

Kaotiskt och frustrerat på Karolinskas toraxklinik

»Det är förfärligt att inte få operera«

Nyheten om att elva patienter dött på väntelistan på toraxkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset kom i somras. Men före sammanslagningen av de två sjukhusen i Solna och Hudinge fanns inga köer. Då opererades 1 700 patienter årligen. Vid fusionen räknades behovet om till 1 400 hjärtoperationer. I dag hinner man bara med 1 100 operationer. Bilden av en trött klinik tonar fram när Läkartidningen gör ett besök. Resurser saknas: brist inom intensivvården, ont om thoraxradiologer, för få operationssalar.

Fredag på toraxkliniken. På läkarexpeditionen är det tyst; då och då slamrar en dörr. De flesta kontorsrummen är stängda med persiennerna neddragna. Ett rum står dock vidöppet och visar upp ett rörigt skrivbord och några operationskläder slängda på en soffa. På frågan om hur semesterlistan sett ut för läkarna svarar verksamhetschef Ulf Kjellman att det snarare varit längre ledighet än vanligt.

– Det är bättre att passa på att ta ut lite mer semester eftersom man inte får operera i rätt takt.

I början av augusti hamnade strålkastarljuset på toraxkliniken på Karolinska universitetssjukhuset i Solna, då medierna rapporterade om att hittills i år elva patienter som köat för operation har dött. Under förra året dog tio pati-

enter på väntelistan. Ulf Kjellman kommenterar händelserna:

– Det är oerhört jobbigt och frustrerande. Vi tvingas dagligen omprioritera patienterna, det program vi lagt upp gäller nästan aldrig.

Vid toraxkliniken utförs exempelvis bypassoperationer, kärlkrampskirurgi och operationer av hjärtklaffar och stora kroppspulsådern. Men under sommaren har bara »heta listan« klarats av, de mest akuta fallen. I dag finns cirka 280 personer på väntelistan, vilket innebär väntetider på upp till sex månader för exempelvis kranskärlsoperationer. Den rimliga väntetiden är enligt Kjellman en månad för en sådan operation. Vårdgarantin säger maximalt tre månaders väntetid.

– Lugnare tillstånd som kärlkramp, som många gånger är kritiska, får alltså vänta.

Men när som helst kan patienten få stopp i något kärl. Aortastenoser med hjärtsvikt är ett annat exempel på fall som vi inte kan ta i rätt takt, säger Kjellman.

Toraxkliniken får tillsammans med klinikerna för kardiologi, kärlkirurgi och lungallergi dela på tio intensivvårdsplatser. Däremot finns 32 vårdplatser enbart för torax. Patienter som opererats på torax måste ligga ett dygn på intensivvård innan de flyttas till vårdavdelningen och därför blir intensivvården »flaskhals i systemet«, menar Ulf Kjellman:

– Alla avdelningar ska dela på tio intensivvårdsplatser, vilket innebär att torax har två-tre platser att disponera. Det är alldeles för lite.

Han berättar att när det var som värst under juli månad var bara sex intensivvårdsplatser bemannade på toraxkliniken och tre av dem var belagda med kardiologpatienter. Ett annat problem som stör operationstakten är enligt honom bristen på intensivvårdssköterskor. Därtill fattas det operationssalar för att till exempel kunna klara av fler kärlkirurgiska ingrepp.



Ytterligare ett problem är bristen på toraxradiologer, som dock börjat hämta sig, enligt Ulf Kjellman.

– Vi har en drös med osysselsatta kirurger. Det känns förfärligt att inte få operera, säger Ulf Kjellman.

Mer pengar till thorax:

Åtta till tio fler operationer per vecka

Politikerna lyssnade till nödroppen från thoraxkliniken vid Karolinska Universitetssjukhuset. Landstinget har beslutat att skjuta till mer pengar för att kapa köerna, vilket innebär åtta-tio fler operationer på veckobasis. Nu ska kliniken operera extra på kvällar och helger.

Vid ett extra sammanträde i landstingsfullmäktige i onsdags togs beslutet om att avsätta 70 miljoner kronor till insatser för att klara vårdgarantin. En del av pengarna går till verksamheten vid thoraxkliniken; beställningen på operationer blir nu taklös för att korta ner de långa patientköerna. Det berättar det soci-

aldemokratiska sjukvårdslandstingsrådet Inger Ros:

– **Det är oacceptabelt** långa väntetider och vi kände att vi måste göra något. Vi ökar därför produktionen kraftigt på thorax. Kliniken får ersättning för varje extra operation, varje operation kostar cirka 125 000 kronor. Vi kommer

att klara åtta till tio nya operationer per vecka, ett tillskott på en miljon kronor i veckan. Jag utgår från att vi kommer att ha klarat av köerna inom ett halvår.

Den ökade beställningen på hjärtoperationer innebär enligt Inger Ros att sjukhuset kan välja att operera vid egna kliniken eller erbjuda patienter



»20 procent av patienterna på dagsprogrammet måste strykas. Det är oacceptabelt«, säger verksamhetschef Ulf Kjellman.

Foto: Urban Orzolek



»Tre operationer under fredagen«, säger Ulf Kjellman och pekar på skärmen. Med fler salar skulle fler operationer kunna genomföras. »Men varje operation är så slimmad att varenda onödigt moment är borta, det är väldigt funktionellt och standardiserat.«

Foto: Urban Orzolek

Ändå utnämner han kliniken till den »effektivaste i Sverige« då de utför 120 hjärtoperationer per intensivvårdsplats och år, medan motsvarande siffra för andra sjukhus är 80–100.

Om man backar två år i tiden får man veta upprinnelsen till historien. 2004 slogs de två sjukhusen i Huddinge och Solna ihop till det samlade namnet Karolinska Universitetssjukhuset; således hamnade de båda toraxklinikerna

under ett tak. Anledningen var en ren besparingsåtgärd av landstingspolitikerna samtidigt som de talade om synergieffekter. Personal omplacerades, en del slutade.

Före fusionen gjordes cirka 1 700 operationer varje år.

Men enligt beräkningar i en utredning som gjordes i januari 2004 skulle behovet av hjärtoperationer minska från 2002 års nivå på 1 700 operationer till 1 400 operationer. Utredaren var dåvarande chefen för toraxkliniken vid HS, Dan Lindblom, som sedan blev chef för den sammanslagna kliniken. Han lämnade sin post förra året.

– Vi märkte en tydlig nedgång och därför hamnade vi på beräkningen 1 400 operationer för 2004. Minskningen beror på att man trodde på allt fler kranskärlsinsgrepp med

ter operation på sjukhusen i Uppsala, Örebro och Karlskrona. Idag väntar cirka 280 patienter i Stockholm på hjärtoperation.

En annan »kraftig åtgärd« från politiker och beställarkontoret är att en sjuksköterska och en läkare ska ringa runt till alla patienter i kön för att avgöra hälsoläget, säger sjukvårdslandstingsrådet:

- Det är viktigt att prata med patienterna så att vi kan

upptäcka akuta fall, och täcka in vårdgarantin. Men det kan också finnas patienter i kön som känner att de kan vänta, säger Inger Ros.

Sjukhusdirektör Cecilia Schelin-Seidegård är positiv till beslutet, men säger att ledningen ska diskutera det närmare med thoraxkirurgin.

- Tidigare hade vi en ram, nu kan vi operera mer. Vi kommer troligen att börja utföra operationer extra på kvällar och helger.

Kan ni anställa mer personal?

– Det kan innebära att vi får anställa fler på intensivvården eller att personal inom organisationen får möjlighet att arbeta extra, säger hon.

Verksamhetschefen Ulf Kjellman hade på fredagsförmiddagen ännu inte fått vetskap om beslutet.

– Det är naturligtvis jättebra med en ökad beställning men om man inte har ytterligare resurser att operera hjäl-

per det inte. Om vi hade kapacitet idag hade vi naturligtvis opererat fler. Vi behöver mer resurser inom intensivvården, säger han.

Nyligen skickade thoraxkliniken iväg en ny skrivelse med ett åtgärds paket och önskemål för att kunna anställa ett 30-tal nya personer främst på intensivvården, utöka antalet intensivvårdsplatser från tio till fjorton och skapa fler operationssalar.

Agneta Borgström

hjälp av kateter, ballong-sprängningar, i stället för by-passoperationer. Därefter har vi dock märkt att införandet av detta varit snabbare än vad som var lämpligt. Fler borde ha opererats i stället, säger Dan Lindblom.

Förra året opererades 1 100 hjärtpatienter och i år blir kanske målet 1 200, tror Ulf Kjellman. Han är kritisk till nedskärningarna.

– Patienterna blir också allt äldre och multipelt sjuka vilket kräver allt mer resurser.

Man har missbedömt behovet helt, sedan var det också en besparing. Vid HS hade man sex intensivvårdsplatser, vid KS åtta platser. Idag återstår tio stycken. Det är en ekvation som inte går ihop, säger han.

Dan Lindblom anser att siffrorna i utredningen var missvisande.

– Behovet ligger snarare någonstans mellan 1 200 och 1 400 per år. Köerna beror troligen på att det blev ännu större personalavhopp än beräknat, sjuksystrar som slutade och brist på fysiskt utrymme vad gäller intensivvårdsplatser. Dessutom har andelen patienter ökat som kräver allt längre sjukvård, förklarar Dan Lindblom.

Om behovet är beräknat till 1 400 operationer – varför når man bara upp till siffran 1 100 stycken, Olof Nyquist, chefför torax-kärldivisionen?

– Vi vet inte vad det egentliga behovet är. Det är svårt att prognostisera, vilket visats exempel på i flera undersökningar, till exempel prognosen för ballongsprängningar som var alldeles för låg. Folk har också högre ålder idag och fler komplicerade sjukdomar.

I utredningen skriver man också att sammanslagningen dels skulle innebära »de kostnadsreduktioner som följer av att verksamheten förmodas minska med 300 hjärtoperationer per år«, dels en rationaliseringseffekt på 50 miljoner kronor.

Olof Nyquist nämner också »det häftiga sparbetet på 10



På eftermiddagen pågår en kärleksoperation som leds av kirurg Anders Jönsson (t v) med hjälp av assisterande läkaren Anders Winnerkvist (t h) och anestesisköterskan Annette Richert. (i mitten).

Foto: Urban Orzolek

procent» som skulle sparas på alla externa kostnader, där personalen är en stor del. Och enligt honom är intensivvården personalkrävande.

– När vi slog ihop sjukhusen kom ett produktionsbeslut som gjorde att folk blev omplacerade. Kompetens fanns, men alla trivs inte alltid och slutar. Sedan började vi få en bulk med patienter hösten 2004 och våren 2005, säger Nyquist.

Sjukhusdirektör Cecilia Schelin-Seidegård ser allvarligt på händelserna med dödsfall.

– Det är naturligtvis oerhört olyckligt att vi har köer på den här typen av allvarliga sjukdomar. Men samtidigt är vi inte de enda som har köer, i Lund finns också samma typ av köer.

Liksom andra betonar hon att det är svårt att prognostisera rätt behov och att de nu kan konstatera att det blev »lite fler« patienter än vad de trodde från början.

Varför agerade ni i ledning-

en inte tidigare – varningsrop om köer har hörts länge från verksamheten?

– Vi har haft väldiga diskussioner med verksamhetscheferna under årens lopp. Produktionen fungerade ju inte, fram till sommaren förra året underproducerade de eftersom de inte kunde få ihop organisationen, säger Schelin-Seidegård.

Hon håller med om att det berodde på att det inte fanns tillräckligt med personal, till exempel följde många intensivvårdssystrar från Huddinge inte med. Personalförluster är vanligt vid omorganisationer, påpekar hon.

Då kunde ni förutspå köerna?

– Jag hade fullt förtroende för Dan Lindblom som hade uppdraget att genomföra allt.

Vem tar ansvaret för köerna nu?

– Det medicinska ansvaret ligger på verksamhetschefen men han kan givetvis inte göra mer än vad han har re-

surser till. Jag och politikerna får ta ansvar för resurserna.

Brister vad gäller kompetens: radiologer, intensivvårdssköterskor och i viss mån anestesiologer verkar vara en orsak till köerna. Flera läkare som Läkartidningen talar med tar upp den flykt av personal som skedde när sjukhusen slogs samman. Flera vittnar också om en kulturkrock – en konservativ anda vid gamla KS skulle smälta samman med en friare syn vid forna HS. Dessutom visar en arbetsmiljöenkät som gjordes förra året vid toraxkliniken att läkarna och annan personal trivs allt mindre, att de saknar lyhördhet från högre ledning och upplever stress. Anders Wennerberg, som var ordförande för Läkarföreningen vid Karolinska sjukhuset under sammanslagningen, talar också om ett tapp av personal.

– Sex-åtta toraxradiologer slutade för några år sedan och det anmärkningsvärda var att dåvarande sjukhusledning

inte reagerade. De gick av missnöje för att gå till andra sjukhus inom landstinget. Sedan försvann narkosläkare i samband med fusionen på grund av sparbetning, säger Wennerberg.

Danguole Rimeika, anestesilog och fackligt ombud på toraxkliniken, ser ett stort hål efter den röntgenkompetens som tidigare fanns. I dag finns bara tre toraxradiologer.

– Varje dag saknar vi denna kompetens enormt. Vi är även underbemannade på narkos-sidan, förklarar Rimeika.

Alla läkare som Läkartidningen talar med säger ändå att de trivs på jobbet. Det gör även överläkaren Anders Albåge men liksom många andra är han frustrerad.

– Om vi bara hade haft lite luft i systemet och kunnat hålla vad man lovar till patienter. Vissa ringer och är förbannade, men de flesta förstår fastän man har blivit struken samma morgon. Vissa får till och med skickas hem för att sedan komma tillbaka igen, upprepade gånger dessutom, säger Anders Albåge.

– Det är jobbigt att uppleva detta, vi är beklämda över att inte operera i tid.

Hur upplever du situationen personligen?

– Det känns lite grann som på hockeyrinken. Man går in och kör för fullt, sen har man en liten paus, säger Albåge.

Liknande kommentarer kommer från en av de yngre i arbetslaget, underläkare Karl-Henrik Grinnemo. Men han skrädder inte orden om organisationen.

– Det har varit väldigt katotiskt och jobbigt. När vi hade två sjukhus visste vi hur många platser vi hade på intensivens och antalet vårdplatser. I dag tar vi beslut från minut till minut, säger Grinnemo och fortsätter:

– Tidigare diskuterade vi svåra patientfall och hur vi skulle utveckla verksamheten. I dag diskuterar vi hur vi ska få verksamheten att rulla.

Agneta Borgström

Annons