



Konsekvensbeskrivning av utfasning av hyrläkare i vuxenpsykiatri i Blekinge 2017-09-01

Ärendenr: 2017/00265
Dokumentnr:2017/00265-1

Innehållsförteckning

Inledning och bakgrund	3
Fakta och beskrivning om verksamheten	3
Bakgrunden till konsekvensanalysen	3
Deltagare i analysen	4
Konsekvens av hyrläkarstoppet	4
Befolkningsperspektiv	5
Patientperspektiv	5
Barnperspektiv	6
Verksamhetsperspektiv	6
Medarbetarperspektivet	8
Åtgärdsförslag	9
Förändrad verksamhet med sämre tillgänglighet	9
Tydligare gräns in till specialistpsykiatri	9
Införa remisstväng	9
Planerad utökning av beroendeenheten får skjutas upp	10
Glesare ronder i slutenvården	10
Förändrade uppdrag för läkarna	10
Sammanfattning och förslag till beslut	10

Inledning och bakgrund

Fakta och beskrivning om verksamheten

Vuxenpsykiatrin har mottagning och mellanvård inklusive dagpsykiatri i länets samtliga kommuner. Vuxenpsykiatrin har också heldygnsvård med totalt 14 vårdplatser i Karlskrona och 12 vårdplatser i Karlshamn. Läns gemensam psykiatri för vuxna finns i Karlskrona och innehåller heldygnsavdelningar för akutpsykiatri (6 vårdplatser), intensivvård (4 vårdplatser), beroendevård (8 vårdplatser) samt LARO-mottagning, mottagning för sexologi, äldreteam, minnesmottagning samt åtstödningsenhet. Vuxenpsykiatrin har 22,5 budgeterade specialistläkatjänster fördelat på Vuxenpsykiatri Öst 10 tjänster, Vuxenpsykiatri Väst 6,5 tjänster och Läns gemensam psykiatri 6 tjänster.

Vakansläget har under 2016 uppgått till drygt 50%. 2016 arbetade hyrläkare motsvarande 10,23 årsarbetare inom vuxenpsykiatrin. Antalet registrerade patientbesök hos hyrläkare i vuxenpsykiatrin uppgick till drygt 4 700 under 2016. Utöver tjänstgöring på mottagningar arbetade hyrläkare även på vakanta tjänster inom heldygnsvården där besök inte registreras.

Bakgrund till konsekvensanalysen

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har sedan hösten 2015 deltagit i projektet ”Psykiatri – oberoende av hyrläkare” som drivs av Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Målsättningen med projektet är att göra psykiatrin oberoende av hyrläkare genom att utarbeta en nationell modell för läkarbemannning, göra lokala åtgärdsplaner för läkarförsörjning samt enas nationellt om ett datum för utfasning av hyrläkare inom psykiatrin.

Nämnden för psykiatri och habilitering i Landstinget Blekinge beslutade 2015-10-14 § 88 att ge psykiatri- och habiliteringsförvaltningen i uppdrag att ta fram en åtgärdsplan för läkarförsörjning och att utfasning av hyrläkare skulle ske senast 2017-09-01 under förutsättning att övriga landsting i Sverige beslutar att delta i satsningen.

En lokal åtgärdsplan för läkarförsörjning arbetades fram under våren 2016 och antogs av nämnden för psykiatri och habiliteringsförvaltningen 25 augusti 2016. Planen innehåller åtgärder inom områdena attraktiv arbetsplats, dimensionering, rekrytering, ersättningsfrågor, nya arbetssätt och samarbete mellan landsting. Ett intensivt arbete pågår nu med att verkställa åtgärderna i planen men effekterna av de förändringar som görs är oftast långsiktiga och omedelbara resultat kan inte förväntas.

Förvaltningen bedömer f n att det inte är realistiskt att kunna rekrytera tillräckligt många tillsvidareanställda specialistläkare för att fylla de vakanta tjänsterna till 2017-09-01 då hyrläkarstoppet ska träda ikraft. Rekrytering av specialistläkare har gjorts kontinuerligt sedan projektstarten men dessa rekryteringar har tyvärr inte minskat bristen då antalet specialistläkare som av olika skäl lämnat sin anställning varit ungefär lika stort. De ST-läkare förvaltningen utbildar kommer inte att hinna bli färdiga specialister till hösten 2017 (se tabell nedan) och den stora nationella bristen på specialister i psykiatrin försvårar rekryteringen. Läkarförbundet beräknade 2015 att denna brist uppgick till 200 heltidstjänster och beräknar att bristen 2020 är nere i 100 specialister.

År	ST-läkare som blir färdiga specialister
2017	1
2018	1
2019	4
2020	4
2021	1
2022	2
2023	1

Tidpunkten för beslutad utfasning av hyrläkare närmar sig och förvaltningen har gjort en konsekvensbeskrivning av hur patienterna, verksamheten och medarbetarna kan påverkas om hyrläkarstoppet genomförs 2017-09-01.

Deltagare i analysen

Följande personer deltog i analysgruppen;

Bodil Sundlöf	Förvaltningschef
Peter Valverius	Chefsläkare
Mari Söderström	Verksamhetschef
Marcus Svennerud	Överläkare
Carina Söderholm	Verksamhetschef
Anders Schön	Överläkare
Karin Magnusson	Verksamhetschef
Kuno Morin	Överläkare
Johanna Holmberg	Personalchef

Utöver ovanstående personer har ledningsgruppen för psykiatri och habiliteringen ställt sig bakom analysen.

Konsekvenser av hyrläkarstopp

2016 arbetade hyrläkare motsvarande 10,23 årsarbetare inom vuxenpsykiatri vilket motsvarade ca 50% av de budgeterade tjänsterna (22,5). Om vuxenpsykiatri ska bedrivas utan de 10 heltidstjänster som bemannades med hyrläkare 2016 måste nämnden se över vilken verksamhet som kan bedrivas med 50% läkarbemanning efter utfasning av hyrläkarna.

Om antalet läkare ska minskas med 50% motsvarande drygt 10 årsarbetare måste vården för de mest sjuka patienterna prioriteras. Detta innebär att de tillsvidareanställda specialistläkarna i första hand måste tjänstgöra på akut- och intensivvårdsavdelningarna (PAKA, PIVA) och de allmänpsykiatriska heldygnsvårdsavdelningarna (avdelning 28 och avdelning 21) med tillhörande mellanvård och dagpsykiatri. För dessa uppdrag bedöms att det krävs minst 6,5 av totalt ca 10 tillsvidareanställda årsarbetare. Resterande tillsvidareanställda specialistläkare (3,5 årsarbetare) skulle endast räcka till en begränsad del av mottagningsverksamheten. Konsekvensen blir då att många mottagningar skulle sakna tillgång till specialistläkare och läkarresurserna skulle heller inte räcka till att bemanna beroendeavdelningens heldygnsvård och de avgiftningsplatser som kommunerna enligt avtal finansierar.

Då psykiatrins verksamheter kräver läkarmedverkan kan mottagningarna inte fortsätta bedriva verksamheten utan specialistläkare. Detta innebär att övrig personal i dessa verksamheter (sjuksköterskor, skötare, psykologer, sjukgymnaster, arbetsterapeuter m fl) inte skulle kunna ta emot patienter, vilket kraftigt skulle försämra tillgängligheten till utredning och behandling. Om tillgängligheten till utredning och behandling minskar kraftigt ökar behovet av utomlänsvård. Den specialiserade psykiatriska vården i Skåne, Kronoberg och Kalmar är också hårt belastad och det är inte säkert att dessa vårdgivare kan ta emot Blekinges patienter i tillräcklig hög omfattning.

Nedan beskrivs på vilket sätt en halvering av läkarresurserna i vuxenpsykiatrin skulle kunna påverka befolkningen, patienterna och deras barn.

Befolkningsperspektiv

Den psykiatriska sjukligheten står för en stor andel av sjukskrivningar, framför allt hos kvinnor, och vi ser att trenden är ytterligare ökning. Den psykiatriska sjukligheten innebär ett ökat utanförskap eftersom detta är mer stigmatiserande än kroppslig sjuklighet. Redan idag är psykiatrins kapacitet i Landstinget Blekinge bristfällig inom vissa områden och väntetiderna för komplexa utredningar för t.ex. neuropsykiatriska utredningar, utredningar av ätstörningar, komplex samsjuklighet och minnesproblem är långa. Primärvården, som redan nu är hårt belastad, har varken kapacitet eller tillräcklig kompetens att ge vård till flera medborgare med måttlig-svår psykisk sjuklighet.

Utfasning av hyrläkare kommer innebära en kraftig kapacitetsminskning av den psykiatriska öppen- och slutenvården. Detta innebär att färre patienter får rimlig vård, att andelens sjukskrivna på grund av psykisk sjuklighet kommer att öka ytterligare och framför allt bli mer långvariga med ökat utanförskap, ökat lidande för de drabbade och deras familjer samt ökade risker för barnen i familjerna. Vidare innebär ökad psykiatrisk sjuklighet, framför allt vid långvariga tillstånd (t.ex. psykossjukdomar, bipolära tillstånd, samsjuklighet med beroende, mm), ökad risk för dödlighet, ökad fattigdom vilket i sin tur medför konsekvenser för socialtjänst och kommunal psykiatri.

Eftersom kapaciteten hos och kvaliteten av den psykiatriska vården påverkar inte bara befolkningens hälsa utan också dödligheten, innebär en kapacitetsminskning risk för ökning av förebyggbara självmord och risk för ökad dödlighet på grund av otillräcklig behandling och otillräckligt uppföljning/monitorering av given behandling.

Patientperspektiv

Den minskade kapaciteten och minskad tillgänglighet för psykiatrisk vård för patienter med specialistvårdkrävande psykiatriska tillstånd (patienter med psykoser, bipolära sjukdomar, allvarliga depressioner med självmordsrisk, samsjuka patienter med beroende och allvarlig psykisk sjuklighet, patienter med ätstörningar, neuropsykiatrisk funktionsnedsättning, m.fl.) innebär;

- Längre väntetider för patienterna
- Fördröjd utredning och diagnos
- Fördröjd behandling
- Längre sjukskrivningsperioder
- Längre tid till rehabilitering och återgång till arbete
- Sämre vårdkvalitet
- Ökad risk för självmord

- Ökat lidande för patienterna
- Ökat lidande för patienternas närstående
- Ökat lidande för barnen i familjerna
- Sämre ekonomisk situation för patienten och patientens familj
- Sämre kvalitet eftersom avvägningen mellan kvalité och kapacitet är svår: ska vården vara av hög kvalitet och snabb till ett mindre antal patienter eller ska man minska kvaliteten och hjälpa fler patienter. Detta innebär i sin tur:
- Risk för bristande uppföljning av given behandling vilket innebär fler patienter som får biverkningar vilket innebär både ett lidande men också ökad sjuklighet psykiskt och somatiskt
- Risk för längre och fler vistelser i slutenvård på grund av att öppenvården har för liten kapacitet och/eller ger vård av lägre kvalitet
- Risk för mer tvångsvård, eftersom färre patienter får tillgång till öppenvård
- Sämre samverkan med andra aktörer (t.ex. kommunal psykiatri och socialtjänst) vilket innebär risk för sämre och inte lika väl förankrade vårdplaner
- Fler vårdskador

Barnperspektiv

En minskad kapacitet för utredning och behandling av framför allt långvarig psykisk sjuklighet innebär att de sjukas familjer drabbas av den sjukets funktionsnedsättning under märkbart längre tid och sannolikt till en högre grad. Detta innebär, att barnen i dessa familjer riskerar en psykisk och emotionell belastning under längre tid och till en större grad än nu. Detta i sin tur innebär att barnens psykosociala utveckling påverkas till det sämre med ökat lidande och med risk för framtida psykisk sjuklighet som följd. Psykiatrisk sjuklighet påverkas av den miljö barnet växer upp i. Framför allt påverkas barnet om dess familj är liten, d.v.s. om friska närstående saknas eller är få till antalet. Detta är ofta fallet, eftersom föräldrar, där den ena parten är psykisk sjuk, oftare genomgår separation, vilket i sig är en psykisk belastning för barn.

Verksamhetsperspektiv

Nedan beskrivs på vilket sätt en halvering av läkarresurserna i vuxenpsykiatrin skulle kunna påverka verksamheten avseende patientsäkerhet, vårdkvalitet, behov av utomlänsvård, upprätthållande av jourverksamhet och sårbarhet vid frånvaro.

Patientsäkerhet

Landstinget Blekinge har som ett uttalat mål för sin verksamhet ”Trygg och säker vård”. Detta innebär att patientsäkerheten ska bli bättre, vilket i sin tur innebär att antalet vårdskador (d.v.s. förebyggbara skador orsakade inom vården) ska minska. Risken för vårdskador ökar när kapaciteten minskar därför att

- Avvägningen om man ska ge fler patienter sämre vård eller färre patienter bättre vård är mycket svår
- Kapacitetsbristen kommer att innebära ökad risk för vårdskador på grund av
 - feldiagnoser,
 - otillräckliga utredningar och bedömningar (av t.ex. suicidrisk, biverkningar),
 - felbehandlingar,
 - bristande vårdplanering
 - bristande uppföljning av given behandling
 - bristande dokumentation
 - specialistläkarnas stressrelaterade kognitiva nedsättning

Alla dessa händelser är väldokumenterade risker för förebyggbara skador i vården. Kombination av två eller fler händelser ökar risken för vårdskador kraftigt.

Vårdkvalitet

Vårdkvaliteten kommer att försämrans genom specialistläkarnas ökade arbetsbörda och den minskade tiden som läkaren kan disponera för varje enskild patient. Det kommer att dröja längre tid innan patienten får tid till specialistläkare och besöken kommer sedan ske utglesade. En senarelagt och utglesad kontakt leder till att patienternas sjukarstillstånd förvärras innan de kommer till behandling. Detta leder till en ökad belastning på kommuner och anhöriga och även till en ökad risk för utagerande beteende i samhället.

Eftersom de akuta specialistvårdkrävande patienterna kommer att, på grund av sitt sjukdomstillstånd, behöva vård snabbare kommer tider för uppföljning av behandling att minska, framför allt uppföljning av läkemedelsbehandling med t.ex. litium, klozapin, andra neuroleptika och centralstimulerandemedel mot ADHD. Detta kommer att medföra ordentligt ökad risk för biverkningar (t.ex. metabola biverkningar vid behandling med neuroleptika, eller cirkulatoriska biverkningar vid behandling med centralstimulerande medel, eller litiumorsakade biverkningar på sköldkörtel eller njurar). Även detta innebär en kraftig sänkning av vårdkvaliteten och en ökad risk för vårdskador.

En annan konsekvens av lägre kapacitet är att verksamheterna inte kommer kunna följa de nationella riktlinjerna för vård av psykiska sjukdomstillstånd (depression & ångest, schizofren, missbruk & beroende, m. fl.) detta innebär dels sämre vårdkvalitet, men också att vården tar längre tid och mer resurser vilket i sin tur betyder att än färre patienter kan få vård.

Som en följd av ovan kommer belastningen inom akutverksamheten och slutenvården att öka. Med stor sannolikhet ökar även behovet av LPT och den finns en överhängande risk att för ökat antal förebyggbara självmord.

Ökat behov av utomlänsvård

Den minskade tillgången till specialistläkare leder till att det kommer att finnas fler patienter som inte kan få sitt vårdbehov tillgodosett i Blekinge vilket leder till att behovet av utomlänsvård ökar. Detta är negativt både ur ekonomisk synvinkel och ur ett patientperspektiv. Kontinuiteten blir sämre, anhängigkontakten försvåras och det finns en uppenbar risk för längre vårdtider. Dessutom är den specialiserade psykiatriska vården i Skåne, Kronoberg och Kalmar också hårt belastad och det är inte säkert att dessa vårdgivare kan ta emot Blekinges patienter i tillräcklig hög omfattning. Det prioriterade arbetet med att minska utredningsköerna kommer att stanna upp. Även detta kommer att leda till att fler söker vård i andra län.

Upprätthållande av jourverksamheten

Primärjournen på psykiatriska akutmottagningen är bemannad av AT-läkare och ST-läkare. Detta upplägg förutsätter att det finns tillgång på specialistläkare för att kunna få stöd i att fatta bra och patientsäkra beslut. Vid minskad tillgång på specialistläkare kommer detta stöd försämrans dagtid. Detta kan medföra att intresset för psykiatri minskar och att vi får svårare att rekrytera.

Med den bemanning av fasta specialistläkare som finns idag är det inte möjligt att upprätthålla en bakjournlinje med dagens system. Ett förändrat system skulle innebära en ohållbar arbetsmiljö för läkarna samt att uttag av jourkomp skulle leda till att vi inte kan bemanna dagtid.

Som följd av nedan angivna åtgärder kommer sannolikt belastningen på den psykiatriska akutmottagningen att öka. Detta ställer ytterligare krav på en väl fungerade handledning och stöd till primärjouren.

Ökad sårbarhet vid frånvaro

Genom att minska läkartiden minskar flexibiliteten i systemet. Ett avskaffande av hyrläkare utan att nyrekryteringar har skett skulle innebära att ingen buffertkapacitet finns. Detta gör att all frånvaro kommer att få större konsekvenser än idag. Frånvaron kommer ofta att leda till att besök måste ställas in och att patienterna därför inte får den planerade vården vid rätt tillfälle. Möjligheten till stöd för övriga personalkategorier minskar vid exempelvis bedömning av självmordsrisk, handledning, medicinuppföljning etc. Att upprätthålla verksamheten under den lagstadgade semesterperioden under sommaren bedöms inte möjligt med nuvarande bemanning av tillsvidareanställda läkare.

Medarbetarperspektivet

Nedan beskrivs på vilket sätt en halvering av läkarresurserna i vuxenpsykiatrin skulle kunna påverka medarbetarna i vuxenpsykiatrin.

Svårt att hinna med kompetensutveckling och läkarmöten

Att läkarna tvingas prioritera bort kompetensutveckling leder till att de inte kan ta del av den utveckling som sker inom psykiatrin. Utvecklingen inom området går mycket fort och för att patienterna ska gå den bästa vården måste ny kunskap inhämtas.

Läkarmötena behövs för att förvaltningens specialistläkare ska kunna skapa en samsyn inom förvaltningen, dela med sig av erfarenheter och nyvunnen kunskap, diskutera problematiska fall etc.

Svårigheter att rekrytera och handleda AT-läkare

Förvaltningen arbetar hårt med att säkerställa bra utbildningskvalitet för AT-läkarna och står trots detta inför en del utmaningar. Färre specialistläkare med tid för handledning av AT-läkarna innebär sämre utbildning av dessa. Sämre utbildning, stressade specialister, brist på tid för handledning innebär att rekryteringsbasen försämras ytterligare eftersom många AT-läkare väljer AT-tjänst efter den årliga rankning som sker av vårdgivarna. Det är också viktigt att AT-läkarna kan få följa en specialistläkare för att på det sättet få ett intresse för att bli specialister i psykiatri.

Svårigheter att attrahera och handleda ST-läkare

Med en lägre bemanning, mindre tid för undervisning och handledning finns en överhängande risk att förvaltningen inte skulle få tillräckligt bra betyg vid en SPUR-inspektion (som genomförs för att säkerställa att ST-utbildningen håller tillräckligt hög kvalitet). Den senaste SPUR-inspektionen var för ca. 9 år sedan och det är dags för en sådan inom de närmaste terminerna. Dåligt betyg vid SPUR-inspektion innebär att förvaltningen inte är attraktiv när legitimerade läkare ska söka ST-tjänster, vilket innebär en kraftig försämring av möjligheten att själva utbilda specialister till förvaltningens tjänster.

Ohållbar arbetsmiljö, svårigheter att attrahera specialistläkare och risk för läkarflykt

Ett högt arbetstempo med för lite tid för patienterna, handledning, fortbildning och en betungande jourbörda (se ovan) innebär att en arbetsplats blir betydligt mindre attraktiv även för

specialistläkare. Det finns en klar risk för ökade stressrelaterade symptom och för ökade sjukskrivningar.

Specialistläkarna kommer dessutom att få mindre möjlighet att få välja tjänst efter eget önskemål då arbetsgivaren kommer nödgas anvisa specialistläkarna till förvaltningens lagstadgade verksamheter.

Hög arbetsbelastning och begränsade utvecklingsmöjligheter kan på kort sikt kompenseras med högre ersättning. Det som håller kvar läkarna i verksamheten en längre tid är dock förutom en adekvat lönenivå, möjlighet att välja tjänstens innehåll och omfattning, bra arbetsmiljö, möjlighet till fortbildning, handledning och forskning.

Ingen tid för administrativa uppdrag

Möjligheter för specialistläkare att ha administrativa uppdrag som t ex medicinsk rådgivare, studierektor för AT- respektive ST-läkare och chefsöverläkare kommer att begränsas. Om antalet chefsöverläkare måste minska kommer en eller två chefsöverläkare behöva sköta fyra chefsöverläkares arbete. Detta skulle medföra att de kvarvarande chefsöverläkarna få en orimligt stor arbetsbörda med ett ökat antal patienter som vårdas enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård.

Svårt att rekrytera chefer

Ansvariga verksamhetschefer kommer få svårigheter att stå som ansvariga för den vård som skulle bedrivas med en halvering av antalet läkare. Att rekrytera nya chefer under dessa förutsättningar bedöms som svårt.

Försämrad arbetsmiljö och svårigheter att rekrytera andra personalgrupper

Om läkarbemanningen är för låg och arbetsbelastningen för varje läkare är för hög, kan andra personalgrupper inte i tillräcklig grad samverka med läkarna. Detta betyder att deras arbetsuppgifter blir lidande, att även dessa personalgrupper blir frustrerade och hellre byter arbete. Vidare innebär denna sämre arbetsmiljö och en sämre samverkan mellan yrkesgrupperna ett betydligt sämre utgångsläge för att nyrekrytera dessa yrkesgrupper.

Åtgärdsförslag

För att kunna hantera en utfasning av hyrläkare med nuvarande vakansläge på 50% motsvarande ca 10 årsarbetare krävs att det vidtas genomgripande åtgärder i verksamheten, som t ex:

Förändrad verksamhet med kraftigt försämrad tillgänglighet

Vid en halverad läkartillgång måste förvaltningen se över vilken verksamhet som kan bedrivas och med en betydlig sämre tillgänglighet än idag. Det nuvarande gränssnittet för specialiserad vuxenpsykiatri kommer inte att kunna upprätthållas och en förändrad uppdragsbeskrivning måste tas fram. En utförligare beskrivning av sannolika konsekvenser finns under rubriken ”Konsekvenser av hyrläkarstoppet”, sidan 4.

Tydligare gräns in till specialistpsykiatri

Om minskning av hyrläkare ska ske måste förvaltningen ha en tydligare gränssättning för vilka patienter som ska tas emot i specialistpsykiatrin.

Införa remisstväng

För att kunna hålla en mer restriktiv hållning för vilka patienter som ska till specialistpsykiatrin krävs det sannorlikt införande av remisstväng.

Glesare ronder i slutenvården

Vid minskad läkarbemanning skulle en konsekvens kunna bli att man inte kan ronda avdelningarna varje dag. Detta kommer med stor sannolikhet leda till längre vårdtider då patienterna kommer behöva vänta på vissa bedömningar, beslut och åtgärder av specialistläkare. Vidare ökar risken för vårdskador, eftersom bedömningar och åtgärder fördröjs.

Planerad utökning av beroendemottagningen skjuts upp

Den planerade utökningen av beroendemottagningen kommer inte kunna genomföras om en specialistläkare inte kan tillsvidareanställas. Om inte utökningen kan ske kommer patienterna från västra Blekinge även fortsättningsvis få resa till Karlskrona

Förändrade uppdrag för läkarna

Överläkarna kommer att få mindre möjlighet att välja tjänst enligt önskemål och intresse. Verksamheten kommer behöva anvisa ett uppdrag.

Sammanfattning och förslag till beslut

Psykiatri- och habiliteringsförvaltningen har sedan hösten 2015 arbetat aktivt för att fasa ut hyrläkarna. En förvaltningsövergripande styrgrupp för läkarförsörjning har arbetat systematiskt med olika förslag och åtgärder.

Antalet ST-läkare under utbildning har ökat men dessa hinner inte bli färdiga specialister till tidpunkten för det planerade hyrläkarstoppet. Rekrytering av nya specialistläkare har genomförts både i samarbete med rekryteringsföretag för utlandsrekrytering och för rekrytering i Sverige samt genom egen annonsering och personliga kontakter. Nya specialistläkare har anställts men dessa nyanställningar har tyvärr inte minskat bristen då specialistläkare samtidigt gått i pension eller valt att avsluta sin anställning av andra anledningar. Arbetet fortgår med insatserna i den av nämnden beslutade åtgärdsplanen för läkarförsörjning. Arbetet med åtgärdsplanen är dock långsiktigt och förväntas inte ge omedelbara resultat för ökad bemanning.

Förvaltningen bedömer att det inte är realistiskt att kunna rekrytera tillräckligt många tillsvidareanställda specialistläkare för att fylla de vakanta tjänsterna till 2017-09-01 då utfasning av hyrläkare ska ske. Utgångsläget har också varit svårare än i andra landsting då Blekinge hade högst andel inhyrda läkare i vuxenpsykiatrien per 100 000 invånare när projektet startade. En konsekvensbeskrivning av ett hyrläkarstopp inom vuxenpsykiatrien 2017-09-01 har gjorts och konsekvenserna bedöms bli både omfattande och svåra ur såväl ett patient-, verksamhets- som medarbetarperspektiv.

Psykiatri- och habiliteringsnämndens beslut om utfasning av hyrläkare fattades under förutsättning att övriga landsting i Sverige beslutar att delta i satsningen. Enligt SKLs senaste avstämning 2016-11-29 saknades fortfarande tidplan för utfasning i en del landsting. Många landsting har valt 2017-09-01 som datum för utfasning, det finns dock exempel på landsting som har valt både tidigare och senare datum.

I Region Skåne har beslut fattats att fasa ut hyrläkarna från vuxenpsykiatrien den 1 februari 2017. Sedan beslutet om hyrläkarstoppet fattades har 16 nya läkare rekryterats. Vid årsskiftet var ändå nio heltidstjänster bemannade med hyrläkare. När stoppet nu trätt ikraft ersätts hyrläkarna bland annat genom att fast anställd personal täcker upp med extrapass. Alla 320 läkare inom psykiatridivisionen har blivit erbjudna att jobba extra och stötta upp de mest utsatta verksamheterna. Det kan handla om ett extrapass eller att man några dagar efter ledighet efter en jour jobbar på en avdelning på en annan ort. Av uppgifterna ovan kan konstateras att Region

Skåne hade ett hyrläkarberoende uppgående till 2,8% vid beslutad tidpunkt för hyrläkarstopp den 1 februari 2017. Detta jämfört med ett hyrläkarberoende uppgående till drygt 50% inom vuxenpsykiatri i Blekinge. Att följa Region Skånes exempel och ersätta hyrläkarna med extraarbete från fast anställd personal skulle inte vara möjligt då vakansläget är för högt. Ett större landsting/region har fler enheter och fler anställda och större möjlighet att omfördela resurser vilket minskar sårbarheten vid vakanser.

Parallellt med att SKL startade projektet ”Psykiatri – oberoende av hyrläkare” tog landstings- och regiondirektörerna initiativ till att starta ett liknande projekt för alla kategorier inhyrd inom hälso- och sjukvården. Projektet benämns ”Oberoende av inhyrd personal” och är ett nationellt projekt där landstingen och regionerna arbetar tillsammans med stöd av SKL. Målet är att hälso- och sjukvården i samtliga landsting och regioner senast 1 januari 2019 ska vara oberoende av inhyrd personal. Uppdraget från landstings/regiondirektörerna är att respektive landsting/region, och därmed även Landstinget Blekinge, ska ta fram och genomföra en lokal handlingsplan som leder till uppfyllelse av målet att uppnå oberoende av inhyrd personal senast 1 januari 2019. En ”Strategi för oberoende av inhyrd personal i Landstinget Blekinge” har utarbetats och antogs av landstingsstyrelsen 2017-01-30 §11. Landstingsstyrelsen antog också 2019-01-01 som måldatum för att uppnå oberoende av inhyrd personal.

Efter genomförd konsekvensbeskrivning och samlad bedömning förslås nämnden för psykiatri- och habilitering besluta

- att senarelägga utfasning av hyrläkare i psykiatri från 2017-09-01 till 2019-01-01 i enlighet med antaget måldatum i Strategi för oberoende av inhyrd personal i Landstinget Blekinge
- att ge förvaltningen för psykiatri- och habilitering i uppdrag att sätta delmål för minskning av hyrläkarberoendet till 2018-05-31 och att redovisa resultatet till nämnden i augusti 2018
- att ge förvaltningen för psykiatri- och habilitering i uppdrag att fortsätta arbeta aktivt med insatserna i åtgärdsplanen för läkarförsörjning och regelbundet redovisa resultatet till nämnden



Bodil Sundlöf
Förvaltningschef