som är Uppsala. Uppsala ökade andelen personalkostnader som går till inhyrning från 1,8 till 2,7 procent 2016–17, dvs en ökning med 50 procent. Samtidigt ökade andelen patienter som får träffa samma läkare i Uppsala från 44 till 49 procent.

Rapporten ”Hyrläkare – vårdgivarens dilemma?” från IVO som refererats av andra myndigheter analyserar patientrisker vid vårdcentraler som har många inhyrda läkare. Rapporten innehåller en rad relevanta förbättringsförslag som landsting kan göra vid inhyrning. Dock görs ingen jämförelse med vårdcentraler som hanterar motsvarande kompetensbrist utan inhyrning. Därför är det vanskligt att utifrån materialet dra slutsatser om vad som orsakas av kompetensbrist och vakanser i allmänhet respektive av inhyrning.

Den uppföljning av rapporten som gjordes av IVO ett år senare visar att ”samtliga vårdgivare förbättrat förutsättningarna för hyrläkare att arbeta patientsäkert” och att ”ett stort antal läkarvakanser i primärvården bidrar till ökade patientsäkerhetsrisker, framförallt i och med bristande kontinuitet”. Uppföljningen som visar att vakanser och inte inhyrning är det huvudsakliga och mer svårhanterliga problemet har dessvärre inte fått samma spridning som rapporten.



Intervjuer med kompetensföretag inom vården

Medlemsföretag i Kompetensföretagen har för denna analys intervjuats om kontinuitetsbrister i den landstingsstyrda vården: vad uppfattar företagen orsakar dem, vad anser man kan göras åt dem och vilken roll spelar inhyrning enligt leverantörernas erfarenheter? Nedan sammanfattas de beskrivningar företagen gör.

Grundproblemet beskrivs som kompetensbrist. I Norra Sverige och flera glesbygdslän är kompetensbristen värre, och landstingen har under lång tid haft svårt att locka medarbetare till små orter och avfolkningsbygder. Exempel på lösningar som kan användas för att öka kontinuiteten i dessa lägen är turnerande/roterande medarbetare och att lägga ut verksamheter i privat drift, så att nyckelkompetenser själva kan vara delägare.

Vården organiseras efter antagandet att medarbetare kommer kunna rekryteras, även när detta inte är realistiskt. Inhyrningar görs sedan ofta för sent och med korta uppdrag som inte främjar kontinuitet.

Företagen framhåller att inhyrning kan påverka kontinuitet både positivt och negativt. Ramavtal, långa avtal och ordning och reda i inhyrningen gör att leverantörerna kan bedriva en parallell kompetensplanering och t ex förbereda kommande somrar och semestrar med framförhållning. Detta förbättrar möjligheterna att upprätthålla kontinuitet i verksamheterna. Företagen beskriver att "det normala" är att ha rutiner för att skicka tillbaka samma medarbetare till samma arbetsplatser, för att förenkla introduktion och göra bemanningen effektivare. Detta blir svårare när inhyrning sker med kort varsel.

Inhyrning utanför ramavtalen innebär fler leverantörer och fler olika personer inne i varje verksamhet. Detta menar företagen påverkar kontinuiteten negativt. Inhyrning utanför ramavtalen sker dessutom ofta på kort varsel, s.k. akut-inhyrning. Röriga inköpsituationer kan också påverka informationsflöde negativt.

Företagen beskriver grundläggande arbetsmiljöproblem för direktanställda medarbetare i landstinget. Detta bidrar till kontinuitetsproblem genom uppsägningar från landstinget. Landsting anses inte satsa på att utveckla och prioritera ledarskap och personalledning, vilket beskrivs som en förutsättning för en bättre arbetsmiljö. Sociala gruppaktiviteter, teambuilding, gemensam planering och konferenser som behövs för att leda medarbetare prioriteras bort eftersom man inte vill hyra in vikarier "i onödan". I längden lider dock arbetsplatsen av detta. Medarbetare måste också ha hög status på arbetsplatsen och en ledning som visar medarbetarna att de är värdesatta. På arbetsplatser där sjuksköterskor eller nya läkare har låg status blir kompetensbristen systematisk.

Situationen för chefer i verksamheter med kompetensbrist beskrivs som pressad. Begränsat mandat gör det svårt att åstadkomma de grundläggande förändringar som krävs för att skapa en långsiktigt attraktiv arbetsplats.

Företagen beskriver att medarbetare i landstinget behöver byta arbetsplats för att få bättre lön eller villkor inom landstinget. Möjligheten att höja löner för befintliga medarbetare är ofta starkt begränsad. Detta gör att personalomsättningen i landstingsstyrda verksamheter blir högre än nödvändigt. Möjligheten att förhandla om löner, scheman och villkor lokalt är viktig för att behålla medarbetare i verksamheterna.

Bedömningen i kompetensföretag är att landsting systematiskt underskattar medarbetarnas behov av lokalt inflytande och makt över sin egen tid. Semesterplaneringen är ett exempel – medarbetare säger upp sig efter att inte ha kunnat planera eller ta ut sin semester.

Företagen beskriver att förändringar ofta tar för lång tid i landstingen, det tar tid att ställa om en vårdorganisation när arbetsmiljön brister – och under tiden kan “kaskad-uppsägningar” bli resultatet. Att kunna ändra i ledning och styrning snabbare och mer lokalt skulle göra det lättare att behålla och rekrytera medarbetare i tid och undvika allvarliga kontinuitetsproblem.

Företagen framhåller att kontinuiteten ofta förbättras av inhyrda medarbetare i en situation där alternativet hade varit ingen vård alls: längre väntetider i primärvården och inställda operationer på sjukhus. Det poängteras att konsulter kan arbeta på långa uppdrag om uppdragsgivaren så önskar.

Företag med verksamhet på fler områden framhåller att en konsultanvändning på 3–4 procent som är snittet inom vården, är lågt i jämförelse med andra delar av arbetsmarknaden. Inom industri och IT är det till exempel normalt med 10–30 procent konsultanvändning på områden med kompetensbrist. Inom lager och logistik är det vanligt att lägga ut alla kompetens- och hr-frågor på entreprenad om den egna rekryteringen inte fungerar, för att fokusera på nyckelfunktioner inom ledning, styrning och organisation. Jämfört med andra branscher där kompetensbrist råder är också uppdragstiderna korta inom vården.

Att ha en central kompetensplanering bara inom landstingen utan externa leverantörer för alla vårdens varierande behov beskrivs som ur led med den moderna arbetsmarknadens funktionssätt. Med fler aktörer som hittar, utvecklar och håller kvar medarbetare i vården förbättras förutsättningarna att hantera kompetensbrist.

Vissa regioner har suttit med upphandlingar som inte fungerar, och saknat leverantörer. Detta har försvårat styrning och planering för såväl vården som seriösa leverantörer. Upphandlingar som utformas i leverantörsdialog beskrivs som nödvändiga.

Hur öka kontinuiteten i vården?

Stora delar av vården kommer under det närmaste decenniet att ha läkar- och sköterskebrist eftersom efterfrågan på vård överstiger utbudet när befolkningen åldras. Detta kräver en mer realistisk syn på bemanning. Att försöka återskapa landstinget som enda aktör inom kompetensförsörjning är inte en realistisk strategi för att hantera kapacitets- och kontinuitetsutmaningar inom svensk vård.

Kontinuitet kan ses ur flera perspektiv. För patienter kan kontinuitet innebära att få vård i tid. För medarbetare kan kontinuitet innebära att man har samma kolleger i ett arbetslag. Kontinuitet vari innebörden av begreppet inbegriper en och samma fysiska person har den olika förutsättningar beroende på vårdform, det vill säga primär- och öppenvård visavi akut- och slutenvård. De sistnämnda vårdformerna har på grund av sin 24/7-karaktär svårt att upprätthålla kontinuitet med hjälp av en och samma fysiska person.



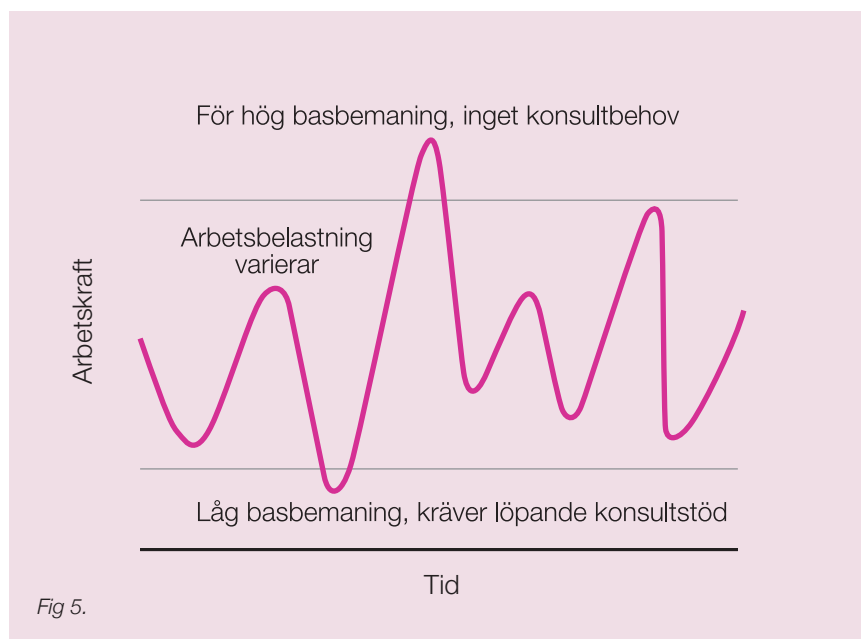
Det går inte att belägga att inhyrning isolerat orsakar kontinuitetsproblem. Olika typer av konsultanvändning har olika effekter. Kontinuitetsproblem kan också förbättras genom en mer långsiktig och genomtänkt konsultanvändning inom vården. Bakgrunden till bristande kontinuitet i vården är en underliggande kompetensbrist i kombination med övergripande brister i styrning och organisation. Minskad inhyrning är därmed inte en fungerande isolerad strategi för att förbättra kontinuitet – särskilt inte om detta sker genom att dra ned leveranser från långsiktiga, upphandlade och seriösa leverantörer. Andelen inhyrning i ett landsting framstår som ett direkt olämpligt mått för att bedöma kontinuitet och kvalitet om åtskillnad inte görs mellan olika sorters inhyrning.

Det som istället behöver ske är att öka attraktiviteten i bristyrken. Auktoriserade rekryteringsföretag och andra HR-specialister som är medlemmar i Kompetensföretagen kan bistå landsting och regioner i att utforma mer attraktiva tjänster som lockar fler sökande. I situationer där rekrytering misslyckats under längre tid kan drift i regi av privata vårdföretag underlätta. I situationer där flera uppsägningar kommer på varandra behövs ett snabbt omställningsstöd mot bättre arbetsmiljö, och ledningsstöd för att åstadkomma detta. Satsningar på vårdens arbetsledare och en översyn av deras verktygslåda är nödvändiga.

Konsultanvändning kommer dock att förbli ett viktigt verktyg under överskådlig tid. På andra delar av arbetsmarknaden där kompetensbrist råder är en konsultanvändning på 10 till 30 procent av arbetskraften i en organisation det normala, beroende på hur stor variationen är i kapacitetsbehov. Figur 3 är en förenklad illustration av bemaningsstrategier. När arbetssökande saknas måste fler uppgifter skötas med hjälp av konsulter. En lägre basbemanningsstrategi, som råder i stora delar av vården idag, fungerar om den kombineras med fler konsulter. En för hög basbemanningsstrategi är kostnadsineffektiv när kompetensbrist råder.

En organisation helt utan konsulter är inte eftersträfvansvärd, eftersom en sådan organisation antingen har för hög basbemanning relativt arbetsuppgifterna eller har medarbetare som internt måste hantera arbetstoppar och övertid. Det senare leder till dålig arbetsmiljö och utmattning, eftersom möjlighet till återhämtning saknas. Värt att notera är att även basbemanningen i realiteten varierar över tid: konsulter behövs i realiteten löpande för att klara semestrar, uppsägningar och sjukdom.

Val av bemanningsstrategi



SKL har satt ett mål om att 2 procent av kostnaderna för arbetskraft kan gå till inhyrning. Detta mål kan idag uppnås genom att landstingen slutar köpa tjänster utan upphandling och utanför avtal, och upprätthåller samma inköp som tidigare inom upphandlade ramavtal.

Om tvåprocentmålet ska hållas samtidigt som arbetsmiljön är rimlig på sikt kräver det dock att landstingen internt tillhandahåller stora mängder egen ambulerande arbetskraft, eftersom det inte finns några reserver av arbetssökande att dra på. Historiskt har vikariepooler i landstingen haft högre kostnader, lägre attraktivitet bland arbetssökande och lägre leveranssäkerhet än kompetensföretag, vilket är anledningen till att privata lösningar konkurrerat ut många landstings vikariepooler. Att leverera rätt konsult vid rätt tillfälle med nöjda medarbetare till rimlig kostnad är en konst som förfinats av företag som är specialister på kompetensförsörjning.

En konsultanvändning runt 10 procent på nationell nivå där inköpen sker genom ordnade upphandlingar med auktoriserade företag är därmed en mer rimlig nivå för landsting och regioner att eftersträva långsiktigt. Utöver detta behöver sannolikt en större del av landstingens direktanställda medarbetare vara mer rörliga internt.

Tidigare sammanställningar Kompetensföretagen gjort visar att inhyrda läkare träffar 2–3 gånger så många patienter som landstingsanställda. Det innebär att inhyrning är en effektiv strategi om man vill öka vårdens kapacitet. Om man vill öka både kapacitet och kontinuitet behöver vården styras mot dessa mål, och inhyrningen vara mer långsiktig. Det kräver sannolikt mer inhyrning, men framförallt mer genomtänkt inhyrning som upphandlas inom fungerande ramavtal.

Frågor som använts ur SKL:s patientenkät för primärvård 2017

2

Anser du att personalen på hälso-/vårdcentralen samordnar dina kontakter med vården i den utsträckning du behöver?

10

Fick du besöka hälso-/vårdcentralen inom rimlig tid?

15

Fick du träffa den läkare du ville träffa?

16

Får du träffa samma läkare vid dina besök på hälso-/vårdcentralen?

28

Om din familj/närstående ville prata med en läkare, hade de då möjlighet att göra det?

33

Om du vid besöket pratade med flera i personalen, var de samstämmiga i kommunikationen?

40

Upplevde du att personalen samarbetade väl?

43

Var personalen insatt i dina tidigare kontakter med vården i den utsträckning du önskade?

44

Vid ditt besök, togs ett beslut om nästa steg i din vård/behandling?



Källor:

Intervjuer med auktoriserade medlemsföretag på vårdområdet i Kompetensföretagen

Hyr läkare – vårdgivarens dilemma? Kontinuitet, vakanser och en ökad rörlighet hos hälso- och sjukvårdspersonalen i primärvården Artikelnr: IVO 2016-43, Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) oktober 2016.

Bilaga 4: Uppföljning av åtgärdsbeslut i "Hyr läkare – vårdgivarens dilemma?" Artikelnr: IVO 2016-43, Inspektionen för Vård och omsorg (IVO) oktober 2017

Kompetensföretagens medarbetarundersökning av medarbetare på vårdområdet

Inhyrda medarbetare i vården, Rapport Kompetensföretagen <https://www.kompetensforetagen.se/app/uploads/sites/5/imported/Inhyrda-medarbetare-i-varden---En-rapport-om-kostnader-av-Kreicbergs-Utredning---Opinion---2017-09-15.pdf>

Socialstyrelsens rapport Nationella planeringsstödet 2017

SKL:s patientenkät

SKL:s statistik över andel av personalkostnader som utgörs av inhyrning

<http://www.lakartidningen.se/Aktuellt/Nyheter/2016/01/Okad-lakarbrist-senaste-fem-aren/>

Kompetensföretagen är en arbetsgivar- och branschorganisation för personaluthyrnings-, omställnings- och rekryteringsföretag med över 650 medlemsföretag. Kompetensföretagen ingår i Almega och är medlem i Svenskt Näringsliv.

Branschen erbjuder kunder och medarbetare stor flexibilitet och trygghet. Grunden för verksamheten är att kunderna får tillgång till rätt kompetens vid rätt tillfälle för att kunna verka effektivt. Medarbetarna får möjlighet att utvecklas på en föränderlig arbetsmarknad med den trygghet som erfarenhet och kompetens från många olika arbetsplatser ger.

Kompetensföretagen
● almega

Läs mer på <http://www.kompetensforetagen.se>