

## Konsekvenser av rådande personalbrist vid område kirurgi

Område kirurgis läkare med medicinskt ledningsuppdrag och ledningsansvar vill härmed betona en djup oro kring patientlidande, försämrad arbetsmiljö och bristande utbildning som både nu och på sikt kraftigt påverkar den medicinska kvaliteten vi kan och kommer att kunna erbjuda våra patienter i Region Jämtland Härjedalen. Det är av yttersta vikt att ledande politiker och tjänstemän blir medvetna om de konsekvenser vi ser i verksamheten relaterat till rådande personalbrist och tillhörande vårdplatsbrist.

Kapacitetsbristen ger tydliga effekter på den medicinska kvalitet och tillgänglighet vi kan erbjuda våra patienter. Utan personal i slutenvården uteblir vård till vissa patienter och andra får erfara hur vi som läkare försöker gena i kurvorna i en strävan att klara den kirurgiska vården på alltför få vårdplatser.

Även övriga områden lider brist på personal – ortopederna, medicin, intensivvårdsavdelningen, centraloperation och akutmottagningen. Detta leder till att vi har en skörhet i hela systemet och därmed en övergripande oförmåga att hantera den belastning som råder.

### Nulägesbeskrivning

Från och med den 8 mars 2021 stängdes ytterligare vårdplatser (vpl) på Område Kirurgi på grund av personalbrist. Vi har därmed 36 vpl öppna, jämfört med de 52 vpl som behövs för full kirurgisk verksamhet (i enlighet med vårdplatsutredningen 2020), med inkluderat utrymme för palliativa- onkologiska patienter samt inläggande kirurgiska fall från Ögon/ÖNH och specialisttandvården.

Slutenvårdsverksamheten reduceras i och med neddragningen till att helt ägnas åt akut-, subakut-, och cancerkirurgi. I det subakuta flödet inräknas också patienter med hög medicinsk prioritet där ingreppet inte kan skjutas på en oviss framtid. Inläggande benign (godartad) kirurgi kommer således inte att kunna genomföras förrän absolut tidigast till hösten – där möjligheten är helt beroende på förmågan att rekrytera personal för successiv återgång till normal verksamhet.

Öppenvård och poliklinisk kirurgi (dagkirurgi) påverkas inte av antalet vårdplatser men påverkas av andra faktorer som utveckling av pågående pandemi, omfördelning av resurser etc.

Antalet vårdplatser ligger statistiskt under behovet även för den reducerade verksamhet som beskrivs ovan. Detta resulterar i dagliga utmaningar med att begränsa inläggningar, att hantera överbeläggningar, att om möjligt utlokalisera patienter till andra kliniker och att skriva ut patienter i förtid.

På akutmottagningen ger ovanstående problematik förlängda handläggningstider och att patienter skickas hem i större utsträckning istället för att observeras på sjukhus.

På vårdavdelningarna gör överbeläggningar att personalen som regel mer än undantagsvis tar hand om fler patienter än stipulerat vilket ger en ökad arbetsbörda, ökad stress, försämrad möjlighet till återhämtning och mindre tid till varje patient.

Utlokaliseringar av patienter till andra kliniker innebär ett merarbete kring själva omflyttningarna vilket bidrar till ökad arbetsbörda. Patientsäkerheten hotas i och med det faktum att man som utlokaliserad patient vårdas av personal som inte har vana att sköta de sjukdomstillstånd patienten har. Vi har rutiner och struktur för att våra utlokaliseringar ska ske på bästa sätt och för att minimera riskerna, men vi kan inte helt eliminera skada eller risk för skada – vilket är tydligt i pågående Lex Maria-fall.

Att skicka hem patienter i förtid för att ge plats åt nya fall ger ökad otrygghet hos patienterna och en högre grad av återinläggningar. Man chansar helt enkelt på att det ska gå vägen - med brasklappen att patienten får söka akut på nytt vid försämring eller utebliven förbättring.

**En sammanfattning av ovanstående är att vi förskjutit våra gränser för normalitet vad gäller patientsäkerhet och arbetsbelastning – vilket i sin tur ger risk för ökat antal vårdskador. För alla medarbetare innebär ovanstående en fysisk men också etisk stress då vi inte förmår att ge den vård vi vill ge medborgarna i regionen.**

## Ökat patientlidande

Patienter i väntan på ineliggande kirurgi – även om benign (godartat) tillstånd – får gå längre med symptom (inte sällan med påverkan på arbetsförmåga och därtill kopplade samhällskostnader), kan kräva akut vård under väntetiden samt ha ett mer komplicerat tillstånd med ökad risk för komplikationer när ingreppet väl blir av.

Därtill står vi inför ett etiskt dilemma där vi åtgärdar lägre medicinskt prioriterad dagkirurgi istället för att ta hand om de som är i större medicinskt behov av sjukvård.

Nedan följer en mer ingående beskrivning av de patientgrupper som främst drabbas och vilka konsekvenser uppskjuten vård ger.

Cancerkirurgi av tjock- och ändtarmscancer utgör en stor del av den nedre gastrointestina kirurgin och den har hittills kunnat fortskrida utan större dröjsmål för patienterna. Dock är det en andel av dessa patienter som pga. sin cancerkirurgi erhåller en **stomi** (påse på magen) där tarmarna sedermera åter ska kopplas ihop (och stomin ska bort) efter 3–6 månader. Detta ingrepp har fått stå tillbaka pga. platsbrist. Det är inte bara en del i patientens primära cancerförlopp utan dessa patienter drabbas dessutom ofta av stora vätskeflöden i stomin med intorkning, saltrubbningar och njursvikt som följd vilket kan orsaka återinläggning. Av och till ser vi svår påverkan och sjukdom som kan bli livshotande. Att vara patient med stomi innebär inte sällan ett socialt lidande med begränsningar i levernet samt kostnader för samhället för stomimaterial.

Vidare får patienter med **inflammatorisk tarmsjukdom** (tex Ulcerös kolit och Crohns sjukdom) vänta lång tid på operation vilket leder till lidande för patienten med långvarig behandling med kortison och immunosupprimerande läkemedel i väntan på kirurgi. Dessa sjukdomstillstånd kan eskalera trots adekvat medicinering och kan leda till behov av akut kirurgi vilket försätter patienten i ett sämre läge med ökad risk för komplikationer i form av stomibehov, tarmperforation, blodförgiftning och sårruptur.

Patienter med inflammation i **tarmfickor** med upprepade skov har en liknande situation där utebliven kirurgi leder till ökad risk för tarmperforation, ökat behov av akut vård, akut kirurgi med stomiuppläggning och ökad risk för komplikationer och dödlighet.

Patienter med **gallbesvär** som måste opereras ineliggande kommer inte att kunna bli opererade i tid med risk för långvarigt lidande i väntan på ingrepp men också för mer komplicerad kirurgi – när patienten väl kommer till operation så riskerar gallblåsan att vara mer kroniskt inflammerad vilket gör att ingreppet blir svårare att utföra med tillhörande ökad risk för komplikationer.

Vad gäller urologiska ingrepp så drabbas framförallt patienter med **förstorad prostata** samt **stenar i urinvägarna**. Vid förstorad prostata har man urinkateter i väntan på ingrepp. Att gå längre tid med kateter påverkar livskvaliteten och ger ökade infektioner som kräver både vård och behandling. Även stenar i urinvägarna avlastas ofta med hjälp av katetrar i väntan på operation, slangar som i sig ger obehag, påverkad livskvalitet men också ökade infektioner. Stenarna i sig är potentiella infektionshärdar så länge de finns kvar i urinvägarna, vilket vid infektioner kräver behandling och ofta ineliggande vård. Av patienterna med stenar läggs 20% in inom 100 dagar från erhållande av kateter i njuren. Avseende prostataförstoring är andelen som behöver läggas in inte lika stor som för stenar men ca 30% får en urinvägsinfektion som behöver antibiotikaförskrivning. Ingreppen/operationerna blir inte mer komplicerade med tiden – men att vänta på operation genererar fler vårdtillfällen och akutbesök pga. komplikationer enligt ovan.

Färska studier antyder att upp emot 8% av patienter med förmodat benign **struma** trots cytologipunktion får ett malignt PAD (vävnadsprov) efter operation. Antagligen är denna siffra bättre med utredningskombinationen ultraljud och cytologi, men således kan nästan var 12:e patient på väntelistan för operation av benign struma ha en sköldkörtelcancer. Dessa patienter opereras nu med behov av en natts ineliggande vård och kommer att få långa väntetider och nedprioriteras. Blir väntetiderna väldigt långa riskeras att patienter med cancer får en försenad upptäckt och sämre prognos.

Patienter med primär **hyperparatyroidism** (PHPT) gör vi alltmer i dagkirurgi, men äldre eller sjukare patienter behöver en ineliggande natt och de kommer att måsta skjutas fram på obestämd tid. PHPT medför ökad risk för osteoporos med frakturer och ökad risk för kardiovaskulär sjukdom.

**Överviktsoperationer** kräver i nuläget två dygns vårdtid. Vi opererar för närvarande enstaka högprioriterade fall som t ex ska kunna genomgå transplantation, angelägna ortopediska ingrepp eller har svår hjärtsvikt/diabetes relaterat till övervikt. Övriga måste vänta. Obesitas (kraftig övervikt) genererar kostnader för diabetesvård och hypertoniavård samt ökad risk för både kardiovaskulär sjukdom och diverse cancersjukdomar. Därutöver har patienterna ett högt sjukskrivningstal som negativt påverkar samhällsekonomin. Patientgruppen är aktiv och kommer med all säkerhet att söka operativ åtgärd på annan ort om långa väntetider, vilket kostar ca 75.000 kr per patient.

Inom kärlkirurgin är de flesta ingrepp akuta då det oftast rör sig om kritisk ischemi (hotande cirkulation) eller aneurysmsjukdom som innebär risk för amputation eller död om de inte blir åtgärdade. Däremot ser vi svårigheter med att kunna lägga in patienter med **claudicatio** (fönstertittarsjuka) för angiografi då det saknas vårdplatser. Detta kräver

ständig prioritering av patienterna i kö och prioriterade patienter åtgärdas. De patienter med claudicatio som inte blir behandlade i tid riskerar nedsatt livskvalitet under tiden de väntar på behandling.

Stora **bukväggsbräck** innebär ett stort lidande för patienten med lokala besvär, med kläder, risk för hudproblem och de är inte alltid hjälpta av gördel. Patienterna löper dessutom risk för akut inklämning med risk för tarmskada och behov av akut kirurgi som om det inträffar jourtid innebär komplicerad kirurgi nattetid utan alltid den bästa kompetensen finns på plats – med ökad komplikationsrisk. Detta jämfört med planerat ingrepp dagtid.

Barnkirurgiska patienter påverkas inte av vårdplatsbristen på kirurgen eftersom de vårdas på barnavdelningen. Däremot har vi ineliggande kirurgi inom plastikkirurgin som i nuläget nedprioriteras. **Bukplastiker** och **rekonstruktioner** efter cancerkirurgi bortprioriteras tills vidare. Patienterna beskriver ett förlängt lidande vad gäller livskvalitet men där varken ingrepp eller komplikationsrisker påverkas av ökad väntetid. Åtgärdande av **trycksår** med långa ineliggandetider och hög vårdtyngd nedprioriteras men genomförs beroende på medicinsk bedömning. Fördröjningen ger ett ökat lidande för den väntande patienten.

Utifrån den statistik vi fört under många år kring våra **palliativa patienter**, och sedan den palliativa- och onkologiska vårdavdelningen (PONK) öppnade i november 2018, kan man bl.a. notera att vårdtiden för dessa patienter mer än halverades och att endast en tredjedel av patienterna som lades på PONK-en redan var anslutna till Storsjögläntan. När nu platserna stängs riskerar man klart förlängda vårdtider i en situation där bemanningen redan är kritiskt låg. Dessutom kommer flertalet av patienterna inte att ha haft någon kontakt med någon palliativ enhet sedan tidigare, dvs sannolikheten är stor att deras problem och symptom är ofullständigt bedömda och att det saknas planer och strategier för att behandla dem när patienten läggs in. Då det inte kommer att finnas något organiserat palliativt team runt patienterna är risken för försämrad kvalitet och lidande för patienter och närstående uppenbar.

Bemanning med personal utan särskild kompetens i palliativ vård utsätter patienterna för risken att ligga med ofullständigt uppmärksammade och lindrade symptom som smärtor, illamående, ångest och mer. Dessutom sker detta under längre vårdtider än nödvändigt. De som avlider (upp emot 20% av patienter på PONK-en) riskerar även att göra det på en plats som inte är önskad av dem eller deras anhöriga.

## Etiska dilemman

I och med platsneddragningen stängdes PONK-en som den minst dåliga lösningen. Men även en minsta dålig lösning är verkligen inte bra då vi inte kan erbjuda våra palliativa patienter samma professionella omhändertagande på en för patientgruppen anpassad avdelning. Tids- och kompetensbrist för patienter och deras anhöriga i livets slutskede skapar en etisk stress som riskerar att bli oerhört belastande för personalen.

Att se hur de mest sjuka nedprioriteras på grund av resursbrist samtidigt som vi åtgärdar relativt enkla åkommor i dagkirurgi (och ännu värre utför ingrepp som inte ens är medicinskt indicerade som manliga steriliseringar) – känns både orimligt och oetiskt.

Att skicka patienter till andra regioner kan på sikt hjälpa patienterna (till en hög kostnad för RJH). De sjukare och äldre patienterna har en lägre benägenhet att vilja åka till annat sjukhus för åtgärd pga. långa avstånd. Dessutom prioriteras de "enkla" patienterna av mottagande sjukhus och de sjukare nekas pga. ökade komplikationsrisker – vilket i sin tur ytterligare bidrar till ojämlik vård som inte följer medicinska prioriteringar.

**Att ge vård som inte är så bra som den kunde vara, tillsammans med arbetskamrater som inte hinner eller orkar, är nedbrytande. Vi är vana vid att inte kunna hjälpa alla, att det finns en gräns för vad vi förmår rent medicinskt. I detta fall står vi inför att kunna och vilja hjälpa, men inte förmå. Vi bevittnar och känner skuld för, som vi ser, ett onödigt lidande.**

## Påverkan utbildning

### ST-läkare

Benign elektiv kirurgi ingår som krav i ST-utbildningen inom kirurgi. Om möjlighet inte finns till denna kirurgi kan inte ST fullgöras då nationellt stipulerade utbildningsmål inte kan uppfyllas. De operationer som i hög grad påverkas är galloperationer, bukväggsbräck samt TUR-P. Dessa operationer opereras även polikliniskt men mängden operationer minskar kraftigt (ca 50%) och därför kommer utbildningen att kraftigt påverkas med risk för försenad specialistexamen. Vi kan inte förvänta oss att andra regioner och sjukhus kan ta emot våra ST och erbjuda denna typ av operationer vilket gör att vi är bundna till vår egen förmåga att upprätthålla godtagbar utbildning.

ST-läkare är de som bemannar akutmottagningen (AKM). Brist på vårdplatser ger ett indirekt krav på färre inläggningar. Att skicka hem patienter som kanske är i behov av inläggning kräver kunskap och trygghet vilket är svårt att kräva av läkare under utbildning.

**Risken är att vi får svårt att rekrytera nya och tappar befintliga ST-läkare till andra kliniker, sjukhus och regioner när utbildningen försämras och förlängs.**

### AT-läkare

Fyra gånger om året påbörjar sex AT-läkare sin tre månader långa kirurgiplacement. Enligt Socialstyrelsens målbeskrivning skall AT ges möjlighet till läkararbete under professionellt ansvar för att ge klinisk träning och, i förekommande fall, lägga grunden för kommande specialisttjänstgöring.

Rådande situation, där benigna åkommor nedprioriteras, innebär att AT-läkarna efter genomgången tjänstgöringsavsnitt inte har förväntad "god kännedom" vilket är ett nationellt krav. Benign kirurgi ger också möjlighet till värdefull kirurgisk färdighetsträning då AT-läkaren efter tjänstgöringsavsnittet självständigt förväntas kunna utföra/handlägga tex sårrevisioner, suturering och mindre excisioner. Vid de ingrepp som utförs konkurrerar AT-läkarna med såväl läkarstudenter som klinikens egna randande ST-läkare. Färre ingrepp medför därmed försämrade möjligheter att öva preoperativ bedömning och tillgodogöra sig kunskaper om postoperativt normalförlopp.

Hälften av AT-läkarnas tjänstgöring är förlagd till akutmottagningen då AT-läkarna här i störst utsträckning exponeras för och, under handledning, övar initialt omhändertagande av vanliga akutkirurgiska sjukdomar och trauma. Med färre tillgängliga vårdplatser måste fler patienter nekas inläggande vård. Även om dessa beslut skall fattas i samråd med mer

erfarna kollegor är det inte svårt att föreställa sig att den ständiga pressen ”att inte lägga in någon i onödan” kan leda till potentiellt farliga felbedömningar.

**AT-läkarnas utbildningssituation påverkas således kraftigt negativt av rådande omständigheter med risk för försämrad attraktionskraft vid rekrytering framöver.**

### Regionaliserad Läkarutbildning Umeå Universitet

Umeå universitet har avtal med RJH angående utbildningen av läkarstudenter, och för område kirurgi omfattas termin 7. Umeå Universitet har således tilldelat medel enligt avtal till Regionen och området för att säkerställa högkvalificerad utbildning så att kursmålen uppfylls för läkarutbildningen. Antalet studenter kommer i ett framtida avtal, som är under pågående förhandling, att sannolikt öka från 10-12 till preliminärt 15-17 studenter per termin vilket kräver tillgång till såväl verksamhet, patientunderlag som vårdplatser för att bedriva nödvändig praktisk (verksamhetsförlagd) utbildning (VFU). Studenterna är placerade på kirurgi-, urologi- men även palliativ/onkologisk avdelning under termin 7 och en neddragning av vårdplatser och verksamhet medför därför en försämrad utbildningssituation samt en oförmåga att ta emot fler studenter i en framtid, vilket är olyckligt med tanke på den viktiga rekryteringsgrund studenterna utgör.

**Således ser vi risker med nuvarande utbildning och framtida rekrytering när undervisningskvaliteten sjunker för våra läkarstudenter.**

### Minskad motivation och lust att utveckla verksamheten

Att istället för vård ägna tid åt icke värdeskapande arbete som platsbristen skapar. Att se hur flöden blir suboptimala pga. trängsel och brist på operationssalar. Att se hur tidigare nedlagt arbete raseras när personal slutar och avdelningar stänger. Hur fungerande teamarbete försvinner när personalen är knapp och täcker upp för varandra på olika enheter. Att behöva ”börja om” istället för att bygga vidare. **Man tappar motivation och lust i arbetet och också att utveckla verksamheten vilket ger brister nu men också på sikt. När kollegorna tappar framtidstron riskerar vi att tappa kompetens från området, sjukhuset och regionen.**

### Sammanfattning

Det diskuteras antal personal som slutat och vårdplatser som stängt, men bakom siffrorna döljer sig patientlidande, arbetsmiljöproblem och etiska dilemman som vi beskrivit ovan. Än värre är den frustration och oro som situationen skapar. Vi är djupt oroade inför framtiden. Både den nära stående – hur vi alls ska lyckas klara sommaren utan nödvändig personal att bemanna våra vårdplatser – men också på längre sikt där vi riskerar försämrad kompetens, rekryteringsförmåga och att vi tappar ytterligare kollegor.

Det är en dyster bild vi beskriver, men tyvärr den verklighet vi ser. En verklighet vi inte alltid upplever att vi delar eller får gehör för från ledande politiker och tjänstemän. Därav denna skrivelse för att ge en fördjupad bild av pågående kris på Östersunds Sjukhus.

**Vi uppmanas idag att leverera god vård med hög kvalitet - men ges inte förutsättningar för genomförandet. Vi behöver politiska beslut som anger den vårdnivå som ska erbjudas våra medborgare, och förutsättningar som motsvarar beslutad nivå.**

## Östersund 2021-03-24

Tomas Koczkas, överläkare  
MLU nedre gastrointestinal kirurgi

Joakim Hennings, docent/överläkare  
MLU endokrin- & laparoskopisk kirurgi

Johannes Enebog, överläkare  
Övre gastrointestinal kirurgi

Anna Warg, överläkare  
f.d. MLA område kirurgi

Johan Jörnhagen, specialistläkare  
AT-klinikstudierektor

Christina Jansson, överläkare  
MLU Bröstkirurgi

Jan Lehmann, överläkare  
MLU Campus kirurgi, proktologi och bäckenbottenmottagning

Johan Johansson, överläkare  
MLU Palliation och onkologi

Anna Zakrisson, överläkare  
MLU Barn- och plastikkirurgi

Fredrik Lindmark, överläkare  
MLU Trauma och akut kirurgi

Robert Ivonon, överläkare  
MLU Kärlkirurgi

Karl-Johan Lundström, överläkare  
Urolog, ST-klinikstudierektor