

Olägenheter och ineffektivitet med kirurgiska satellitpatienter

Strukturerad journalgranskning och enkätstudie

RUNE SJÖDAHL, professor emeritus, kirurgiska kliniken och patientsäkerhetsenheten
rune.sjodahl@lio.se
OLLE KILANDER, vårdenhetschef, kirurgiska kliniken

HANS RUTBERG, professor, patientsäkerhetsenheten
KENTH JOHANSSON, docent, överläkare, kirurgiska kliniken; samtliga Universitetssjukhuset, Linköping

»När Ädelreformen infördes 1992 fanns det ca 50 000 vårdplatser i Sverige, men efterhand har de minskat i antal och är nu ca 25 000.«

När Ädelreformen infördes 1992 fanns det ca 50 000 vårdplatser i Sverige, men efter hand har de minskat i antal och är nu ca 25 000. Införandet av accelererad postoperativ vård efter planerad kirurgi (fast track surgery, enhanced recovery after surgery) har minskat vårdtiderna på kirurgiska avdelningar. Det har varit ett av flera argument när antalet vårdplatser reducerats under senare år. Men samtidigt har andelen multisjuka och äldre ökat, vilket medfört att överbeläggningar och utlokalisering till andra kliniker av de kirurgiska patienterna (satellitpatienter) har ökat inom akutsjukvården. Bland vårdpersonal och inte minst bland läkare framförs ofta farhågor för hotad patientsäkerhet när kirurgiska patienter vårdas på satellitavdelningar. Dessutom kan risken för otrygghet hos både patienter och vårdpersonal vara ökad. Andra tänkbara negativa faktorer skulle kunna vara av arbetsmiljömässig natur eller ökad tidsåtgång vid ronder och utskrivningar.

I dagspressen har periodvis enskilda patientfall publicerats där man betonat risker och försenad handläggning när patienterna vårdats på andra kliniker än där de egentligen hör hemma. Vi har emellertid inte kunnat finna någon analys och redovisning av ett kirurgiskt patientmaterial som vårdats på satellitavdelningar.

Denna undersökning avsåg att studera förekomsten av vårdskador, avvikelser, nackdelar och eventuella fördelar med att vårda kirurgiska patienter på satellitavdelningar. Information om detta hämtades via journalgenomgångar och enkäter till patienter, vårdpersonal (på både satellitavdelningar och kirurgiska akutvårdsavdelningar) och kirurger som handlägger satellitpatienter.

MATERIAL OCH METOD

Via datajournalssystemet Cosmic registrerades under 2010 sammanlagt 185 satellitpatienter som var inskrivna på den kirurgiska akutavdelningen (KAVA) på Universitetssjukhuset, Linköping. Av dessa hade en bara vårdats på IVA, och tre var dubbelnoterade. Således var 181 patienter tillgängliga för analys. Det studieprotokoll som ifylldes vid journalgenomgången innehöll uppgifter av demografisk natur samt om veckodag och tidpunkt för inläggning respektive utskrivning. Dessutom noterades vårduppgift, avvikelser och eventuell försenad handläggning. Journalerna granskades även angående förekomst av kriterier i Global trigger tool (GTT) för att kategorisera eventuella följder av vårdskador [1]. Metoden har tidigare använts på kirurgiska kliniken för att identifiera och kategorisera vårdskador [2, 3].

14 patienter hade vårdats på mer än en satellitavdelning. Vid

genomgången i mars 2011 var 20 patienter 85 år eller äldre, medan 19 hade avlidit efter utskrivningen. Enkäter sändes till 128 patienter som var under 85 år. Enkäten innehöll bl a frågor om vilken klinik patienterna vårdades på, anledningen till sjukhusvården, bemötandet från personalen samt information om sjukdomen/skadan och utskrivningen. Inga påminnelser sändes ut. 53 användbara svar inkom (dessutom 4 som inte var ifyllda).

Enkäter sändes även till de kliniker (n=13) som vårdade satellitpatienter. Svar på enkäten gavs gemensamt av personalen på varje klinik. Frågorna handlade om egen kompetens, trygghet, ronder, utskrivningar, ansvarig kirurg och vad som var positivt med att vårda kirurgiska satellitpatienter. Sjuksköterskorna på KAVA (n=19) liksom de kirurger (n=18) som handlagt satellitpatienter fick ge individuella svar. Deras enkät innehöll frågor om tidsåtgången vid inläggning, ronder och utskrivningar. Dessutom fick de redogöra för hur de uppfattade att ronder och utskrivningar fungerade.

RESULTAT

Sammanlagt vårdades kirurgiska satellitpatienter på 13 olika kliniker. 69 procent lades in via akutkliniken, och 31 procent flyttades från KAVA till satellitavdelning. I Tabell I anges antal patienter och antal vårddygn per klinik under 2010 och 2009. Totalt vårdades 181 patienter (45 procent män, 55 procent kvinnor) under 556 vårddygn på olika satellitavdelningar under 2010. Motsvarande siffror för 2009 var 66 respektive

■ sammanfattat

Under 2010 vårdades 181 kirurgiska satellitpatienter under 556 dygn på 13 olika kliniker.

Gallstenssjukdom, appendicit och oklar buksmärta var de vanligaste diagnoserna. En del patienter kände sig otrygga och tyckte inte om att flyttas runt.

Vårdpersonalen kände ofta inte till vem som var ansvarig kirurg och var mycket missnöjd med kvaliteten på ronderna.

Läkarna rapporterade cirka

en timmes extra tidsåtgång varje dag.

Avvikelser förekom hos åtta patienter (4 procent), och de allvarigaste gällde två tillbud (försenad dialys, försenad upptäckt av anuri).

Patientsäkerheten kunde upprätthållas med hjälp av vårdplatskoordinatorer, som har en central roll för att undvika att riskpatienter utlokaliseras. Trots detta är olägenheterna med satellitpatienter stora för både patienter och vårdpersonal.

TABELL I. Antal vårddygn och antal kirurgiska patienter vårdade som satellitpatienter på olika kliniker under 2010 och 2009. Ett vårddygn påbörjas vid det klockslag patienten skrivs in och sträcker sig sedan 24 timmar framåt innan nästa dygn påbörjas. Siffrorna inom parentes gäller 2009.

	Antal vårddygn	Antal patienter
Kvinnokliniken	190 (38)	69 (17)
Urologiska kliniken	88 (41)	32 (11)
Neurologiska kliniken	71 (15)	19 (1)
Öronkliniken	32 (13)	15 (6)
Onkologiska kliniken	33 (0)	9 (0)
Hand- och plastikkirurgiska kliniken	19 (19)	9 (6)
Ortopediska kliniken	30 (25)	8 (10)
Infektionskliniken	57 (5)	7 (3)
Ögonkliniken	9 (3)	4 (1)
Neurokirurgiska kliniken	6 (4)	3 (2)
Medicinska akutvårdskliniken	11 (18)	3 (7)
Njurmedicinska kliniken	7 (9)	2 (2)
Endokrin- och mag-tarmkliniken	3 (0)	1 (0)

190. Medianåldern var 62 år (18–97 år). 36 patienter (20 procent) var över 80 år. Figur 1 visar fördelningen av inläggningar på satellitavdelning under årets månader. Flest inläggningar gjordes under juni. Flest patienter blev inlagda på söndagar, och inläggningar förekom oftast klockan 14–20 under dygnet. Vårdtiderna räknat i timmar på satellitavdelningarna anges i Figur 2. De varierade mellan 6 timmar och mer än 7 dygn.

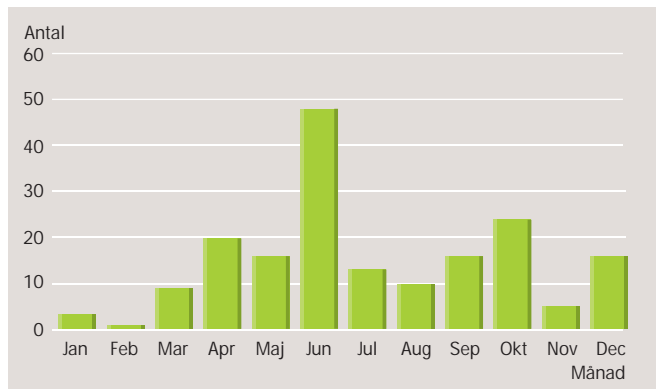
I Tabell II visas fördelningen av diagnosgrupper eller symptom. Gallstenssjukdom, appendicit och oklar buksmärta var vanligast. Bland vårduppgifterna dominerade observation, akut utredning och medicinsk behandling (66 procent), medan postoperativ vård utgjorde 27 procent, väntan på placering 6 procent och annat 1 procent.

Avvikelse som rapporterades av personal och som framkom vid journalgranskningen ses i Fakta 1. Sammanlagt identifierades avvikelser för 8 patienter (4 procent). De allvarligaste avvikelserna gällde två tillbud: ett dialystillfälle förbids tillfälligt, och upptäckten av anuri blev försenad hos en annan patient. Andra avvikelser avseende bristande samarbete rapporterades vid 8 olika tillfällen (Fakta 2). Försenad handläggning, sammanlagt 5 dagar, kunde noteras för fyra patienter (2,2 procent). Några vårdskador upptäcktes inte med GTT-metoden under den korta tid patienterna vårdades på satellitavdelningarna. De längsta vårdtiderna berodde på att patienterna väntade på annan vårdform.

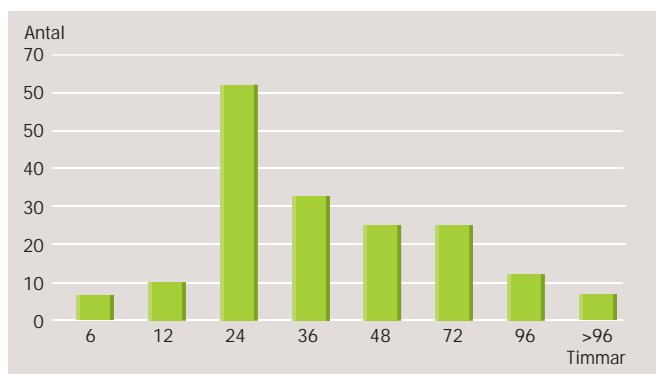
Svar från patienterna

Svar från patienterna (upp till 85 år gamla) inkom från 57 (45 procent) av 128 tillfrågade. Tre hade flyttat från Linköping och hade okänd adress. En hade inte besvarat frågorna. 53 svar kunde således analyseras. Av dessa framkom att 88 procent tyckte att bemötandet på satellitavdelningen var bra, 8 procent ansåg det acceptabelt och endast 4 procent tyckte att det var dåligt. Smärtlindringen ansågs vara bra eller acceptabel av 96 procent. Informationen om sjukdomen/skadan uppfattades som bra av 59 procent, acceptabel av 23 procent och dålig av 18 procent. Utskrivningen och kunskapen om den fortsatta planeringen bedömdes som god eller acceptabel av drygt 80 procent. Svar inkom från 22 patienter som flyttats från KAVA till satellitavdelning – endast en patient upplevde att flyttningen från KAVA var dålig.

Många patienter bifogade kommentarer till enkäten. Bland



Figur 1. Antal inlagda satellitpatienter per månad under 2010. Medianvärdet var 15 patienter.



Figur 2. Vårdtid på satellitavdelning i timmar. Medianvärdet var 25 timmar.

TABELL II. Fördelning av olika diagnosgrupper hos patienter (n = 181) som var inlagda på satellitavdelning under 2010.

Diagnosgrupp	Antal patienter
Gallstenssjukdom	36
Appendicit	27
Oklar buksmärta	27
Trauma	17
Abscess	16
Cancer	16
Gastrointestinal blödning	13
Divertikulit	11
Andra diagnoser	18

det som var positivt kan nämnas bemötande och omhändertagande. Negativa kommentarer var att man inte tyckte om att flyttas runt och möta annan personal. En del ansåg att det var rörigt och att de kände sig otrysta. Informationen var dålig överlag, speciellt avseende utförda operationer. En sjuksköterska kunde inte byta dropp, vilket skapade otrysthet. Dålig tidsplanering innebar ofta onödiga fasta inför operationer som inte blev av på utsatt dag.

Svar från vårdpersonalen

Svar från vårdpersonalen på satellitavdelningarna inkom från elva kliniker (Tabell III). Två ansåg att de inte kunde besvara enkäten eftersom de hade alltför få satellitpatienter från kirurgiska kliniken. Nio kliniker svarade nej på frågan om de kände till vem som var ansvarig kirurg, endast två svarade ja. Den egna kompetensen uppfattades som god vid åtta

■ fakta 1

Avvikelse beträffande enskilda patienter (n = 8, 4 procent) som rapporterats av personal eller som noterats vid journalgenomgången.

- Försenad dialys
- Försenad upptäckt av anuri
- Avvikelse rörande ordinationer (otillräcklig smärtlindring, inte fått ordinerade läkemedel, blodsockerprov togs på fel patient,

krångel med ordination av dropp)

- Fallskada med blåmärke i höger axelregion (ingen åtgärd)
- Inte lyssnat på att patienten kände sig tungadad under pågående iv dropp
- Fick vända på operationsavdelningen på grund av akuta fall, försenad operation av samma skäl

■ fakta 2

Avvikelse beträffande bristande samarbete mellan kliniker (n = 8).

- Ingen rond
- Sjuksköterska fick inte tag på kirurg (n = 3)

- Överrapportering saknas vid flyttning från KAVA till satellitavdelning
- Olika uppfattningar om kliniktilhörighet för patienten (n = 3)

kliniker, acceptabel vid en och otillräcklig vid två. Känslan av trygghet vid vård av satellitpatienter var god vid fyra kliniker, acceptabel vid två och otillräcklig vid fem. Ronder/stöd och utskrivning fick i särklass sämst omdöme (bra vid en klinik, acceptabelt vid två och dåligt vid åtta). Kommentarer om det positiva lämnades av nio kliniker. Genomgående var upplevelsen av kompetensökning och lärande samt att de fick nya erfarenheter. En del tyckte att det var spännande och roligt med andra patientkategorier, och på en klinik hade man fått viss fortbildning från kirurgiska kliniken.

Individuella svar från sjuksköterskor och läkare

Sjuksköterskorna från KAVA som besvarade enkäten (n = 19, tid i yrket i genomsnitt 3 år) uppgav att tidsåtgången för överflyttning från KAVA till satellitavdelning var i genomsnitt 15 minuter per patient dagtid och 20 minuter kvälls- och nattetid. En övertagning från satellitavdelning till KAVA tog i genomsnitt 25 minuter.

Svar på enkäten mottogs från 15 specialister i kirurgi och tre ST-läkare. Tidsåtgången vid inläggning på satellitavdelning via akutmottagningen ökade med ca 20 minuter per patient. Tidsåtgången för ronder varierade kraftigt mellan olika

kirurger, men med förflyttning tog den i genomsnitt 30 minuter. Tiden för utskrivning bedömdes också vara 30 minuter. En kirurg ansåg att ronderna fungerade bra, elva att de var acceptabla, medan sex tyckte att de fungerade dåligt. Endast en kirurg ansåg att utskrivningarna fungerade bra, åtta tyckte att de var acceptabla och nio att de fungerade dåligt.

Olika kommentarer belyste att kirurgerna kände stark oro för patientsäkerheten och kvaliteten på värden. Ökad tidsåtgång upplevdes för inläggningar, ronder och utskrivningar.

Sjuksköterskorna på KAVA uppgav att förflyttning av en patient till eller från en satellitavdelning i genomsnitt tog 15–25 minuter.

DISKUSSION

Platsbrist för akuta kirurgiska patienter är vanligt förekommande på sjukhus med stort upptagningsområde. Flera uppseendeväckande fall av fördröjd eller suboptimal handläggning har publicerats i medierna under senare år, men vi har inte kunnat finna någon publicerad genomgång av en kohort av satellitpatienter. Från Socialstyrelsen har det tidigare framförts att man kan tänka sig att införa någon form av riktlinjer för satellitpatienter [4] och har hänvisat till SOSFS 2005:12. Där anges att vårdgivarna ska inrätta ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet och systematiskt arbeta för att förebygga vårdskador, men man har kommit olika långt i olika delar av landet. Oron för hotad patientsäkerhet för utlokaliserade patienter har medfört att man nu börjat införa begreppet patientsäkra vårdplatser.

Förflyttning av kostnader

På kirurgiska kliniken ökade antalet satellitpatienter och den totala vårdtiden på satellitavdelningarna märkbart under 2010 jämfört med 2009. Anledningen var sannolikt att sjukhusets intagningsavdelning stängdes av ekonomiska skäl. I princip innebar det emellertid endast att kostnaderna flyttades över till andra enheter. Kvinnokliniken var den helt dominerande satellitkliniken med 190 vårddygn (69 patienter, varav 13 män).

Antalet inlagda patienter på satellitavdelningarna var högst under juni månad. Det är inte förvånande eftersom stängningarna inför sommarsemestrarna börjar då, vilket varje år medför överbeläggningar initialt. Av veckodagarna toppade

»Kvinnokliniken var den helt dominerande satellitkliniken med 190 vårddygn (69 patienter, varav 13 män).«

TABELL III. Enkät svar från elva satellitavdelningar (två avstod från att svara med motiveringen att de hade haft alltför få kirurgiska satellitpatienter).

Klinik	Ansvarig kirurg	Egen kompetens	Trygghet	Ronder/stöd	Utskrivning
Ortopedkliniken	Ja	God	God	Bra	Bra
Urologkliniken	Nej	God	Dålig	Dåligt	Dålig
Kvinnokliniken	Nej	God	God	Dåligt	Dålig
Hand- och plastikkirurgiska kliniken	Ja	God	Acceptabel	Acceptabelt	Acceptabel
Öronkliniken	Nej	God	God	Dåligt	Dålig
Onkologiska kliniken	Nej	Acceptabel	Dålig	Dåligt	Dålig
Neurologiska kliniken	Nej	Dålig	Dålig	Dåligt	Dålig
Infektionskliniken	Nej	God	Acceptabel	Dåligt	Dålig
Ögonkliniken	Nej	God	God	Acceptabelt	Acceptabel
Njurmedicinska kliniken	Nej	God	Dålig	Dåligt	Dålig
Endokrin- och mag-tarmkliniken	Nej	Dålig	Dålig	Dåligt	Dålig

»Andra lösningar måste utformas för att lösa problemet med att det finns för få vårdplatser.«

söndagarna, vilket heller inte är överraskande eftersom utskrivningar inte kan drivas lika hårt under jourtid. Även om flest patienter lades in på satellitavdelning mellan klockan 14 och 20 blev ett antal inlagda nattetid (klockan 20–07), vilket givetvis måste anses vara olämpligt. Fördröjd handläggning var inte något stort problem i detta patientmaterial, totalt noterades endast en fördröjning på fem dagar.

Vårdkoordinatorns roll

Det framkom tydligt i enkätsvaren från läkarna att det finns en stor oro för allvarliga komplikationer hos satellitpatienterna. Vi kunde emellertid inte påvisa någon ökning av antalet vårdskador. En förklaring till detta något överraskande fynd kan vara att det finns vårdkoordinatorer på KAVA, dvs sjuksköterskor med speciellt ansvar för inläggningar på avdelningen. Dessa tre sjuksköterskor är nyckelpersoner med hög kompetens. De har specialistutbildning i kirurgisk omvårdnad och är en nödvändig extra resurs för att hantera satellitpatienterna på ett säkert sätt.

Vårdkoordinatorn avgör vilka patienter som ska läggas in på satellitavdelningar, vilka som kan flyttas från KAVA till satellitavdelning och vilka som bör flyttas från satellitavdelning till KAVA. Efter små kirurgiska ingrepp kan patienterna få ligga kvar på satellitavdelning, men principen är att övriga överförs till KAVA direkt efter en operation så att de kan omhändertas av van personal. Detta arbetssätt innebär att kirurgiska riskpatienter inte vårdas på satellitavdelningar.

Negativt att flyttas runt

Svarsfrekvensen från patienterna var låg, vilket kan ha olika orsaker, t ex att det var svårt att komma ihåg allt när vårdtiden var mycket kort. En del patienter uppfattade inte flyttningarna som att de bytte klinik, medan andra troligen hade svårt att hålla isär vårdtiderna på KAVA och satellitavdelningen. Dessutom hade många patienter uppnått hög ålder. De inkomna svaren visade emellertid att patienterna i stort sett var nöjda med bemötandet och omhändertagandet.

Liksom vid en patientenkät på KAVA under 2010 (inte publicerad) var endast drygt hälften av patienterna nöjda med informationen om sin sjukdom/skada, och samma låga andel kände till vem som utfört deras operation. Det var således inte någon uppenbar skillnad mellan hur bemötande och information var på satellitavdelningarna jämfört med på KAVA. Olika kommentarer var vanliga, och där framkom inte oväntat hur negativt det var för patienterna att flyttas omkring på sjukhuset. En patient hade vårdats på KAVA och på tre olika satellitavdelningar under ett dygn. Andra noterade otrygghet och ovana hos personalen på satellitavdelningarna. En del patienter

upplevde att de var satta på undantag och inte hade hög prioritet hos kirurgerna.

Svaren från kirurgerna visade att det nästan enbart var specialister som tog hand om satellitpatienter, vilket sannolikt bidrog till att fördröjd handläggning inte var något framträdande fynd i undersökningen.

Försenade ronder och ökad tidsåtgång

Från personalen på satellitavdelningarna framkom framför allt kritik mot ronderna, som inte gjordes på bestämda tider utan kunde bli mycket försenade. Dessutom kände man oftast inte till vem som var ansvarig läkare, och ibland var denne svår att få kontakt med när personalen hade frågor att ställa. Problemen var mindre när patienterna vårdades på opererande avdelningar, t ex urologi och ortopedi.

En genomgående kommentar var att det mest positiva med att vårda kirurgiska patienter var kunskapsutveckling. Svaren avspeglar sannolikt personalens olika syn på sin arbetsmiljö, och inte bara på värden av satellitpatienter. En lärdom är att vi i framtiden måste förbättra kontakterna med satellitavdelningarna på olika sätt. Sjuksköterskorna på KAVA uppgav en tidsåtgång på i genomsnitt 15–25 minuter per patient vid förflyttningar av patienter mellan KAVA och satellitavdelningar.

KONKLUSION

Slutsatsen är således att med vårt sätt att bedriva värden av satellitpatienter, där vårdplatskoordinatorer och kompetenta kirurger har en central roll, fanns det inte någon ökning av antalet allvarliga vårdskador eller tillbud under 2010. Däremot noterade både personalen på satellitavdelningarna och kirurgerna betydande olägenheter i form av ökad tidsåtgång och försämrade arbetsmiljö. En del patienter upplevde otrygghet och ifrågasatte ibland kompetensen när de vårdades på satellitavdelning.

Trots att patientsäkerheten kunde upprätthållas är olägenheterna stora både för patienter och för sjukvårdspersonal. Brist på vårdplatser med behov av satellitvård kräver betydande extrainsatser. Andra lösningar måste utformas för att lösa problemet med att det finns för få vårdplatser.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna*

REFERENSER

1. Strukturerad journalgranskning för att identifiera och mäta förekomst av skador i värden enligt metoden Global Trigger Tool. Handbok för patientsäkerhetsarbete. Stockholm: Kommentus förlag; 2008.
2. Nilsson L, Juhlin C, Krook H, Sjö Dahl R, Rutberg H. Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten. *Läkartidningen*. 2009;106:2125-8.
3. Sjö Dahl R, Hultkrantz P, Melander H, Juhlin C. Hög frekvens av komplikationer efter kirurgi. *Läkartidningen*. 2010;107:2636-9.
4. Holm LE. Vårdplatsbristen och patientsäkerheten. Socialstyrelsens nye chef aviserar tuffare tag. *Sjukhusläkaren*. 2008;(3):8-9

Vad är på gång?

Alla aktuella disputationer på Lakartidningen.se/disputationer

Utmanande saklig

Läkartidningen