

2021-09-27

## Mötesanteckningar RPO PIVoT (perioperativ vård, intensivvård och transplantation)

Datum	2021-09-27 klockan 13:00 – 15:30
Plats	Skype-möte
Närvarande	Magnus Trofast, ordf RPO, verksamhetschef OP/IVA Jönköping Anna Oscarsson Tibblin, verksamhetschef AnOpIVA Linköping Suzanne Axelsson, verksamhetschef OP/IVA, Västervik Linda Axelsson, enhetschef OP/IVA, Oskarshamn Eva Ahlgren Andersson, RDAL Martin Holmer, ordf NPO PIVoT Michelle Chew, professor AnOpIVA, Linköping Mats J Johansson, tf verksamhetschef Thorax Linköping Magnus Persson, verksamhetschef OP/IVA, Värnamo Sibylle Loo, verksamhetschef OP/IVA, Kalmar Carina Blomqvist, processtöd
Ej närvarande	Robert Svensson, verksamhetschef OP/IVA Norrköping Carina Garnå, verksamhetschef OP/IVA, Eksjö

Vi välkomnar Mats J Johansson som är ny i gruppen, Mats är tf verksamhetschef på Thorax i Linköping.

### Genomgång av föregående protokoll

- Vid förra mötet gick vi igenom läget i regionerna och stämde av inför sommaren. Michelle Chew berättade om sista dubbelcurriculum för anestesi samt att många inte klarat huvudentamen men att de flesta klarat anestesidelen. Martin Holmer rapporterade från NPO och om den kommande Coronakommissionen, det har inte hänt så mycket där. Anna Oscarsson Tibblin frågade lite om IVA-platser och IMA-platser på de olika sjukhusen, ska diskuteras mer idag. Eva Ahlgren Andersson pratade om möten kring donationsbiten och att man ska börja ha utbildningar under hösten samt breddinförande av DCD.

## Genomgång av läget i regionerna

- **Region Kalmar län:**

I Kalmar är det lugnt på Covid-19-fronten och relativt lugnt på IVA, ligger just nu på 3 – 4 patienter. Ansträngd IVA-bemanning, går på minibemanning (3 ssk) på alla pass. Man har tappat åtta medarbetare på IVA/uppvaket på grund av privata skäl och pensionsavgångar, uppskattningsvis ett tapp på 20 %.

På Operation har man 15 introduktioner på gång (usk, ane-ssk och op-ssk) vilket är roligt och positivt men det påverkar såklart alla flöden, ibland svårt att få förståelse från bl a operatörerna. Efter nyår ska alla introduktioner vara genomförda och då kan man troligtvis gå upp till 10 salar istället för 9 som man har nu. Kalmar använder sig av hyrpersonal på ssk-sidan.

På läkarsidan är det fortsatt problematiskt men man är på väg att bemanna upp och klarar sig förhoppningsvis utan hyrbolag.

Har sjukfrånvaro som alla andra. Här har man inga extraersättningar, bara enligt avtal.

I Västervik har man haft mycket patienter de sista två veckorna, legat på 5 – 7 patienter. Nu har det lättat litegrann och i dagsläget har man tre patienter, inga Covid-19-fall. IVA går på lägsta bemanning, under nätter och helger bara två ssk/pass, på fem IVA-patienter.

Problematiskt att en del patienter går till avdelning trots att de inte är IVA-klara, kommer sedan tillbaka.

På Operation är det också bekymmersamt på ane-ssk-sidan. Har hyrbolag inne som man är jättenöjda med. På läkarsidan rör det på sig, en del arbetar på andra kliniker och en del randar sig till annan specialitet vilket ger en brist. Mycket prat om op-kapacitet och hur man ska kunna öka produktionen gentemot alla specialiteter. Har sex salar igång (alla på C-op). En ombyggnation av gynoperation pågår (fram till våren 2022) vilket gör att all verksamhet sker på C-Op så det finns inte så mycket mer utrymme.

I Oskarshamn går man för fullt på fem operationssalar, bara elektiv kirurgi. Men också här finns samma bekymmer kring op-kapaciteten och fördelningen mellan opererande kliniker, man får lite hjälp med styrning av detta.

Man saknar tre ane-ssk i dagsläget. Tre stycken går VUB så framåt ser det bra ut. Har hyrpersonal och är nöjda med dessa. Högt korttidsfrånvaro som man alltid haft, jobbar från dag till dag för att få ihop operationspersonal.

Har inga egentliga IVA platser, men några platser för observation – ITVA. Samarbete och jobbar fram nya rutiner. Man ska rekrytera ny chef framöver.

- **Region Östergötland:**

Fortsatt belastade av Covid-19, har nu fem patienter inom intensivvården (4 US, 1 ViN).

Östergötland är en av de fyra mest belastade regionerna i landet. Fyra av de fem Covid-19-patienterna är ovaccinerade. Långa vårdtider och lång respiratortid.

IVA på US överbelastat, får fortsatt hjälp av THIVA, NIVA och BRIVA med sina allmän-IVA-patienter. Man har i dagsläget 11 patienter på åtta vårdplatser. Har problem med mycket korttidsfrånvaro både på Operation och IVA och man mäktar inte med att hålla alla op-salar öppna, inte heller alla platser på IVA.

I Norrköping har man fått reducera från sex till fem IVA-platser på grund av personalbrist.

På THIVA har man problem med korttidsfrånvaro. Hälften av enhetens ane-ssk har gått till andra uppdrag, någon pensionsavgång och en som gått till privat verksamhet. I dagsläget saknar man fem narkosläkare och använder sig av hyrbolag. Besvärlig situation.

Man har tagit bort ersättningar vid kort varsel etc vilket gör att man inte får in personal, inga svar på utgående SMS etc. Man arbetar på alla tänkbara sätt med att återinföra ersättning vid kort varsel både på Operation och på IVA men det går långsamt och svårt att få gehör/förståelse.

Flera medarbetare har gått till privat verksamhet på grund av betydligt högre löner vilket gör det svårt att rekrytera. Det privata Ekoxen fått ett större uppdrag än tidigare, likaså har Plastikakademin ökat upp betydligt.

- **Region Jönköpings län:**

På IVA i Jönköping saknar man nio ssk-tjänster. Man använder sig av hyrbolag. Bemannar i dagsläget sju IVA-platser och ska kunna isolera två Covid-19-patienter (har i dagsläget en Covid-19-patient). Man har bytt två vårdenhetschefer och det känns bra. På Operation kan man inte gå upp i full kapacitet p g a mängder med inskolningar under hösten, man tror sig vara ikapp under våren. Renovering av vissa uppvakningsavdelningar stör lite. Hela regionen arbetar nu med hur man ska komma ifatt med den uppskjutna vården, arbetar med KPS och tanken är att få ett bättre grepp över den förskjutna vården.

Ryhov går på 75 % av sin vanliga kapacitet. Här har man också utbildningsanställningar så sex IVA-ssk, sex ane-ssk och tre op-ssk är på gång. Man har ett bra läge på narkosläkarsidan. IVA-ssk är den största bristen. Har en del korttidsfrånvaro, VAB etc som alla andra. Man har gått ur KLA sedan i slutet av augusti, har inte heller några andra extraersättningar.

I Värnamo har man ungefär samma situation som ovan. Mycket korttidsfrånvaro och en del långtidsfrånvaro Man har tappat en medarbetare till privat verksamhet.

Har fyra platser öppna. Här sköter man också HIA så man klarar inte att vårda covid-patienter utan att det samtidigt skulle påverka op-kapaciteten. Har nu samma kapacitet som år 2018. Har kunnat operera mer om man haft mer personal. Har en del hyrsköterskor. På läkarsidan går det runt.

På IVA i Eksjö har man just nu ingen hyrpersonal. Man har fyra platser och ska kunna ha en Covid-19-patient, vilket man har just nu.

Man går fullt på Operation men det är på gränsen att det fungerar, brist på ortopedpersonal så det är svårt att få ihop ortopedprogrammet just nu. Det finns ingen hyrpersonal på ssk-sidan men däremot på läkarsidan som trots det har en knapp bemanning. Man har fått godkänt att använda sig av hyrbolag även nästa år. Sammanfattningsvis så saknas alla ssk-typer och det är svårt att hålla IVA-platserna öppna.

## Rapport från universitetet, Michelle Chew

- I dagsläget ingen brist på studenter men brist på lärare. Inga problem nästkommande termin. En del har individuella studieplaner, dessa studenter ska fördelas rättvist.
- ESICM (European Society of Intensive Care Medicine) har arbetat för att få en enhetlig utbildning i intensivvård, med fri rörlighet mellan de europeiska länderna. I Skandinavien har man en del farhågor om detta med tanke på att vår utbildning är en dubbelutbildning (både narkos och IVA) och att narkossidan inte berörs alls i den nya utbildningsformen. Här i Sverige har vi Socialstyrelsen som utfärdar specialistbevis men detta öppnar upp för att vi måste komma i linje med EU:s utbildningar, vi blir då tvungna att köpa in oss i en specifik utbildningsmodul etc. De nordiska länderna har de bästa intensivvårdsresultaten i Europa och det är märkligt att man då ska ta bort denna dubbelspecialitet. Man har framfört sina argument till ESICM men trots detta så förväntas Europakommissionen att klubba igenom förslaget inom kort.

WFSA (World Federation of Societies of Anaesthesiologists) vill inventera utbildning i anesthesiologi och intensivvård genom en enkät som riktar sig till nyblivna specialister (0 – 3 år). Det är viktigt att vi blir representerade i denna enkät för att visa att vi har ett utmärkt utbildningssystem och att vi vill ha kvar vår utbildning.

Michelle skickar länk till alla verksamhetschefer här och ber dem att se till så deras nya specialister genomför undersökningen.

## Rapport från NPO: Martin Holmer

### Verksamhetsplan 2021

- Fortsatt etablering av programområdet och kontaktytor för dialog och samarbete. Stor ödmjukhet för att pandemin fortsätter
- Nationella arbetsgrupper (NAG):
  - Transporter av svårt sjuka IVA-patienter, sekundärtransporter
  - Intermediärvård
  - Organdonation
  - Jämlig vård för organtransplantation
  - Vårdtyngdsmätning (perioperativt)
- Verka för mer jämlig väntetid till operation
- Verka för att ny kompetens blir tillgänglig och stannar kvar i vården
- Rekommendationer för uppföljning efter intensivvård
- Identifierat behov; översyn av regionernas katastrofberedskap
  - Ledning och styrning
  - Samordning
  - Kapacitet
  - Material och läkemedel
  - Infrastruktur

## **Aktuellt**

NPO har tillfrågat styrgruppen för kunskapsstyrning om de tycker vårt och andra NPO ska vara aktiva, tillsätta en arbetsgrupp för att få till en jämlik vård. Frågan är ställd men inget svar än. Det finns aktiviteter som går i denna anda men är väldigt splittrat. NPO efterfrågar en nationell grupp. I början av nästa år beräknar man börja arbeta med transporter av svårt sjuka (IVA-patienter). Inom organdonation har man haft några möten.

SKR håller på att ta fram en långsiktig utvecklingsplan för kunskapsstyrningen med tre prioriterade områden; intermediärvård, donation och transport av svårt sjuka. Från alla NPO trycker man på om bristen till koppling med akademien.

Fundera på ett bra namn för arbetsgruppen intermediärvård. Likaså fundera ut ett bra namn på arbetsgruppen för trauma och akutkirurgi..

## **Kommunikation till våra medarbetare, möjlighet att medverka/påverka nationellt**

NPO:s verksamhet är detta år inriktad på större frågor och ledningsperspektiv. Vad är det för riktlinjer som är kliniskt nära som man kan ta fram inom kunskapsstyrningen? På golvet är kunskapsstyrningen ganska okänd. Vi måste hjälpas åt att kommunicera att via det här systemet har våra professioner möjlighet att påverka nationellt.

Det finns dock svårigheter i att ta fram nationella riktlinjer och det är viktigt att riktlinjerna kommer från ett och samma håll. Det föreslås att SFAI behandlar frågor och publicerar riktlinjer i sina medier. Martin jobbar också med SFAI och sköterskeföreningar för att få igång kommunikationen den vägen också.

Det är viktigt att NPO/RPO blir synliga och att gemene man får veta vad man sysslar med. Också viktigt att man i RPO och i verksamheten går ut med information. Historiskt sett har det varit en "stockholmsdominans" i kontakten med Socialstyrelsen. Med NPO/RPO kan vi kanske få en större bredd och kan göra våra röster hörda från resten av landet.

## **Rapport från RDAL, Eva Ahlgren Andersson**

Se bilaga 1.

## **Övriga frågor**

Anna Oscarsson ställer frågan om de övriga sjukhusen/regionerna fått någon tydlig strategi från sina regionledningar gällande arbetet med operationsköerna.

Förslag har lagts fram om man ska hyra in hela op-lag, komplettera med extra hyr där det saknas, och/eller att operera helgdagar. I Östergötland har man inte fått godkänt för något utan istället fått till sig att man ska planera bättre med det man har. Man får till sig att förbättra flöden men Anna Oscarsson Tibblin saknar ett tydligt mål, först därefter kan man prata om hur man ska nå målen.

Region Jönköpings län har fått strategi om att utöka op-kapaciteten med 10 % (jämf 2018) och klarar man detta utdelas en ekonomisk kompensation.

Avseende vårdplatser så är det ansträngt på flera av sjukhusen och det är inte alltid lätt för klinikerna att få till platser för de patienter som vi tar till operation. Allt fler av de mindre operationerna är polikliniserade eller flyttade till privata vårdgivare, varför de vi har kvar är tyngre och kräver vårdplatser på avdelningen.

Sibylle Loo frågar om några andra hört talas om *Ersättning för frivilliga insatser i SÖSR*, men detta har ingen hört talas om.

Det finns förslag på samarbete kring operationsköerna, att förflytta operationer mellan länen. Detta kan vara problematiskt eftersom länen har sina egna köer. Det finns diskussioner nationellt kring detta för att få en mer jämlik vård, detta diskuteras även i SÖSR.

Diskussion om att ”städa köer” och hur de olika klinikerna har jobbat med detta. T ex har Öronklinikerna i Jönköping städat undan, Thoraxoperationer likaså och har en uppdaterad lista över väntande, hinner med 80 – 90 % inom tre månader. På US har man gjort sådana här insatser tidigare men det blir för mycket sjukfrånvaro i efterförloppet, sliter på medarbetarna.

Pengar behövs för bemanning/personal/utbildning. Hyrpersonal erbjuds bättre ersättningar i de stora regionerna och detta skapar ett underskott hos oss. Konkurrensen med hyrbolag skapar ett personalunderskott inom den offentliga sektorn. På nationell nivå finns ingen lösning på detta. Vi i NPO måste nå fram till SKL mfl, redogöra för vad vi behöver etc, använda rapporter från SPOR mm. Problematiskt att det inte ens finns en op-ssk-utbildning i Östergötland. Michelle Chew ska lyfta problemet hos de olika högskolorna, att vi behöver fler utbildningsplatser. Martin Holmer föreslår att man via SFAI:s delföreningar går ut och inhämtar idéer för att behålla/rekrytera personal.

## TM2

Sibylle rapporterar att införandet av TM2 fördröjs ytterligare. Det går långsamt för Cambio som har problem med bemanning för projektet och har bytt projektledare. Tester pågår men det händer inte så mycket och man har inte så mycket insyn heller. Kalmar inför TM2 tidigast våren 2023, ett och ett halvt års försening. De andra sjukhusen har planerat införande under hösten 2023 som tidigast. Mycket stort projekt som man inte riktigt kan fullfölja. Sibylle befarar att man tar bort en del funktioner för att klara av att leverera, vilket är oroande.

I region Jönköpings län byter man plattform och går över till Metavision 6 under vecka 48 – 49. Det innebär stora förändringar i läkemedelsmodulen. De tre sjukhusen har olika layouter och detta vill man försöka göra mer enhetligt. Viss interaktion med Cosmic/Master. Vissa data/parametrar skickas till SPOR.

Martin Holmer frågar Michelle Chew om man arbetar med kunskapsstyrning inom den akademiska världen. Michelle ser möjligheter kring NPO/RPO Anestesi och intensivvård

men i nuläget finns det inget sådant. Farhågan är att det inte blir några publikationer så det är kanske svårt att sälja in. Man kan börja med Best practise och best evidence. Det förekommer dock plagiering från SSAI till SFAI. Det positiva med covidpandemin är att det nu ändå finns en vilja till samverkan mellan NPO och akademien.

### **Nästa möte**

Nästa möte var tänkt att vi skulle träffas på US, men alla tycker det fungerar bra med Skype-möte. Beslut om att nästa möte äger rum måndagen den 15/11 klockan 13:00 – 15:30. Skype-länk kommer inom kort.

Vid protokollet

Carina Blomqvist