

Nedläggning av invasiv respiratorvård och akut dialys

En rapport med genomgång av tillgängliga dokument och fakta kring förslaget att avveckla intensivvården vid Sollefteå sjukhus.

Pia Lundin, 2021-08-19



Sammanfattning

- Neddragningarna medför påtagliga öknningar av patientrisker, både i daglig verksamhet och i ännu högre grad, inför, under och efter transporter.
- Åtgärderna påverkar också mycket negativt patientsäkerheten för andra verksamheter vid Sollefteå sjukhus där kristillstånd uppstår, till exempel på medicinska avdelningen, akutmottagning, röntgen och på andra enheter.
- För patienter som hamnat i allvarliga akuta tillstånd, till exempel stroke, hjärtstillestånd, respiratorisk svikt, fulminant sepsis eller förgiftningar, ökar i hög grad risken för dödsfall eller svåra permanenta skador.
- Neddragningarna medför kostnadsökningar därför att de faktiska besparingarna för enstaka förändringar är obetydliga och med råge kommer att tas över av stora och dyrbara följdverkningar, till exempel transportkostnader, övertider, rekryteringsproblem och stafettkostnader.
- Den politiska handläggningen av denna och andra frågor i sammanhanget, där man på ett uppseendeväckande sätt helt enkelt struntat i självklara krav på konsekvens- och riskanalyser, kommer att allvarligt skada förtroendet för regionens förmåga att ansvarsfullt sköta vård och omsorg i Region Västernorrland.

Studeras tjänstemännens och konsulternas dokument och uttalanden närmare så synliggörs det hur argumentationen har förflyttats under den tid som detta förslag har debatterats. Från att ha varit ett rent direktiv, så blev det en argumentation om kvalitet. Det föll. Vidare förflyttades argumentationen till ekonomin. Det håller inte heller. Nu talar man i stället om en Samhandlingsmodell och stärkande av närsjukvården. Detta är en ren utopi som snart, som vanligt kommer att bytas ut till att "vi har inte personal". En personalbrist som ledningen själv orsakat.

*Pia Lundin
Specialistsjuksköterska
Oppositionsråd
Region Västernorrland*

Innehållsförteckning

1. Inledning.....	3
2. Definition.....	3
3. Specialistkompetens.....	4
4. Patienter och vårdplatser.....	5
5. Kvalitetsregister.....	6
6. Transporter.....	9
7. Ambulanser.....	9
8. Riskanalyser.....	10
9. Besparing.....	11
10. Det går ju så bra.....	12
11. Reflektion.....	14
12. Referenser.....	15

1. Inledning

Nu har majoriteten, Socialdemokraterna, Moderaterna och Liberalerna¹ skrotat Sjukvårdspartiets återremissyrkanden.² De har också i sak upphävt det beslut som togs i en enig Hälso- och sjukvårdsnämnd så sent som i fjol nämligen:

Att förslag till kostnadsreduceringar skulle vara analyserade utifrån det balanserade styrkortets perspektiv – medarbetare, befolkning, processer och ekonomi³ - och att även kostnader som kan uppstå för andra verksamheter på grund av följdverkningar skall tas med.

Majoriteten hänvisar till införandet av en ny styrmodell – ”Tillitsbaserad styrning”. Med den verkar det inte behövas några beskrivningar av konsekvenser, eftersom det verkar finnas en stor tilltro till att tjänstemännen redan tagit höjd för dessa aspekter.

Men jag anser ändå att det är självklart att ett förslag till beslut ska analyseras utifrån alla berörda aktörers perspektiv och konsekvenser.

Därför visar jag här några aspekter på detta och gör också några klargöranden angående den utbudsförändring som är föreslagen för intensivvårdsavdelningen på Sollefteå sjukhus.

2. Definition

Intensivvårdsavdelningen på Sollefteå sjukhus görs om till en intermediär avdelning och två viktiga funktioner – respiratorvård och intensivvårdsdialys – tas bort.

Enligt hälso- och sjukvårdsdirektör Kurt Petersson finns det i SFAIs (Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård) riktlinjer ”inga hinder mot att fortsätta att kalla avdelningen för en intensivvårdsavdelning” och att man kan ”fortsätta att registrera patienter” i intensivvårdsregistret.⁴

Detta är ett rent byråkratiskt perspektiv som inte överensstämmer med verkligheten. Intensivvårdssällskapet uttalar sig så här om detta: ”Intensivvården kommer att helt avvecklas på den berörda enheten”.⁵

Definitionen på intensivvård är enligt SFAI: ”För att benämnas intensivvårdsavdelning ska en avdelning kunna behandla manifest svikt i mer än ett vitalt organsystem. För att uppnå detta krävs specialutbildad personal, bemanning, lokaler, resurser och patienter”.⁶

Genom att ta bort respiratorvård och dialys så har man diskvalificerat sig för att kalla den en intensivvårdsavdelning.

Jag förstår att man vill ha kvar ordet ”intensivvård” eftersom avdelningen även med den kapacitet och kompetens som finns kvar efter nedskärningarna måste klara av att omgäende stabilisera patienter i ett kritiskt tillstånd och säkra långa transporter.⁴ Detta är den mest kritiska, personalintensiva och resurskrävande delen av ett insjuknandeförlopp.

Utöver det skall avdelningen enligt Hälso- och sjukvårdsdirektörens dokument ha en utvecklad omställningsförmåga i händelse av pandemier eller andra särskilda situationer.⁴

3. Specialistkompetens

Intensivvårdssjuksköterskor är en knapp resurs i hela riket. Därför måste det ses som viktigt att ta till vara de som finns.

Intermediäravdelningar på de stora sjukhusen är med all säkerhet en konsekvens av bristen på specialistutbildade sjuksköterskor.

På Intensiven på Sollefteå sjukhus hade man inte hyrt in specialistsjuksköterskor på ett enda pass mellan 2003 och 2015.⁷ Tvärtom så lånades IVA-sjuksköterskor ut till annat sjukhus i länet. Men när Insatsplanen (2015) ”läckte ut” så såldes hus och kompetent personal flyttade till andra regioner.

Örnsköldsviks sjukhus har under många år haft ett ganska stort hyrbehov inom Intensivvården, både av läkare och sjuksköterskor. Under 2019 hyrdes IVA-sjuksköterskor för en kostnad på 5,8 mkr och läkare 4,8 mkr.⁷

I Sundsvall klarar man nu läkarbemanningen helt själv. Behovet av hyrsjuksköterskor försvann i princip under 2019 men behovet har återkommit.⁷

Under pandemitiden så har hyrbehovet av IVA-sjuksköterskor varit stort i hela länet. Under 2020 hyrdes dessa in till en kostnad av 14,5 mkr och fram till och med juli 2021 så är denna kostnad uppe i 6,5 mkr.⁷ Detta trots att narkossjuksköterskor och annan personal har avdelats till intensivvården.

Intensivvårdsavdelningen i Sollefteå hade i stort sett hämtat sig efter personalflykten som orsakats av ”Insatsplanen” innan pandemin. Hyrbehovet under 2019 var bara 338 tkr för sjuksköterskor.⁷ Rekrytering av en stabil läkarkår hade gjort att behovet av hyrläkare skulle kunnat begränsas till fyra-fem veckor under nästkommande planeringsperiod, dvs under hösten 2021 och våren 2022 enligt medicinsk ledningsansvarig läkare. Men uppsägningarna har börjat med tre narkosläkare och två sjuksköterskor. Orsaken till att narkosläkarna har sagt upp sig är den än mer påtagliga patientsäkerhetsbristen som förslaget kommer att ge upphov till²⁴ och svårigheter att behålla och utveckla kompetens.

Ett uttalande av en sjuksköterska lät så här: ”Jag har tröttnat på att vara slagpåse så nu säger jag upp mig på min födelsedag. Det blir en present till mig själv och det är jag värd!” De andra sjuksköterskorna som är kvar sitter i ett dilemma och väntar på beslutet.

Nu är inte regionen direkt rädd om den även nationellt sett knappa resursen, utan man föreslår en halvering av antalet specialistsjuksköterskor på intensivvården. De skall ersättas av allmänsjuksköterskor.⁹ Detta med hänvisning till den ”Samhandlingsmodell” som regionen prioriterat. Men den är så oklar och otydlig att det inte ens gick att göra en riskanalys på den.⁸

Hälso- och sjukvårdsdirektören skriver: ”Förslaget utgår i sin helhet från att förändringen ger en möjlighet att upprätta en så kallad samhandlingsfunktion som kan utveckla sjukhusets närsjukvård. En sådan modell kommer inte bara att stärka närsjukvården i sitt uppdrag utan

ger också generellt förbättrade möjligheter att använda tillgängliga resurser och kompetens för att skapa största möjliga patientnytta.⁴

I denna modell ingår att IVA sjuksköterskor och allmänsjuksköterskor skall byta arbetsuppgifter och rotera mellan avdelningarna.⁹ Detta är att nedgradera kompetens, erfarenhet och kontinuitet. Det resulterar snarare i en utarmning, utmattning och utvattning och kommer knappast att stärka något annat än personalflykten.

I riktlinjer från SFAI föreslår man andra sätt att öka den medicinska kompetensen beträffande vård och behandling vid sviktande vitala funktioner på ett sjukhus.⁶

De föreslår att intensivvårdsavdelningens personal vidareutbildar annan personal vid sjukhuset och att de är lättillgängliga via telefon eller besök på vårdavdelning. De skriver också att den höga vårdnivån hos en allmän intensivvårdsavdelning utgör en resurs för ett sjukhus samtliga kliniska specialiteter.⁶

Dessa fördelar och möjligheter blir nu om inte eliminerade så mycket starkt begränsade.

Även här finns det en ironi vid läsning av de inhyrda konsulterna, Castegrens och Permerts dokument. De skriver: *”I vårt arbete som expertstöd har vi mot den här bakgrunden landat i en rekommendation där Sollefteå får en roll som en enhet för avancerad intermediärvård (IMA) i det regionala systemet för intensivvård.”* *”Rollen som avancerad IMA-enhet behöver vidmakthållas, ytterligare stärkas och utvecklas”.*²³

Deras bild måste ju te sig utopiskt med den bemanning, kompetens och arbetssätt som Länsverksamhetschef Setterqvist lagt fram i sitt underlag för Intensivvårdsavdelningens framtid.⁹

4. Patienter och vårdplatser

I Sollefteå har det haft fem vårdplatser öppna - ”disponibla” - sedan 2018. Efter det att akutkirurgi, akut ortopedi, akut gynekologi och BB lagts ned minskade behovet av vårdplatser. Tre av de åtta fastställda vårdplatserna stängdes och bemanningen anpassades därefter.

Utöver att HIA (Hjärtintensivvård), IVA (Intensivvård) och intermediärpatienter vårdas på avdelningen så bemannas Uppvakningen och Dagkirurgin med IVAs personalstab. På Uppvakningen finns det 11 vårdplatser.

Det blir i princip alltid en övertaglighet på vardagar på enheter som har dygnet runt vård. Den övertagligheten används precis som i Sundsvall (men inte i Örnsköldsvik) till att bemanna ytterligare enheter såsom uppvakningen.

Enligt de uppgifter jag fått från operationsavdelningen i Sollefteå hade de ungefär 1950 patienter under 2019 och nästan alla dessa patienter passerar uppvakningen. På IVA har man i snitt cirka 1100 patienter per år plus externa uppdrag där personalen är behjälplig på andra enheter. I snitt så är 220 patienter inskrivna som IVA-patienter, drygt 400 patienter som HIA och de övriga är intermediära patienter, dvs för sjuka för att ligga på vanlig vårdavdelning och

för friska för att bedömas som intensivvårdspatienter. I snitt är ungefär 70 patienter i behov av avancerad andningshjälp per år.²⁵

Med denna mängd patienter och de åtaganden som vilar på Intensivvårdspersonalen uppfyller de SFAIs riktlinjer med råge. ”En intensivvårdsavdelning bör ha minst sex vårdplatser för att vara organisatoriskt effektiv”. I en intensivvårdsavdelning kan postoperativ övervakning, akut hjärtsjukvård och intermediärvård inkluderas.⁶

Expertkonsulten - Marcus Castegren - påstår sig ha tolkat varför SFAI formulerat sig så. Han säger att SFAI anser att för att en intensivvårdsavdelning skall vara ekonomisk och organisatorisk effektiv så behöver den ha sex fullskaliga respiratorplatser.¹⁰ Vilket inte stämmer.

5. Kvalitetsregister

Castegren har tagit tre siffror ur kvalitetsregistret och med hjälp av dessa dömt ut intensivvården i Sollefteå. Han säger att avdelningen har en överdödlighet vilket även Örnsköldsvik och Sundsvall har.¹⁰ Men dessa siffror är inte kvalitetssäkrade och alla som arbetat med ett register vet att det krävs registervård för att få något sånär pålitliga data.

Målet är att alla sjukhus skall registrera likadant i intensivvårdsregistret. Det fungerar i teorin men inte i praktiken. Ett exempel på detta får man om man jämför patienter som kommit in via akutmottagningen med huvuddiagnos hjärtstopp och som också har lagts i respirator.

De olika sjukhusen uppskattar överlevnadschansen för dessa patienter från 26 till 74 procent. Av de nästan 3 000 patienter som registrerats med dessa kriterier under 2017 till 2019 avled 67 procent. Denna variation i beräknad dödlighet innebär att den observerade dödligheten utifrån sannolikhet varierar i mycket hög grad på rikets sjukhus. På ett sjukhus överlevde hälften av de patienter som man inte räknade med skulle överleva. På ett annat sjukhus dog mer än hälften av dem som man hade räknat med skulle överleva. Sedan finns hela skalan däremellan.¹¹

Som underlag för sina slutsatser hänvisar Castegren också till sex vetenskapliga artiklar.¹⁰ Dessa är mellan 11 och 30 år gamla och i stor sett ej relevanta för några slutsatser i den frågeställning som de använts för enligt överläkare Rudenstams granskning.¹²

Referens 1: En italiensk studie (18 år), beskriver att antalet sängar som behövs på en intensivvårdsavdelning bör vara 12 för att bli ekonomiskt optimal för läkarbemanningen.^{10,12}
Det skulle innebära att de flesta intensivvårdsavdelningarna i Sverige skulle läggas ner.¹¹

Referens 2: Handlar om vad man bör tänka på vid renovering och planering av intensivvårdsavdelningar (11 år).^{10,12}

Referens 3: Studie från USA (30 år). Visar att ett lågt antal patienter ger ökad risk för sämre resultat.^{10,12}

Artikeln är mycket gammal och har knappast någon bäring på dagens intensivvårdsorganisation.¹²

Referens 4: Studie från USA (15 år) En volym av mer än 400 patienter i invasiv ventilation per år ger ett bättre resultat jämfört med 150.^{10,12}

Av de 79 avdelningar som registrerat i intensivvårdsregistret mellan 2017 och 2019 rapporterade bara 3 (tre) enheter en större volym än 400.¹¹

Referens 5: Intensivvård vid högriskkirurgi (22 år).
Förekommer inte på små sjukhus.^{10,12}

Referens 6: Intensivvård vid hematologiska maligniteter (13 år).
Förekommer inte på små sjukhus.^{10,12}

Det som är något bekymmersamt är Hälso- och sjukvårdsdirektörens uttalande på presskonferensen 2021-03-08 vid utfrågning av en journalist:²²

Så här lät argumentation för avveckling:

”Det finns ekonomiska aspekter men det finns också patientsäkerhetsaspekter kring det. Det finns ganska tydliga skrivelser från Svensk anesthesiologisk förening om nivåerna man behöver upprätthålla för att bedriva en invasiv ventilatorbehandling på rätt nivå och den uppfyller tyvärr inte Sollefteå. Och därför behöver vi stärka Örnsköldsvik i så fall för att dom ligger också under den nivån Det är nått och jämnt faktiskt att Sundsvall ligger på rätt nivå.”²²

Ovanstående uttalande är direkt felaktigt. Det finns inga nivåer beskrivna angående ventilatorvården i Svensk anesthesiologisk förenings riktlinjer.⁶

”Ska man titta på hårda fakta så behöver nivåerna ligga på 200 patienter per år. Den kommer man nått och jämnt upp till i Sundsvall. I Sollefteå så har vi 34 patienter per år varav tio av dem är redan idag förflyttas, dvs kvar är ett 20-tal patienter och då har vi kommit långt långt under gränsen på vad som är rimligt och det är en kraftig ökad mortalitet i Sollefteå enligt den utredning som jag tagit del av och det måste man också beakta. Så nolläget är inte bra.”²²

I ett annat dokument skriver de konsulter som levererat den utredning som Hälso- och sjukvårdsdirektören syftade på i presskonferensen: *”Data från nationella kvalitetsregister är egenrapporterade och man bör använda försiktighet i att fatta strategiska beslut enbart utifrån sådana data.”²³*

Ändå förekommer skarpa uttalanden med långgående slutsatser utifrån dessa siffror vid presskonferensen.²²

En närmare granskning av de siffror som konsulterna hänvisat till angående överdödligheten i länet och framför allt då på intensivvården i Sollefteå - de siffror som i det första skedet ansåg vara en indikation på överdödlighet och som Hälso- och sjukvårdsdirektören i

inledningsskedet använder som argument för avveckling,^{10,22} vars betydelse har tonats ned under resan gång visar en annan bild.

En indelning av patienterna som registrerats i intensivvårdsregistret och vårdats i respirator i norra regionen mellan åren 2017 och 2019 i tre grupper visar:

- För de patienter som fått hela sin intensivvårdstid på ett och samma sjukhus ligger länets siffror på en helt normal nivå. Sollefteå intar en mittenplacering i länet.¹¹
- För de patienter som vårdas på en och samma intensivvårdsavdelning hela vårdtiden och avlider, så har Sollefteå en mittenplacering i norra regionen.¹¹
- Men när det gäller respiratorpatienter som skickas till ett annat sjukhus så är dödligheten hög i Sollefteå jämfört med den förväntade.¹¹ Den är så pass hög att den också påverkat de data som konsulterna tagit fram.¹⁰

Varför det ser ut på detta vis borde naturligtvis utredas. Är det orsakat av brister i registreringen, brister i transport, att det är för långa transporter eller helt enkelt för att patienterna har drabbats av åkommor som medför en hög dödlighet?

Allt eftersom så har fokuset från kvalitet flyttats till att möjliggöra ”Samhandlingsmodellen” som förslaget tyngsta argument.^{4,23} Den modell som är så oklar att den inte kunde riskanalysernas och som dessutom också skall lösa drygt sex vakanta tjänster på medicinavdelningarna på sjukhuset.²⁷ Och det skall modellen klara trots att bemanningen är så slimmad på alla enheter att det överhuvudtaget inte finns någon luft i systemet.

För övrigt så upplevde sig personalen på intensivvården i Sollefteå mycket besvikna och kränkta. Det upplevde att de blivit utgångna i media som om att de inte bedrev en patientsäker vård och att de inte bedrev ett patientsäkert arbete enligt ett brev som huvudskyddsombudet för Vårdförbundet vid Sollefteå sjukhus skickade till Regiondirektören och Hälso- och sjukvårdsdirektören. De önskade en dementi i media och ett besök på arbetsplatsen för att visa hur det arbetar.³¹

Frågan togs upp på enhetens verksamhetsråd 2021-05-03 och noterades på följande sätt: ”Eva Lodin, Vårdförbundet, efterfrågar en dementi på en tidningsartikel. Eva har fått ett svar från regiondirektören och biträdande regiondirektör men upplever att svaret var undermåligt. Frågan har också lyfts i CPAR.”³⁰

6. Transporter

I Castegren underlag saknas helt studier som visar risker med att transportera intensivvårdskrävande patienter,^{10, 12} trots att detta ämne verkar debatteras flitigt i den grupp där han är styrelseledamot.⁵ Ämnet har dessutom snarast blivit än mer aktuellt under dessa pandemitider. Alla som har kännedom om intensivvård vet dessutom att det är en stor risk att bara förflytta IVA-patienter inom ett sjukhus, exempelvis från operation eller till röntgen.

Det finns en svensk studie av Fredrik Parenmark och Sten Walther som visar att risken för att dö inom 30 dagar efter transport ökar mellan 15 och 30 procent efter en transport. Risken kvarstår i sex månader.^{12, 26}

Enligt underlaget till besparingsförslagen planeras en översyn av transportorganisationen.⁹ Vad det innebär framgår inte alls och ingen som helst kostnad har redovisats.

Idag är det en narkossjuksköterska i beredskap på jourtid som vårdar patienter under transport. I dennes arbetsuppgifter ingår även att ta hand om patienter som opereras på dagtid i teamet på operation. Ökade transporter kan ha en påverkan på den planerade verksamheten på operation. Problemet kan helt elimineras genom att alltid ha en narkossjuksköterska övertalig, vilket naturligtvis medför en kostnad.

Eftersom det endast ska finnas en intensivvårdssjuksköterska per pass på intensivvårdsavdelningen så kan denna person naturligtvis inte följa med på en transport.⁹

Om ingen övertalighet finns så kan det i de flesta fall bli frågan om övertid för medföljande sjuksköterska, precis som i Katrineholm.¹³ Den kostnaden kommer att landa på drygt 4 000 kronor²⁰ per transport inom länet för medföljande sjuksköterska. Resan tar ungefär fem timmar.

Medföljande personal skall sedan hem med transport-rack och annan utrustning. Den tar upp så mycket utrymme i en ambulans att den måste gå ”tom”, dvs utan patient på returreisan.

7. Ambulanser

I region Västernorrland kan man läsa i tidningarna att ambulanserna ställs av allt oftare på grund av personalbrist.²¹

Varje år misslyckas man alltmer med att nå det politiska målet om att 95 procent av befolkningen ska kunna få ambulanstransport inom 30 minuter vid prio ett - larm. Rekryteringen av ambulanssjuksköterskor blir allt svårare enligt enhetschef för ambulansverksamheten i Sollefteå.

Vid genomförande av ”*Insatsplanen*” köpte regionen in en ytterligare ambulans men det har uppenbarligen inte hjälpt. Om det behövs ännu en till ambulans så kostar den mellan åtta och tio miljoner kronor. Skall den dessutom bemannas dygnet runt med två sjuksköterskor så krävs det lika många arbetstimmar som motsvarar nio årsarbetare (Ingen hänsyn tagen till att en vettig schemaläggning kräver fler tjänster än nio.)

Enligt uppgifter från den tidigare länsverksamhetschefen för ambulanssjukvården är självkostnadspriset för en ambulans 104 kronor per kilometer.

Att skicka fler patienter mellan sjukhusen i länet medför alltså både stora svårigheter och höga kostnader.

Trots att tiden har varit lång från förslag tills slutgiltigt beslut så har det inte redovisats några seriösa beräkningar av hur många patienter som kommer att behöva transport. Hälso- och sjukvårdsdirektören har visserligen skrivit att ett tjugotal patienter kan bli i behov av förflyttning.^{4,22} Det torde vara en grov underskattning med tanke på att intensivvården i Sollefteå avvecklas och att det ligger i genomsnitt 220 intensivvårdskrävande patienter per år där, varav 70 är behov av avancerat andningsstöd.²⁵ Bemanningen på intensivvården kommer att utgöras av bara en intensivvårdssjuksköterska per pass.⁹

8. Riskanalyser

I de riskanalyser utifrån patientsäkerhetsperspektiv som gjorts när det gäller den här avvecklingen har man sett 26 risker som fått förslag till åtgärder. Den åtgärd som är mest förekommande är ”Behåll IVA-platserna” och den åtgärden förekommer i 19 fall av 26 möjliga.¹⁴

Risktal beräknas genom att siffror (mellan 1 och 4) för allvarlighetsgrad respektive sannolikhet multipliceras med varandra. Det resulterar i risktal som kan variera mellan 1 och 16.¹⁵

Allvarlighetsgraden sträcker sig från obehag eller obetydlig skada till dödsfall och bestående stor funktionsnedsättning.¹⁵

Sannolikheten sträcker sig från att något kan inträffa en gång per år eller mera sällan till dagligen.¹⁵

I riskanalysen för Sollefteå var den högsta risken bedömd till 12 för hela besparingsförslaget på Sollefteå sjukhus. Det risktalet förekommer i två fall:

- att det inte finns ambulanser tillgängliga
- att det blir överbeläggningar på de medicinska vårdavdelningarna på grund utav ett reducerat antal vårdplatser.⁸

Sedan fanns det fyra risker med risktalet nio.⁸

I Kalix gjordes också riskbedömningar inför nedläggning av intensivvårdsavdelningen och avveckling av anesthesiologer 2017. Där hittade de åtta risker med risktal 16, 27 risker med risktal 12 och sex risker med risktal nio.¹⁶ Förslaget drogs tillbaka av den politiska ledningen innan riskanalysen var publicerad.²⁸

Förslaget i Kalix var något mer omfattande men det finns fog för en jämförelse när det gäller transport av intensivvårdskrävande patienter:

I Kalix var risktalet 16. I Örnsköldsvik blev risktalet fyra och så även i Sollefteå. Detta trots att Örnsköldsvik kommer att ha fyra respiratorplatser och Sollefteå ingen.^{8,16} I Sollefteå så

kommer alla svårt sjuka patienter att transporteras och i Örnsköldsvik kommer det att vara sällsynt utom i de fall där patienterna är behov av en högre vårdnivå vid ett universitetssjukhus, precis som i nuläget.

Kalix har ett till ytan större upptagningsområde, en befolkning som är 80 – 85 % av den för upptagningsområdet för Sollefteå sjukhus och med ett kortare avstånd till Sunderbyn än från Sollefteå till Ö-vik eller Sundsvall.

För övrigt är både Saco, Vårdförbundet och Vision oeniga med arbetsgivaren om detta förslag till avveckling.¹⁹

9. Besparing

I underlaget har man räknat med att man kan ta bort 9,47 sjukskötersketjänster på intensivvården i Sollefteå och då få en årlig besparing på 5,7 miljoner kronor.⁹ Problemet är att dessa sjuksköterskor inte finns. Det handlar om obesatta tjänster. Således blir det inte någon besparing utan enbart en minskning av budget.

Efter verkställandet av ”Insatsplanen” när all akut kirurgi, ortopedi, gynekologi och BB lades ned har behovet av vårdplatser på Intensivvården i Sollefteå minskat. Sedan sommaren 2018 har den haft fem ”disponibla vårdplatser” och bemanningen har anpassats därefter. Att stänga tre vårdplatser som varken varit öppna eller bemannats ger ingen besparing.

När en avdelning skall bemannas utgår man ifrån hur mycket personal det krävs för att täcka helgerna.

I det underlag för nedskärningen i Sollefteå som levererats är antalet sjuksköterskor lika som förut, dvs två på helgpasset. Den förändring som skett är att man bytt ut en IVA-sjuksköterska mot en allmän sjuksköterska.⁹ Således en försumbar besparing men en allvarlig konsekvens när det gäller arbetsmiljö, kompetens och patientsäkerhet.

På undersköterskesidan däremot minskas antalet undersköterskor på dag- och kvällspass på helgerna, från tre till två per pass.⁹ Där finns en besparing som tyvärr också medför en ökad sårbarhet och en ökad övertidskostnad eftersom bemanningen blir mycket tajt.

Minskningen av tjänster kommer då att bestå i att de nuvarande 18 undersköterskorna med tjänstgöring varannan helg minskas till 15 med en helgtjänstgöring på två av fem helger. Med 2021 års medianlön²⁰ inklusive arbetsgivaravgift på 46,15 procent skulle det ge en besparing på ca 1,4 miljoner kronor per år.

Nuläge IVA/HIA – 8 vårdplatser

	Må-Fre	Lör-Sön
Dag	2 iva-ssk + 3 usk	2 iva-ssk + 3 usk
Kväll	2 iva-ssk + 2 usk (3 med post-op)	2 iva-ssk + 3 usk
Natt	2 iva-ssk + 2 usk	2 iva-ssk + 2 usk

Förslag – 5 vårdplatser för IMA/HIA

	Må-Fre	Lör-Sön
Dag	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk
Kväll	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk
Natt	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk	1 iva-ssk, 1 ssk + 2 usk

Tabell ur arbetsgivaren underlag. Personalförändring på Intensivvårdsavdelningen i Sollefteå⁹

Övertalig personal kommer även fortsättningsvis att bemanna uppvakningsavdelningen precis som de alltid gjort och som även Sundsvalls intensivvårdsavdelning gör. Även om underlaget ger ett intryck av att detta skulle vara ett förslag till förändring.⁹

I Örnsköldsvik så är organisationen annorlunda. ODA som deras motsvarighet till uppvakningen och dagkirurgin benämns, ligger organisatoriskt under operation och har fem egna tjänster budgeterade, enligt redovisning av antalet tjänster från HR avdelningen för 2019.²⁹

Påpekas bör att den kombinerade preoperativa och anesthesiologiska mottagningens (Dagkirurgin i Sollefteå) bemanning ingår i personalstaben på Intensivvårdsavdelningen. Sammanslagningen av personalstaben genomfördes 2019-01-01 på grund utav en kompetensväxling där undersköterskor från intensivvården stod för en stor del av bemanningen där. Förutom den ansvariga sjuksköterskan med specialistkompetens som alltid finns på den enheten. I besparingsförslaget nämns inte den enheten alls, trots att de tjänster som tillhörde den avdelningen är inräknade i besparingen.⁹

Trots att Länsverksamhetschefen för vidhåller att Dagkirurgin kommer att vara orörd så är det rätt troligt att den specialistsjuksköterska som ansvarar för enheten har inkluderats i helgbemanningen på intensivvårdsavdelningen. Annars räcker bemanningen inte ihop.

10. Det går ju så bra

I Dagen nyheter 2021-08-19 kan man läsa ”Strax innan pandemin pågick en intensiv diskussion om antalet intensivvårdsplatser i Sverige, som ligger i botten bland länderna i OECD, relativ befolkning.

– Vi måste bygga upp tillräckliga resurser för att klara en kris, utan att ställa in annan verksamhet. Det saknas ju personal, men det är en ekonomisk fråga.”

Svenska intensivvårdssällskapet skriver angående förslaget att ta bort två intensivvårdsplatser: ”Antalet intensivvårdsplatser i Sverige och dess fördelning i landet är ytterst ett politiskt beslut, och behovet av att utöka antalet intensivvårdsplatser har framförts till Socialstyrelsen, SKR och regeringen. Att minska antalet intensivvårdsplatser i Sverige bör vara starkt förankrat innan beslut tas.”⁵

Hälso- och sjukvårdsdirektören skriver: ”Det finns dock flera exempel runt om i Sverige på väl fungerande intensivvårdssystem med motsvarande förutsättningar. Det nu aktuella förslaget bygger på samma utgångspunkt, dvs enheten vid sjukhuset i Sollefteå ska utgöra en utvecklingsbar del av regionens intensivvårdssystem”⁴, med hänvisning till Katrineholm.

Som svar på kritiken mot att minska antalet vårdplatser säger direktören: ”Uppdraget utgår från målsättningen att åstadkomma kostnadsreduceringar inom sjukhusvården. En eventuell ökning av kapaciteten är därmed inte en del av det nuvarande uppdraget. Om det över tid skulle uppstå ett ökat behov av invasiv ventilatorbehandling, så bör en sådan utökning av kapaciteten i första hand ske vid länssjukhuset i Sundsvall för att skapa mesta möjliga patientnytta inom hela regionen. Länssjukhuset har bäst förutsättningar att effektivt använda en sådan utökad resurs.”⁴

Slutsatsen är att det går bra att lägga ned intensivvårdsavdelningar. Utifrån vilka fakta då?

Det finns enligt Svenskt Intensivvårdssällskapet inga studier om kostnadseffektivitet och patientsäkerhet vid små enheter i Sverige.⁵ Således finns det knappast några studier om effekterna av nedläggningar heller. Detta i sig är ju mycket märkligt med tanke på att så många intensivvårdsnedläggningar genomförts i riket.

Det finns för närvarande 12 sjukhus i riket som registrerar i Swedheart (Hjärtinfarktregistret) men som inte har invasiv respiratorvård enligt registreringar i Svenskt intensivvårdsregister.

Tio av den är från Region Uppsala och söderut:

Trelleborg, Landskrona, Ängelholm, Hässleholm, Kungsbacka, Oskarshamn, Motala, Köping, Katrineholm och Enköping.

Södra Sverige har så många akutsjukhus att, om de var jämnt fördelade geografiskt, så skulle befolkningen i snitt som mest ha 5,6 mil till närmsta akutsjukhus.

I norra Sverige är det färre avdelningar som lagts ned och naturligtvis mycket längre till närmsta akutsjukhus. Avesta och Kiruna har inga registreringar i intensivvårdsregistret.¹¹

I Kiruna finns tre intensivvårdssjuksköterskor kvar. De har 12 mil till Gällivare, lika långt som från Sollefteå till Sundsvall. De kan få vänta upp till 12 timmar innan de får möjlighet till en transport för patienterna.¹⁷

Vad bygger slutsatsen ”att det går bra” egentligen på?

11. Reflektion

De här förslaget måste vara det i särklass sämsta som tjänstemännen i Region Västernorrland levererat under åtminstone de senaste tjugo åren. Förslaget är inte hållbart och det sparar inte några pengar. Är det måhända ett beslut som av något sorts principiellt skäl måste drivas igenom till varje pris enligt Hälso- och sjukvårdsdirektörens direktiv? ¹⁸.

Det som också är ironiskt är att Castegren och Permert konstaterar att: *”Sollefteå sjukhus roll i detta system är den kanske mest komplexa.”* *”Sjukhuset har haft en i flera avseenden nedåtgående utveckling under flera år med minskande verksamhet och svårigheter att rekrytera och behålla kompetens inom flera verksamhetsområden. Sjukhuset har gått från att vara ett komplett akutsjukhus på länsdelsnivå för flera specialiteter, till att vara ett närsjukhus med akutverksamhet främst inom området internmedicin och ett sjukhus för tidsbestämd opererande verksamhet främst inom området ortopedi.”*² Samtidigt så svarade Hälso- och sjukvårdsdirektören så här på frågan från journalisten som ställdes vid presskonferensen 2021-03-08: *”Den här respiratorvården om den försvinner kan man kalla Sollefteå sjukhus för en vårdcentral då?”* *”Nej, nej absolut inte det är fortfarande ett fullvärdigt akutsjukhus.”*²².

Vad skall man säga? Är sjukhuset ett närsjukhus eller ett fullvärdigt akutsjukhus? Oavsett, så kan vi tacka de styrande politikerna och då framför allt Socialdemokraterna och Moderaterna för den utveckling på Sollefteå Sjukhus och i hela region Västernorrland som vi ser.

Personalströmmen har gått ut ur regionen i samma takt som avvecklingar och överbelastningar genomförts.

Sollefteå den 19 augusti 2021

Pia Lundin
Specialistsjuksköterska
Oppositionsråd
Region Västernorrland

12. Referenser

1. Glenn Nordlund bemöter kritiken om budgetbesparingarna, 2021-08-17, Radio Västernorrland.
<https://sverigesradio.se/artikel/glenn-nordlund-bemoter-kritiken-om-budgetbesparingar>
2. Protokollsutdrag §180, Regionfullmäktige 2021-06-24
3. Protokollsutdrag §38, Hälsa och sjukvårdsnämnden 2020-04-21
4. Iakttagelser och kommentarer angående utlåtande från SFAI, Bitr. regiondirektör/hälsa- och sjukvårdsdirektör Kurt Petersson, 2021-04-23.
5. Genomgång av expertutlåtande och referenser på uppdrag av SFAI, Camilla Brorsson, ordförande för Svenska Intensivvårdssällskapets styrelse, 2021-04-21
6. Riktlinjer för svensk intensivvård, 2015-01-28
7. Regionen Västernorrlands databas, Cognos, 2021-08-18
8. Riskanalys ur ett patientsäkerhetsperspektiv Närsjukvårdsområde Väster, 2021-03-21, Bilaga i Hälsa- och sjukvårdsutskottet 2021-03-23
9. Förslag till kostnadsreduceringar anestesi, operation och intensivvård, Länsverksamhetschef Anders Setterqvist, 2021-03-04. Hälsa- och sjukvårdsutskottet 2021-03-23
10. Underlag om invasiv ventilatorbehandling i Region Västernorrland, Överläkare, Adj. Universitetslektor Marcus Castegren
11. SIRs utdataportal, sökord, hjärtstopp, invasiv ventilation, 2017 till 2019.
12. Invändningar och reflektioner kring det underlag som är framtaget av Ledningsbolaget AB Marcus Castegren som stöd för att ta bort invasiv ventilatorbehandling i Sollefteå. Överläkare MD. PhD. DEAA Jonas Rudenstam, 2021-03-12
13. Telefonsamtal med chef med ansvar för den intermediära vården i Katrineholm
14. Analysschema vid riskanalys Närsjukvårdsområde Väster. Hälsa- och sjukvårdsutskottet 2021-03-23
15. Riskmatris patientsäkerhetsanalys Närsjukvårdsområde Väster och delar av AN/OP/IVA, Hälsa- och sjukvårdsutskottet 2021-03-23.

16. Risk- och konsekvensanalys gällande förändrat uppdrag för länets sjukhus, Stänga IVA och avveckla anesthesiologer vid Kalix sjukhus, Region Norrbotten.
17. Telefonsamtal med enhetschef IVAC, Kiruna sjukhus.
18. Direktiv från Kurt Pettersson, bitr. regiondirektör/hälso- och sjukvårdsdirektör till länsklänikchefer för Operation och IVA i Region Västernorrland, Uppdrag till Område somatik och Område närsjukvårdsområde väster, Bitr. regiondirektör/hälso- och sjukvårdsdirektör Kurt Peterson.
19. Förhandlingsprotokoll MBL § 14 2021-06-07
20. Löneöversyn gentemot norr och nationellt 2021. Region Västernorrland
- 21 Sjukhuset tvingas ställa ambulanser: ”Vi har ingen beredskap för vakanser med kort varsel” Tidningen Ångermanland 2021-03-29, <https://www.allehanda.se/artikel/sjukhuset-tvingas-stalla-ambulanser-vi-har-ingen-beredskap-for-vakanser-med-korta-varsel>
- 22 Presskonferens från region Västernorrland 2021-03-08, <https://www.allehanda.se/artikel/tv-forslagen-om-sjukhusens-framtid-solleftea-tappar-tio-platser-maste-ta-krafttag>
- 23 Ett systemperspektiv på IVA-vården vid sjukhuset i Sollefteå analyser och slutsatser, professor emeritus i kirurgi Johan Permert och Överläkare anestesi och intensivvård Adj. Universitetslektor Marcus Castegren, 2021-03-05
- 24 Debatt: Lämna in ansökan om uppsägning Västernorrlands specialistvård är ett sjunkande skepp. Sundsvalls Tidning, 2021-07-09. <https://www.st.nu/artikel/debatt-lamnar-in-ansokan-om-uppsagning-vasternorrlands-specialistvard-ar-ett-sjunkande-skepp>
- 25 PAS-IVA, Regionens databas för beläggning på intensivvårdsavdelningar.
- 26 Nedläggning av IVA i Kalix och Kiruna stoppas, Sjukhusläkaren, 2017-02-15 <https://www.sjukhuslakaren.se/nedlaggning-av-iva-i-kalix-och-kiruna-stoppas/>
- 27 Bemanning, antal tjänster i budget o vakanser, Länsverksamhets operation och intensivvård, 2019-09-27, utskick från HR-konsult Inga-Britt Bjurestam
- 28 Protokoll verksamhetsråd länsverksamhet Anestesi, Operation och Intensivvård §§18–32, 2021-05-03 (ej justerat)
- 29 Brev från huvudskyddsombud för Vårdförbundet till Regiondirektören och Hälso-och sjukvårdsdirektören.

**Det är vi som
kan vård**