

OPERATIONSKAPACITET FÖR CANCER I ÖVRE BUKEN SOMMAREN 2017

Utredning av Karolinska Universitetssjukhusets hantering av kapacitetsbrist
gällande canceroperationer inom övre bukkirurgi sommaren 2017

Rapport 2018-05-29

Förord

Karolinska Universitetssjukhusets biträdande sjukhusdirektör och operativa direktör Annika Tibell och kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör Nina Nelson Follin beslutade i februari 2018 att ge ett utredningsuppdrag med direktiv att utreda sjukhusets hantering av situationen med försenade operationer för cancer i övre buken sommaren 2017.

Till ensamutredare utsågs Anders Milton. Sara Ekeblad Lien har varit utredningssekreterare. Karolinska universitetssjukhuset har bistått med administrativt stöd och lokaler. Ansvaret för den slutliga rapporten ligger helt på utredaren.

Utredaren har genomgående mötts med stor vilja att bidra med underlag och insikter i intervjuer. Ingen har avböjt intervju. Utredaren vill tacka alla som bidragit till att ge en bild av händelseförloppet.

Utredningsuppdraget är härmed slutfört.

Stockholm 2018-05-29

Anders Milton

Sammanfattning

Uppdraget

Mot bakgrund av situationen med kapacitetsbrist och försenade canceroperationer för cancer i övre buken sommaren 2017 gav ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset i februari 2018 ett utredningsuppdrag med direktiv att utreda följande frågor:

- Hantering och planering av operationskapacitet för övre abdominell kirurgi (och specifikt cancerkirurgi inom detta område) inför sommaren 2017.
- Hantering av den uppkomna situationen med kapacitetsbrist under sommaren, inklusive hur situationen bedömdes och vilka åtgärder som vidtogs under sommaren och början av hösten.
- Kommunikation relaterat till situationen; intern eskalering och information, kommunikation gentemot ägare/beställare, kommunikation gentemot övriga sjukhus, kommunikation med Stockholms medicinska råd (SMR), samt ev. övrig extern kommunikation.
- Handläggning av erbjudande om hjälp från Danderyds sjukhus.

Uppdraget tilldelades som ensam utredare Anders Milton, legitimerad läkare med bred erfarenhet från bl.a. utredningar inom olika sjukvårdsfrågor samt den katastrofkommission som regeringen tillsatte efter tsunamin 2004. Utredningen har utförts under tre månader och analys och slutsatser grundar sig på insikter från 44 intervjuer samt genomgång av skriftlig dokumentation. Utredarens ambition har varit att skapa en oberoende bild av händelseförloppet, inklusive bakomliggande orsaker av olika slag. Utredningen har fokuserat på Karolinska Universitetssjukhusets hantering. Det har inte legat inom ramen för uppdraget att göra bedömningar i enskilda kliniska fall, att bedöma värdet av sjukhusets nya verksamhetsmodell, eller att analysera för- och nackdelar med nivåstrukturer och centralisering av viss sjukvård.

Övre bukkirurgi vid Karolinska Universitetssjukhuset

Den aktuella cancerkirurgin för pancreas, ventrikel, lever och esofagus görs vid vad som då hette Gastrocentrum i Huddinge och är högspecialiserad kirurgi där Karolinska har ensamutföraruppdrag i Stockholms läns landsting (och för vissa delar tillsammans med Sahlgrenska Universitetssjukhuset även nationellt).

Två organisationer samarbetar kring patientgruppen; kirurger och personal på vårdavdelningar organiseras inom Tema Cancer och operationsresurser (anestesipersonal och operationssjuksköterskor) organiseras inom Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI).

Bemanningsituationen för denna kirurgi har under en längre tid varit ansträngd vad gäller sjuksköterskor, både på vårdavdelningarna och på operation. Särskilt operationssjuksköterskorna behöver specifik kompetens för denna typ av kirurgi, och är därför svåra att ersätta.

Ansträngningar att hantera plötslig kapacitetsbrist

Bemanningsituationen inom sjukvården är alltid särskilt bekymmersam sommartid. Inför sommaren 2017 sågs på Gastrocentrum initialt störst bekymmer vad gällde vårdplatser. Dessa avhjälpes delvis genom extraplatser på sjukhusets kvinnoklinik samt vid extern rehabklinik och var inte den begränsande faktorn under sommaren.

I april blev det tydligt att det faktum att flera personer i operationssjuksköterskegruppen sagt upp sig skulle medföra stora svårigheter att bemanna tillräckligt stor operationskapacitet för att under sommaren klara av inflödet av patienter med cancer i övre buken. Andra somrar har

operationskapaciteten för denna patientgrupp dragits ned från under terminerna 13 - 14 bemannade operationssalsdagar per vecka till under sommaren nio salsdagar per vecka. Denna sommar verkade det initialt som att PMI under tre kritiska veckor inte skulle kunna erbjuda några salsdagar alls. Detta skulle ha motsvarat en neddragning med totalt ca 27 salsdagar jämfört med en vanlig sommar, motsvarande ca 27 operationer.

Ansträngningar gjordes under våren för att förbättra situationen, bl.a. genom försök till rekrytering, prioritering av canceroperationer gentemot andra operationer, omfördelning av tillgänglig operationskapacitet från andra patientflöden och incitament för personal att skjuta på semester eller ta extrapass. Förfrågan till övriga universitetssjukhus som också utför denna typ av kirurgi gjordes men gav inget resultat; samtliga sjukhus verkar ha haft kapacitetsproblem.

Ett erbjudande från Kirurg- och urologklinken vid Danderyds sjukhus att operera fem till nio patienter med cancer i pancreas, lever eller magsäck under framför allt augusti mottogs i månadsskiftet juni/juli. Två patienter med cancer i magsäcken skickades, men för pancreas och lever gjordes bedömningen att risken med att opereras vid en klinik där vårdkedja och aktuell kompetens för dessa avancerade operationer saknades var större än risken med en fördröjd operation.

De ansträngningar som gjordes förbättrade situationen något från det mycket dåliga utgångsläget och PMI bemannade under de tre kritiska sommarveckorna fyra salsdagar per vecka. Detta innebar att neddragningen jämfört med en vanlig sommar blev 15 istället för som initialt befarat 27 salsdagar.

Resultatet var ändå mycket otillfredsställande. Medianväntetiden till operation var för de patienter som opererades i juli och augusti ca 40 dagar, att jämföra med sjukhusets mål om max 30 dagar från beslut till operation. För tolv patienter sågs tumörtillväxt eller spridning vid operation som föranledde frågor kring huruvida fördröjningen påverkat patientens situation och prognos. Tre av dessa fall Lex Maria-anmälde p.g.a. att vårdskada inte kunde uteslutas; i övriga fall gjordes bedömningen att fördröjningen sannolikt inte påverkat förloppet.

Kompetensförsörjningsarbete lyckades inte förebygga

Den akuta bristen på operationssjuksköterskor med specifik kompetens var ett uttryck för sjukhusets och landstingets utmaningar och tillkortakommanden vad gäller kompetensförsörjning. Sjukhuset har inte lyckats minska känsligheten vad gäller specifik kompetens nödvändig för imperativa flöden och särskilt ensamutföraruppdrag, t.ex. genom ökad flexibilitet vad gäller personalens kompetens. Både arbetsmiljö och lönesättningsmodell är sannolikt viktiga faktorer vad gäller att minska personalomsättningen som idag är hög.

Eventuella ytterligare möjliga åtgärder

När den akuta kapacitetsbristen var ett faktum var situationen utmanande att lösa; den ytterst specifika kompetens som saknades var svår att få tag på, särskilt sommartid och med kort varsel. Även vanliga somrar har det varit utmanande för Gastrocentrum att klara sjukhusets målsättning på mindre än 30 dagar mellan operationsbeslut och operation och med 15 färre salsdagar än under sommaren 2016 var det mycket svårt. Utredarens intryck är dock att två eller tre ytterligare åtgärder eventuellt hade kunnat förbättra situationen något:

Inhyrning/övertalning av de sjuksköterskor som sagt upp sig: Ett medvetet beslut att inte undersöka detta togs av PMI, framför allt av rädsla för fler uppsägningar om dessa personer fick höjd lön, men också på grund av hänsyn till Stockholms läns landstings regler mot att locka tillbaka personal från annan vårdgivare inom 12 månader. Det är möjligt att någon eller några av de

sjuksköterskor som sagt upp sig kunde ha övertalats att stanna över sommaren eller lånats/hyrts tillbaka, med den akuta krissituationen som motivering för att motverka demoraliserande effekter i personalgruppen.

Användande av kompetens från akutlag: Akutlagen ska ha haft nödvändig kompetens för den aktuella tumörkirurgin, men behövdes för sjukhusets uppdrag gällande akuta operationer inklusive kejsarsnitt. Eventuellt skulle det ha varit möjligt att vissa dagar använda personal från akutlagen för tumörkirurgi, antingen genom att i större utsträckning förlägga mindre komplicerade akuta operationer till natten, eller genom att omfördela operationssjuksköterskor med urologikompetens till akutlaget för att frigöra kompetens för tumörkirurgin utan att binda upp ett akutlag. I vilken utsträckning dessa åtgärder skulle ha varit möjliga är svårt att bedöma. Svåra riskbedömningar och prioriteringar skulle ha krävts. Endast två akutlag fanns under sommaren och att binda upp ett av dem i en lång canceroperation skulle ha inneburit en risk. Operationssjuksköterskorna med urologikompetens behövdes till urologiska canceroperationer (där dock eventuellt större möjligheter kan ha funnits till operation vid andra sjukhus). Att använda ett akutlag för tumörkirurgi diskuterades, och genomfördes efter sommaren (då tre lag fanns och därmed större marginaler).

Omstyrning av akut inflöde till andra sjukhus: En systematisk omstyrning av akutinflödet, t.ex. genom omdirigering av ambulanser eller övertag av enskilda patienter, för att möjliggöra användning av ett av de två akutlagen till tumörkirurgi var en möjlighet som förespråkades av flera av de inblandade cheferna vid Gastrocentrum. En förfrågan om hjälp med akutflöden riktades i slutet av juni till Danderyds sjukhus i samband med deras erbjudande att stötta med tumörkirurgi men gav inga resultat. Ingen förfrågan riktades till andra sjukhus. Hjälp med akutflöden hade sannolikt kunnat förbättra situationen, men hade krävt en dialog på sjukhusledningsnivå med inblandning av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), något som aldrig gjordes.

Sjukhuset borde i större utsträckning än vad som gjordes ha utforskat möjligheten att genomföra dessa åtgärder. Gemensamt för de två senare punkterna är stora krav på samordning och prioritering, dels mellan olika teman på Karolinska och dels mellan Karolinska och andra sjukhus, och därmed behov av involvering av sjukhusledningen respektive HSF.

Kommunikationsutmaningar och bristande eskalering

Kommunikationsutmaningar med olika synsätt och i vissa fall en ömsesidig misstro mellan PMI och Tema Cancer verkar ha försvårat arbetet med att lösa situationen. När sommaren närmade sig och ett antal åtgärder vidtagits uppfattade PMI att det fanns en samsyn kring att man hade gjort det man kunde och att situationen var acceptabel (om än inte optimal). Att PMI inte till fullo insåg situationens fortsatta allvar kan sannolikt ha bidragit till att de möjliga reservåtgärder som beskrivs ovan ej undersöktes fullt ut. Givet den information som fanns tillgänglig borde PMI ha förstått att läget fortfarande var mycket allvarligt.

Krisinsikten och medvetenheten om de sannolikt allvarliga konsekvenserna var stor hos Tema Cancer (verksamhetschefer, operativ chef och temachef). Redan i slutet av maj var det känt att nästa lediga operationstid låg ungefär två månader bort. Budskapet framfördes dock inte till sjukhusdirektören (och därmed styrelsen eller Hälso- och sjukvårdsförvaltningen), som istället fick försäkringar om att problemet hanterades. Information om den kapacitetsbrist som uppstått framfördes, men intrycket gavs att man skulle lösa utmaningen. Funktionschefen för PMI hade kännedom om den allvarliga kapacitetsbristen men hade intrycket att situationen hanterades och förde därför inte varningssignalerna vidare. Temachefen för Tema Cancer insåg allvaret i situationen (även om han säger sig till viss del ha upplevt att situationen ändå förbättrats och hade vissa förhoppningar om att det ändå inte skulle bli så illa) men såg inga stora möjligheter för sjukhusdirektören att förbättra

situationen, och eskalerade därför inte. Produktionsdirektören uppfattade sig få lugnande besked av personerna ovan, och ifrågasatte inte diskrepansen mellan detta besked och tidigare larm.

Faktorer i sjukhusets organisation och ledning

Vissa faktorer i sjukhusets organisation, ledning och kultur kan ha bidragit till den bristande informationsöverföringen och eskaleringen.

Ny organisation: Sjukhuset och i allra högsta grad Tema Cancer och Gastrocentrum var mitt i en stor organisationsförändring och nya chefer, rapporteringsvägar, fora och samarbetspartners kan sannolikt ha bidragit till de kommunikationssvårigheter som sågs. Det faktum att situationen krävde samarbete mellan två organisationer med delat ansvar (där PMI hade kapacitetsbristen och Tema Cancer hade patienterna) gjorde detta särskilt viktigt. Möjligen kan också en viss oklarhet kring roller, inklusive omfattningen av produktionsdirektörens roll och ansvar i prioriteringsfrågor mellan verksamheter och teman, ha påverkat hur information eskaleras.

Begränsat stöd till linjen: Sannolikt ännu viktigare faktorer var dels en uttalad förväntan från sjukhusdirektören och -ledningen att problem ska lösas i linjen och inte eskaleras i onödan och dels att de ansvariga cheferna uppfattat att sjukhusledningen gav ett begränsat stöd till linjen i operativa prioriteringsfrågor tvärs verksamheter.

Principen att frågor ska lösas i linjen beskrivs som en medveten strävan och lyfts också av några personer som positiv och befrämjande av ansvarstagande. I detta fall får utredaren dock intrycket av att den kan ha bidragit till att ett problem som borde ha kommit till sjukhusdirektörens kännedom inte gjorde det. I tillägg beskrivs av ett flertal personer en tystnads- eller ja-sägarkultur som inte uppmuntrar eskalering av problem som saknar lösningar till högsta ledningen. Det är utmanande att utifrån ett fyrtiotal intervjuer dra slutsatser om i vilken utsträckning en kontraproduktiv kultur existerar och i vilken utsträckning den påverkade utgången av de aktuella händelserna. Det faktum att frågan tas upp på ett liknande sätt i så pass många intervjuer ger dock anledning att lyfta frågan om vilken kultur som finns på sjukhuset i detta avseende och huruvida den utgör ett hinder för att ledningen på ett adekvat sätt ska få kännedom om och därmed kunna hantera allvarliga patientsäkerhetsrisker.

En relativ avsaknad av ett aktivt stöd till linjen i form av en person som proaktivt drev och i dialog med verksamheterna tog ställning i prioriteringsfrågor lyfts som en faktor som bidrog till att göra det svårare att lösa den aktuella situationen. De åtgärder som eventuellt skulle ha kunnat bidra till att förbättra situationen skulle ha ställt stora krav på ledarskap, överblick över de olika verksamheterna, och mandat att besluta om resursfördelning mellan verksamheter. Verksamheter som inte i första hand kände sig berörda skulle ha behövt ge ifrån sig operationskapacitet och köställa eller eventuellt remittera sina patienter till andra vårdgivare. Det hade sannolikt varit värdefullt med ett tydligare stöd till linjen i dessa svåra prioriteringsfrågor.

Frågetecken kring ansvarskultur: Parallellt med ett begränsat stöd till linjen finner utredaren tecken på en bristande ansvarskultur som tog sig uttryck i ett fokus på vilka åtgärder man gjort eller försökt göra snarare än en helhetsbedömning av situationen och huruvida det vidtagna åtgärderna lett till önskat resultat.

Data gav inte den hjälp man hade trott: Sjukhuset har en lovvärd ambition att i ännu större utsträckning basera beslut på faktaunderlag och data. Denna gång verkar dock en ofullständig tolkning av data ha bidragit till att invägga sjukhusledningen i en falsk trygghet. Flera personer nämner att den centrala redovisningen i juni inte visade fler patienter (med de aktuella

tumörtyperna) som hade väntat längre än 30 dagar jämfört med samma tid året innan och att detta ingav en känsla av att läget trots allt var under kontroll. Det faktum att antalet personer som vid en viss tidpunkt väntat över 30 dagar reflekterar planeringsläget drygt 30 dagar tidigare och inte säger något om när nästa lediga operationstid finns ger detta mått en bakåtblickande karaktär. Ute i verksamheten var det känt att patienter som planerades i juni fick operationstider först i augusti, men centralt tolkades det låga antalet väntande i juni som lugnande (trots att det var känt att kapacitetsbristen skulle föreligga först i juli). I tillägg fanns brister i registreringen som kan ha bidragit till att samtliga patienter inte fångades upp i den centrala väntetidsuppföljningen. Med en god, framåtblickande, central kontroll av väntetider till operation hade det varit svårare att förbise det faktum att väntetiderna höll på att bli för långa. Data som tydligt illustrerade den alarmerande situation som höll på att utveckla sig skulle sannolikt ha gett större tyngd åt de larmsignaler som kom från verksamheten.

Samlad bedömning

Det faktum att ett flertal personer med kompetens som var svår att ersätta sa upp sig med effekt lagom till den kritiska sommarperioden skapade en situation som i det akuta läget var mycket svår att lösa på sjukhusnivå. Sammantaget gjordes stora ansträngningar för att förbättra situationen. Sjukhuset kan dock kritiseras på ett antal punkter:

Sjukhuset, och HSF, borde ha haft en större medvetenhet om den känsliga situation som den ansträngda bemanningssituationen för denna imperativa kirurgi med specifika kompetensbehov och ensamutförarskap innebar och vidtagit åtgärder för att minska denna känslighet. T.ex. hade en större flexibilitet vad gäller personalens kompetens för olika typer av operationer kunnat skapa marginaler vid kapacitetsbrist (sjukhuset) och en plan för landstingsövergripande styrning och prioritering vid bristsituationer kunnat underlätta lösningen av den akuta situationen (HSF).

Sjukhusdirektören borde ha säkerställt en aktivare operativ central styrning. De eventuella möjligheter som fanns att förbättra situationen skulle ha involverat operativa prioriteringsbeslut att flytta resurser från flöden som ej i första hand kände sig berörda av situationen och skulle ha krävt ett tydligare centralt operativt ledarskap. Detta borde ha säkerställts av sjukhusdirektören, särskilt mot bakgrund av den ansträngda situationen med kapacitetsbrist, flytt in i ny byggnad och övergång till ny verksamhetsmodell. Att förvänta sig att de svåra prioriteringar mellan verksamheter som skulle ha krävts för att lösa situationen fullt ut skulle kunna göras mellan tema- och funktionschefer på samma nivå utan centralt stöd var optimistiskt. Även de kända kommunikationssvårigheterna i en av sjukhusets viktigaste kontaktytor, mellan PMI och Tema Cancer, var anledning att överväga en aktivare central styrning.

Eskaleringen av en viktig patientsäkerhetsrisk fungerade ej. Situationens allvar och sjukhusets oförmåga att lösa den borde ha kommit till sjukhusdirektörens och hela sjukhusledningens kännedom. Att så inte skedde har sannolikt flera orsaker, inklusive kommunikationsutmaningar och eventuellt en kultur som inte främjar eskalering av problem. Tre personer hade i första hand kunnat informera sjukhusdirektören om situationens dignitet. Temachefen för Tema Cancer borde ha eskalerat frågan oavsett vilka möjligheter han såg att få hjälp; situationen innebar en mycket allvarlig patientsäkerhetsrisk och det var temachefens ansvar att säkerställa att sjukhusdirektören var fullt införstådd med de möjliga konsekvenserna. Funktionschefen för PMI borde i större utsträckning ha förstått att situationen fortfarande var ytterst allvarlig, och säkerställt att sjukhusdirektören var informerad. Det hade också varit önskvärt att produktionsdirektören hade agerat ytterligare för att försäkra sig om att situationen var under kontroll efter att ha fått motstridiga budskap. Bättre dataunderlag hade också varit önskvärt för att göra situationen tydlig för produktionsdirektören.

Sammantaget har sjukhusdirektören och sjukhusledningen ej lyckats säkerställa att denna allvarliga patientsäkerhetsrisk kom till sjukhusdirektörens kännedom.

Sjukhuset borde ha bett HSF om hjälp. Sjukhuset borde på ett proaktivt sätt, när det under maj eller juni stod klart att situationen var ytterst svår att lösa och skulle kunna komma att få allvarliga konsekvenser, ha informerat HSF om situationens allvar och bett om hjälp med landstingsövergripande prioritering och omstyrning av akutflöden (eller andra lösningar som HSF med sin systemöverblick kanske hade kunnat identifiera).

Rekommendationer

Baserat på utredarens iakttagelser ges här ett antal rekommendationer, riktade till Karolinska Universitetssjukhuset och i några fall Stockholms Läns landsting.

1. **Stärkt kontroll över väntetider till cancerbehandling:** Central överblick över väntetider är särskilt viktig när prioriteringsåtgärder tvärs verksamheter kan bli nödvändiga som i det aktuella läget med kapacitetsutmaningar. Sjukhusledningen har inlett ett arbete med att stärka uppföljningen och bör fortsätta detta. Uppföljningen skulle kunna stärkas ytterligare genom att bli mer framåtblickande med mått som speglar huruvida patienter kommer att kunna tas om hand på det sätt man har ambition att göra samt inkludera även andra typer av cancerbehandlingar.
2. **Landstingsövergripande prioritering och koordinering för att hantera kapacitetsutmaningar:** Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör verka för en proaktiv och systematisk dialog med samtliga vårdgivare kring eventuella kapacitetsutmaningar för att på kort och längre sikt säkerställa tillräcklig kapacitet för imperativ kirurgi. Detta inkluderar att vid kapacitetsbrist säkerställa medicinsk prioritering mellan snarare än bara inom sjukhus och patientgrupper samt att ha en god framåtriktad överblick över i vilken utsträckning vård kommer att kunna erbjudas inom rimlig tid. *Sjukhusledningen* bör fortsätta den dialog som initierats med HSF och övriga sjukhus och verka för att i ännu högre grad säkerställa att HSF är införstådda med kapacitetsutmaningar med potential att hota patientsäkerheten.
3. **Starkare stöd till linjen inklusive välkomnande av eskalering av patientsäkerhetsrisker:** I det utmanande läge som Karolinska sjukhuset befinner sig i med stora kapacitetsutmaningar samtidigt som flytt in i de nya byggnaderna sker ter det sig särskilt angeläget med en tydlig central styrning med mandat och kapacitet att intervensera i operativa frågor inklusive prioriteringsfrågor. Sjukhusledningen bör fortsätta det arbetssätt som inletts med ett tydligare stöd till linjen i framför allt prioriteringsfrågor. Sjukhusledningen bör också verka för att säkerställa en kultur där viktiga patientsäkerhetsrisker kommer till sjukhusdirektörens kännedom, även eller till och med särskilt i de fall där linjeorganisationen inte har någon lösning. Detta bör inkludera att välkomna kritiska synpunkter och kommunicera en tydlig förväntan att viktiga risker eskaleras.
4. **Minskad känslighet gällande kritisk kompetens:** Sjukhusledningen bör intensifiera ansträngningarna att minska känslighet p.g.a. kompetensförsörjningsutmaningar för strategiskt viktig kompetens, särskilt för de mest känsliga ensamutföraruppgifterna. Möjliga sätt att göra detta inkluderar "task shifting" och mer flexibel användning av personalresurser, men också ansträngningar för att förbättra arbetsmiljön. *Hälso- och sjukvårdsförvaltningen* bör utvärdera sin strategi för hur en fullgod kompetensförsörjning på sikt kan säkerställas.
5. **Från siffror till slutsatser:** Sjukhusledningen bör utvärdera hur sjukhuset kan få ännu större utväxling på statistik och dataunderlag och hur en kultur kan främjas som lägger större vikt

vid för patienten och verksamheten relevanta slutsatser av den information som presenteras.

Innehåll

1	Utredningens uppdrag och arbete	13
1.1	Uppdraget.....	13
1.2	Projektorganisation	13
1.3	Huvudfokus och avgränsningar	13
1.4	Utredningens arbetssätt.....	14
2	Karolinska Universitetssjukhuset och Gastrocentrum i Huddinge	16
2.1	Karolinska universitetssjukhuset	16
2.2	Tid till operation	17
2.3	Gastrocentrum	18
2.4	PMI i Huddinge	19
3	Några grundläggande utmaningar	20
3.1	Sjuksköterskebemanning i dygnet runt-vård	20
3.2	Sommarbemanning	20
4	Beskrivning av händelseförloppet.....	21
4.1	Sedvanliga ansträngningar inför sommaren	21
4.2	Växande köer och uppdrag till "Task Force"	22
4.3	Ansträngningar hantera plötslig kapacitetsbrist på ÖAK-operation	23
4.4	Erbjudande om hjälp från Danderyds sjukhus	26
4.5	Utmaningarna eskalerades men nådde inte ända upp	28
4.6	Långa väntetider.....	30
4.7	Förändringar efter sommaren	31
5	Bedömningar	32
5.1	Brist på operationskapacitet gjorde det mycket utmanande att operera inom rimlig tid....	32
5.2	Karolinskas kompetensförsörjningsarbete lyckades ej förhindra akut kapacitetsbrist	33
5.3	Åtgärder hade effekt, men ytterligare möjligheter verkar eventuellt ha funnits	34
5.4	Kommunikationsutmaningar och bristande eskalering försvårade	38
5.5	Faktorer gällande organisation och ledning med bäring på situationen	42
6	Rekommendationer.....	47
6.1	Stärkt kontroll över väntetider till cancerbehandling	47
6.2	Landstingsövergripande prioritering och koordinering vid kapacitetsutmaningar	48
6.3	Starkare stöd till linjen inklusive välkomnande av eskalering av patientsäkerhetsrisker	48
6.4	Minskad känslighet gällande kritisk kompetens	49
6.5	Från siffror till slutsatser	49

1 Utredningens uppdrag och arbete

1.1 Uppdraget

Ledningen för Karolinska Universitetssjukhuset har velat utreda händelseförloppet relaterat till situationen med kapacitetsbrist och försenade operationer för cancer i övre buken sommaren 2017. Sjukhusets biträdande sjukhusdirektör och operativa direktör Annika Tibell och kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör Nina Nelson Follin gav därför i februari 2018 ett utredningsuppdrag med direktiv att utreda följande frågor:

- Hantering och planering av operationskapacitet för övre abdominell kirurgi (och specifikt cancerkirurgi inom detta område) inför sommaren 2017.
- Hantering av den uppkomna situationen med kapacitetsbrist under sommaren, inklusive hur situationen bedömdes och vilka åtgärder som vidtogs under sommaren och början av hösten.
- Kommunikation relaterat till situationen; intern eskalering och information, kommunikation gentemot ägare/beställare, kommunikation gentemot övriga sjukhus, kommunikation med Stockholms medicinska råd (SMR), samt ev. övrig extern kommunikation
- Handläggning av erbjudande om hjälp från Danderyds sjukhus.

Uppdraget tilldelades Anders Milton, leg läkare och tidigare ordförande och VD för Läkarförbundet, samt ordförande för bland annat SACO, Svenska Röda Korset, WMA och Folk och Försvar. Milton har verkat som utredare åt olika regeringar för olika nationella och internationella uppdrag rörande hiv och aids, psykiatri, oönskade graviditeter, donation och organtransplantation, och var även ledamot i den katastrofkommission som regeringen tillsatte efter tsunamin 2004.

1.2 Projektorganisation

Utredaren har från Karolinska Universitetssjukhuset haft tillgång till utredningssekreterare samt administrativa resurser för bokning av intervjuer. Utredningssekreterare (omfattande ca 50 procent av arbetstiden) har varit Sara Ekeblad Lien, anställd vid sjukhuset sedan december 2017. Karolinska Universitetssjukhuset har bekostat utredningen och ställt lokaler till förfogande för intervjuer. Resurser från Karolinska Universitetssjukhuset har använts för utdrag av data och dokument på utredarens begäran.

1.3 Huvudfokus och avgränsningar

Fokus har legat på att kartlägga händelseförloppet men också att förstå vad som hade kunnat göras annorlunda och orsaker bakom eventuell icke-optimal hantering. Både individers agerande och inverkan av organisatoriska, ledarskapsmässiga och kulturfaktorer har belysts.

Uppdraget är avgränsat till Karolinska Universitetssjukhusets hantering. Andra aktörers agerande nämns i rapporten när de varit av betydelse för bedömningen av Karolinskas agerande men utredningen har inte haft ambitionen att analysera dem närmare.

Det har inte legat inom ramen för uppdraget att göra bedömningar i enskilda kliniska fall, t.ex. vad gäller sannolikheten att fördröjda operationer de facto påverkat utgången för enskilda patienter.

Vidare har uppdraget fokuserat på de fördröjningar som uppstått mellan beslut om operation och genomförd operation. Det är värt att notera att detta utgör en del av hela förloppet från första välgrundade misstanke om tumörsjukdom till operation, där de tidiga delarna av förloppet ofta involverar primärvård och andra sjukhus. Vid åtminstone något av de patientfall som Lex Maria-anmälts kan noteras fördröjningar i handläggningen även tidigare i förloppet. Dessa har inte analyserats.

Utredaren har inte i detalj analyserat sjukhusets nya verksamhetsmodell eller tagit ställning till värdet av denna. Detta ligger utanför uppdraget. Det har heller inte ingått i uppdraget att analysera för- och nackdelar med nivåstrukturering och centralisering av viss sjukvård.

Det är värt att notera att den aktuella verksamheten bedrivs i Huddinge, och därför ej är direkt relaterad till de nya byggnaderna i Solna (Nya Karolinska Solna, NKS). Analys av aspekter relaterade till de nya sjukhusbyggnaderna har ej ingått i uppdraget.

Parallellt med den aktuella utredningen pågår Inspektionen för vård och omsorgs (IVO) fördjupade utredning med anledning av de Lex Maria-anmälningar som gjorts. Ingen dialog har förts med IVO.

Direktiven angav att utredningen skulle göras skyndsamt, och arbetet har pågått under ca tre månader.

1.4 Utredningens arbetssätt

Utredaren har arbetat självständigt från uppdragsgivaren. En utredningssekreterare vid utredningens start nyanställd vid sjukhuset tillsattes för att möjliggöra en skyndsam granskning och har haft i uppdrag att stötta utredarens arbete. Ansvar för den slutliga rapporten ligger helt på utredaren.

Utredaren har ej haft tillgång till journaluppgifter, men har under sekretess haft tillgång till patientuppgifter i form av Lex Maria-anmälningar.

Utredarens ambition har varit att skapa en oberoende bild av händelseförloppet inklusive bakomliggande orsaker av olika slag genom att intervjua personer från olika delar av organisationen och på olika nivåer samt ta del av relevant dokumentation.

Intervjuer

Totalt har 44 intervjuer genomförts med 36 personer. En lista med första förslag på personer att intervjua togs fram av uppdragsgivarna och har sedan kompletterats utifrån utredarens önskemål samt förslag från de intervjuade personerna.

Alla intervjuer utom fyra har genomförts som personliga möten, resterande fyra som telefonintervju. Vissa nyckelpersoner har intervjuats mer än en gång. I vissa fall har enklare uppföljningsfrågor, inklusive begäran om data eller statistik, ställts via email eller telefon.

Följande personer och aktörer har intervjuats (roll vid den aktuella tidpunkten):

Direkt berörda

1. Sjukhusdirektör
2. Produktionsdirektör
3. Kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör
4. Temachef, Tema Cancer
5. Funktionschef, Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI)
6. Operativ chef, Tema Cancer
7. Operativ chef, PMI
8. Tf Verksamhetschef, Gastrocentrum (avgående)
9. Biträdande verksamhetschef Gastrocentrum (tillträdande Patientområdeschef)
10. Patientflödesansvarig för matstrupe och magsäck (MM) samt samordnande chef för de tre flödena MM, pankreascancer, och levertumörer

11. Funktionsområdeschef (FOC), Funktionsområdeschef Buk, ÖNH och öppenvårds-operation, PMI
12. Chefssjuksköterska Gastrocentrum
13. Operationskoordinator Gastrocentrum
14. Vårdchef Operation, PMI
15. Temachef, Tema Trauma och Reparativ Medicin (TRM)
16. Operativ chef, Tema TRM
17. Patientområdeschef (POC) Patientområde Gynekologi och reproduktionsmedicin
18. Patientflödesansvarig Matstrupe/magsäck
19. Sektionschef, Sektionen för övre gastrointestinal kirurgi, Kirurg- och urologkliniken Danderyds sjukhus
20. Professor och överläkare, Kirurg- och urologkliniken, Danderyds sjukhus
21. Docent och överläkare, Kirurg- och urologkliniken, Danderyds sjukhus
22. Chefläkare
23. Senior medicinsk rådgivare, SSVP
24. Senior medicinsk rådgivare, SSVP
25. Verksamhetsutvecklare, SSVP
26. Avdelningschef Somatisk specialistvård, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Indirekt berörda

27. Styrelseordförande
28. Chefläkare
29. Chefläkare
30. Verksamhetschef, Bröst- och endokrinkirurgiska kliniken
31. Patientvägledare
32. Ekonomidirektör
33. HR-direktör
34. HR-Partner PMI
35. Ordförande Karolinska Universitetssjukhusets läkarförening
36. Vårdförbundets samordnare på Karolinska Universitetssjukhuset

Skriftligt material

Skriftligt material har samlats in under utredningen, bland annat:

- Emailkorrespondens
- Rapporter till Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
- Mötesprotokoll från sjukhusets olika ledningsfora
- Presentationsmaterial från viktiga möten
- Lex Maria-anmälningar

Relevant emailkorrespondens har begärts in från intervjuade personer. Eftersom emailkonversationer ofta tillhandahållits från olika håll, ofta från personer som kan antas ha motsatta intressen eller ståndpunkter, bedömer utredaren att den bild som fåtts är tillräckligt fullständig.

2 Karolinska Universitetssjukhuset och Gastrocentrum i Huddinge

I detta kapitel ges en kortfattad beskrivning av Karolinska Universitetssjukhusets organisation och ledning samt de delar av organisationen som framför allt varit involverade i det aktuella händelseförloppet. Eftersom sjukhuset i anslutning till de aktuella händelserna övergått till en ny verksamhets- eller organisationsmodell och ansvarsförhållanden och roller därför i delar ser annorlunda ut vid utredningens genomförande jämfört med vid de aktuella händelserna beskrivs denna förändring också här.

2.1 Karolinska universitetssjukhuset

Ett sjukhus – två siter

Karolinska universitetssjukhuset är ett av Europas största universitetssjukhus, med ca 16 000 medarbetare. Sjukhuset i sin nuvarande form bildades 2004 genom sammanslagningen av Huddinge sjukhus och Karolinska sjukhuset (i Solna). De två siterna har olika profil, och i stor utsträckning finns verksamhet antingen i Solna eller i Huddinge. Till exempel görs nedre buk- eller kolorektal kirurgi i Solna och övre bukkirurgi (även kallad övre abdominell kirurgi eller övre gastrokirurgi) i Huddinge.

2010 började nya sjukhusbyggnader ("Nya Karolinska Solna", NKS) uppföras i Solna för att ersätta delar av de äldre sjukhusbyggnaderna (sjukhuset invigdes 1940). Delar av verksamheten i Solna har flyttat in i de nya byggnaderna, medan andra delar planeras flytta under 2018 och 2019.

Organisation

Sjukhus organiseras oftast efter läkarspecialiteterna, med t.ex. en kirurgklinik, en onkologklinik och en medicinklinik. Även Karolinska var tidigare organiserat på detta sätt. Klinikerna följde läkarspecialiteterna, och var i sin tur indelade i sju divisioner¹. Verksamhetschefer rapporterade till divisionschefer som i sin tur var underställda sjukhusdirektören. I Karolinskas nya organisationsmodell (eller verksamhetsmodell, den beteckning som sjukhuset använder) organiseras vården istället utifrån sju medicinska temaområden (där patientflöden som av olika skäl passar ihop samlas) samt fem funktioner (som samlar kompetenser och resurser som behöver användas tvärs olika patientflöden).

Ett exempel som är särskilt relevant för utredningen är Tema Cancer, där medarbetare som tidigare fanns vid någon av de kirurgiska klinikerna (t.ex. bröst- och endokrinkirurgiska kliniken) eller onkologkliniken nu samlas i en organisation för att vårda patienter med cancer. Ett syfte med det nya sättet att organisera vården beskrivs vara att samla sjukvårdens olika kompetenser runt patienten istället för tvärtom. En person med cancer måste t.ex. ofta genomgå både kirurgi (tidigare under någon av de kirurgiska klinikerna) och strålbehandling eller cellgiftsbehandling (tidigare under onkologkliniken). I den nya organisationen är tanken att de flesta insatser som en patient med en viss sjukdom behöver ska finnas samlade under en och samma organisation, vilket ska minska behovet av koordinering och risken att frågor faller mellan stolar.

Ett annat relevant exempel är Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) som nu samlar bland annat all narkospersonal samt operationssjuksköterskor, som i vissa fall tidigare var anställda direkt vid olika kirurgkliniker. Förändringen innebar en centralisering av (styrning och ledning av)

¹ Astrid Lindgrens barnsjukhus, Onkologi Thorax, Medicin Kirurgi 1, Medicin Kirurgi 2, Huvud, Akut, Karolinska Universitetslaboratoriet

operationsresurser. PMI:s utformning och gränssnittet mellan tema och funktion berörs i större detalj längre ned.

I och med den nya organisationsmodellen förändrades och utlystes många chefsroller. Nedan listas några chefsroller av relevans för det aktuella händelseförloppet:

- *Verksamhetschef*: I den gamla organisationen, ansvarig för en verksamhet, t.ex. Gastrocentrum. Rapporterar till divisionschef.
- *Divisionschef*: I den gamla organisationen, ansvarig för en division. Rapporterar till sjukhusdirektören.
- *Patientflödeschef (PFC)*: I den nya organisationen, ansvarig för ett patientflöde, t.ex. Gynekologisk cancer. Rapporterar till Patientområdeschef som rapporterar till temachef.
- *Patientområdes-/Funktionsområdeschef (POC/FOC)*: I den nya organisationen, ansvarig för ett patientområde (som inkluderar flera patientflöden), t.ex. Bäckencancer, eller ett funktionsområde, t.ex. Buk, ÖNH och Öppenvårdsoperation. Rapporterar till temachef/funktionschef.
- *Vårdenhetschef (VEC)*: I den nya organisationen, omvårdnadsansvarig för ett patientflöde eller en funktionsenhet, t.ex. Övre buk- och urologoperation. Rapporterar till POC/FOC.
- *Operativ chef (OC)*: I den nya organisationen, ansvarig för operativ styrning av tema respektive funktion. Rapporterar till temachef/funktionschef.
- *Tema-/Funktionschef (TC/FC)*: I den nya organisationen, ansvarig för ett tema (t.ex. Tema Cancer) eller en funktion (t.ex. PMI). Ersätter divisionschef. Rapporterar till sjukhusdirektören.
- *Produktionsdirektör*: Övergripande ansvarig för sjukhusets produktionsstyrning samt ansvarig för staben Strategisk sjukvårdsutveckling och vårdproduktion (SSVP). Rapporterar till sjukhusdirektören.
- *Kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör*: Ansvarig för staben Kvalitet och patientsäkerhet som har i uppdrag att utveckla metoder och stödja verksamheterna på Karolinska i arbetet med att bedriva god vård. Rapporterar till sjukhusdirektören.
- *Sjukhusdirektör*

Även mötes- och beslutsfora förändrades. Nedan beskrivs några av de viktigaste fora i den nya modellen:

- *Verkställande råd (VR)*: Sjukhusdirektör, produktionsdirektör, Ekonomidirektör, FoU-direktör, HR-direktör, Kvalitets- och patientsäkerhetsdirektör, sekreterare. Veckovisa möten. Operativa frågor som kräver snabba åtgärder, samt prioriteringar och omfördelning av resurser.
- *Karolinskas ledningsråd (KLR)*: Direktörer inklusive TC/FC. Möten var fjärde vecka. Bland annat bevaka operationellt utförande och uppföljning av strategisk plan.
- *Operativ vårdkommitté (OVK)*: Produktionsdirektör, operativa chefer och personer från staben SSVP. Möten varannan vecka. Forum för att diskutera produktions- och kapacitetsfrågor.
- *Taktiskt forum operation*: POC/FOC och VEC för berörda verksamheter. Var fjärde vecka. Fördelning av operationskapacitet och gemensam hantering av köer.

2.2 Tid till operation

Vid Karolinska Universitetssjukhuset görs både akuta och elektiva operationer. Som akut operation definieras ingrepp som behöver genomföras inom 24 timmar. Övrig kirurgi, inklusive cancerkirurgi

definieras som elektiv eller planerad, men cancerkirurgin betraktas som imperativ vilket betyder att den ska genomföras inom en viss tid.

Vårdgarantin anger att behandling ska inledas högst 90 dagar efter beslut. Denna tidsgräns är inte relevant för cancerkirurgi, som inte kan vänta så länge. Ingen nationell tidsgräns har tidigare funnits för hur snabbt operation ska erbjudas vid cancer. Sedan 2016 finns riktlinjer gällande standardiserat vårdförlopp för pancreascancer². Där rekommenderas att maximalt 43 dagar förlöper mellan beslut om välgrundad cancermisstanke och kirurgi (vid krav på utökad utredning; 36 dagar om endast basutredning krävs). Detta beskrivs förutsätta en ledtid på 7 - 14 dagar mellan multidisciplinär konferens där behandling diskuteras och beslut om behandling (beroende på huruvida behov av ytterligare diagnostik föreligger) och ytterligare 14 dagar mellan beslut om behandling och kirurgi, alltså totalt 21 - 28 dagar mellan multidisciplinär konferens och kirurgi. Arbetet med att implementera de standardiserade vårdförloppen för olika diagnoser pågår. Karolinska Universitetssjukhuset har haft en intern målsättning att erbjuda operation inom 30 dagar från operationsbeslut vid cancer eller misstänkt cancer. Riktlinjerna för det standardiserade vårdförloppet rekommenderar alltså kortare tid till operation än Karolinskas nuvarande målsättning.

2.3 Gastrocentrum

Tema Cancer gick in i den nya verksamhetsmodellen först hösten 2017 och var därför vid de aktuella händelserna våren och sommaren 2017 formellt kvar i den gamla modellen. Övergången hade dock i praktiken i delar redan gjorts. Den aktuella verksamheten bedrevs vid vad som då kallades Gastrocentrum i Huddinge, tidigare en del av divisionen Medicin Kirurgi 1 (MK1) men vid de aktuella händelserna i praktiken en del av Tema Cancer.

Under den aktuella tidsperioden stod Gastrocentrum inför de förändringar som den nya verksamhetsmodellen innebar, inklusive chefsbyten. Den dåvarande verksamhetschefen planerades avgå i slutet av september, och efterträdas av en ny patientområdeschef (denne var tidigare biträdande verksamhetschef). Förändringar var planerade även på omvårdnadssidan där två av tre chefsjuksköterskor skulle bytas ut i slutet av sommaren.

Gastrocentrums verksamhet

Vid det som då hette Gastrocentrum opereras tumörer i pancreas (bukspottkörtel), lever, ventrikel (magsäck) och esofagus (matstrupe). Både primärtumörer och i vissa fall metastaser (dottersvulster) i lever kan opereras. Verksamheten utgör ett av de fem största centra i Europa för pancreaskirurgi. Ovan beskrivna tumörkirurgi innefattar större öppen bukkirurgi som kräver en viss typ av specialiserad kompetens hos kirurgen men också hos den operationssjuksköterska som instrumenterar (assisterar) på operationssalen. En majoritet av Gastrocentrums stora kirurgi rör cancer, men en mindre del rör andra tillstånd som pankreatit (inflammation i bukspottkörteln) eller premaligna tillstånd. Vid Gastrocentrum görs också andra typer av mindre ingrepp, t.ex. gastroskopier, som kräver en annan typ av kompetens och därför inte på samma sätt berördes av de aktuella händelserna. Även annan akut kirurgi kan kräva bukkirurgikompetens hos kirurg och operationssjuksköterska.

² Cancer i bukspottkörteln och perampullärt. Beskrivning av standardiserat vårdförlopp. RCC 2015. https://www.cancercentrum.se/globalassets/cancerdiagnoser/bukspottkortel/varforlopp/standardiserat_varforlopp_bukspottkortel_20151221.pdf

Under normala terminsförhållanden använder tumörkirurgin 13 – 14 så kallade salsdagar³ (en bemannad operationssal under en dag) per vecka och opererar i genomsnitt fyra till fem patienter med cancer i pancreas, två till tre patienter med cancer i esofagus och/eller ventrikel och fyra till fem patienter med cancer i levern. Operationerna är tidskrävande och oftast görs ett ingrepp per salsdag. Vid mindre ingrepp kan två operationer göras per dag. Sommartid dras verksamheten ofta ned med ungefär en tredjedel, från 13 till nio salsdagar per vecka.

Dessa stora ingrepp medför som regel långa vårdtider. T.ex. beskrivs en medelvårdtid på ca 12 - 14 dygn efter esofagusresektion. Patienter som genomgått stor bukkirurgi vårdades vid de aktuella händelserna främst på två avdelningar: avdelning K72/74 med 25 vårdplatser och avdelning K71/73 med 21 vårdplatser. I tillägg fanns 24 vårdplatser på en kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA), främst tänkta för patienter med akuta kirurgiska åkommor. P.g.a. bemanningsutmaningar var det ovanligt att samtliga vårdplatser var öppna. Under våren 2017 beskrivs dock totalt 42 - 46 vårdplatser ha varit öppna på avdelning K72/74 och K71/73. Under sommaren var 22 platser öppna på dessa avdelningar, plus ett antal platser på KAVA.

Gastrocentrum beskrivs av flera personer sedan länge ha varit en enhet med stora utmaningar vad gäller arbetsmiljö och personalförsörjning, och hög personalomsättning beskrivs ha skapat problem att hålla vårdplatser öppna.

Nivåstrukturering och ensamutföraruppdrag

Sedan en tid pågår en diskussion kring och en förändring mot en ökad nivåstrukturering av sjukvård i Sverige. Detta innebär i korthet att vissa typer av ingrepp utförs på ett mindre antal enheter för att öka volymer och därmed förbättra resultat.

Cancersjukvården har genomfört nivåstrukturering i större utsträckning än många andra områden. Sex regionala cancercentrum ansvarar för att samordna cancersjukvården och ett antal nationella riksuppdrag finns där en eller i vissa fall två utförare har uppdraget att göra en viss typ av ingrepp. Sedan november 2017 ska kirurgi i botande syfte vid lokal avancerad pancreascancer och periampullär cancer (pancreascancer med en viss typ av utbredning) utföras vid antingen Karolinska Universitetssjukhuset eller Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Andra sjukhus har motsvarande uppdrag vid andra tumörformer. Andra åtgärder koncentreras till sex eller färre ställen i landet, som t.ex. övrig pancreatumörkirurgi där Karolinska Universitetssjukhuset sedan 2005 har ett ensamutföraruppdrag i Stockholms läns landsting.

2.4 PMI i Huddinge

Funktion Perioperativ Medicin och Intensivvård (PMI) samlar kompetens och resurser som behövs för operationsverksamhet (samt postoperativ vård och intensivvård). Detta inkluderar anestesipersonal och operationssjuksköterskor som assisterar på operationssalen. Tidigare var vissa operationssjuksköterskor anställda direkt vid olika kirurgiska kliniker, och övergången till den nya verksamhetsmodellen har därför inneburit en organisatorisk centralisering av operationsresurser. PMI övergick till den nya modellen redan 2016, och fanns därför i denna form vid de aktuella händelserna.

Den aktuella operationsverksamheten ingår i Funktionsområde Buk, ÖNH och öppenvårdsoperation. Som tidigare nämnts är stor bukkirurgi en mycket specialiserad verksamhet, och kräver specifik kompetens även hos operationssjuksköterskan. Ungefär en av nio operationssjuksköterskor vid

³ Idealt beskrivs vara 14; under våren 2017 i genomsnitt 13.

sjukhuset beskrivs ha sådan kompetens. I mars 2017 fanns totalt 189 tillsvidareanställda operationssjuksköterskor inom PMI, varav 74 anställda i Huddinge. Fyrtiotre av dessa arbetade organisatoriskt inom buk- och transplantationsverksamheterna, varav 22 hade kompetens för och arbetade aktivt med övre bukkirurgi.

3 Några grundläggande utmaningar

I detta kapitel ges en kortfattad beskrivning av grundläggande utmaningar som Karolinska delar med andra sjukhus, av relevans för den uppkomna situationen.

3.1 Sjuksköterskebemanning i dygnet runt-vård

Sjukhusens kompetensförsörjning vad gäller sjuksköterskor är utmaning i hela landet och beskrivs vara särskilt utmanande inom slutenvård/dygnetruntvård. Särskilt svårt verkar vara att rekrytera och behålla erfarna specialistsjuksköterskor. Socialstyrelsen beskriver i en rapport från 2018 att endast 37% av verksamhetscheferna inom akutsjukvården anser att verksamheten överlag har den sjuksköterskebemanning som krävs för att möta vårdbehovet. För specialistsjuksköterskor är siffran 27%⁴.

I det närmaste samtliga intervjuade personer lyfter svårigheten att rekrytera och behålla sjuksköterskor som en stor utmaning och en viktig orsak till den aktuella situationen. En verksamhetsföreträdare beskriver situationen: "Vi fiskar alla i samma damm och den är ganska tom".

Personalomsättningen för sjuksköterskor vid akutsjukhusen är hög, men inte högre vid Karolinska än andra sjukhus⁵. Under 2017 var personalomsättningen för sjuksköterskor vid Karolinska 16,4%. Med ett totalt antal sjuksköterskor på drygt 5 000 innebär detta ett rekryteringsbehov på drygt 800 sjuksköterskor årligen. För sjuksköterskor inom PMI (anestesi- och operationssjuksköterskor) var omsättningen något lägre än för sjukhuset som helhet, 14,8%.

Karolinska verkar inte ha lägre lönenivåer än andra landstingsdrivna sjukhus i Stockholms läns landsting. Medianlönen för operationssjuksköterskor var 2018 40 500 kr per månad (10:e percentilen 34 000 kr, 90:e percentilen 45 712 kr). Detta är jämförbart med Danderyds sjukhus och högre än övriga sjukhus i landstinget.⁶ Siffrorna är dock inte justerade för skillnader i erfarenhet och specialisering vilket kan tänkas vara relevant eftersom det inte är orimligt att anta att Karolinska med sitt högspecialiserade uppdrag har personal med högre specialiseringsgrad.

En jämförelse från 2017 visar att Karolinska hade något lägre sjukfrånvaro (samtliga personalgrupper) än övriga landstingsdrivna sjukhus inom Stockholms läns landsting, med 19,7 sjukdagar per person (övriga sjukhus 20 - 22 dagar).⁷

3.2 Sommarbemanning

Sveriges semesterlagstiftning ger rätt till fyra veckors sammanhängande semester under juni-augusti, något som gör det utmanande att bemanna och driva sjukvårdsverksamhet som måste erbjudas även sommartid. Många verksamheter använder sig av inhyrd personal för att klara sommaren. Detta är inte alltid möjligt för verksamheter med högt specialiserad personal som är svår att ersätta. Många verksamheter stänger stora delar av sin planerade verksamhet under ett antal sommarveckor och

⁴ Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Socialstyrelsen 2018.

⁵ Diver. Personalrörlighet/Andel avgångar & nyrekryteringar per katgrp & Förv/bolag. Karolinska Universitetssjukhuset.

⁶ Lönenivå per yrkeskategori 2018-03-31. En jämförelse inom SLL. Karolinska Universitetssjukhuset.

⁷ Diveport/Sjukfrånvaro 2018 respektive 2017/Förv_bolag. Karolinska Universitetssjukhuset.

bedriver endast sådan vård som inte kan vänta (i praktiken ofta akutsjukvård samt cancervård). Till exempel gjordes på Gastrocentrum i Huddinge, vad gäller den stora bukkirurgin, i stort sett endast akuta operationer och canceringrepp även sommaren 2016.⁸

4 Beskrivning av händelseförloppet

I detta kapitel beskrivs den bild utredaren fått av händelseförloppet relaterat till försening av canceroperationer vid Gastrocentrum inför och under sommaren 2017.

4.1 Sedvanliga ansträngningar inför sommaren

Varje vår pågår arbete med att planera inför sommaren för att på bästa sätt klara sjukhusets uppdrag även under sommarmånaderna. Så var fallet även våren 2017.

Leverantörsöverenskommelse

Delvis nytt var arbetet med en så kallad leverantörsöverenskommelse mellan PMI och teman, ett sorts kontakt som skulle specificera hur mycket operationskapacitet PMI skulle tillhandahålla respektive verksamhet. Varje tema äskade den kapacitet de behövde och sen vidtog en process för att matcha detta mot vad PMI kunde erbjuda. En viktig princip i arbetet var att PMI inte skulle agera domare; i de fall det fanns konkurrens om PMI:s resurser, mellan eller inom teman, så skulle de opererande verksamheterna komma överens sinsemellan och meddela PMI hur resurserna skulle fördelas. I en ideal situation skulle PMI kunna erbjuda de resurser som efterfrågades men i praktiken var detta inte alltid fallet på grund av bemanningssvårigheter. Arbetet med leverantörsöverenskommelsen inför sommaren var i hög grad en levande process. Uppsägningar eller framgång i rekrytering eller inhyrning av personal påverkade den kapacitet PMI kunde erbjuda och antalet tillgängliga salsdagar förändrades därför över tid. På motsvarande sätt påverkade förändringar i bemanningssituationen eller semesterplaneringen på vårdavdelningarna vilken kapacitet de opererande verksamheterna önskade.

I stor utsträckning fördes dessa diskussioner av chefer nära verksamheterna, t.ex. mellan verksamhetschefen för Gastrocentrum och funktionsområdeschefen för den aktuella operationsverksamheten i Huddinge, med stöd från stabsfunktioner och operativa chefer för funktion och tema. I Huddinge hade verksamheterna större vana vid arbetet med leverantörsöverenskommelse då man arbetat på detta sätt även i den tidigare verksamhetsmodellen medan arbetssättet var mindre känt i Solna. Vad gäller PMI:s möjligheter att tillhandahålla den kapacitet som efterfrågades sågs också initialt under våren större utmaningar i Solna än Huddinge, och ledningen la därför mer tid här.

Vårdplatser och operationskapacitet

Ett fokusområde inför sommaren var att åstadkomma en bättre matchning av vårdplats- och operationskapacitet. För att kunna driva operationsverksamheten krävs flera olika personalkategorier: från tema behövs kirurg samt sjuksköterskor som bemannar vårdavdelningarna. Från PMI behövs anestesiläkare, anestesisjuksköterska och operationssjuksköterska. Detta ställer krav på samplanering av sommarsemestrar. Under våren 2017 gjordes ansträngningar att öka graden av samplanering för att öka effektiviteten i resursanvändandet sommartid.

⁸ Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

Liksom inför andra somrar hade Gastrocentrum en utmaning vad gällde att hålla vårdplatser öppna. Bemanningssituationen var ansträngd vilket gjorde det svårt att klara semesterperioderna. Flera personer beskriver att det ett tag verkade som att man inte skulle klara att hålla tillräckligt många vårdplatser öppna för att kunna nyttja den PMI-kapacitet man hade äskat för sommaren (nio salsdagar per vecka) och den 12:e maj beskrevs detta i ett email som att man nödgats dra ned sitt behov från nio till sju salsdagar per vecka. Andra betonar att platsbristen alltid löser sig: "Vi har alltid platsbrist, men vi löser alltid det". Två huvudsakliga åtgärder bidrog till att förbättra platsituationen vid Gastrocentrum denna sommar: ett avtal om nyttjande av eftervårdsplatser vid Capio Rehab Saltsjöbaden och ett erbjudande från den benigna (icke-cancer) gynekologiverksamheten i Huddinge att belägga fyra till fem av deras vårdplatser med patienter från Gastrocentrum under tio sommarveckor. En person nära verksamheten beskriver hur man under sommaren, eftersom man hade platser tillgängliga p.g.a. det begränsade operationsprogrammet, tog emot patienter från KAVA för att avlasta akutmottagningen.

4.2 Växande köer och uppdrag till "Task Force"

Köerna till operation ökade överlag under vintern och våren 2017. Detta gällde i första hand benigna tillstånd (icke-cancer), där vårdgarantin anger att operation ska erbjudas inom 90 dagar från operationsbeslut. Växande problem med operationsköer fanns bland annat för barnkirurgi, hjärtkirurgi, och neurokirurgi.

I kvartalsuppföljningsmöte med sjukhusdirektören i april/maj 2017 flaggade temachefen för Tema TRM för växande benigna operationsköer. Detta resulterade i ett uppdrag att leda en "Task Force" med uppgift att föreslå åtgärder för att förbättra situationen. Uppdraget gällde kösituationen generellt på sjukhuset, och hade ej särskilt fokus på cancer generellt eller cancer i övre buken specifikt.

Gruppen hade en bred representation från berörda verksamheter, med tema-/funktionschef och operativ chef från Tema TRM, Tema Cancer, Tema Barn och Kvinnor och PMI, samt en senior medicinsk rådgivare från staben SSVF.

Gruppen presenterade ett antal förslag för VR i juni, både punkter med karaktären av långsiktig strategi och ett tjugotal åtgärdsförslag för att säkerställa köreduktion på kortare sikt. Diskussionen kring situationen och förslagen beskrivs ha haft fokus på den övergripande situationen med operationsköer på sjukhuset och inte specifikt på cancerkirurgi eller på sommarsituationen. Presentationsmaterialet som användes har inte heller fokus på sommaren och en tidslinje i presentationsmaterialet placerar flera av åtgärdsförslagen efter sommaren 2017.

Åtgärdsförslagen inkluderade:

- **Åtgärder för att säkerställa utökad PMI-kapacitet:** utökad utbildning, inhyrning av PMI-personal.
- **Alternativa arbetssätt vid PMI-brist:** yngre läkare som assisterar på operationssal istället för operationssjuksköterska.
- **Användande av extern kapacitet i Stockholms läns landsting:** arbete med vårdval och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF), prehospital styrning av akutflöden, extern upphandling av PMI-kapacitet hos andra vårdgivare (första avtalsstart i augusti, med fokus på benign verksamhet).
- **Åtgärder för att optimera resursanvändandet:** sjukhusövergripande nivåstrukturering, optimering av operationsplanering inklusive balansering av vårdplats- och PMI-resurser, effektivt salsnyttjande, förbättrat teamarbete.

- **Tydligare separation av vårdflöden:** akut/elektivt, medicinsk/kirurgisk.
- **Utökad central roll** i sjukhusövergripande beslut kring prioritering av resurser. I en tidigare version av presentationsmaterialet föreslogs specifikt en utökad sådan roll för produktionsdirektören, men denna formulering ströks i den slutliga versionen (efter diskussion med produktionsdirektören) och presenterades inte för VR.
- **Risk- och konsekvensanalys** av chefläkare med fokus på patientsäkerhet i relation till flyttar och införande av ny verksamhetsmodell.

Förslaget om att vända sig till övriga sjukhus och HSF för hjälp med extern kapacitet beskrivs ha diskuterats (med avseende på den generella kösituationen, inte relaterat till situationen på Gastrocentrum), men beslutats kunna vänta till det kommande året.

4.3 Ansträngningar hantera plötslig kapacitetsbrist på ÖAK-operation Uppsägningar PMI Huddinge

Bemanningsituationen på PMI i Huddinge var redan sedan tidigare ansträngd; ansvariga beskriver hur man under en tid sträckt sig för att lyckas hålla hög produktion trots för få medarbetare. I slutet av april blev det tydligt att uppsägningar från ett antal operationssjuksköterskor med specifik kompetens skulle skapa kapacitetsproblem för den övre bukkirurgin vid Gastrocentrum i Huddinge, framför allt under semesterperioderna.

Totalt slutade nio operationssjuksköterskor i Huddinge under perioden februari – augusti 2017; fem av dessa med kompetens för övre bukkirurgi. (Med en antagen uppsägningstid om tre månader bör två av dessa fem uppsägningar kommit i mars, en i april, och två i maj.) I juni anställdes en operationssjuksköterska med kompetens för övre bukkirurgi. I september slutade ytterligare två personer med denna kompetens. Under våren fanns 22 anställda operationssjuksköterskor med kompetens för övre bukkirurgi; i juli fanns 19, i augusti 18 och under september till december 16. Dessa operationssjuksköterskor täckte förutom tumörkirurgin vid Gastrocentrum även levertransplantationsverksamheten och akutlagen (de operationslag som står redo för att göra akuta operationer). Avhoppen skulle få särskilt stor påverkan under sommarveckorna då semestrar gör bemanningssituationen ansträngd (när både operationer dagtid, akutlag dygnet runt, och beredskap för eventuella transplantationer ska täckas med en reducerad personalstyrka).

När kapacitetsbristen identifierades skulle leverantörsöverenskommelsen inför sommaren redan ha varit klar, och semestrar var planerade och beviljade både hos PMI och teman. I slutet av april informerade PMI teman om den uppkomna kapacitetsbristen. Initialt presenterades att Gastrocentrum inte skulle kunna få några salsdagar alls för tumörkirurgin under tre veckor (mot nio salsdagar per vecka vanliga somrar).

Ansträngningar för att lösa kapacitetsbristen

Ett intensivt arbete beskrivs med dialog och möten mellan PMI och Tema Cancer på flera nivåer, och till viss del även Tema TRM, för att försöka åtgärda eller motverka effekterna av kapacitetsbristen. Den största delen av dialogen fördes mellan verksamhetsnära chefer, men även den operativa chefen från Tema Cancer var involverad (i stor utsträckning) liksom den operativa chefen från PMI (i något mindre utsträckning).

Situationen inför sommaren var utmanande även för andra cancerflöden, och arbetet med att lösa kapacitetsbristen inkluderade även dessa. Initialt hade Tema TRM fått en större kapacitetstilldelning i förhållande till sitt äskade behov jämfört med Tema Cancer, med hänvisning till ett beslut som tagits

under vintern att prioritera TRM:s arbete med att korta sina väntetider som var otillfredsställande. Denna prioritering omprövades senare och Tema Cancer fick ytterligare kapacitet. Detta rörde dock inte Gastrocentrum, eftersom det inte handlade om den väldigt specifika kompetens som de behövde. Efter en överenskommelse med TRM om omprioritering av kapacitet den 9:e juni så beskriver den operativa chefen för Tema Cancer i ett email att läget inför sommaren är något bättre för många verksamheter (dock inte Gastrocentrum), och skriver att "Med denna lösning så kommer vi fortfarande att ha köställd cancer efter sommaren men det är svårt läge för oss alla".

Mot bakgrund av kapacitetsutmaningarna beslutades att under sommaren 2017 operera endast akuta åkommor och cancer och dra ned all benign elektiv kirurgi. Detta hade gjorts i viss utsträckning även tidigare somrar men beskrivs ha varit skarpare formulerat denna sommar. Temacheferna hade en vecka var under sommaren ansvar för situationen på sjukhuset och beskrivs då ha ansvarat för att säkerställa att akuta operationer och cancer prioriterades: "inga benigna patienter får slinka emellan".

Efter åtgärder (dessa beskrivs nedan) utökades Gastrocentrums tilldelade operationskapacitet till fyra salsdagar per vecka under de tre aktuella veckorna (fortfarande totalt 15 färre salsdagar än en vanlig sommar).

Allt eftersom sommaren närmade sig beskrivs från Gastrocentrum hur det blev allt mer uppenbart att man inte skulle kunna erbjuda operation inom 30 dagar under sommaren. De patienter som opererades i juni hade väntat mindre än 30 dagar, men för patienter som operationsplanerades under juni fanns inga operationstider förrän i augusti, betydligt mer än 30 dagars väntan. Ett stort engagemang beskrivs från Gastrocentrum. En person nämner till exempel att kirurger grät i förtvivlan över att inte kunna erbjuda operation inom rimlig tid. Samtliga intervjuade från Tema Cancer beskriver sig ha haft insikt i situationens allvar, även om en person lyfter fram det faktum situationen ändå förbättrats gentemot utgångsläget.

Samtidigt beskriver flera personer från PMI oberoende av varandra att man inte förstod att situationen även efter de genomförda åtgärderna var så dålig som den senare visade sig och att patienter skulle tvingas vänta så pass länge på operation. Ansvarig funktionsområdeschef beskriver att han upplever att det fanns ett samförstånd kring att man efter gemensamma ansträngningar under maj och juni hade gjort det som var möjligt och att situationen förbättrats och var om inte ideal så i alla fall acceptabel. Vidare beskriver han att han uppfattat att de larmsignaler som kom från Gastrocentrum och Tema Cancers operativa chef framför allt kom tidigare under våren och att oron i slutet av juni framför allt gällde hösten. Operativ chef och funktionschef ger en liknande bild. Från Tema Cancer och Gastrocentrum beskrivs att man inte kan förstå att PMI inte skulle ha uppfattat situationens allvar.

Ett antal åtgärder övervägdes

Ett antal möjliga åtgärder diskuterades och genomfördes för att hantera situationen:

Prioritering inom Gastrocentrum: Prioritering av canceroperationer och köställning av övrig kirurgi (premaligna förändringar och pankreatiter). Detta genomfördes inför sommaren (trots tidigare beslut att väntetiden måste kortas för premaligna förändringar), men hade begränsad effekt eftersom canceroperationer utgör den absoluta majoriteten av enhetens operationer.

Omfördelning av PMI-kapacitet: Prioritering av tillgängliga operationsresurser mellan teman och inom Tema Cancer för att ge Gastrocentrum all personal med erforderlig kompetens som fanns att tillgå. Flera intervjuade personer menar att detta gjordes så långt det var möjligt och att samtliga

operationssjuksköterskor med nödvändig kompetens avsattes till dessa operationer. Några personer nära verksamheten är dock av uppfattningen att det skulle ha varit möjligt att prioritera om ytterligare. Erforderlig kompetens fanns i akutlagen. En eventuell möjlighet beskrivs att som en nödlösning göra tumörkirurgi med kompetens från ett av dessa lag genom att låta vissa akuta patienter vänta något längre samt göra enklare akuta ingrepp nattetid: "Akutlagen hade kunnat prioritera om. Vi har många icke-avancerade ingrepp som hade kunnat gå nattetid". Under sommaren fanns dock endast två akutlag istället för vanliga tre, och det beskrivs därför ha varit långt ifrån optimalt att låsa ett av lagen i långa canceroperationer och endast lämna ett lag tillgängligt för akuta operationer inklusive akuta kejsarsnitt. Det beskrivs också eventuellt ha varit möjligt att förstärka akutlagen med operationssjuksköterskor med urologisk kompetens (som räcker för akutkirurgin, men inte för den aktuella tumörkirurgin) och därmed frigöra operationssjuksköterskor med kompetens för tumörkirurgin utan att binda upp ett akutlag. Även här beskrivs begränsande faktorer: Urologkliniken hade också kapacitetsbrist och utförde också framför allt tumörkirurgi⁹ och behövde därför sin personal. En person nämner att det kanske skulle ha varit lättare att skicka viss urologisk cancer än cancer i övre buken till andra sjukhus (i tillägg till benigna urologiska ingrepp, som redan skickades). Möjligheterna att använda ett akutlag diskuterades under våren, men verkar inte ha genomförts under sommaren: "[Jag eller mina kollegor] fick inte ett enda samtal under hela sommaren om att det skulle gå någon [cancer-]patient på akutlagen".

Maximalt nyttjande av tillgängliga operationsresurser: Ansträngningar för att flytta semestrar och ta extrapass. När kapacitetsbristen uppdagades var semestrar redan beviljade. Incitament erbjöds på sjukhusnivå för att flytta semesterveckor eller ta extrapass. För att avstå semester erbjöds 5 000 kr i extraersättning för en vecka, 12 000 kr för två veckor, 19 000 kr för tre veckor och en månadslön för fyra veckor. För extrapass erbjöds på sjukhusnivå en extraersättning på 600 kr per dagpass och 800 kr per helg-/nattpass. Möjligheten att dra tillbaka beviljade semestrar bedömdes medföra en mycket stor risk för ytterligare uppsägningar och därmed en förvärrad situation.

Rekrytering/inhyrning av operationssjuksköterskor: Möjligheten att rekrytera eller hyra in operationssjuksköterskor med den nödvändiga specialkompetensen undersöktes men gav inga resultat. Möjligheten att locka de operationssjuksköterskor som sagt upp sig att komma tillbaka eller stanna diskuterades intensivt och den operativa chefen för Tema Cancer var pådrivande i att begära ut namnen på dessa medarbetare för att själv kontakta dem eller deras nya chef och undersöka möjligheter att t.ex. hyra tillbaka dem över sommaren. Funktionsområdeschefen för den aktuella PMI-verksamheten gjorde bedömningen, och vidhåller denna, att det ej var en framkomlig väg utan skulle ha medfört en mycket stor risk för ytterligare uppsägningar och på sikt ett sämre läge samt varit emot landstingets regler. De som gick till ett annat sjukhus hade skrivit på nya anställningskontrakt, och Stockholms läns landstings regler beskrivs säga att ett sjukhus inte får erbjuda högre lön inom 12 mån för att ta tillbaka personal, för att förhindra lönekonkurrens mellan de landstingsdrivna sjukhusen. Den ansvariga chefen beskriver ett hårt tryck från HSF att följa detta.

Lönejusteringar för att behålla nyckelpersonal: Funktionsområdeschef och funktionschef beskriver också en diskussion kring att riktat höja lönerna för de som hotade att sluta och att man valde att inte göra det p.g.a. risk för spridningseffekter med fler uppsägningar och ännu större patientkonsekvenser som följd: "Gör vi på det här sättet så kommer verksamheten att implodera". Flera personer betonar att det inte rörde sig om en ekonomisk fråga, utan var ett strategiskt ställningstagande baserat på vad man trodde skulle ge störst patientnytta. Istället ville man införa en så kallad kompetensmodell med trappsteg med tydligare koppling mellan kompetens och lön med

⁹ Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

delsyfte att kunna ge bättre lön för och därmed behålla spetskompetens. Det diskuterades att sätta modellen före sommaren, men man hann inte. Dock informerades om att den var på väg.

Så kallad "task shifting": Möjligheten att som en nödlösning använda yngre läkare istället för operationssjuksköterskor för att instrumentera (assistera) vid ingrepp diskuterades och presenterades i VR som ett av "Task Force"-gruppens förslag (då dock som ett svar på sjukhusets generella köutmaning snarare än i kontexten av den akuta krissituation som var under uppsegling på Gastrocentrum). Ingen beskriver ett aktivt beslut att inte göra detta men det genomfördes aldrig vid Gastrocentrum; eventuellt prövades det i något annat patientflöde. Flera personer lyfter en rädsla för att orsaka missnöje hos och därmed ytterligare avhopp från operationssjuksköterskor som en bidragande orsak till varför det inte gjordes. Den person utredaren talat med som är mest insatt i operationssjuksköterskornas faktiska uppgifter under de aktuella tumöroperationerna menar dock att det är uteslutet att läkare utan tidigare erfarenhet av dessa arbetsuppgifter skulle ha kunnat instrumentera vid dessa stora operationer utan att utsätta patienterna för risker.

Förfrågan till andra sjukhus: Samtliga landets universitetssjukhus som genomför denna typ av ingrepp kontaktades under maj-juni med förfrågan om de skulle kunna ta emot patienter från Karolinska (undantaget Umeå som redan hade kontaktat Karolinska med motsvarande fråga). Ingen hade möjlighet att hjälpa; alla hade själva varierande grad av kapacitetsbrist. I mitten av juni diskuterades frågan också vid ett möte mellan Regionala Cancercentrum (RCC) med besked att ingen kunde ta emot. Möjligheten att skicka cancerpatienter till andra sjukhus inom landstinget diskuterades redan i slutet av april, men avfärdades eftersom kompetens och vårdkedjor för dessa ingrepp inte bedömdes finnas vid dessa sjukhus.

Remittering utomlands: Att skicka patienter utomlands övervägdes (Heidelberg och Leuven diskuterades) men beslutades aldrig. Kostnaden för att skicka patienter undersöktes och befanns ligga ungefär tio gånger så högt som kostnaden för operation vid Karolinska. Verksamhetschefen för Gastrocentrum beskriver att han frågat temaledningen om möjligheten att skicka utomlands utan att få något svar. Temachefen beskriver att han fått information från verksamhetschefen att det inte var en bra idé trots allt, på grund av tidigare dålig erfarenhet av liknande remittering. Utredaren har inte kunnat finna något aktivt beslut att inte göra detta eller resonemang om att kostnaderna skulle ha varit för höga.

Kommunikationen mellan PMI och Tema Cancer beskrivs ibland ha försvårats av olika arbetssätt och olika sätt att beskriva kapacitet och behov. Vid flera tillfällen fanns oenigheter mellan de två organisationerna kring siffror över begärd respektive levererad kapacitet. Även olika syn på i vilken utsträckning vårdplatsbrist begränsade möjligheterna att fullt ut använda den äskade operationskapaciteten beskrivs. Oenighet beskrivs vidare kring vilka åtgärder som var möjliga och önskvärda att genomföra för att förbättra situationen inför sommaren, speciellt vad gällde möjligheterna att hyra/rekrytera tillbaka personal som sagt upp sig. Tema Cancer förespråkade att göra allt som innebar minsta möjlighet att lösa den akuta situationen oavsett konsekvenser på sikt, medan PMI ville ta större hänsyn till konsekvenser i form av risk för ytterligare uppsägningar och därmed ännu större patientrisk på sikt.

4.4 Erbjudande om hjälp från Danderyds sjukhus

I slutet av juni inkom ett email med ett erbjudande från kirurg- och urologkliniken vid Danderyds sjukhus att operera några patienter med cancer under sommaren för att hjälpa till med de långa väntetiderna. Utredarens förståelse är att dialogen fördes uteslutande via email (där utredaren tagit del av mailslingor från båda håll); ingen dialog beskrivs ha förts per telefon. Dialogen har förts mellan verksamhetschefer och kirurger, utan inblandning från sjukhusledningen på endera sidan.

Det första emaillet kom den 21:a juni och var ställt till tre olika chefer på Gastrocentrum från sektionschefen för Övre GI-sektionen vid Danderyds sjukhus. Avsändaren beskrev oro för långa väntetider för cancerkirurgi vid Gastrocentrum och exemplifierade med en patient som diskuterats på multidisciplinär konferens i början av juni och erbjudits operationstid först i augusti. Avsändaren erbjöd möjligheten att göra (med medföljande kirurg från Karolinska om detta önskas) vissa ingrepp vid Danderyds sjukhus och föreslog specifikt laparoskopiska svansresektioner av pancreas på premaligna tumörer, ventrikelingrepp samt mindre leverresektioner.

En av de tre cheferna, patientflödesansvarig för matstrupe och magsäck (MM) samt samordnande chef för de tre flödena MM, pancreascancer, och levertumörer vid Karolinska, svarade nästa dag. Situationen med alltför lång väntan bejakades, men en förhoppning om förbättring efter åtgärder fördes fram. Uppfattningen att decentraliserad högspecialiserad kirurgi är sämre för patienterna fördes fram tillsammans med ett förslag att det Danderyd istället skulle kunna göra för att hjälpa till var att avlasta Karolinska vad gäller akut kirurgi (för att frigöra kapacitet för tumörkirurgi).

Fem dagar senare (27:e juni, efter Midsommarhelgen) svarade sektionschefen från Danderyds sjukhus. Han lyfte fram att Danderyd redan sedan tidigare gör ett antal saker som kan beskrivas som att avlasta gällande akutkirurgi och nämnde att Danderyd vid ett flertal tillfällen genom åren, framför allt sommartid, har tagit över patienter från akutmottagningen vid Huddinge för operation. Den underförstådda frågan om avlastning vad gäller akutflöden denna sommar besvarades inte direkt, vare sig positivt eller negativt, men inget specifikt erbjudande gavs om sådan hjälp.

Svar från Karolinska kom nästa dag (28:e juni), nu från biträdande verksamhetschef för Gastrocentrum, som tackade för erbjuden hjälp, meddelade att man kommer att undersöka möjligheten att skicka utvalda patienter med medföljande kirurg, och frågade hur många patienter Danderyd hade möjlighet att ta emot.

Svar från Danderyd kom sex dagar senare (4:e juli), fördröjt p.g.a. att sektionschefen hade semester. Det meddelades att man har möjlighet att ta emot en patient v 29 (slutet av juli), från v 31 och framåt en till två patienter per vecka, och från v 34 eventuellt ytterligare patienter.

Svar från Karolinska kom den 7:e juli, med förslag att höras under augusti för vidare planering.

De tre intervjuade kirurgerna från Danderyds sjukhus menar att Danderyd hade kompetens och vårdkedja för att utföra de operationer man erbjudit, särskilt om Karolinska skickat med en operatör för att säkerställa spetskompetens. De beskriver att de hade ett litet intag av elektiva benigna patienter under sommaren, och att de ville skjuta på dessa till förmån för cancerpatienter. Att skjuta på dessa patienter för att ta emot ett utökat akutflöde tyckte man däremot inte var motiverat, och erbjöd sig därför inte att göra detta. Vid direkt fråga om det inte skulle ha kunnat vara i linje med medicinsk prioritering att ta emot akutpatienter för att frigöra kapacitet på Karolinska för högspecialiserad cancerkirurgi säger en av kirurgerna att det kanske skulle ha kunnat vara det, och att diskussionen kanske hade kunnat landa annorlunda om den fördjupats i ett möte eller per telefon.

De intervjuade kirurgerna på Karolinska menar att kompetens och vårdkedja för pancreas- och leverkirurgi (som inte gjorts på Danderyd sedan 2005) inte fanns, och att riskerna därför var för stora och att det trots allt var mindre riskfyllt för patienterna att vänta på operation; "om det hade varit min bror så skulle jag ha rekommenderat honom att vänta". Vad gäller ventrikeltumörer (som opererats på Danderyd fram till slutet av 2016) beskrivs att man bedömde att dessa operationer kunde göras på Danderyd, och att detta kommunicerades till berörda kirurger på Karolinska med uppmaning att göra övervägandet i varje enskilt fall. Möjligheten till operation på Danderyd

diskuterades på multidisciplinära konferenser för de ventrikelcancerfall som var uppe under sommaren. Totalt beskrivs nio fall ha diskuterats under sommaren, varav två skickades och sju opererades på Karolinska (de flesta av dessa efter den kritiska sommarperioden). Totalt opererades två patienter på Danderyd som annars skulle ha opererats på Gastrocentrum.

De 12 patientfall som granskades på grund av att oväntad tumörtillväxt konstaterats vid operation gällde fyra levertumörer och åtta pancreastumörer. Av de tre patientfall där Lex Maria-anmälan gjordes gällde två pancreascancer och en levercancer.

4.5 Utmaningarna eskalerades men nådde inte ändå upp

Kartläggning av hur situationen eskalerades visar en intensiv aktivitet och kommunikation hos chefer vid Gastrocentrum och den operativa chefen på Tema Cancer. Dessa kommunicerade tydligt kring risken för förödande följder, med beskrivningar som "flera av dessa cancrar kommer att bli inoperabla under tiden och flyttas över till palliativ vård", och att 60 patienter med cancer i övre buken inte skulle få operation inom acceptabel tid (båda från emailkonversation den 17:e maj). Den operativa chefen för Tema Cancer eskalerade tidigt situationen till temachefen för Tema Cancer, funktionschefen för PMI och produktionsdirektören. T.ex. beskrevs i slutet av maj i ett PM från den operativa chefen till temachefen för Tema Cancer att nästa lediga operationstid låg ungefär två månader bort, snarare än de 30 dagar som ses om målsättningen. Omkring Midsommar släppte den operativa chefen frågan efter att ha fått besked från sin temachef att denne skulle kalla till ett möte med PMI och ta fram en handlingsplan.

Temachefen för Tema Cancer beskriver att han under våren arbetade med frågan i nära samarbete med sin operativa chef och i dialog med PMI. Efter Midsommar tog han åter upp frågan med funktionschefen för PMI för att ta fram en handlingsplan. Denne tyckte då att frågan bäst hanterades på verksamhetsnära chefsnivå, att en god dialog fanns mellan verksamhetschefen för Gastrocentrum och aktuell funktionsområdeschef på PMI och att det inte fanns något att vinna på att lyfta upp frågan högre i linjen.

Produktionsdirektören informerades i möte den 26:e april när kapacitetsbristen först hade identifierats. Han fick sedan information om situationens utveckling och potentiella konsekvenser via mailkorrespondens från den operativa chefen vid Tema Cancer i mitten av maj. Han kallade då till ett möte med de operativa cheferna för Tema Cancer och PMI för att diskutera situationen, där också en chefsläkare deltog. I slutet av maj uppfattade han att han (och sjukhusdirektören) fått besked av temachefen för Tema Cancer och funktionschefen för PMI, som är de högst ansvariga i linjen, att de hanterade situationen, och undersökte då inte situationen vidare. I mitten av juni fick produktionsdirektören en fråga från HSF om situationen vid Gastrocentrum, då de hört att patienter fått vänta för länge. Han förhörde sig då med temachefen för Tema Cancer om läget och återkopplade sedan till HSF per telefon. Produktionsdirektörens minnesbild är att han sa att verksamheten hade genomfört ett antal åtgärder och att man hade förhoppningar om att de skulle ha effekt. Personen på HSF upplever sig ha fått lugnande besked om att situationen var under kontroll. Några dagar efter detta, precis före Midsommar, fick produktionsdirektören ännu ett email från den operativa chefen för Tema Cancer som åter flaggade för att läget inte var under kontroll utan snarast försämrat. Åter fick han, och sjukhusdirektören, dock lugnande besked från temachefen för Tema Cancer och funktionschefen för PMI. Sammantaget upplever produktionsdirektören att han informerats om utmaningen men fått försäkringar av de ytterst ansvariga att de hanterade situationen och att det därför inte funnits anledning eller mandat för honom att vidta några åtgärder.

Chefläkarorganisationen var inte involverad i den operativa planeringen inför sommaren eller i de initiala ansträngningarna att hantera den uppkomna kapacitetsbristen. Detta beskrivs vara i linje med

den inriktning på chefläkarnas arbete som beslutats av sjukhusledningen; operativa frågor ska så långt det är möjligt drivas i linjen, och chefläkarorganisationen ska inte vara involverad i det dagliga operativa kapacitetsplaneringsarbetet. En av chefläkarna fick information om situationen den 23:e maj när en av cheferna på Tema Cancer flaggade för riskfyllda väntetider till operation och ville diskutera möjligheten till dialog med IVO. Chefläkaren deltog i ett möte med produktionsdirektören och de operativa cheferna från Tema Cancer och PMI för att diskutera situationen. Chefläkaren beskriver sig ha säkerställt att information om kapacitetsutmaningen kom till sjukhusdirektörens kännedom genom sin chef kvalitets- och patientsäkerhetsdirektören och beskriver att chefläkarorganisationen sedan trädde tillbaka när de uppfattade att temachefen för Tema Cancer och funktionschefen för PMI bekräftade att de hanterade situationen.

Sjukhusdirektören beskriver att han under maj informerades om den utmanande kapacitetssituationen och den 24:e maj och den 16:e juni efterfrågade en handlingsplan från ansvariga chefer. Vid båda dessa tillfällen fick han besked från temachefen för Tema Cancer och funktionschefen för PMI att de hanterade situationen. Situationen lyftes aldrig med flaggan "det här kan vi inte lösa och vi behöver extern hjälp". Båda dessa chefer bekräftar att de informerat sjukhusdirektören om att de hanterade situationen och detta stöds också av sms-konversationer som utredaren tagit del av.

Temachefen för Tema Cancer beskriver sig inte ha sett någon tydlig anledning att vända sig till sjukhusdirektören och flagga situationen som olöslig. Dels menar han att man kanske ändå hade vissa förhoppningar om att det inte skulle bli lika illa som det värsta scenario som beskrevs; situationen var alltid ansträngd inför sommaren och det brukade alltid lösa sig. Vidare uppfattade han att ansvaret att lösa situationen var hans och funktionschefen för PMI:s och att de skulle få uppgiften tillbaka att lösa själva om de lyfte den till sjukhusdirektören. I tillägg såg han inga konkreta möjligheter för sjukhusdirektören att lösa situationen. Erfarenheten var att det brukade vara svårt att styra om akutflöden, och tanken att det skulle vara möjligt att få hjälp från HSF beskrivs inte ha funnits. Dessutom var det vanliga att kontakter med andra sjukhus kring samarbetsfrågor togs på verksamhetsnivå, och tanken att göra detta på direktörsnivå aktualiserades därför inte.

Funktionschefen för PMI beskriver att han uppfattade att situationen hanterades på verksamhetsnära chefsnivå, att den förbättrats efter de åtgärder som vidtagits, att man gjort det som gick att göra, och att situationen inför sommaren därför var om än långt ifrån ideal så ändå acceptabel. Han såg därför ingen anledning att flagga för en olöslig situation i behov av sjukhusdirektörens åtgärder.

Situationen verkar inte ha diskuterats i VR eller KLR och nämns inte i något av protokollen från våren. I möten i april och maj nämns utmaningar vad gäller kompetensförsörjning av operationssjukköterskor och kapacitetssituationen för sommaren för Tema Cancer i generella ordalag, men ej specifikt med fokus på den övre bukkirurgin. I slutet av maj noteras "överlag god tilltro till [sommar-]planerna", och i början av juni nämns "diskussion kring samprioritering av patienter, och [kvalitet- och patientsäkerhetsdirektör] och [produktionsdirektör] står fortsatt nära temachefer som ansvarar för tillgängligheten". Flera personer i VR (samtliga deltar också i KLR) har intervjuats, och samtliga bekräftar att situationen på Gastrocentrum ej lyftes med beskrivning av de möjliga konsekvenserna. En person säger "Vi fick info om att det var tufft, men inte i denna utsträckning". I KLR beskrivs sommaren i mitten av augusti i överlag positiva ordalag: "inga patientsäkerhetsincidenter till dags dato".

Styrelsen var ej informerad om problemet. Styrelseordföranden beskriver att sjukhuset i mars var relativt positiva inför sommaren. I maj var inställningen ungefär som den brukar: utmanade, men

inget som tydde på att någon skulle komma att lida medicinsk skada. Inte heller vid styrelsemötet i juni nämndes situationen.

Inte heller HSF var informerade om situationens fulla allvar. I reguljära uppföljningsmöten mellan HSF och produktionsdirektören den 31:a maj och den 12:e juni togs den bekymmersamma situationen inför sommaren vid Gastrocentrum inte upp. Produktionsdirektören beskriver att diskussionerna till största delen handlade om en annan mycket bekymmersam situation: långa väntetider till operation för barn. Könsiffror presenterades som visade en något försämrad övergripande situation vad gäller väntetid till operation, och ett ökande (om än lågt) antal cancerpatienter som väntat >30 dagar. Den 31:a maj fanns i Huddinge 11 patienter med cancer som väntat mer än 30 dagar av totalt 74 patienter som väntade på canceroperation (ej endast cancer i övre buken). Den 12:e juni var motsvarande siffror 19 respektive 83. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen fick i mitten av juni information från två håll (Regionala Cancercentrum i samverkan och en medlem av Specialitetsrådet Kirurgi som är en del av Stockholms Medicinska Råd, SMR) om att det eventuellt var problem vid Gastrocentrum. HSF vände sig till produktionsdirektören den 16:e juni och förhörde sig om situationen, och fick efter några dagar lugnande besked (se ovan).

I en rapport kring tillgänglighetssituationen som skickades till landstingsdirektören den 27:e juni beskrevs att utvecklingen inom gastrokirurgi följdes noggrant och att särskilda åtgärder pågick för att säkra tillgängligheten. Tillgängligheten inom cancerkirurgi beskrevs överlag vara god.

Läkarföreningen beskriver sig ej ha känt till situationen förrän efter sommaren.

4.6 Långa väntetider

Under sommaren gjordes endast cancer- och akuta bukoperationer vid Gastrocentrum. Antalet canceroperationer redovisade i operationsplaneringsverktyget Orbit stämmer relativt väl med det redovisade antalet salsdagar. I genomsnitt gjordes åtta canceroperationer per vecka under vecka 26 - 28 (efter Midsommar), under vecka 29 - 31 (slutet av juli) endast fem operationer per vecka, och under vecka 32 - 34 (början av augusti) tio operationer per vecka. Vecka 35 (sista veckan i augusti) gjordes 15 canceroperationer. Endast två ventrikelcanceroperationer gjordes vid Karolinska i juli och ytterligare två i augusti (att jämföra med de två som skickades till Danderyds sjukhus).¹⁰

I augusti upplevde personalen fler fall än vanligt av så kallad "open-close", där man tvingas stänga buken utan att genomföra operationen p.g.a. tumörspridning. Även i vanliga fall förekommer detta; pancreastumörer är välkänt aggressiva och kirurgi är inte alltid möjlig. Upplevelsen var dock att det denna sommar hände oftare än annars.

Efter sommaren konstaterades att det för 12 patienter med cancer i pancreas och/eller lever setts en tumörväxt som medfört misstanke om att tumören vuxit under väntetiden. På initiativ från den avgående tf verksamhetschefen vid Gastrocentrum fördes en dialog med chefläkare kring Lex Maria-anmälan. Sex skrivna fall utvärderades, och tre Lex Maria-anmälningar skrevs där man bedömt att det ej gått att utesluta att en vårdskada skett.

Vid jämförelse med 2016 ses betydligt längre väntetider till tumörkirurgi för pancreas, esofagus, ventrikel och lever i juli, augusti och september 2017. Mediantiden från operationsbeslut till operation för de som opererades i juli var 40 dagar 2017 jämfört med 27 dagar 2016. I augusti var motsvarande siffror 41 dagar jämfört med 34 dagar, och i september 31,5 dagar jämfört med 26

¹⁰ Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

dagar. Under juli, augusti och september 2017 var det totalt ca 60 patienter som hade mer än 30 dagars väntan vid operation.¹¹

4.7 Förändringar efter sommaren

I slutet av juli uppmärksammades de långa väntetiderna centralt genom en medicinsk rådgivare som var tf produktionsdirektör v29-31 under ordinarie produktionsdirektörs semester. Situationen beskrivs då ha varit att närmaste lediga operationstid var mer än 70 dagar bort. Tf produktionsdirektör sammankallade då berörda personer från Gastrocentrum och PMI som fanns i tjänst samt den ännu ej tillträdde biträdande sjukhusdirektören och operativa direktören (som skulle tillträda sin tjänst den 1:a september) för att ta fram en åtgärdsplan. Detta beskrivs ha lett till en rad åtgärder under augusti och framåt. Ett av akutlagen (de var nu tre, efter sommarneddragningarnas slut) beskrivs ha delvis avsatts till denna kirurgi. Dessutom beskrivs operationssjuksköterskor ha flyttats från urologisk kirurgi till övre bukkirurgi. I tillägg fredades vårdplatser för detta patientflöde, och kunde ej beläggas med akutpatienter, vilket förhindrade strykningar på grund av platsbrist. Dessa åtgärder i kombination med att semesterperioden var över beskrivs ha bidragit till att kön relativt snabbt kunde opereras av och väntetiderna minskas. Den sista veckan i augusti gjordes 15 canceroperationer.¹²

Även på längre sikt beskrivs ett antal förändringar ha gjorts och flera intervjuade personer reflekterar över markant annorlunda arbetssätt sedan hösten; ”[jag] förstår inte varför vi inte arbetade som vi gjorde under hösten tidigare”.

Ökat centralt stöd: Det centrala stödet till verksamheterna, särskilt vad gäller prioriteringar av t.ex. operationsresurser tvärs teman, beskrivs ha ökat. Den nya biträdande sjukhusdirektören och operativa direktören har tagit en roll som i större utsträckning än tidigare innebär att aktivt intervensera i prioriteringar mellan och inom teman.

Skärpt uppföljning av väntetider: Den centrala uppföljningen av väntetider till canceroperationer beskrivs ha skärpts på flera sätt. Rutiner vad gäller registrering i Orbit har förtydligats, både vad gäller krav på skyndsamt registrering när operationsbeslut är taget och vad gäller krav på att registrera preliminär cancerdiagnos (för att kunna identifiera canceroperationer). Central uppföljning gjordes under hösten 2017 varannan vecka och beskrivs nu göras varje vecka inklusive en kvalitativ journalgranskning för individer som har väntat eller riskerar att vänta mer än 30 dagar för att förstå huruvida det finns en medicinsk förklaring till väntan. I tillägg beskrivs arbete med veckovis återkoppling kring vänteläget från den centrala staben till respektive verksamhet. Uppföljningen beskrivs också till viss del ha blivit mer framåtblickande genom beskrivning av hur många patienter som fått ett operationsdatum som ligger mer än 30 dagar efter operationsbeslut.

Tydligare prioritering av canceroperationer: Inriktningsbeslut beskrivs ha tagits kring en ännu tydligare prioritering av canceroperationer; ingen canceroperation får strykas p.g.a. stort akutinflöde eller vårdplatsbrist, och vid jul-/nyår och sommarsemestrar stängs (under den ansträngda kapacitetssituation som föreligger i år) all planerad icke-imperativ kirurgi till förmån för cancer. Båda dessa principer har även tidigare funnits, men uttryckts mer som önskemål än som absoluta regler (t.ex. ströks i genomsnitt tio canceringrepp per månad av verksamhetsorsakade skäl under mars till augusti 2017; endast ett fåtal av dessa rörde dock de patientflöden som diskuteras här¹³). En person

¹¹ Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

¹² Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

¹³ Orbit. Karolinska Universitetssjukhuset.

beskriver inför sommaren 2018 att "i sommar äger ingen sin operationsresurs"; alla resurser är föremål för omprioritering vid behov.

Dialog med HSF: En mer proaktiv dialog beskrivs föras med Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och övriga aktörer inom Stockholms läns landsting kring möjligheter till samarbeten för att säkra tillgängligheten, under året och framför allt med fokus på sommaren.

5 Bedömningar

I detta kapitel beskrivs utredarens bedömningar av händelseförloppet och dess orsaker.

5.1 Brist på operationskapacitet gjorde det mycket utmanande att operera inom rimlig tid

Sammanfattande bedömning: Oförmågan att erbjuda operation inom rimlig tid berodde på en brist på operationssjuksköterskor med erforderlig kompetens, i sin tur beroende på flera samtidiga uppsägningar.

Även vanliga somrar med en salstilldelning på nio salsdagar per vecka under ca tio sommarveckor har det varit utmanande för Gastrocentrum att klara sjukhusets målsättning om mindre än 30 dagar mellan operationsbeslut och operation. Medianväntetiden var t.ex. i augusti 2016 34 dagar vilket innebär att mer än hälften av patienterna väntade mer än 30 dagar. Att hålla väntetiderna under 30 dagar med fyra salsdagar per vecka under tre veckor var därför mycket utmanande; 15 salsdagar saknades jämfört med en vanlig sommar.

Utredarens bedömning är att det i första hand var bristen på operationssjuksköterskor, snarare än bristen på bemannade vårdplatser, som var den begränsande faktorn. Vårdplatser var också ett bekymmer, som dock till viss del löstes inför sommaren. Vårdplatser är en mer flexibel resurs och lättare att ersätta en den mycket specifika kompetens som behövs vid dessa operationer. Det är möjligt (men inte säkert) att Gastrocentrum inte skulle ha klarat att fylla de nio salsdagar per vecka som fanns att tillgå en vanlig sommar, men vårdplatsskapacitet fanns för betydligt mer än de fyra salsdagar per vecka man fick under dessa veckor. Ansvaret för grundproblemet fanns alltså hos PMI; dock hade Tema Cancer ett ansvar för att givet PMI:s oförmåga att leverera operationskapacitet hitta alternativa sätt att ta hand om sina patienter.

5.2 Karolinskas kompetensförsörjningsarbete lyckades ej förhindra akut kapacitetsbrist

Sammanfattande bedömning: Den akuta bristen på operationssjuksköterskor med specifik kompetens var ett uttryck för sjukhusets, och landstingets, utmaningar vad gäller kompetensförsörjning. Sjukhuset har inte lyckats åstadkomma den flexibilitet eller redundans som skulle vara önskvärd för att minska känsligheten vad gäller specifik kompetens nödvändig för imperativa flöden och särskilt ensamutföraruppdrag. Sjukhusets och landstingets lönesättningsmodell samt arbetsmiljöfaktorer är sannolikt viktiga faktorer vad gäller att behålla personal.

Svårigheten att rekrytera och behålla sjuksköterskor i dygnet runt-vård i kombination med de sommarutmaningar som semesterlagstiftningen skapar var underliggande faktorer bakom den kapacitetsbrist som uppstod. En person säger: "Huvudproblemet är att vi inte lyckats lösa HR-frågan; den här konkreta frågan är ett symptom". Rekryteringssvårigheterna och den mycket höga personalomsättningen var inte i första hand ett PMI-fenomen eller ens ett Karolinska-fenomen utan ett problem på landstings- eller nationell nivå; PMI hade 2017 lägre personalomsättning än sjukhuset som helhet som i sin tur hade jämförbar personalomsättning med andra sjukhus i landstinget.

Den känslighet som följer av en ansträngd bemanningssituation blir dock särskilt stor när det som i detta fall gäller personal med särskild kompetens som är svår att ersätta. En av målsättningarna med att samla alla operations- och narkosresurser i samma organisation beskrivs ha varit att kunna öka flexibiliteten mellan olika typer av operationer. Detta beskrivs dock ännu inte ha realiserats i någon större utsträckning, och det beskrivs finnas ett motstånd mot ökad rotation. Framför allt beskrivs motståndet finnas hos operationssjuksköterskorna - "de vill vara spetsfokuserade och vill inte bredda sig" – men även hos kirurgerna – "de vill ha specialiserade operationssjuksköterskor". PMI:s tillkomst betydde att operationssköterskorna inte längre var knutna till ett visst team med kirurger. Denna omställning beskrivs av vissa ha försvårat rekrytering av operationssjuksköterskor.

Sjukhuset har (ännu) inte lyckats skapa den flexibilitet (eller redundans) som skulle krävas för att uppsägningar inte skall leda till akut kapacitetsbrist vilket inte är acceptabelt vid denna typ av imperativa ingrepp. Det faktum att fem uppsägningar med effekt i juli och augusti gav så långtgående konsekvenser i form av allvarliga patientsäkerhetsrisker belyser den känsliga bemanningssituation verksamheten befann sig i.

Denna känslighet blir ännu större när den rör verksamhet där sjukhuset har ett ensamutförarskap och de alternativa lösningarna därför är färre. Syftet med att koncentrera avancerade ingrepp till ett eller ett par centra per region eller nationellt är att öka volymer och därigenom specialisering och kvalitet. Nackdelar lyfts ibland fram i form av bl.a. kompetenstapp vid de andra sjukhusen. Utredningen har inte analyserat för- och nackdelar med nivåstrukturering och koncentrerat av avancerade ingrepp. De aktuella händelserna väcker dock frågan huruvida den känslighet för kapacitetsbrist som koncentrerat till ett centrum medför kan hanteras annorlunda, genom t.ex. större krav på redundans och reservlösningar. Det ter sig också rimligt att sjukhus som åtar sig ansvar för ensamutföraruppdrag, regionalt eller nationellt, också tar ansvar för att säkerställa tillräcklig kapacitet för uppdraget.

Sjukhuset har också utsatt sig för en risk genom att låta dessa operationssjuksköterskor med kompetens av yttersta vikt för ett av sjukhusets ensamutföraruppdrag ha lönenivåer som gjorde att de kunde få tillräckligt mycket mer på ett annat landstingsdrivet sjukhus för att lämna sina högspecialiserade arbetsuppgifter för vad som verkar ha varit mindre specialiserad verksamhet. De sjuksköterskor som gick till ett annat sjukhus beskrivs ha "halkat efter i lön". Fyra av fem beskrivs sedan dess ha återvänt till (klinisk verksamhet vid) Karolinska och då fått höjd lön i och med den nya kompetensstege som införts. En person nämner att det enda sättet att signifikant höja sin lön är att regelbundet byta arbetsgivare. En annan lyfter fram rigida regelverk kring lönesättning; "landstinget accepterar att vi lägger 1,5 gånger pengarna på inhyring men vi får inte lov att höja löner för att behålla personal". Sammantaget får utredaren intrycket att sjukhusets (och landstingets) lönesättningsmodell varit en bidragande orsak till att kapacitetsbristen uppstått.

Det är också viktigt att nämna att arbetsmiljöfaktorer inklusive tung arbetsbelastning lyfts som en utmaning för de sjuksköterskor som arbetar med denna svårt sjuka patientgrupp, både på vårdavdelningar och på operation. Detta kan vara en lika viktig eller viktigare faktor än lönenivåer att adressera för att främja kvarstannande.

5.3 Åtgärder hade effekt, men ytterligare möjligheter verkar eventuellt ha funnits

Interna åtgärder

Sammanfattande bedömning: Ett antal åtgärder vidtogs under våren för att lösa kapacitetsbristen och förbättra situationen, inklusive ersättning för extrapass och flyttad semester, och omfördelning för att tilldela Gastrocentrum all tillgänglig kompetens. Utredarens intryck är att två eller tre ytterligare åtgärder eventuellt hade kunnat förbättra situationen ytterligare. Det är möjligt att någon eller några av de sjuksköterskor som sagt upp sig kunde ha övertalats att stanna över sommaren eller lånats/hyrts tillbaka, med den akuta krissituationen som motivering för att motverka demoraliserande effekter i personalgruppen. Vidare är det möjligt att kompetens från akutlagen kunde ha frigjorts för att skapa ytterligare lite kapacitet för tumörkirurgin, antingen genom att förlägga enklare akuta operationer till natten eller genom förstärkning av akutlagen med operationssjuksköterskor med urologikompetens. Sjukhuset borde i större utsträckning än vad som gjordes ha utforskat möjligheten att genomföra dessa åtgärder.

Efter att kapacitetsbristen identifierats i slutet av april vidtogs ett antal åtgärder. Sammantaget får utredaren intrycket att de åtgärder som ter sig mest naturliga vidtogs och att de förbättrade situationen betydligt jämfört med utgångspunkten. En person beskriver att det krävde "stor ansträngning och frivilliga insatser för att ändå få till det så pass väl som man gjorde, med endast tre lågproduktionsveckor".

Flera av de intervjuade personerna verkar vara av uppfattningen att alla åtgärder som var möjliga genomfördes och att situationen var olösbar (vissa helt och hållet, andra inom sjukhusets väggar). Andra menar dock att det fanns ytterligare åtgärder som kunde ha förbättrat situationen och som diskuterades men inte genomfördes. Nedan diskuterar de åtgärder som genomfördes, delvis genomfördes eller diskuterades utan att genomföras.

Prioritering inom Gastrocentrum: Prioritering av canceroperationer och köställning av premaligna förändringar och pankreatiter gjordes fullt ut men gav begränsad effekt eftersom majoriteten av enhetens ingrepp rörde cancer.

Maximalt nyttjande av tillgängliga operationsresurser: Ansträngningar gjordes med stödjande ekonomiska incitament för att få medarbetare att flytta semestrar och ta extrapass. Beslutet att ej dra tillbaka beviljade sommarsemestrar ter sig förståeligt, särskilt mot bakgrund av att det redan var svårt att behålla medarbetare. Möjligen kan ersättningsnivåerna för extrapass och flyttade semesterveckor diskuteras. Det skulle kanske ha varit möjligt att få fler att flytta en semestervecka om ersättningen hade varit högre än 5 000 kr? Hade detta gått att motivera med en extraordinär krissituation med katastrofala patientsäkerhetsrisker för att undvika demoraliserade effekter?

Omfördelning av PMI-kapacitet: Omfördelning av operationskapacitet gjordes för att Gastrocentrum skulle få de resurser med erforderlig kompetens som fanns att tillgå. En person beskriver hur de "vecka till vecka [gjorde en] bedömning för att ge [Gastrocentrum] så mkt kapacitet som möjligt".

Utredaren får dock intrycket att det skulle kunna ha varit möjligt att prioritera om ytterligare, framför allt genom att använda kompetens från akutlagen, antingen genom att planera om akuta operationer (med stöd från andra sjukhus) eller möjligen genom att flytta operationssjuksköterskor med urologikompetens till akutlaget för att frigöra kompetens för tumörkirurgin utan att binda upp ett akutlag. Både akutlag och urologipersonal verkar ha använts efter sommaren för att beta av de köer som uppstått på Gastrocentrum. Detta innebär dock inte att det nödvändigtvis hade varit möjligt under sommarperiodens ansträngda bemanningssituation. Möjligheten att använda ett akutlag diskuterades före sommaren, men det gjordes vad utredaren kan förstå inte. Sammantaget ter det sig som att det kan ha funnits möjligheter att genom ytterligare prioritering och rockader frigöra ytterligare lite kapacitet, även om det skulle ha inneburit en långt ifrån optimal situation och skulle ha krävt svåra prioriteringar.

Utredaren har inte fått kännedom om några aktiva beslut (eller diskussioner om beslut) att *inte* ge Gastrocentrum alla tillgängliga resurser, utan den eventuella underlåtelsen att utforska de ytterligare möjligheter som kan ha funnits ter sig snarare ha berott på bristande kommunikation och initiativ.

Tillbakarekrytering/-inhyrning av operationssjuksköterskor: PMI:s bedömning att det inte var en framkomlig väg att försöka köpa/hyra tillbaka de operationssjuksköterskor som sagt upp sig ter sig på ett sätt förståeligt. Det skulle ha varit att gå emot landstingets riktlinjer för lönekonkurrens, och skulle sannolikt ha bidragit till missnöje hos övrig personal och eventuellt risk för fler uppsägningar. Å andra sidan så gick uppsägningstiden för flera av sjuksköterskorna ut först under sommaren. Kanske skulle det ha varit möjligt att förhandla med sjuksköterskorna och deras nya arbetsgivare (och kanske med dispens från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen gällande lönekonkurrens, med hänvisning till den akuta situationen) om en förlängd uppsägningstid med en månad eller två? Kanske ligger en avgörande punkt i vad som ses som en katastrofsituation respektive en "normal" sommarutmaning. Vid en akut katastrof, i stil med terrorattacken på Drottninggatan, är viljan att bidra och att sätta sina egna behov åt sidan mycket stor. Det är utredarens upplevelse att vårdpersonalens vilja att vara flexibla och sätta sina egna behov åt sidan även annars är mycket stor. Den aktuella situationens karaktär av återkommande sommarutmaning kan dock ha gjort att förståelsen för extraordinära åtgärder vad gäller t.ex. riktade lönejusteringar skulle ha varit mer begränsad.

Det är värt att betona att beslutet att inte försöka rekrytera/hyra tillbaka dessa sjuksköterskor inte verkar ha rört sig om en budget- eller kostnadsfråga, utan om ett strategiskt beslut grundat på en bedömning att det skulle ha lett till fler uppsägningar och på så sätt större patientsäkerhetsrisker på sikt.

Lönejusteringar för att behålla nyckelpersonal: På samma sätt ter det sig på ett sätt förståeligt att riktade lönehöjningar till personal som hotade att sluta i den akuta situationen inte sågs som görligt, utan bedömdes riskera att leda till fler uppsägningar och ännu större patientkonsekvenser som följd. Det faktum att personal med kritisk kompetens tilläts ligga för lågt i lön kan dock som beskrivits ovan ses som ett problem. Det är också rimligt att argumentera för att riktade lönehöjningar borde ha kunnat motiveras gentemot resten av gruppen ifall det verkligen var så att detta var personer som inte hade en lön som motsvarade deras kompetens. Det faktum att kompetensmodellen var på väg in borde ha underlättat snarare än försvårat detta. Situationen att finna sig tvungen att höja löner för att behålla viktig kompetens kan inte vara obekant för någon organisation och riskerna måste vägas mot följderna av tappad kompetens. Dessa blev i det här fallet blev betydande. En person lyfter det som ett problem att inte ha möjligheten att höja löner för att behålla kompetens; "Jag kan inte sätta lön. Centrala HR säger nej. Jag kan inte höja lön för att behålla nyckelpersonal". Det är dock svårt att recensera bedömningen att höjda löner skulle ha gjort mer skada än nytta.

"Task shifting": Möjligheten att med relativt kort planeringshorisont lära upp yngre läkare för att på ett patientsäkert sätt ersätta operationssjuksköterskor med specialkompetens för dessa avancerade ingrepp ter sig inte självklar, särskilt mot bakgrund av att det inte bedömdes patientsäkert att genomföra motsvarande ingrepp vid med medföljande kirurg från Karolinska vid Danderyds sjukhus. Det är möjligt att yngre läkare kan vara ett alternativ till operationssjuksköterskor vid enklare ingrepp, eller vid mer avancerade ingrepp efter utbildning, men detta kräver sannolikt längre framförhållning. Utredaren får därför inte intrycket av att "task shifting" i detta fall var en möjlig lösning på det akuta problemet.

Sammantaget får utredaren intrycket att det sannolikt kan ha funnits vissa möjligheter att skapa ytterligare lite operationskapacitet för den aktuella tumörkirurgin genom omprioritering. Dessa åtgärder skulle ha krävt svåra prioriteringar mellan olika patientgrupper och verksamheter, och hade sannolikt också krävt ett systematiskt samarbete på landstingsnivå. Sjukhuset borde dock i större utsträckning än vad som gjordes ha utforskat möjligheten att genomföra dessa åtgärder.

Försök till externa åtgärder

Sammanfattande bedömning: Karolinska var (i flera fall sedan ett antal år) enda utförare av den aktuella kirurgin i Stockholm läns landsting. Försök gjordes tidigt, utan resultat, att få hjälp från övriga fem sjukhus i landet som utförde dessa operationer. Möjligheten att göra vissa av dessa operationer på Danderyds sjukhus, ett erbjudande som kom i månadsskiftet juni-juli, antogs vad gäller magsäckscancer (och två patienter skickades) men inte pancreas och lever. För dessa tumörer bedömdes risken att bli opererad på ett sjukhus där dessa operationer inte gjorts på flera år vara större än risken med att vänta. Förfrågan till Danderyds sjukhus om att istället stötta med akuta bukoperationer, för att avlasta akutflödet i Huddinge och därmed frigöra kapacitet från akutlagen, gav inget resultat. Det är utredarens bedömning att ställningstaganden från båda håll grundade sig i omsorg om patienternas bästa, trots olika syn på nivåstrukturering och ensamutförarskap. Dialogen hade dock sannolikt tjänat på att föras per telefon istället för via email. Förfrågan om avlastning i akutflödena borde ha ställts proaktivt och tidigare under våren, till HSF och övriga sjukhus.

Försök gjordes tidigt att få hjälp från andra sjukhus. Förfrågan till övriga universitetssjukhus skickades under maj men gav inget resultat. Inga försök gjordes att få hjälp med dessa canceroperationer inom Stockholms läns landsting, vilket ter sig huvudsakligen adekvat mot bakgrund av att den absoluta

majoriteten av Gastrocentrums tumörkirurgi handlade om avancerad kirurgi där enheten sedan ett antal år hade ett ensamutföraruppdrag inom landstinget. Givet att bedömningen senare gjordes att ventrikelcancer i vissa fall patientsäkert kunde opereras vid Danderyds sjukhus hade det kanske varit önskvärt att i ett tidigare skede proaktivt be om hjälp för dessa operationer; kanske hade ytterligare några operationer då kunnat styras om för att frigöra ytterligare några operationstider på Karolinska.

Förslag att givet svårigheterna att hitta andra sjukhus som kunde utföra tumörkirurgin istället försöka frigöra intern kapacitet genom att få hjälp med eller dirigera om akuta flöden under de mest kritiska veckorna fördes fram under juni (och eventuellt tidigare). Detta skulle sannolikt ha krävt insatser från HSF, men frågan lyftes aldrig med dem eller med övriga sjukhus.

Erbjudandet om hjälp med vissa canceroperationer från Danderyds sjukhus kom runt Midsommar, och dialogen fördes uteslutande per email. Kirurgerna på Karolinska och Danderyd har olika uppfattning om huruvida den kirurgi som erbjöds skulle ha kunnat göras med fullgod patientsäkerhet på Danderyds sjukhus. Emedan det är svårt att ta ställning i denna fråga – skilda åsikter vad gäller olika aspekter av nivåstrukturering finns även bland experter – så är utredarens intryck att båda sidor menade väl. Kirurgerna på Danderyd ville hjälpa till och tyckte sig ha adekvat kompetens och vårdkedja för att göra dessa ingrepp, och kirurgerna på Karolinska var oroliga för patientsäkerheten och bedömde att det trots allt var mindre riskfyllt för patienterna att vänta. Det har förts fram att rivalitet skulle ha spelat in; utredaren har inte kunnat finna övertygande tecken på detta. Givet den förtvivlan över situationen och alla de ansträngningar att hitta lösningar som vi kunnat se hos kirurgerna på Karolinska så är det svårt att tro att de inte skulle ha nappat på ett erbjudande som de bedömde var i patienternas intresse, och de ger uttryck för en genuin oro för patientsäkerheten om dessa stora ingrepp skulle genomföras vid ett sjukhus som inte i vanliga fall gör dessa operationer. Kirurgerna på Danderyds sjukhus ger i sin tur uttryck för en vilja att hjälpa, och en förtvivlan över de långa väntetiderna för dessa svårt sjuka patienter.

Karolinskas förfrågan om att istället få hjälp med avlastning i akutflödet ter sig adekvat; detta hade kunnat frigöra kapacitet för tumörkirurgin och det är utredarens bedömning att det skulle ha varit en korrekt medicinsk prioritering att köställa Danderyds patienter med benigna åkommor till (indirekt) förmån för patienter med cancer. Kirurgerna från Danderyds sjukhus beskriver att det inte bedömdes relevant att köställa sina egna patienter för att ta Karolinskas akutpatienter men en av dem säger också att det är möjligt att en djupare dialog hade kunnat göra att man kunnat nå samsyn och hittat en lösning som hade inneburit att vissa akuta patienter hade kunnat föras över. Det hade varit önskvärt att en sådan dialog hade förts men i det pressade läge som var, där man redan var inne i juli, så är det kanske mindre förvånande att detta ej skedde utan att diskussionen endast fördes via email. Sannolikt hade möjligheterna varit större att hitta en lösning om dialogen hade initierats tidigare under våren. Initiativet hade då behövt komma från Karolinska.

En aktiv landstingsövergripande prioritering och styrning hade sannolikt varit nödvändig för att lösa kapacitetsbristen, med omstyrning av akutvolymen från Karolinska antingen genom t.ex. ambulansdirigering eller genom övertagande av specifika patienter med akuta bukåkommor av andra sjukhus. Tillsammans med intern omprioritering som beskrivits ovan hade detta eventuellt kunnat bidra till att frigöra viss kapacitet från ett av två akutlag med bukkirurgikompetens. Det är inte säkert att denna typ av omstyrning hade varit praktiskt möjlig att genomföra eller hade haft önskade effekter, men det ter sig olyckligt att inga försök gjordes. Detta skulle ha krävt att HSF hade informerats under våren och kunnat använda sina möjligheter att koordinera och styra landstingets samlade resurser. Sådan information till HSF skulle i sin tur ha förutsatt att sjukhusdirektör och/eller övrig sjukhusledning hade adekvat insikt i situationens allvar och behovet av extern hjälp, vilket inte var fallet.

5.4 Kommunikationsutmaningar och bristande eskalering försvårade Kommunikationsutmaningar mellan PMI och Tema Cancer

Sammanfattande bedömning: Kommunikationsutmaningar mellan PMI och Tema Cancer, med olika synsätt och i vissa fall en ömsesidig misstro, verkar ha försvårat arbetet med att lösa situationen. När sommaren närmade sig och ett antal åtgärder vidtagits beskrivs olika syn på lägets allvarlighet; Tema Cancer uppfattade situationen som fortfarande ytterst allvarlig medan PMI uppfattade att det fanns en samsyn kring att man hade gjort det man kunde och att situationen var acceptabel (om än inte optimal). En mer välfungerande kommunikation och en samsyn kring att situationen inte var löst hade sannolikt ökat möjligheterna att eventuella ytterligare möjligheter undersökts vidare och att situationen tydligare hade eskalerats till sjukhusdirektören och till HSF. PMI borde i större utsträckning ha förstått att läget fortfarande var mycket allvarligt.

PMI och Tema Cancer var båda nyckelaktörer i den aktuella situationen, och funktionschef respektive temachef hade det formella ansvaret. PMI:s kapacitetsbrist och därmed oförmåga att erbjuda tillräcklig operationskapacitet var det som i grunden låg bakom krissituationen. Tema Cancer och Gastrocentrum hade ansvar för patienterna som behövde opereras och därmed konsekvenserna av kapacitetsbristen. Koordinering och samarbete mellan PMI och Tema Cancer var därför nödvändigt för att lösa situationen. Kommunikationen mellan de båda organisationerna verkar dock inte ha fungerat optimalt.

Det verkar ha funnits en upplevelse inom Tema Cancer av att PMI inte ansträngde sig tillräckligt för att lösa situationen. Till exempel ifrågasatte de PMI:s beslut att inte höja löner eller försöka hyra tillbaka operationssjukköterskor, med motiveringen att en lösning av den akuta situationen måste prioriteras över eventuella konsekvenser på sikt. De upplevde vidare att PMI fördelade operationskapaciteten på ett orättvist sätt, när Tema TRM initialt fick mer kapacitet. Vidare upplevde de PMI:s sätt att redovisa operationskapacitet var förvirrande eller missledande.

PMI upplevde att organisationen i samarbete med Tema Cancer under maj och juni gjorde allt som var möjligt för att förbättra situationen. I juni uppfattade man att det fanns en samsyn kring att man hade gjort det man kunde och att situationen var acceptabel (om än inte optimal). Samtliga tre mest inblandade chefer bekräftar bilden av att organisationen inte fullt ut förstått eller tagit till sig situationens fortsatta allvar.

Kommunikationssvårigheterna verkar ha funnits på flera nivåer och verkar ha haft flera komponenter. En viss spänning mellan beställare och leverantör av operationskapacitet kan kanske sägas vara naturligt, särskilt när kapacitet ska fördelas mellan olika patientflöden och alla talar för sin sak. Liknande kommunikationsutmaningar beskrivs dock inte mellan PMI och t.ex. Tema TRM. En viss kulturskillnad i användandet av data kan vara en delförklaring. PMI beskriver ett aktivt arbete med att i större utsträckning basera planering och beslut på dataunderlag och beskriver t.ex. hur det faktum att väntetiderna till tumörkirurgin inte såg oroande ut i juni gav dem tillförsikt. Tema Cancer beskrivs lägga större vikt vid kirurgernas kännedom och vittnesmål om t.ex. patientinflöde och sätta mindre tilltro till PMI:s statistik från t.ex. operationsplaneringsverktyget Orbit. En av cheferna på Tema Cancer säger att "om jag som verksamhetschef säger att det är brist på resurser så är det så. Det behöver inte räknas på. Jag struntar i antal procent mot leveransöverenskommelsen". Från PMI beskrivs en viss skepsis mot larm från Tema Cancer, och en upplevelse av att det ofta larmades och

sällan blev så illa som befarades. Olika syn på hur fördelning av operationskapacitet mellan verksamheter skulle ske verkar också ha bidragit till att försvåra diskussionen. Fördelning av operationskapacitet skulle i den nya verksamhetsmodellen göras mellan och inom teman, inte av PMI, men Tema Cancer beskriver frustration över att Tema TRM fått mer kapacitet, och PMI upplevde att Tema Cancer inte förstått att PMI inte skulle agera domare. Ytterligare en komplicerande faktor var det rörliga förhållandet mellan tillgängliga vårdplatser och operationskapacitet. Det faktum att Tema Cancer tidigare under våren uttryckt att man inte fullt ut skulle kunna använda den operationskapacitet man äskat bidrog till en känsla hos PMI av att operationskapacitet inte var den enda begränsande faktorn (trots att vårdplatsbristen till delar lösts) och att Tema Cancer kanske ändå inte skulle kunna använda eventuell kapacitet man lyckades skaffa fram.

Kommunikationssvårigheterna och PMI:s bristande krismedvetenhet kan sannolikt ha påverkat hur situationen utvecklades. Det faktum att PMI när sommaren väl stod för dörren inte till fullo insåg eller tog till sig vilka följder den kvarvarande kapacitetsbristen skulle komma att få kan ha påverkat vilka extraordinära åtgärder som vidtogs när alla uppenbara åtgärder var uttömda. En mer välfungerande kommunikation, och en samsyn kring att situationen inte var löst utan fortfarande var mycket dålig, hade sannolikt ökat möjligheterna att eventuella ytterligare möjligheter undersökts vidare och att situationen tydligare hade eskalerats till sjukhusdirektören och till HSF.

Det är svårt att jämkä samman de olika bilder som fås från Tema Cancer och PMI kring insikten i situationens allvarlighet. Tema Cancers uppfattning stämde bättre med det som sedan blev facit. I den operativa chefens varnande email nämndes uppskattningar att 40 eller 60 patienter efter sommaren skulle ha opererats för sent. Datautdrag visar att ca 40 patienter opererades mer än 30 dagar efter operationsanmälan under juli och augusti och om september inkluderas är motsvarande siffra ca 60 patienter. Det faktum att medianväntetiden under juli och augusti var ungefär 40 dagar visar också att det inte handlar om att patienterna fick vänta någon extra dag utöver målsättningen på 30 dagar, utan att det rörde sig om betydligt längre väntan.

Det är svårt att säga varför Tema Cancer inte fullt ut lyckades nå fram med sitt budskap. Kommunikationssvårigheterna beskrivna ovan spelade sannolikt in. Det är också möjligt att budskapet om det akuta läget inför sommaren inte framstod lika tydligt i slutet av juni. Kapacitetsbristen var en dynamisk situation, där läget både vad gällde operationskapacitet och vårdplatser förändrades över tid. Några personer från Tema Cancer beskriver också att man när sommaren närmade sig och ett antal åtgärder hade genomförts ändå hoppades att situationen skulle landa bättre än den till slut gjorde, eller i alla fall bättre än det hade sett ut från början. Kanske kan detta i kombination med en resignation kring vilka möjligheter som återstod att faktiskt förbättra läget när sommaren närmade sig ha gjort att fokus delvis flyttades till hösten, vilket skulle ha kunnat uppfattas av PMI som att läget ändå var acceptabelt.

Utredaren bedömer att PMI i större utsträckning borde ha förstått situationens allvar. De beskriver att upplevde att ropen på hjälp framför allt kom tidigare under våren, men det faktum att Gastrocentrum fick 15 färre salsdagar än sommaren innan borde ha varit tillräckligt för att förstå att ett antal patienter inte skulle kunna opereras i tid. Information om att ett större antal patienter inte skulle kunna opereras i tid kom också från Tema Cancers operativa chef så sent som 21 juni, och PMI hade alltså tillgång till information om att situationen fortfarande inte var acceptabel. Sammantaget ter det sig som att utmaningar i kommunikation och samarbete mellan dessa två nyckelaktörer bidrog till att göra situationen svårare att lösa.

Högsta ledningen hade inte full insikt i situationens allvar

Sammanfattande bedömning: Krisinsikten och medvetenheten om de sannolika och allvarliga konsekvenserna var stor hos Tema Cancer. Redan i maj var det känt att nästa lediga operationstid låg två månader bort. Budskapet framfördes dock inte till sjukhusdirektören (och därmed styrelsen och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen), som istället fick försäkringar om att problemet hanterades. Information om den kapacitetsbrist som uppstått framfördes, men intrycket gavs att man skulle lösa utmaningen. Tre personer hade i första hand kunnat informera sjukhusdirektören om situationens dignitet. Temachefen för Tema Cancer borde ha eskalerat frågan oavsett vilka möjligheter han såg att få hjälp; situationen innebar en mycket allvarlig patientsäkerhetsrisk och det var temachefens ansvar att säkerställa att sjukhusdirektören var fullt införstådd med de möjliga konsekvenserna. Funktionschefen för PMI borde i större utsträckning ha förstått att situationen fortfarande var ytterst allvarlig, och säkerställt att sjukhusdirektören var informerad. Det hade varit önskvärt att produktionsdirektören hade agerat ytterligare för att försäkra sig om att situationen var under kontroll.

Den bild som framträder i intervjuerna är att krisinsikten och medvetenheten om de sannolika och allvarliga konsekvenserna var stor hos Tema Cancer (verksamhetschefer, operativ chef och temachef) men att budskapet inte fördes vidare till sjukhusdirektören (och därmed styrelsen och HSF), som istället fick försäkringar om att problemet hanterades. Problemet var inte att information inte gavs om den kapacitetsbrist som uppstod, utan att intrycket gavs att man skulle lösa utmaningen.

Ett antal försök att lyfta problemet gjordes. Inom Tema Cancer lyftes problemet snabbt upp till den operativa chefen och temachefen. En av dem som mest aktivt drev på för att hitta lösningar på den uppkomna kapacitetsbristen och mest högljutt försökte föra fram risken för allvarliga patientsäkerhetskonsekvenser var den operativa chefen för Tema Cancer, som upprepade gånger framförde risken att efter sommaren ha en omfattande kö till cancerkirurgi, med möjliga konsekvenser i form av för tidig död för vissa patienter. Tema Cancer informerade också produktionsdirektören, som vid flera tillfällen fick skriftlig information om att ett stort antal patienter inte skulle opereras i tid. En verksamhetschef vid Tema Cancer lyfte situationen till chefläkarorganisationen, som i sin tur informerade sjukhusdirektören om kapacitetsbristen. HSF lyfte situationen med produktionsdirektören och bad om återkoppling.

Samtidigt kommunicerades på olika sätt att problemet måste lösas i linjen och inte tjänade på att eskaleras till högre chefer. Inom PMI kommunicerades tydligt, inom den egna organisationen och gentemot Tema Cancer, att frågan bäst sköttes så nära verksamheten som möjligt och inte tjänade på att eskaleras. Till exempel skrivs i ett email den 9:e juni att "jag trodde er överenskommelse [] var att de tre veckorna i Huddinge inte behövde eskaleras" och "vad ska TC/FC och OC diskutera som ni inte kan lösa?" Produktionsdirektören förhörde sig om situationen efter information från Tema Cancer respektive HSF, men lät frågan stanna i linjen och gav HSF lugnande besked efter att själv upplevt sig få sådana. Ansvarig tema- och funktionschef höll frågan kvar i sin linje genom att inte lyfta frågan som olösbar till sjukhusdirektören.

Det är utredarens bedömning att framför allt tre personer hade kunnat, och borde ha, informerat sjukhusdirektören om situationens dignitet:

Temachefen för Tema Cancer kände till allvaret i situationen (även om han säger sig till viss del ha upplevt att situationen ändå förbättrats och hade vissa förhoppningar om att det ändå inte skulle bli så illa) men såg sig själv som ansvarig och såg inga stora möjligheter för sjukhusdirektören att förbättra situationen, och eskalerade därför inte. Det är utredarens bedömning att temachefen borde ha eskalerat frågan oavsett vilka möjligheter han såg att få hjälp; situationen innebar en mycket allvarlig patientsäkerhetsrisk och det var temachefens ansvar att säkerställa att sjukhusdirektören var fullt införstådd med de möjliga konsekvenserna och inte hans roll att bedöma dennes eventuella möjligheter att hjälpa till.

Funktionschefen för PMI hade ett ansvar som högsta linjeansvarig för den kapacitetsbrist som orsakat situationen, och delade ansvaret att säkerställa att sjukhusdirektören var på det klara med den mycket allvarliga situationen. Det är utredarens bedömning att funktionschefen givet den utförliga information han fick från Tema Cancer om konsekvenserna av kapacitetsbristen borde ha förstått situationens allvar, och säkerställt att sjukhusdirektören var fullt informerad.

Produktionsdirektören fick motstridiga budskap. Å ena sidan fick han upprepad information, med stor tydlighet, om de patientsäkerhetsrisker som väntades. Å andra sidan fick han försäkran från både temachef och funktionschef att situationen hanterades. Det är på ett sätt förstäligt att han lät sig nöja med detta besked; det kom trots allt från båda de högst ansvariga som båda var erfarna chefer och kliniker med betydligt längre erfarenhet än han. Å andra sidan hade det varit önskvärt att han, efter att ha fått motsägelsefull information, hade agerat ytterligare för att försäkra sig om att situationen var under kontroll; att säkerställa produktionen var trots allt hans uppdrag, även om han inte hade uppdrag att göra medicinska prioriteringar. Att inte dra in HSF i ansträngningarna att lösa situationen var en missad möjlighet. Dock finner utredaren inget som tyder på att produktionsdirektören, eller någon annan, medvetet skulle ha dolt eller tonat ned situationen eller medvetet gett HSF missvisande budskap.

Även chefläkarorganisationen hade information om kapacitetsbristen och patientsäkerhetsriskerna, men släppte frågan efter att ha fått lugnande besked, och det hade i efterhand på motsvarande sätt varit önskvärt att de ytterligare försäkrat sig om att situationen löstes. Organisationens tydliga roll att inte delta i det operativa arbetet gör dock att deras ansvar för att följa upp den aktuella situationen ter sig mindre än produktionsdirektörens.

Den bristande krisinsikten på högsta ledningsnivå var sannolikt en starkt bidragande orsak till att externa möjligheter i form av att styra om akutflöden ej undersöktes. Insikt i situationens allvar på högsta ledningsnivå hade sannolikt också medfört ett tydligare centralt stöd vilket kanske hade underlättat interna omprioriteringar.

5.5 Faktorer gällande organisation och ledning med bäring på situationen

Övergång till ny verksamhetsmodell

Sammanfattande bedömning: Sjukhuset och i allra högsta grad Tema Cancer och Gastrocentrum var mitt i en stor organisationsförändring och nya chefer, rapporteringsvägar, fora och samarbetspartners kan sannolikt ha bidragit till de kommunikationssvårigheter som sågs. Det faktum att situationen krävde samarbete mellan två organisationer med delat ansvar (där PMI hade kapacitetsbristen och Tema Cancer hade patienterna) gjorde detta särskilt viktigt. Möjligen kan också en viss oklarhet kring roller, inklusive omfattningen av produktionsdirektörens roll och ansvar i prioriteringsfrågor mellan verksamheter och Teman, ha påverkat hur information eskalerades.

Pågående förändring

Det faktum att sjukhuset var mitt i en organisationsförändring kan sannolikt ha bidragit till att försvåra hanteringen av den aktuella situationen. Nya chefsroller, med chefer på väg in respektive ut, nya former för dialog, nya personer att finna samarbetsformer med; allt detta kan ha bidragit till de kommunikationsutmaningar som sågs. Förändringen var av särskild betydelse eftersom samplanering och prioritering tvärs organisationer var nödvändigt för att lösa den uppkomna situationen. Gastrocentrum hade vid de aktuella händelserna nyligen övergått till Tema Cancer vilket innebar nya rapporteringsvägar, och chefsbyten var planerade efter sommaren på både läkar- och sjuksköterskesidan.

Aspekter av organisationen

Utredaren har inte analyserat den nya verksamhetsmodellen, och kan inte uttala sig om dess samlade för- och nackdelar, men lyfter här några aspekter som framkommit och som kan ha haft bäring på den aktuella situationen.

Delat ägarskap: Ansvaret för att lösa den uppkomna situationen låg hos inte en utan två personer och organisationer; en hade kapacitetsbristen och en hade patienterna. Situationen med uppdelat ansvar för operationskapacitet och kirurger/patienter är inte ny eller unik; även tidigare och i andra möjliga organisationsmodeller har dessa funnits i olika organisationer. Det kan diskuteras huruvida det faktum att samlat ansvar för *hela* situationen inte fanns längre ned än hos sjukhusdirektören (som inte fick full information) påverkade möjligheterna att hitta en lösning, särskilt givet de brister som sågs i kommunikation och eskalering. Alla sätt att organisera en verksamhet har för- och nackdelar. Det ter sig särskilt viktigt att säkerställa god kommunikation där delat ansvar gör att samarbete är kritiskt.

Avsaknad av forum för prioriteringsdiskussioner mellan kliniska chefer: Några lyfter också fram en avsaknad av forum där kliniska chefer träffas och diskuterar denna typ av medicinska prioriteringsfrågor som berör flera verksamheter. Den tidigare Strategiska Ledningsgruppen, där alla divisionschefer satt, beskrivs ha haft en roll i att hantera denna typ av frågor som den operativa vårdkommittén med sjukhusets operativa chefer inte fullt ut kunnat axla. Några intervjuade personer för fram att omorganisationen "tog bort den kliniska expertis som varit väktarna vid köer".

Oklarhet kring roller: Möjligen kan en viss oklarhet kring roller ha påverkat hur information fördes uppåt i organisationen. Linjeansvaret gick från tema-/funktionschef till sjukhusdirektör och ansvaret för att lösa sommarplanering och kapacitetsutmaningar låg hos dessa, samtidigt som produktionsdirektören ansvarade för produktionsfrågor, särskilt sådana som berörde flera delar av organisationen. I vissa fall verkar tema- och funktionscheferna också ha sett produktionsdirektören som sin naturliga eskaleringsväg i denna typ av frågor.

Begränsat stöd till linjen

Sammanfattande bedömning: En tydlig förväntan från ledningen att frågor ska lösas i linjen beskrivs och lyfts av flera personer som positiv och befrämjande av ansvarstagande. I detta fall verkar den dock ha bidragit till att ett allvarligt problem som borde ha kommit till sjukhusdirektörens kännedom inte gjorde det. I tillägg beskrivs av ett flertal personer en tystnads- eller jäsägarkultur, som inte uppmuntrar eskalering. Det är utmanande att utifrån ett fyrtiotal intervjuer dra slutsatser om i vilken utsträckning en kontraproduktiv kultur existerar och i vilken utsträckning den påverkade utgången av de aktuella händelserna. Det faktum att frågan tas upp på ett liknande sätt i så pass många intervjuer ger dock anledning att fundera över vilken kultur som finns på sjukhuset i detta avseende, och i huruvida den utgör ett hinder för att ledningen på ett adekvat sätt ska få kännedom om och därmed kunna hantera patientsäkerhetsrisker.

En relativ avsaknad av ett aktivt stöd till linjen i form av en person som proaktivt drev och i dialog med verksamheterna tog ställning i prioriteringsfrågor lyfts av ett stort antal intervjuade personer som en faktor som bidrog till att göra det svårare att lösa den aktuella situationen. De åtgärder som eventuellt skulle ha kunnat bidra till att förbättra situationen skulle ha ställt stora krav på ledarskap, överblick över de olika verksamheterna, och mandat att besluta om resursfördelning mellan verksamheter. Verksamheter som inte i första hand kände sig berörda skulle ha behövt ge ifrån sig operationskapacitet och köställa eller eventuellt remittera sina patienter till andra vårdgivare. Det hade sannolikt varit värdefullt med ett tydligare stöd till linjen i dessa svåra prioriteringsfrågor.

Förväntan att saker ska lösas i linjen

Sannolikt finns flera bidragande orsaker till varför information om att situationen inte skulle lösa sig inte nådde sjukhusdirektören. Kommunikation är svårt och budskap kan uppfattas på olika sätt. Både i dialogen mellan temachefen för Tema Cancer och funktionschefen för PMI och sjukhusdirektören och i produktionsdirektörens svar till HSF kan det ha funnits inslag av att avsändaren upplever sig säga "vi försöker så gott vi kan att lösa detta" och mottagaren tycker sig höra "vi har situationen under kontroll". Faktum kvarstår dock att varken sjukhusdirektören eller HSF fått situationens allvar klart för sig och därför ej kunnat vidta de åtgärder utanför sjukhusets väggar som sannolikt hade kunnat hjälpa.

Ytterligare en faktor kan ha varit att budskapet försvunnit bland andra samtidiga kriser. Flera personer i sjukhusledningen beskriver att cancer och Gastrocentrum inte var det som såg ut att bli den stora sommarutmaningen. En person säger att "alla skrek hela tiden och att det var kanske därför [vi] inte uppfattade krissituationen". En annan att "hade någon frågat under våren vad som

var den stora frågan så var det [kön till] barnoperationerna". Ytterligare en person lyfter det faktum att det alltid brukar vara kris inför sommaren och att det alltid brukar lösa sig.

Detta sagt så ter sig en viktigare förklaring till att problemen inte till fullo kom till sjukhusdirektörens kännedom vara en förväntan att problem ska lösas i linjen och inte eskaleras i onödan. Detta beskrivs vara en princip som tydligt drivs av sjukhusdirektören och -ledningen och som beskrivs ha haft sitt ursprung i en vilja att öka divisions-/temachefers ansvar och ansvarstagande mot bakgrund av att verksamhetschefer tidigare ofta gick förbi dessa direkt till sjukhusdirektören.

Utredaren finner också indikationer på en kultur i delar av sjukhuset som inte främjar eskalering av problem. Den beskrivs på olika sätt och beskrivs genomsyra delar av den stora organisationen (av vissa nämns även hela Stockholms läns landsting) med fokus främst på den högsta ledningen. Flera personer beskriver att de är osäkra på vad av denna kultur som härrör från nuvarande ledning, och vad som eventuellt funnits på Karolinska sedan gammalt. Några kallar det tystnadskultur, andra ja-säger-kultur, och ytterligare andra fokuserar på hur man förväntas komma med lösningar snarare än problem till ledningen. Någon beskriver en tydligare hierarkisk struktur än på andra sjukhus: "Man orienterar sig väldigt efter makten här, aldrig varit med om det tidigare". Någon annan beskriver sig ha blivit tillsagd att "sluta ifrågasätta". Ett par personer beskriver att chefer är rädda för repressalier om de uttalar sig kritiskt, och att det finns en rädsla för att vara öppen med problem; "[jag] upplevde att jag nästan var den enda som kunde säga hur det var i verkligheten". Det beskrivs finnas en förväntan och en kultur att bekräfta att problem går att lösa (i linjen); "Alla säger 'javisst', ingen säger någonsin att det inte går att lösa – det är ett Karolinska problem". Samtidigt finns en annan bild. Flera personer bekräftar att det tidigare varit en utmaning att för mycket eskalerats upp till sjukhusdirektören, ibland utanför linjen, och att detta motverkat ansvarstagande. En person betonar att medan sjukhusdirektören vill att problem ska lösas i linjen så är han angelägen om att få veta när saker inte fungerar.

Principen att frågor så långt det är möjligt ska lösas i linjen och så verksamhetsnära som möjligt är sund, men om den i detta fall bidrog till att viktiga patientsäkerhetsrisker inte eskalerades och möjligheter att förbättra situationen därmed missades så var den inte ändamålsenlig. Kulturfrågor är svåra att definiera, och det är utmanande att utifrån ett fyrtiotal intervjuer dra slutsatser om i vilken utsträckning en kontraproduktiv kultur existerar och i vilken utsträckning den påverkade utgången av de aktuella händelserna. Det faktum att frågan tas upp på ett liknande sätt i så pass många intervjuer ger dock anledning att fundera över vilken kultur som finns på sjukhuset i detta avseende och huruvida den utgör ett hinder för att ledningen på ett adekvat sätt ska få kännedom om och därmed kunna hantera viktiga patientsäkerhetsrisker.

Avsaknad av aktivt stöd i operativa prioriteringar tvärs verksamheter

Den relativa avsaknaden av ett aktivt stöd till linjen i form av en person som proaktivt drev och i dialog med kliniskt ansvariga tog ställning i prioriteringsfrågor bidrog sannolikt till att göra det svårare att lösa den uppkomna kapacitetsbristen.

De rockader av patienter och personal som eventuellt skulle ha kunnat bidra till att förbättra situationen skulle ha ställt stora krav på ledarskap, överblick över de olika verksamheterna, och mandat att besluta om resursfördelning mellan verksamheter. Verksamheter som inte i första hand kände sig berörda av frågan skulle ha behövt ge ifrån sig operationskapacitet och köställa eller eventuellt remittera sina patienter till andra vårdgivare. Att förvänta sig att denna typ av svåra prioriteringar fullt ut skulle göras mellan temachefer som naturligt har fokus på sina egna verksamheter och patientgrupper ter sig optimistiskt.

Många ser sjukhusledningens strategi att betona linjens roll som överlag positiv, men lyfter samtidigt vikten av möjligheten att eskalera och få hjälp när linjen inte klarar att lösa frågan, eller när en fråga berör två olika linjer som antingen inte kommer överens eller behöver "dra in folk som egentligen inte kände sig inblandade". Ett stort antal av de intervjuade lyfter behovet av ett mer aktivt stöd till linjen och beskriver att produktionsdirektören inte hade eller tog den typen av roll och till exempel inte tog ställning i kliniska prioriteringsfrågor. Behovet beskrivs som särskilt stort givet sjukhusets utmanande kapacitetssituation; "i denna krissituation behövs en central stark ledning som tar operativt ansvar". Andra upplever att sjukhusledningen haft "för mycket fokus på strategi och för lite på det operativa dagliga arbetet".

Chefläkarnas roll

Chefläkarorganisationen skulle också ha kunnat tänkas fungera som ett stöd till linjen i den aktuella situationen. Som det var nu var de inte involverade i arbetet med att lösa situationen, men fick information om kapacitetsbristen och såg till att denna kom till sjukhusdirektörens bord. Chefläkarorganisationens icke-inblandning i arbetet med att lösa kapacitetsbristen är i linje med den uttalade principen att organisationen inte ska ta aktiv del i operativ hantering av kapacitets- och planeringsfrågor. Dock bjuder sig frågan huruvida den aktuella situationen verkligen ska ses som "operativ hantering av kapacitetsfrågor" eller snarare som en patientsäkerhetsrisk av stor dignitet, där det hade varit önskvärt med fortsatt involvering från chefläkarorganisationen. Kanske skulle detta också ha skett om inte besked getts från ansvarig tema- och funktionschef att situationen hanterades.

Frågetecken kring ansvarskultur

Sammanfattande bedömning: Parallellt med ett begränsat stöd till linjen finner utredaren tecken på en bristande ansvarskultur i organisationen, som tog sig uttryck i ett fokus på vilka åtgärder man gjort eller försökt göra, snarare än om en helhetsbedömning av läget och huruvida det vidtagna åtgärderna lett till önskat resultat.

Parallellt med bilden av ett begränsat stöd till linjen framträder en delvis motsägande bild av en bristande ansvarskultur, i bemärkelsen att ta helhetsansvar för en situations lösning snarare än att nöja sig med att ett antal åtgärder vidtagits.

Sjukhusledningens önskan att inskräpa mer ansvarstagande i linjen beskrivs mot bakgrund av att frågor tidigare eskalerades för lättvindigt. Utredaren får intrycket att det i ansträngningarna att lösa den aktuella kapacitetsbristen pratades mycket om vilka åtgärder man gjort eller försökt göra, snarare än om en helhetsbedömning av hur läget var och huruvida det vidtagna åtgärderna lett till önskat resultat. Man nöjde sig med "nu har vi gjort följande åtgärder" och "vi har gjort det vi har kunnat" snarare än att ta ansvar för att situationen fortfarande var mycket dålig. Inslag av detta kan ses i t.ex. PMI:s bristande insikt i att situationen inför sommaren fortfarande var ytterst otillfredsställande samt till viss del i informationen till sjukhusdirektören och HSF där fokus legat på vilka åtgärder som planerats eller vidtagits snarare än besked om resultat.

Data gav inte den hjälp man hade trott

Sammanfattande bedömning: Sjukhuset har en lovvärd ambition att i ännu större utsträckning basera beslut på faktaunderlag och data. Denna gång verkar man dock ha invaggats i en falsk trygghet av siffror som visade att kösituationen var under kontroll för de som *opererades* i juni, när den redan var oacceptabel för de som *planerades*. I tillägg fanns brister i registreringen som kan ha bidragit till att samtliga patienter inte fångades upp i den centrala väntetidsuppföljningen. Varje verksamhet ansvarar för och följer sina väntetider till operation. Central uppföljning och kontroll är dock viktig när prioriteringar tvärs verksamheter krävs samt för att bidra till att problem kommer till ledningens kännedom. Data som tydligt illustrerade den alarmerande situation som höll på att utveckla sig skulle sannolikt ha gett större tyngd åt de larmsignaler som kom från verksamheten.

Central uppföljning av väntetider begränsad och bakåtblickande

Flera personer nämner utmaningar vad gäller hur sjukhuset arbetar med uppföljning, t.ex. av väntetider till operation. Kontrollen på väntetider vad gäller cancer beskrivs och ter sig ha varit bristande. Respektive verksamhet har historiskt sett haft bra kontroll på sina väntande och sin egen situation, men den centrala överblicken – på temanivå och/eller sjukhusnivå – har varit begränsad. Detta försvårar prioritering och kapacitetsplanering tvärs verksamheter och organisationer, vilket är särskilt viktigt i den utmanande kapacitetssituation som sjukhuset befann sig i och fortfarande befinner sig i (och i den nya organisationen med en centraliserad operationsresurs).

Flera faktorer verkar ha bidragit till den begränsade kontrollen. Den centrala uppföljningen bygger på operationsplaneringssystemet Orbit, där verksamheterna registrerar när operation beslutats. Flera personer beskriver bristande registreringsrutiner, både att registrering i systemet kan dröja efter att operationsbeslut tagits (första registrering görs ibland i pappersform) och att rutinerna för vilken diagnoskod som sätts i systemet varierar (vilket försvårar identifiering av cancerpatienter). I tillägg har ansvaret för uppföljning av väntetider legat hos Tema Cancer istället för centralt medan de stora uppföljnings- och analysresurserna finns centralt på sjukhuset.

Uppföljningen av väntetider kan också sägas ha varit bakåtblickande, i betydelsen att man tittade på antalet väntande i ett visst ögonblick (ofta uppdelat i de som väntat mindre respektive mer än 30 dagar). Detta mått speglar hur väntetiderna sett ut för de patienter som redan bokats in (i fallet antalet väntande över 30 dagar speglar det planeringssituationen för en dryg månad sedan), snarare än den aktuella situationen för patienter som planeras in nu. Genomsnittsväntetider är också bakåtblickande, och reflekterar planeringssituationen ca 30 dagar tidigare. Det som egentligen är mer intressant, och tidigare ger utslag vid kapacitetsproblem, bör vara hur situationen ser ut för de patienter som bokas in *idag*; när finns nästa lediga operationstid? Denna information är känd i verksamheterna, men finns inte samlad och syntetiserad på ett sätt som möjliggör central överblick.

I juni var det mycket långt till nästa lediga operationstid; detta var väl känt vid Gastrocentrum och Tema Cancer, och finns dokumenterat i emailkonversationer. Antalet väntande över 30 dagar var dock inte högre än vid samma tidpunkt året innan (och analys i efterhand visar att medianväntetiden för de som opererades i juni var kortare än sommaren innan). Flera personer utanför Tema Cancer beskriver att det faktum att vänteläget enligt statistiken såg ut ungefär som året innan bidrog till bedömningen att situationen kanske inte var så farlig ändå utan förhoppningsvis skulle ordna sig.

Detta ter sig som en tveksam tolkning av data, eftersom det var känt att kapacitetsbristen skulle komma under juli månad och således ej borde påverka utfallet vad gäller antalet väntande i juni. En bristande framåtriktad överblick över väntetiderna till canceroperationer kan således ha bidragit till att det aktuella problemets allvarlighet inte fullt ut uppmärksammades.

Det är dock värt att nämna att det inte är säkert att den centrala uppföljningen av väntetider till cancerkirurgi är starkare vid andra sjukhus. Väntetider till operation, men också andra ledtider i förloppet från första cancermisstanke, har varit i fokus de senaste åren i och med arbetet med standardiserade vårdförlopp. Sjukhus i hela landet arbetar med att införa standardiserade vårdförlopp och förbättra sin uppföljning och kontroll över dessa ledtider.

Förbättringsmöjligheter vad gäller användning av data

Flera intervjuade personer ger uttryck för en oro för att för mycket information avhandlas på för kort tid vid de möten som regelbundet äger rum och att detta leder till bristande fokus på de viktigaste frågorna. Några beskriver att betydelsefulla siffror och budskap riskerar att drunkna i mängden av data. Ett par personer beskriver att de inte känner igen detta från andra sjukhus; "[jag har] aldrig sett så mycket diagram". Andra lovordar sjukhusets ambition att i ännu större utsträckning basera beslut på faktaunderlag och data, men betonar också att bristande användning av underlagen hämmar sjukhuset. En bristande prioritering och en ambition att täcka för mycket i för korta möten beskrivs leda till otydlighet ("siffror kastas ut utan att vi hinner förstå vad de betyder").

Ett konkret exempel av relevans för de aktuella händelserna är redovisningen av antalet väntande på operation. Operationskön redovisas ofta uppdelad i patienter med vårdgaranti samt patienter med personligt vald väntan (valt att vänta av personliga skäl) respektive medicinskt orsakad väntan (kan ej ännu opereras, t.ex. p.g.a. att patienten först måste genomgå cellgiftsbehandling). Beroende på frågeställning kan det vara relevant att redovisa antingen det totala antalet väntande (t.ex. om det gäller en diskussion kring hur stor kapacitet som kommer att behövas för att göra alla operationer) eller endast de med vårdgaranti (t.ex. om diskussionen snarare gäller hur många patienter som i onödan väntar på operation). Flera personer beskriver att det inte alltid är tydligt vilken av dessa siffror som avses i olika sammanhang och en oro för att fel siffra används som underlag eller för att mottagare förvillas när det går för snabbt och inte är tydligt vad som avses. (Notera att ingen föreslagit att siffror redovisas på fel sätt eller används för att förvilla, utan oron gäller otydlighet och missförstånd.)

I vilken utsträckning ovanstående påverkat de aktuella händelserna är svårt att säga, men utredaren får intrycket av att otydlighet kring sifferunderlag och viktig information som försvinner i mängden av fakta bidragit till att förståelsen för situationens allvar inte stått klar för den högsta ledningen.

6 Rekommendationer

Baserat på utredarens iakttagelser ges här ett antal rekommendationer riktade till Karolinska Universitetssjukhuset och i vissa fall Stockholms Läns landsting. Rekommendationerna syftar till att lyfta förbättringsmöjligheter på systemnivå utifrån den aktuella situationen. Vissa av åtgärderna har redan inletts.

6.1 Stärkt kontroll över väntetider till cancerbehandling

Iakttagelse: Svag central kontroll över väntetider till cancerbehandling samt uppföljningens bakåtblickande natur var bidragande faktorer till att vidden av det aktuella problemet inte fullt ut uppmärksammades av ledningen. Efter de aktuella händelserna har den centrala uppföljningen

stärkts, med skärpta registreringsrutiner, kvalitativ genomgång av patientfall för att identifiera eventuella registreringsfel, mer frekvent uppföljning, samt diskussion med verksamheterna.

Rekommendation: Central överblick över väntetider är särskilt viktig när prioriteringsåtgärder tvärs verksamheter kan bli nödvändiga, som i det aktuella läget med kapacitetsutmaningar.

Sjukhusledningen bör fortsätta det inledda arbetet med att stärka uppföljningen. Uppföljningen skulle kunna stärkas ytterligare genom att bli mer framåtblickande med mått som speglar huruvida patienter kommer att kunna tas om hand på det sätt man har ambition att göra (t.ex. genomsnittlig tid till planerad operation för senast operationsanmälda) samt inkludera även andra typer av cancerbehandlingar.

6.2 Landstingsövergripande prioritering och koordinering vid kapacitetsutmaningar

Iakttagelse: Landstingsövergripande prioritering och eventuellt omstyrning av patientflöden hade krävts för att lösa den aktuella situationen med kapacitetsbrist för cancerkirurgi och ett ensamutförarskap. Ingen dialog fördes kring detta på systemnivå. HSF var ej till fullo informerade om situationen. Efter de aktuella händelserna har en dialog med HSF och övriga sjukhus initierats kring möjligheter att samarbeta och avlasta Karolinska vid kapacitetsbrist.

Rekommendationer:

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör verka för en proaktiv och systematisk dialog med samtliga vårdgivare kring eventuella kapacitetsutmaningar för att på kort och längre sikt säkerställa tillräcklig kapacitet för imperativ kirurgi. Detta inkluderar att vid kapacitetsbrist säkerställa medicinsk prioritering mellan snarare än bara inom sjukhus och patientgrupper samt att ha en god framåtriktad överblick över i vilken utsträckning vård kommer att kunna erbjudas inom rimlig tid.

Sjukhusledningen bör verka för att i ännu högre grad säkerställa att Hälso- och sjukvårdsförvaltningen är införstådda med kapacitetsutmaningar med potential att hota patientsäkerheten.

6.3 Starkare stöd till linjen inklusive välkomnande av eskalering av patientsäkerhetsrisker

Iakttagelse: Det aktiva stödet till linjen i operativa frågor var begränsat vilket bidrog till att försvåra lösningen av den aktuella situationen och ett tydligare stöd i prioriteringsfrågor tvärs verksamheter efterfrågades. Sedan hösten 2017 finns i större utsträckning ett sådant stöd.

Den fulla innebörden av kapacitetsbristen och organisationens oförmåga att lösa problemet kom inte till sjukhusdirektörens kännedom. Bidragande orsaker kan ha varit den uttalade förväntan att problem ska lösas i linjen och eventuellt inslag av en tystnads- eller ja-sägarkultur.

Rekommendation: I det utmanande läge som Karolinska sjukhuset befinner sig i med stora kapacitetsutmaningar samtidigt som flytt in i de nya byggnaderna sker ter det sig särskilt angeläget med en stark central styrning med mandat och kapacitet att intervensera i operativa frågor inklusive prioriteringsfrågor. Sjukhusledningen bör fortsätta det påbörjade nya arbetssättet.

Sjukhusledningen bör också verka för att säkerställa en kultur där viktiga patientsäkerhetsrisker kommer till sjukhusdirektörens kännedom, även eller till och med särskilt i de fall där linjeorganisationen inte har någon lösning. Detta bör inkludera att välkomna kritiska synpunkter och kommunicera en förväntan att viktiga risker eskaleras.

6.4 Minskad känslighet gällande kritisk kompetens

Iakttagelse: Det faktum att ett fåtal uppsägningar kunde skapa en kapacitetsbrist som inte var möjlig att lösa belyser en stor känslighet och risk. Sjukhuset har inte lyckats uppnå tillräcklig säkerhetsmarginal när det gäller kapacitet för känsliga ensamutföraruppdrag med imperativ kirurgi. Den övergripande bemanningssituationen illustrerar också att landstinget inte har lyckats med att säkerställa en adekvat kompetensförsörjning vad gäller sjuksköterskor.

Rekommendationer:

Sjukhusledningen bör intensifiera ansträngningarna att minska känslighet p.g.a. kompetensförsörjningsutmaningar, särskilt för de mest känsliga ensamutföraruppdragen. Möjliga sätt att göra detta inkluderar "task shifting" och mer flexibel användning av personalresurser, men också ansträngningar för att förbättra arbetsmiljön.

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör utvärdera sin strategi för hur en fullgod kompetensförsörjning på sikt kan säkerställas.

6.5 Från siffror till slutsatser

Iakttagelse: Ambitionen att i större utsträckning basera beslut på siffror och statistik från sjukhusets system är lovvärd och nödvändig. Bristande syntes och prioritering verkar dock ha bidragit till ett flöde av information där de viktigaste budskapen riskerar att försvinna i mängden.

Rekommendation: Sjukhusledningen bör utvärdera hur sjukhuset kan få ännu större utväxling på den statistik och de dataunderlag som tas fram och hur en kultur kan främjas som lägger större vikt vid för patienten och verksamheten relevanta slutsatser av den information som presenteras.