

Risk- och konsekvensanalys gällande förändrat uppdrag för länets sjukhus,

En sammanställning av bakgrundsdata/nuläge för samtliga sjukhus finns i *Bilaga 1, Bakgrunds fakta/nuläge per sjukhus.*

3. Stänga IVA-platser och avveckla anestesiologer endast i Kiruna

De analysområden som identifierades och omfattas är

- Akut omhändertagande
- Intensivvård (IVA)
- Diagnostik/behandlingsåtgärder
- Internmedicin
- Transporter av patienter
- Befolkning/patient/närstående
- Övrigt: Stukturförändringar, kompetens och bemanning

I Kiruna identifierades följande risker inom respektive område.

TABELL 8. Riskmatris

		Allvarlighetsgrad			
		Katastrofal (4)	Betydande (3)	Måttlig (2)	Mindre (1)
Sannolikhet för upprepning	Mycket stor (4)	16	12	8	4
	Stor (3)	12	9	6	3
	Liten (2)	8	6	4	2
	Mycket liten (1)	4	3	2	1

Källa: Department of Veterans Affairs, National Center for Patient Safety, USA

- 11 identifierade risker med riskpoäng 16.
- 30 identifierade risker med riskpoäng 12.
- 8 identifierade risker i riskområde 9.
- 10 identifierade risker i riskområde 8.

I tabellerna nedan är riskområdena sammanställda till större grupper.

Akut omhändertagande

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
16	<p>Patienter som kommer till Akutmottagningen (AKM) och behöver anestesirelaterade insatser.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patienter som är livshotande akut sjuka får ett jämfört med idag sämre omhändertagande. • Risk för att livräddande åtgärder inte genomförs och eller behandling/åtgärder/vård fördröjs på grund av kompetensbrist. • Undersökningar och behandlingar måste prioriteras ned på grund av andra akuta och livräddande 	<ul style="list-style-type: none"> • Behovet av akutläkare kan inte tillgodoses inom en 5 års period (5-årig basspecialitet varav en stor del på stort sjukhus). • En akutläkare kommer till exempel heller aldrig bli lika bra på att ta hand om intubation, respiratoriskt eller cirkulatoriskt instabila patienter som en narkosbakjour* (vg se utlägget



Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
	åtgärder.	<p>under nedan tabellen).</p> <ul style="list-style-type: none"> • En CPAP/BiPAP vid andningssvikt kan exempelvis påbörjas av en akutläkare men narkosläkarens kompetens behövs ofta efter själva initierandet för att ge optimal och individbaserad behandling. • Tar man bort en narkosbakjour försvinner förutom kompetensen även ett extra läkare som är nödvändig vid procedurer som kräver två personer (exempelvis sedering under reponering av höfter eller axlar ur led) • En åtgärd som en erfaren narkosbakjour kan utföra snabbt kommer ta längre tid för en akutläkare som ej har samma kompetens som en narkosbakjour trots sin utbildning
12	<ul style="list-style-type: none"> • Fördröjning av åtgärder/ behandling vid akuta tillstånd leder till försämrat sjukdomstillstånd, fler vårddygn och förlängd rehabilitering. • Ökad risk för val att avstå från åtgärd 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetensbrister. Inte möjligt att tidigt behandla/ åtgärda vissa instabila patienter pga bristande kompetens. • Organisationsbrister med dålig tillgänglighet till ambulans
12	<ul style="list-style-type: none"> • Akut omhändertagande går inte att genomföra på nuvarande nivå utan en narkosbakjour • Försämrade möjligheter till adekvat behandling efter hjärtstopp med stor risk för försämrad överlevnad eller funktionsnivå • Akutlarm utan narkosbakjour • MIG-team utan narkosbakjour • Anestesirelaterade åtgärder/procedurer • Elkonverteringar utan narkosbakjour 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompetensbrister: En gedigen kompetens och IVA flyttas från Kiruna/Kalix/Piteå och kan inte fullt ut ersättas av annan yrkeskategori. • Organisationsbrister med för få resurser
12	<ul style="list-style-type: none"> • Minskade möjligheter att uppnå hög följsamhet till nationella och regionspecifika behandlingsriktlinjer. Exempelvis patienter 	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen kompetens som kan utföra alla anestesirelaterade åtgärder.



Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
	som drabbas av stroke och är i behov av Rädda-Hjärnan-larm.	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter med stor stroke (ischemisk eller blödning) kan ej observeras i avvaktan på förbättring eftersom det kan krävas vissa invasiva åtgärder som en narkosbakjour kan utföra. Dessa måste då komma att flyttas, ofta i ett instabilt läge eller med risk för grav försämring. I dagsläget kan oftast de behandlas med hjälp av narkosbakjouren.

* Narkosbakjourer arbetar med intubation och instabila patienter på daglig basis medan en akutläkare helt stationerad i Kiruna får dessa maximalt ett par gånger i månaden. Exempelvis för intubation: studier visar att ca 75 intubationer på vuxna krävs för att akutläkare därefter ska lyckas i 90% av fallen. Studier säger även att efter 80 intubationer behöver ändå 18% av akutläkare assistans. Utan narkosbakjour finns ingen assistans att tillgå i Kiruna. En annan studie visade att ST-läkare inom anesthesiologi är bättre på att intubera efter 2-3 år jämfört efter 1 år, en vanlig akutläkar-randning på narkosen är 6 månader. Enligt SFAI (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) kan de vid randning inte ge utbildning för att uppnå kompetens för "att tillämpa respiratorbehandling eller olika anestesiformer" exempelvis, de säger att de kan ge "kännedom om" avancerad luftvägshandtering, men inte "bemästra". Med andra ord kan SFAI inte ge denna kompetens till akutläkare som randar sig hos deras specialitet.

Åtgärder

Utbildning och kompetens (U)

- Att utbilda akutläkare är på inget sätt en enkel lösning på att ersätta narkosbakjourens roll på akutrummet. En akutläkare som ska ta över dessa uppgifter behöver utöver den nationella utbildningen kräva oerhörda extrainsatser i form av förstärkt och kontinuerlig utbildning under specialistutbildningen, och även efter akutläkarna blivit färdiga specialister för att möta de kraven som uppstår i verksamheten i Kiruna. I Sverige finns idag inte många akutläkare som har den specifika kompetensen som behövs för att självständig hantering av instabila patienter och hotad luftväg. Att utforma en narkosspecifik akutläkarutbildning på ett lågflödessjukhus som Kiruna ställer oerhörda krav på både kliniken, länet och de enskilda läkarna eftersom det kommer krävas lång tid borta ifrån hemkliniken och det sociala under hela det verksamma yrkeslivet, vilket i sin tur leder till en oattraktiv arbetsplats för många läkare. Att en ny och ung specialitet som akutsjukvård helt utan back-up i form av anesthesiolog-kompetens ska ta över dessa livsviktiga åtgärder ställer i det närmaste orimliga krav på verksamheten och utbildningskraven. Om man överhuvudtaget tror att detta kan bli en ekonomisk och patientsäker lösning behövs en utbildningsplan utformas av narkosbakjourer och internationella akutläkare som i nuläget har den kompetens som de framtida akutläkarna i Kiruna kommer att behöva för att upprätthålla patientsäkerheten.
- Säkerställa att det finns särskild utbildad kompetens för att bistå verksamheten med stöd vid ingrepp och vård där detta stöd traditionellt sett har utgjorts av en narkosbakjour. Detta ställer högre krav än vad man nationellt ställer på den personalen som blir kvar, exempelvis akutläkare, och kommer därmed behöva intensiva och täckande utbildning och fortbildning under hela yrkeslivet. Det ställer även avsevärt högre krav på sjuksköterskor eftersom de idag har stort stöd av narkosbakjouren. Om narkosbakjouren försvinner måste det säkerställas att även sjuksköterskorna får specifik och återkommande utbildning, och känner sig trygga

Åtgärder

med sina uppgifter och sitt läkarstöd.

Omgivning och organisaton (O)

- Utöka IVA-platserna och vårdplatserna i Sunderby sjukhus och Gällivare sjukhus för att säkerställa att man direkt får en vårdplats så att patienterna fort kan lämna akutmottagningen.

**Tillgång till IVA-platser,
Överbeläggningar/utlokaliserade patienter, samt
vård på fel vårdnivå**

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
16	<ul style="list-style-type: none"> • Patienter i behov av IVA-vård/ inneliggande patienter inom medicinrehab/internmedicin som akut försämras och patienter i behov av undersökningar/behandlingar kan inte vårdas på hemortssjukhuset utan måste transporteras och vårdas på annat sjukhus i länet. • Underkapacitet hos mottagande sjukhus/enhet att hantera det ökade flödet av patienter från Kiruna • Risk att patienterna blir kvar på Kiruna Sjukhus trots behov av en annan vårdnivå en Kiruna kan erbjuda om det råder platsbrist på nästa vårdinstans, eller om det råder olika meningar om patientens vårdbehov • Risk för att patient måste vårdas på en vårdavdelning som överbeläggning/utlokaliserade vid Sunderby sjukhus och Gällivare sjukhus. • Risk att patienter skickas fram och tillbaka mellan sjukhus. • Ökad belastning mottagande sjukhus leder till svårigheter att bibehållen kvalitet och patientsäkerhet. • Patienter som idag omhändertas lokalt med mindre akuta tillstånd där man tvingas transportera patienten för behandling kommer att utsättas för de kända risker som transport och avstånd till vård innebär inklusive underbehandling och underdiagnostik både av allvarliga och mindre allvarliga tillstånd och sjukdomar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Länets IVA-platser räcker inte till och om Piteå stänger ökar belastningen ytterligare på Gällivare och Sunderbyn sjukhus. • Vårdplatserna (vårdavdelningar) i Gällivare och Sunderbyn räcker inte till. • Intensivvården och vårdavdelningarna lider av kompetensbrist. Gäller för sjuksköterskor, specialistsjuksköterskor och läkare. • Redan idag råder det ofta diskussion kring vart exempelvis kirurgiska patienter ska vårdas trots att det finns rutiner för att de inte ska vårdas inneliggande på Kiruna Sjukhus. Därmed finns det en stor risk att diskussioner kommer bli om patienter är "instabila nog" att behöva IVA-vård eller IVA-vård i beredskap. Sjukvård ska bedrivas med ett säkerhetstänk och ett sjukhus måste ha kompetens nog att behandla rimliga försämringar hos patienterna. Därför kommer patienter som kan förväntas behöva IVA-vård att behöva transporteras till ett sjukhus som har beredskap för potentiella försämringar, även om patienterna för stunden fortfarande är i ett stabilt läge. Tröskeln för vad

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
		<p>man i Kiruna kan vårda kommer att sänkas avsevärt vilket ökar risken för diskussion och meningsskiljaktigheter vilket kommer leda till sämre patientsäkerhet.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inte patientsäkert att bedriva all HIA-vård utan tillgång till narkosläkarens kompetens för eventuella försämringar.
12	Risk att patienter blir vårdade på fel vårdnivå på hemorten eller på annat sjukhus.	Vårdplatsbrist i länet för Intensivvård och vårdavdelning
12	<ul style="list-style-type: none"> • Risker ökar för vårdskador på grund av brister i samverkan/samordning av vård och omsorg. <ul style="list-style-type: none"> • Risk att det råder olika uppfattningar om var patienten ska vårdas och otydlighet gällande vem som har ansvar och tolkningsföreträde. Brister i samverkan. • Samverkan mellan kommun landsting 	<ul style="list-style-type: none"> • Se ovan bakomliggande orsaker angående kompetens. Ett borttagande av IVA-platser och narkosbakjour är en stor organisations-förändring och kommer kräva att många nya riktlinjer inom både landstinget och kommunen skapas.

Åtgärder

Omgivning och organisaton (O)

- Utöka IVA-platserna i Sunderby sjukhus och Gällivare sjukhus.

Procedurer, rutiner och riktlinjer (P)

- Definiera förändrat uppdrag för Kiruna sjukhus
- Behov av att kunna vårda patienter på olika vårdnivåer kräver tydliga definitioner vad som ska vårdas på vilken nivå och sjukhus. Stöd för prioriteringar och länsövergripande definitioner behöver utvecklas.

Utbildning och kompetens (U)

- Eftersom patienter med allvarliga och instabila tillstånd kommer behöva läggas in på andra sjukhus kräver detta att personal på hemortssjukhuset (medicinbakjour, akutläkare, sjuksköterskor) får extra utbildning i både att identifiera potentiellt instabila patienter och att behandla dessa för att klara av transporten. Med nuvarande möjlighet att definitivt behandla ovan patienter på hemorten med narkosbakjouren är inte kraven på resterande personal lika höga eftersom kompetensen för att behandla eventuella försämringar och att behandla instabila patienter redan finns hos narkosbakjouren. Dagens krav på exempelvis medicinpersonalen i Kiruna är lika höga som för dem i Sunderbyn eftersom båda klinikerna har tillgång till narkosbakjour i dagsläget. Det kommer att behövas återkommande och strukturerade utbildningsinsatser för att ha en acceptabel patientsäkerhet.



Tillgång till transport

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
16	<ul style="list-style-type: none"> • Antalet transporter kommer att öka vilket leder till ett ökat behov av ambulanser, flygtransporter samt sjuktransporter. Relaterats till följande risker. <ul style="list-style-type: none"> • Försenad vård/behandling. • Patienterna skickas fram och tillbaka • Akut sjuka patienter försämras ytterligare eller avlider i väntan på eller under transport • Kompetensbrist och bristande utrustning för att transportera och vårda en större andel instabila patienter än i dagsläget • Risk för ökade transporter på grund av att marginalen flyttas för vad som går att behandla på hemortssjukhuset • Transportrelaterade olyckor. • Ökat antal sekundärtransporter eftersom färre patienter kan vårdas i Kiruna, risk att dessa sekundärtransporter fördröjs om SOS prioriterar primärtransporter • Risk att tid från ambulanslarmet går ut till att ambulansen anländer till patienten ökar eftersom transportbehovet kommer att öka i och med neddragningen. Leder till fördröjd transport. • Risk att patienterna inte är optimalt stabiliserade inför transport utan narkosbakjourens stöd. • Bristande tillgång till helikoptertransporter. 	<ul style="list-style-type: none"> • Patienten flyttas från Kiruna till Gällivare/Sunderbyn pga behov av IVA-vård eller IVA-vård i beredskap, sedan tillbaka igen till ursprungssjukhuset när läget stabiliserats. • Redan idag finns det för få ambulanser för att klara av dagens behov, samt finns det personalbrist för att bemanna det uppdraget vi har. Senaste året har inneburit flera neddragningar på grund av personalbristen. Vid förändrat uppdrag kommer transportkravet att öka och resurserna bli ännu mer otillräckliga. Det råder stor personalbrist på ambulansen i Kiruna idag vilket medför att vi har färre ambulanser än vad som är politiskt beslutat. Nuvarande organisation kommer således inte på något sätt klara av det ökade transportbehovet som förändringen medför. • För få ambulanser och andra transportmöjligheter. Det finns exempelvis inte alltid väderförutsättningar för helikoptern (vartannat dygn under vinterhalvåret), eller så är helikoptern upptagen med ett annat uppdrag. Helikoptern kanske inte kan flyga, eller är upptagna på annat uppdrag. Inställningstiden för helikoptern till Kiruna Sjukhus är som kortast 1h. Det är inte ovanligt att vi i Kiruna får vänta 3-6h på en flygtransport härifrån och då är patienten kvar hos oss. Utan narkosbakjourens kompetens är detta en lång tid som man kunde behandlat patienten effektivare och patientsäkrare.
12	<ul style="list-style-type: none"> • Transporter: <ul style="list-style-type: none"> • Risk för att patienterna inte är optimalt stabiliserade inför 	<ul style="list-style-type: none"> • En akutläkare och medicinbakjour är inte lika vana som en narkosbakjour

	<p>transport utan anesthesiologiskt stöd.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Risk för ökade transporter på grund av att marginalen för vad som går att behandla på hemortsjukhuset behöver flyttas. Ur medicinsk synpunkt vågar man inte avvakta med att skicka en instabil patient. • Risk att sjuksköterskan i ambulansen inte har fullgod kompetens för utrustning, läkemedel eller patientstabilisering. 	<p>att stabilisera patienter, och omhändertagandet inför en transport blir således sämre.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ett sjukhus måste ha kompetensen att behandla rimliga försämringar, finns inte narkosbakjour/IVA kommer patienter som inte ännu är IVA-mässiga behöva transporteras för att få rätt bedömning och snabb behandling vid försämring.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Risken för vårdskador: fall, trycksår, undernäring, vårdrelaterade infektioner ökar. 	<ul style="list-style-type: none"> • För lång väntan på akuten inför transport. Fördröjning av riskbedömning och insättande av förebyggande åtgärder i väntan och under transporten.
8	<ul style="list-style-type: none"> • Risker för bristande övervakning/monitorering under transporten. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sämre möjlighet att övervaka en instabil patient under transport än en stabiliserad patient.

Åtgärder

Teknik utrustning och apparatur (T)

- Utöka kapaciteten för ambulanstransporter och öka tillgängliga transporter. En ambulans i drift kostar ca 7-8 miljoner/år, och ett utökat antal ambulanser skulle medföra merkostnader därutöver. Redan idag råder bemanningsproblem i befintliga ambulanser, detta problem skulle därmed öka om fler ambulanser behövs.
- Utöka med en helikopter till i länet utöver flera ambulanser
- Flytta helikoptern till Kiruna.

Utbildning och kompetens (U)

- Höja kravet på utbildningen ambulanspersonalen har: de måste exempelvis vara vana vid att självständigt kunna bedöma och vårda instabila patienter på de 12 mil som är till Gällivare.
- Kontinuerligt utbilda akuttäkare och medicinbakjour i att bättre stabilisera svårt och livshotande sjuka patienter samt att förbättra deras kunskap i att identifiera patienter som snabbt kan komma att försämrats.

Kontinuitet och jämlikhet i vården samt informations- och kommunikationsbrister

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
16	<ul style="list-style-type: none"> • Informations- och kommunikationsbrister 	<ul style="list-style-type: none"> • Fler rapporter, risk att information försvinner i vårdövergångarna. Brister i kommunikations-, informationsöverföringen är en av de vanligaste orsakerna till vårdskador. Riskerna ökar när vårdprocessen blir i flera steg,

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
		görs vid olika tillfällen och på olika platser.
12	<ul style="list-style-type: none"> Ur patient och närstående perspektiv; <ul style="list-style-type: none"> Risk för vårdskador till följd av bristande kontinuitet kan leda till risk för patienten att inte få träffa personal/läkare som känner till patienten sen tidigare. Försämrade vårdkvalitet ur etiskt perspektiv och ur jämlikhetsperspektiv för utsatta patientsgrupper. 	<ul style="list-style-type: none"> Fler patienter som vårdas stundtals vid Gällivare/Sunderbyn och stundtals i Kiruna/Kalix/Piteå. Flera olika kliniker inblandade i samma vårdepisod - mycket som inte journalförs som sker med patienten som tappas.
8	<ul style="list-style-type: none"> Närstående perspektivet <ul style="list-style-type: none"> Besök för att stötta Informations- och kommunikationsbrister 	<ul style="list-style-type: none"> Patienten får vårdas på en ort långt hemifrån vilket medför svårigheter för anhöriga att besöka och vara med och få information

Åtgärder

- Enda möjliga åtgärden är att fortsätta bedriva IVA-vård och behålla narkosbakjouren vid Kiruna Sjukhus för att på så sätt få bättre kontinuitet och tillgänglighet för patienten och anhöriga. Genomför man förändringen kommer det annars oundvikligt leda till bristande kontinuitet och tillgänglighet.

Tillgänglighet utan narkosbakjourens stöd till medicinkliniken

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
9	<ul style="list-style-type: none"> Risk för minskad tillgänglighet och ökat avstånd till kvalificerad vård för <ul style="list-style-type: none"> Patienter i behov av poliklinisk elkonvertering (i snitt 1 planerad elkonvertering i veckan i Kiruna) Andningsunderstöd: NIV, respirator KOL-patienter (Kronisk obstruktiv lungsjukdom) Palliativa patienter Stöd på sjukhuset vid intratekal eller epidural smärtbehandling Stöd på sjukhuset vid problem med venportar och andra nålar Inte möjligt att få venport eller CVK inlagda Immunosupprimerade patienter som utvecklar sepsis och behöver IVA-vård kan behöva transporteras i livshotande tillstånd till annat sjukhus Pacemaker: temporär eller extern, behöver narkosbakjournskompetens för att kunna utföras säkert 	<ul style="list-style-type: none"> Utan narkosbakjour är det för stor risk att till exempel en annan läkare självständigt söver planerade elkonverteringar, dessa behöver en narkosläkares kompetens. Stor risk att man utför vissa procedurer på ett mer patientosäkert sätt istället för att skicka patienten till Gällivare 12 mil bort, eller att man helt avstår från en åtgärd på grund av avstånden.

Riskpoäng	Risker	Bakomliggande orsaker
9	<ul style="list-style-type: none"> Anestesiolog utgör säkerhetsfunktion för flera verksamheter, specialistmottverksamhet, ex dialysverksamhet, skopier där potenta läkemedel ges, smärtbehandlingar, narkosbedömningar osv. 	<ul style="list-style-type: none"> Kompetensbrister
8	<ul style="list-style-type: none"> Minskade möjligheter att uppnå hög följsamhet till behandlingsriktlinjer. 	<ul style="list-style-type: none"> Kompetensbrister: en gedigen kompetens och IVA flyttas från Kiruna/Kalix/Piteå och kan inte fullt ut ersättas av annan yrkeskategori.

Åtgärder

- För att kunna fortsätta med nuvarande uppdrag inom framförallt internmedicin är enda möjliga åtgärden är att fortsätta behålla narkosbakjouren vid Kiruna Sjukhus

Alternativ lösning

- Förlagsvis behåller man narkosbakjouren och Kiruna Sjukhus blir ett sjukhus där man inför ett nytt begrepp: ett tröskelsjukhus. Med nuvarande kompetensnivå där sjukhuset kan ta alla patienter över tröskeln inför transport eller stabilisering och fortsatt vård på hemortssjukhuset. När behovet bedöms vara kort intensivvård (max något dygn) eller intermediärvård så kan patienten få definitiv vård på Kiruna Sjukhus. Vid uppenbart svåra internmedicinska fall som beräknas kräva längre intensivvård så flyttas patienterna till ett sjukhus med högre kompetens och fler resurser. Kiruna Sjukhus kan således utvecklas för att bli det ultimata närsjukhuset och ta hand om vanliga och återkommande sjukdomar i befolkningen, samtidigt som vi även säkerställer det akuta omhändertagandet och mer livshotande men mindre frekventa händelser. Detta koncept skulle kunna användas i resten av länet för alla sjukhus förutom Sunderbyn. Kiruna utbildar redan akutläkare och med fortsatt narkosbakjour som stöd kommer det akuta omhändertagandet förbli i framkant.
- För att minska kostnaderna kan ovan nämnda narkosbakjour komma på rotation från Sunderbyn eller Gällivare, vilket också skulle medföra ett bättre samarbete mellan länets olika kliniker och sjukhus.

Konsekvenser

Utöver de rent patientosäkra konsekvenserna som den förslagna förändringen skulle innebära så finns det även flera andra aspekter att beakta. Dels skulle förändringen medföra kraftigt ökade ekonomiska kostnader i form av kontinuerlig utbildning för personal, flera ambulanser och/eller helikoptrar som är nämnda tidigare. Men kanske ännu värre ekonomiskt på sikt är att man utan narkosbakjour enligt tidigare utredningar i Sverige inte kan bedriva AT-utbildning. AT-läkarna är den största rekryteringsbasen både för primär- och slutenvården i de berörda närsjukvårdsområdena, och även för Sunderby sjukhus. Tar man bort möjligheten att bedriva AT-utbildning vid flera sjukhus i NLL (Kiruna, Kalix, Piteå) kommer behovet av hyrläkare att öka på sikt och det kommer att bli svårare att rekrytera fast anställda läkare, vilket i sin tur medför ökade kostnader, kvalitetsförsämringar och sämre kontinuitet i vården.