

ÁTAKSHÓPUR UM LAUSN Á LÖNGUM BIÐTÍMA
EFTIR INNLÖGN Á BRÁÐAMÓTTÖKU
LANDSPÍTALA - YTRI ENDURSKOÐUN

SKÝRSLA TIL HEILBRIGÐISRÁÐHERRA

Markus Castegren og Johan Permert
20. FEBRÚAR | 2020

Við viljum þakka fyrir þetta tækifæri til þess að skoða núverandi stöðu á Landspítala með tilliti til þess vandamáls sem hefur skapast og valdið því að margir sjúklingar hafa þurft að bíða mjög lengi á bráðamóttöku áður en þeir eru lagðir inn á deild. Athugasemdir okkar, greining og meðmæli byggjast á niðurstöðum fyrri rannsókna ásamt efni frá heilbrigðisráðuneyti og Landspítala (sem miðlað var í fyrstu heimsókn okkar), vettvangsskoðun á spítalanum í einn dag, viðtölum við fjölda starfsmanna á meðan á þeirri heimsókn stóð, svo og viðamiklum og ítarlegum umræðum og samstarfi við hinn tilnefnda átakshóp (í báðum heimsóknunum okkar).

Helsti tengiliður okkar við forráðamenn á Landspítala var aðstoðarmaður forstjóra (sem situr í átakshópnum og var viðstöddu á meðan allri okkar vinnu stóð). Við hittum forstjóra spítalans einu sinni (á 40 mínútna fundi). Við áttum góðar samræður við 9 nýja forstöðumenn á spítalanum og við höfum hitt og rætt við heilbrigðisráðherra og ráðuneytisstjóra heilbrigðisráðuneytisins.

Megintilgangurinn með skipun okkar í átakshópinn var að vinna með hópnum til þess að deila fyrri reynslu okkar, leggja fram hugmyndir og koma með tillögur að aðgerðum til þess að greina rót vandans og sigrast á honum. Á meðan á þessari vinnu stóð og á ýmsum fundum höfum við komið á framfæri hugleiðingum okkar og hugmyndum á eins skýran hátt og okkur var mögulegt.

Stokkhólmi, Svíþjóð

20. febrúar 2020

Markus Castegren og Johan Permert

Vandamálið - stutt lýsing

Í þó nokkurn tíma hefur Landspítali þurft að glíma við stækkandi vandamál varðandi sjúklinga sem sitja fastir í „umferðaröngþveiti“ á bráðamóttöku í stað þess að komast beint inn á legudeild eftir að ákvörðun hefur verið tekin um innlögn þeirra. Sumir sjúklingar hafa jafnvel beðið eftir plássi á legudeild í fleiri daga. Það eru um það bil 20-40 sjúklingar á dag sem þurfa að bíða lengur en í sólarhring. Í janúarmánuði 2020 veitti bráðamóttaka rétt rúmlega 900 umönnunardaga, sem samsvarar því að 30 sjúklingar þurftu að bíða í meira en sólarhring eftir leguplássi.

Það er talið hættulegt fyrir sjúklinga að vera fastir á bráðamóttöku í bið eftir plássi á legudeild. Þeir sjúklingar, sem fræðin nefna „sjúklinga í bið eftir innlögn“ (e. *border patients*), eru í meiri hættu á dauðsfalli, sýkingum innan spítalans og samkvæmt skráningum, lengri dvalartíma á spítalanum. Reynslan hefur líka sýnt að kostnaður vegna þessara sjúklinga er mjög hár, bæði fyrir spítalann og þjóðfélagið. Á Landspítala eru flestir „sjúklingar í bið eftir innlögn“ viðkvæmt eldra fólk, oft með fjölsjúkdómsgreiningar og flóknar meðferðarkröfur. Það hefur líka komið í ljós að biðtími eftir innlögn er lengri eftir því á hvaða aldri sjúklingur er. Þeim mun eldri sem sjúklingurinn er, því lengur bíður hann! Flestir sjúklinganna sem skipa þennan hóp og eru fórnarlömb vandamálsins eru aldraðir íslenskir ríkisborgarar með flóknar meðferðarþarfir, veikburða og gjarnan með fjölsjúkdómsgreiningar.

Þetta fyrirbæri, út af fyrir sig, er ekki einstakt á Íslandi eða Landspítala. Við viljum þó leggja sérstaka áherslu á að stærð vandamálsins og fjöldi þeirra sjúklinga sem daglega bíða á bráðamóttöku Landspítala eftir plássi á legudeild, er sláandi og leiðir til þjáninga og jafnvel alvarlegra fylgikvilla hjá einstökum sjúklingum. Það er áhyggjuefni að ýmislegt bendir til þess að vandamálið færist í aukana. Þess vegna þarf nauðsynlega að grípa til aðgerða til þess að bæta stöðuna.

Greining á lækni-meðferð bráðamóttöku Landspítala

Bráðamóttaka Landspítala er ekki bara staður þar sem íbúar höfuðborgarsvæðisins leita sér lækni-aðstoðar. Bráðamóttaka Landspítala er eina bráðavaktin í Reykjavík sem býr að fullu aðgengi að spítala og hún skiptir meginmáli fyrir Ísland hvað varðar hæfni landsins til þess að fást við meiri háttar atburði, til dæmis fjöldaslys, farsóttir, eldgos, o.s.frv.

Bráðamóttakan hefur gripið til ýmissa ráða til aðhlyningar á „sjúklingum í bið eftir innlögn“ (e. *border patients*), þó svo að deildin sé ekki útbúin til þess að veita legusjúklingum meðferð. Bráðamóttakan er ekki með það pláss, aðföng eða starfsfólk sem þarf til þess að veita einstaklingsbundna og varfærna umönnun, og stenst heldur ekki kröfur um hreinlætisstaðla og ráðstafanir í þá átt. Það skal vakin sérstök áhersla á það að bráðamóttakan ætti ekki að vera útbúin til þess að sjá um legusjúklinga. Rannsóknir hafa sýnt að ef sú ákvörðun væri tekin að sérútbúa bráðamóttökuna til þess að veita legudeildarþjónustu fyrir sjúklinga, myndi það draga úr gæðum kjarnaþjónustu bráðamóttökunnar, þ.e. að flokka samkvæmt bráðapörf, greina sjúklinga og koma á stöðugleika í ástandi þeirra sjúklinga sem þurfa frekari meðhöndlun ásamt því að samþykkja fólk til innlagnar ef þess er þörf. Það er því lykilatriði að viðhalda landamærunum eða mörkunum milli bráðamóttökunnar og annarra hluta spítalans, svo hægt sé að veita skilvirka umönnun sjúklinga.

Bráðamóttakan er mjög skilvirk hvað kjarnaþjónustu hennar varðar og gæði læknisþjónustu eru á háu stigi. Bráðamóttakan býr yfir sér hæð fyrir sjúklinga sem þurfa almenna læknisþjónustu með hröðu gegnumflæði. Þetta svæði er aðgreint frá öðru svæði sem er bráðara en þangað eru sjúklingar sendir sem hafa verið flokkaðir við komu á bráðamóttöku og þurfa samkvæmt mati á víðtækari þjónustu spítalans að halda. U.þ.b. 60% af öllum sjúklingum bráðamóttöku eru flokkuð í síðarnefnda hópinn. Í síðarnefnda flæðinu er hlutfall innlagðra sjúklinga gagnvart sjúklingum sem eru sendir heim 23% en það er mikilvæg tala til að hafa í huga varðandi skilvirkt gegnumflæði sjúklinga. Vegna flæðisskiptingar og skilvirkni kjarnastarfsemi bráðamóttöku myndu aðgerðir sem beinast að aðflæði sjúklinga til spítalans hafa mjög lítil áhrif á aðalvandamálið.

Ítarleg greining okkar á bráðamóttöku Landspítala leiðir í ljós að lausn vandamálsins liggur ekki í rekstri hennar. Bráðamóttakan hefur, með velferð sjúklinga að leiðarljósi, eins framarlega og henni er unnt, reynt að leysa vandamálið varðandi hinn mikla fjölda sjúklinga sem þarf að annast um á meðan beðið er eftir pláss á öðrum deildum spítalans. Samt sem áður er vendipunkturinn að nálgast, þegar skilvirkni kjarnastarfsemi bráðamóttöku minnkar vegna álagsins við umönnun sjúklinga sem bíða eftir innlögn á legudeild. Nú þegar hafa komið í ljós vísbendingar í þá átt, þar sem meðaltími til ákvörðunar um hvort leggja skuli sjúkling inn á legudeild, hefur lengst.

Greining á skilvirkni annarra deilda Landspítala

Landspítali býður upp á tiltölulega mörg legurými miðað við höfðatölu á Íslandi. Sem stendur eru u.þ.b. 30 rúm ónotuð vegna skorts á hjúkrunarfræðingum. Meðal legutími (e. LOS) á Landspítala er tiltölulega langur. Sennilega er helsta ástæðan sú að u.þ.b. 6-7% af sjúklingum eru með mjög langan legutíma eða meiri en 30 daga á spítalanum. Þessi langi legutími ákveðins hóps er rótarorsök aðalvandamálsins sem hefur leitt til umferðaröngþveitis á spítalanum.

Á Landspítala eru tvær legudeildir með rúmum fyrir sjúklinga sem munu undirgangast valaðgerð en þau eru stundum notuð fyrir sjúklinga sem þurfa á bráðaaðgerð að halda. Það eru tvær bráðadeildir, bráðalyflækningadeild (s. MAVA) og bráðaöldrunarlækningadeild (s. GAVA). Tilgangur bráðalyflækningadeildar er mjög skýr, þ.e. að annast sjúklinga með styttri legutíma en tvo sólarhringa. Reiknað er með að u.þ.b. 90% sjúklinga þurfi styttri legutíma en tvo sólarhringa. Hins vegar er fráflæði frá bráðamóttöku til lyflækningadeildar aðallega stýrt gegnum bráðalyflækningadeild án þess að fara eftir þeim skilyrðum sem eru sett fyrir hana. Mun lægra hlutfall sjúklinga en hin áætluðu 90% er með styttri legutíma en tvo sólarhringa. Afleiðingarnar eru þær að umferðaröngþveiti myndast líka á bráðalyflækningadeild. Meðal legutími á bráðaöldrunarlækningadeild eru tæplega 30 dagar og hún er því ekki notuð eins og til var ætlast.

Eins og stendur eru 6 og 7 eða 13 gjörgæslurými samtals á Landspítala við Hringbraut og í Fossvogi. Hlutfall hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling er 1:1 sem er mjög hátt. Sem dæmi má nefna að á Sahlgrenska háskólasjúkrahúsinu er hlutfall hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling 1:2, á Karólínska sjúkrahúsinu í Huddinge er það 1:1,5 og á háskólasjúkrahúsinu í Uppsölum er það 1:1,6. Því mætti endurskoða hlutfall hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling og e.t.v. nýta frekar annað starfsfólk, til dæmis sjúkraliða. Ef hlutfalli hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling væri breytt í samræmi við gjörgæsludeildir annarra háskólasjúkrahúsa á Norðurlöndum, væri hægt að fjölga lausum rúmum.

Á Landspítala er ekkert millistig umönnunar, sem yfirleitt eru kölluð hágæslurými (HDU). Hágæslurými (HDU), eða millistig umönnunar, er ekki skýrt skilgreint hugtak en það vísar til herra hlutfalls hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling, til dæmis 1:3-1:4, en gengur og gerist á venjulegum deildum. Þá má nefna að hæfni slíkra deilda er meiri en hinna almennu en þó minni en gjörgæslu. Það gerir hágæslurými kleift að meðhöndla sjúklinga sem eru í minni lífshættu eða þurfa aukna umönnun. Ef gjörgæslurúmum fjölgaði á Landspítala og hágæslurúmum væri bætt við, myndi umönnunarpörfin minnka á almennum deildum sem gæti auðveldað þeim að annast fleiri sjúklinga með sama fjölda starfsfólks.

Viðverutími reyndari lækna á deildum er tiltölulega stuttur á Landspítala en sú staðreynd hægir á meðhöndlun sjúklinga og veldur því að ekki er hægt að útskrifa sjúklinga heim af spítalanum nema á stofugangi lækna á morgnana.

Greining á stjórnunarháttum Landspítala og tillögur að breytingum

Æðsta stjórn Landspítala er í höndum forstjóra og framkvæmdastjórnar. Samkvæmt íslenskum lögum er forstjóri Landspítala ábyrgur fyrir öllum ákvörðunum. Framkvæmdastjórnin hefur ráðgefandi hlutverk en tekur ekki ákvarðanir. Þeir sem næst forstjóra standa eru framkvæmdastjóri lækninga, framkvæmdastjóri hjúkrunar og aðstoðarmaður forstjóra.

Jafnvel þótt vandamálið og aðstæður á spítalanum hafi verið augljós og viðvarandi í þó nokkurn tíma, með fullri vitund forstjóra, hafa engar augljósar ráðstafanir verið gerðar til þess að leysa úr vandamálinu. Þær aðgerðir sem gripið hefur verið til hafa beinst að afleiddum áhrifum í stað þess að ráðast á rót vandamálsins. Skilaboðin sem borist hafa frá stjórnendum spítalans gefa í skyn að vandamálið sé frekar af þjóðfélagslegum toga en vandamál sem spítalinn getur leyst eða hægt sé að fást við innan spítalans.

Sannarlega á Ísland, líkt og önnur sambærileg þjóðfélög, við ört stækkandi vandamál að etja til þess að viðhalda þeirri velferð sem ríkisborgarar hafa vanist og gera kröfur um. Jafnvægi milli sjúkrarýmis, rýmis á hjúkrunarheimilum, þjónustu heilsugæslu og heimahjúkrunar er þjóðfélagsleg áskorun sem kallar á hæfni og þekkingu á því hvernig flókin kerfi eru uppbyggð og þeim viðhaldið. Þetta vandamál sem blasir við á Landspítala, svo og á fleiri spítölum og í fleiri þjóðfélögum, er eins og gefur að skilja hluti af stærra samhengi vandamála sem tengjast áskorunum og breytingum sem vestræn þjóðfélög standa núna frammi fyrir og þurfa að sigrast á.

Það er hins vegar mjög áhættusamt fyrir spítalann að fullyrða að hann sé eins konar fórnarlamb í stað ábyrgðaraðila fyrir vandamálinu og eigi þess vegna hlutverki að gegna í lausn vandamálsins. Þar sem Landspítali heldur því fram að langtíma aðgerðir annarra aðila velferðarkerfisins, t.d. uppbygging nýrra hjúkrunarheimila og aukin aðföng til spítalans, séu einu lausnirnar í sjónmáli til þess að bæta stöðuna á bráðamóttökunni, fær fólk á tilfinninguna að aðgerðir innan spítalans skipti litlu máli. Hvað sem spítalinn gerir, muni vandamálið vera viðloðandi.

Og þetta er eitt af því sem við tókum eftir þegar við skoðuðum stöðuna á Landspítala. Það hefur vissulega verið gripið til ýmissa aðgerða en þær hafa beinst að afleiðingum vandamálsins í stað þess að gera þær nauðsynlegu breytingar sem Landspítali gæti gripið til þegar í stað til þess að bæta stöðuna innan spítalans. Aðgerðir sem gætu gjörbreytt ástandinu eru mögulegar og það er auðvelt að bera kennsl á þær. Síðar í þessari skýrslu er listi yfir ýmsar aðgerðir sem beinast að rót vandamálsins. Búið er að ræða allar þessar aðgerðir til hlítar á fundum okkar með átakshópnum og um þær verður fjallað í skýrslu hans.

Auk aðgerða sem hægt er að grípa til innan spítalans þurfa stjórnendur hans að gegna lykilhlutverki í aðgerðum sem þarf til þess að fást við vandamálið utan spítalans. Landspítali gegnir mikilvægu hlutverki í velferðarkerfinu á Íslandi og það er ekki margt sem hægt er að gera án aðkomu spítalans. Spítalinn býr yfir helstu tilföngum, því hlutverki og þeirri færni og reynslu sem þarf til þess að tryggja að nýsköpun og breytingar beri góðan árangur. Einn og sér getur Landspítali ekki leyst vandamálið en hann þarf að taka að sér forystuhlutverk meðal annarra þátttakenda. Ástandið á bráðamóttökunni er

krónísk hamfarasaga sem á sér stað innan veggja spítalans. Sjúklingar, margir hverjir aldraðir og veikburða, þjást í stórum stíl vegna núverandi ástands.

Það er ljóst að stjórnendur spítalans hafa verið meðvitaðir um flestar þær lausnir sem lagðar eru til hér fyrir neðan, svo og áframhaldandi nýsköpunarverkefni sem ráðist hefur verið í innanhúss og í nærsamfélaginu með því markmiði að endurbæta fráflæði frá spítalanum. Mörg slík verkefni hafa verið auðkennd og ráðist í þau, bæði á vegum Landspítala og heilbrigðisráðuneytis á meðan á vinnu okkar með átakshópnum stóð. Það er augljóst að stjórnendur spítalans hafa beitt ólíkri stjórnunaraðferð til þess að innleiða breytingar og önnur forgangsmál. Við teljum að forstjóri og framkvæmdastjórn þurfi nú að setja lausn á þessari stöðu í forgang og taka nauðsynlegar stefnumarkandi ákvarðanir og halda sig við þær þangað til staðan batnar. Stjórnendur Landspítala þurfa að tryggja að spítalinn taki á sig virkt og leiðandi hlutverk á allan hugsanlegan hátt í öllu kerfinu með það að markmiði að bæta stöðuna fyrir þann hóp af veikburða sjúklingum sem eins og stendur ber þungar byrðar vegna ófullnægjandi ástands umönnunar á spítalanum. Að breyta þessari stöðu og innleiða varanlegar breytingar hvað sjúklinga varðar er fyrst og fremst áskorun fyrir stjórnendur sem spítalinn þarf þegar í stað að bregðast við.

Nýtt skipurit var innleitt í árslok 2019. Nýir forstöðumenn voru skipaðir sem bera ábyrgð á fjármálum, mönnun og lækningum á sínu rekstrarsviði. Ábyrgð og umboð þessara nýju forstöðumanna er nokkuð óljós. Við mælum með því að þessa nýju stjórnendur (11), þar sem þeir mynda kjarnann í nýju skipuriti spítalans, ætti að nýta til fulls til þess að færa breytingastjórnun á spítalanum til betri vegar. Þennan hóp skipa mikilvægir sérfræðingar á ýmsum sviðum með þá reynslu og það kynjahlutfall sem endurspeglar þjóðfélagið. Þessi hópur býr yfir mikilli hæfni og orku. Hópurinn hefur lýst því yfir að hann sé viljugur til þess að grípa til viðamikilla aðgerða til lausnar á þessu vandamáli og gera aðrar breytingar sem nauðsynlegar eru. Við teljum að þessi hópur hafi lykilhlutverki að gegna og að hann veiti íslensku þjóðfélagi mikilvæga möguleika.

Við mælum með því að hinir nýskipuðu forstöðumenn fái sem allra fyrst skýr og skilmerkileg hlutverk í stjórnskipulaginu. Þeir ættu að fá fullnægjandi stuðning, t.d. ráðgjafa í stjórnun og nýsköpun, ásamt skilvirku samstarfskerfi millil þeirra til þess að stuðla að nýsköpun og innleiða breytingar. Það er afar mikilvægt, sérstaklega vegna nýsköpunar og breytinga, að þessir stjórnendur heyri beint undir forstjóra. Síðast en ekki síst, þá þarf forysta forstjóra að vera til staðar, virk og sýnileg. Þessir nýskipuðu forstöðumenn hafa möguleika til að áorka mjög miklu en þeir þurfa á styrkri forystu að halda.

Tillögur að framkvæmdaáætlun

Við leggjum fram eftirfarandi tillögur að aðgerðum til þess að leysa það umferðaröngbveiti sem sjúklingar lenda í við fráflæði frá bráðamóttöku og beinast sérstaklega að úrræðum sem þegar eru fyrir hendi á spítalanum og þarfnast lítils tilkostnaðar.

1. Forstjóri þarf að taka þá stefnumarkandi ákvörðun að sjúklingar á bráðamóttöku spítalans sem þurfa innlögn séu algert forgangsatriði á Landspítala. Þá verða allar spurningar sem ekki tengjast sjúklingum í bið eftir innlögn, aftar í forgangsroðinni. Þessa stefnumarkandi ákvörðun þarf að taka bráðlega og hún verður að vera skýr og henni miðlað til alls starfsfólks innan stofnunarinnar. Stjórnendur spítalans þurfa að standa með þessari ákvörðun og innleiða hana í framkvæmdaáætlun spítalans fyrir fyrirsjáanlega framtíð. Að okkar mati er þessi aðgerð sú allra mikilvægasta.
2. Samhliða þeirri stefnumarkandi ákvörðun sem mælt er með í lið 1 þarf að setja skilmerkilegt bann á að sjúklingar bíði lengur en 6 klukkustundir á bráðamóttöku, frá þeim tíma talið sem þeir koma inn á bráðamóttökuna. Áætlun með sérstökum markmiðum sem tiltekur hámarksfjölda móttekinnna sjúklinga með skýrri framvinduröð til þess að framfylgja banninu skal vera á sýnilegum stað.
3. Á Landspítala er haldinn góður daglegur stöðumatsfundur. Á fundinum eru kynntar upplýsingar um fjölda lausra legurýma ásamt fjölda sjúklinga sem bíða á bráðamóttöku eftir innlögn. Við mælum eindregið með því að stöðumatsfundinum sé breytt þannig að í stað upplýsingafundar þar sem tölur eru kynntar komi fundur með því skýra markmiði að gera áætlun fyrir hvern og einn sjúkling sem bíður á bráðamóttöku eftir innlögn þann daginn. Hjálpargögnum, sem gætu reynst nytsamleg í þeim tilgangi og eiga sér uppruna í Karólínska háskólasjúkrahúsinu, hefur verið miðlað til átakshópsins og þau er hægt að aðlaga samkvæmt þörfum Landspítala.
4. Bráðalyflækningadeild (MAVA) og bráðaöldrunarlækningadeild (GAVA) ætti að nýta samkvæmt vel skilgreindum skilyrðum hvorrar deildar fyrir sig. Í þeim tilgangi gæti spítalinn þurft að grípa til aðgerða eins og til dæmis að banna valaðgerðir í einhvern tíma og opna með því tækifæri til þess að öðlast ákjósanlegri samsetningu sjúklinga á bráðalyflækningadeild (MAVA) og bráðaöldrunarlækningadeild (GAVA).
5. Þróa þarf aðferð til þess að spá fyrir um lengd legutíma hvers sjúklings en ef það reynist ekki mögulegt, væri hægt að styðjast við áætlaðan legutíma sem læknir tilgreinir í innlagnarbeiðni. Markmiðið er að leggja eingöngu sjúklinga inn á bráðalyflækningadeild (MAVA) sem eru með áætlaðan legutíma styttri en 48 klukkustundir. Aðra sjúklinga ætti að leggja inn á viðeigandi legudeild samkvæmt greiningu þeirra.
6. Það þarf að auka viðveru reynslumeiri lækna á Landspítala, sérstaklega frá síðdegi til árla kvölds. Markmiðið með því er að hraða gegnumflæði hvers sjúklings fyrir sig og meta raunþörf sjúklingsins fyrir innlögn á spítalann. Fjöldmörg dæmi eru til um skilvirkni þessarar ráðstöfunar, m.a. hjá St Görans spítalanum í Stokkhólmi, Svíþjóð. Við getum lagt til tengiliði í ef vilji er fyrir hendi.

7. Við mælum jafnframt með því að spítalinn fjölgi gjörgæslurúmum, kannski með því að endurskoða hlutfall hjúkrunarfræðinga á hvern sjúkling og e.t.v. með því að nota annað fagfólk til þess að annast sjúklinga. Þá má nefna að gjörgæslurými skipta miklu máli í þeirri viðleitni að stofna hágæsludeild á Landspítala. Markmiðið er einna helst að draga úr áhrifum sjúkdóma og umönnunarþörf á almennum deildum og auka möguleika á því að bjóða fleiri rúm á öðrum deildum Landspítala.
8. Við leggjum til að Landspítali taki virkan þátt í þeim nýsköpunarverkefnum sem heilbrigðisráðuneytið stendur fyrir með það að markmiði að bjóða upp á nýjar umönnunarleiðir í íslensku þjóðfélagi, t.d. að sjúkraflutningamenn sinni smávægilegum atvikum í heimahúsum, víðtækari heimaþjónusta væri í boði eða langtímavistun þar sem sjúklingar geti dvalið á meðan á endurhæfingu stendur eftir spítaladvöl, áður en þeir snúa aftur heim til sín.
9. Við mælum með því að starfsemi bráðamóttöku verði vernduð og að aðgerðir til þess að opna fyrir rými sjúklinga sem bíða eftir innlögn á legudeildir í sömu aðstöðu og umönnunarflæðið sem sér um sjúklinga með styttri eða engri þörf fyrir legurými, séu umsvifalaust lagðar af.
10. Við leggjum til að framkvæmdaáætlanir verði gerðar til þess að: a. Opna fyrir glugga til að „endurræsa“ spítalann, b. Auka nýtni bráðalyflækningadeildar (MAVA) og bráða öldrunarlækningadeild (GAVA), c. Landspítali taki á sig virkt og leiðandi hlutverk í nýsköpunarverkefnum sem heilbrigðisráðuneyti stendur fyrir. Við mælum eindregið með því að nýju forstöðumennirnir verði gerðir ábyrgir fyrir uppsetningu og innleiðingu ofan nefndra framkvæmdaáætlana.

Markus Castegren, M.D., Ph.D., dósent í svæfinga- og gjörgæslulækningum

Rúmlega 30 birtar vísindagreinar, núverandi umsjónarmaður 5 doktorsnema.

Stjórnarmaður í samtökum gjörgæslulækna í Svíþjóð (e. Swedish Society for Intensive Care) 2014 -

Fulltrúi í Evrópusamtökum svæfinga- og gjörgæslulækna (European Society of Anesthesia and Intensive Care). 2011 –

Yfirlæknir (senior consultant) í svæfinga- og gjörgæslulækningum í Sörmlandhéraði og Karólínska háskólasjúkrahúsinu 2019 -

Forstjóri gjörgæslu hjá Karólínska háskólasjúkrahúsinu 2014-2109 (þ.m.t. allar gjörgæslulækningar fullorðinna hjá Karólínska, með u.þ.b. 3.000 sjúklinga á ári. Á deildinni voru um 500 læknar, hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar).

Markus stjórnaði flutningi gjörgæsludeildar í endurskipulagningu Karólínska háskólasjúkrahússins, svo og undirbúningi, ráðstöfunum og flutningi yfir í nýjar byggingar í Solna og Huddinge. Hann er mjög virkur í rannsóknum og er skipaður dósent við háskólann í Uppsöllum. Hann vinnur með mörgum heilsugæsluyfirvöldum í Svíþjóð við greiningu á heilbrigðisþjónustu og leggur fram tillögur um endurbætur.

Johan Permert M.D, Ph.D., skurðlæknir og prófessor við Karólínska háskólasjúkrahúsið í Stokkhólmi

Fleiri en 130 birtar vísindagreinar.

Hefur haft umsjón með rúmlega 10 doktorsnemunum.

Formaður evrópska samtaka um brisartilfræði (e. European Society of Pancreatology) 2010.

Yfirlæknir skurðlækninga sl. 35 ár. Sérfræðingur í aðgerðum á efra kviðarholi.

Deildarforseti skurðlækninga við Karólínska háskólasjúkrahúsið í Stokkhólmi 2006-2011.

Þróunar- og nýsköpunarstjóri við Karólínska háskólasjúkrahúsið í Stokkhólmi 2011-2016.

Framkvæmdastjóri nýsköpunar og tækni (CIO og CTO) við Karólínska háskólasjúkrahúsið 2011-2016.

Aðalráðgjafi heilbrigðisþjónustu í Austur-Gautlandi og forstjóri háskólasjúkrahússins í Linköping 2016-2017.

Forstöðumaður rannsókna og menntunar, Stockholms Sjukhem, 2018.

Aðalráðgjafi heilbrigðisþjónustu í Dölunum (s. Dalarna), 2018 -

Aðalráðgjafi forstöðumanns skurð- og krabbameinslækninga hjá Örebro háskólasjúkrahúsinu 2019 -

Johan hefur umfangsmikla reynslu af verkefnum varðandi breytingastjórnun og endurskipulagningu flókinna lækninga- og háskólakennslukerfa, bæði hjá hinu opinbera og í einkageiranum. Hann hefur reynslu af því að fást við breytingar og þróun með því að vinna bæði innan frá sem starfsmaður deildar og sem yfirmaður/stjórnandi. Þá hefur hann einnig unnið utan frá sem ráðgjafi.

Johan hefur byggt upp umönnunarnet, bæði milli ólíkra spítala og umönnunarstigs og einnig innan einstakra spítala. Hann hefur einbeitt sér að því hvernig hægt er að nota nýsköpun til þess að styðja við breytingu og þróun. Hann hefur umbreytt, byggt upp og innleitt stjórnunar- og breytingastjórnunarkerfi í háskólum, sjúkrahúsum og hjá sveitarfélögum.