

Särskild avdelning för akutfall gav kortare vårdtider på kirurgen

Vid kirurgiska kliniken, Lund-Landskrona handläggs alla akutfall primärt på en särskild enhet, medan de övriga vårdavdelningarna i huvudsak är elektiva. Akutavdelningen bemannas av erfarna kirurger, och sjuksköterskor/undersköterskor är specialtränade för akutkirurgisk vård. Resultaten under det första året är odelat positiva med ökad effektivitet och förbättrat patientomhändertagande.

Vi har tidigare i Läkartidningen [1, 2] beskrivit lundakirurgins övergripande strategi under 1990-talet som innebär renodling av akut och elektiv verksamhet respektive högspecialiserad kirurgi och baskirurgi. Denna strategi låg till grund för utvecklingen av en strikt baskirurgisk verksamhet i Landskrona när de två klinikerna gick samman under en medicinsk ledning den 1 januari 1996 [2]. Samtidigt genomfördes en förnyelse av strukturen vid lundakirurgin i avsikt att ge bättre förutsättningar för såväl den akuta som den elektiva delen av verksamheten, och vi vill här redovisa erfarenheterna från det första året.

Ny renodlad klinikstruktur

I Lund disponerade vi under 1996 tre vårdavdelningar med sammanlagt 80 vårdplatser varav 8 var bemannade för 5-dagarsvecka (kortvård). En avdelning gjordes om till akutavdelning med 20 vårdplatser, och här finns också de 8 elektiva kortvårdsplatserna. De två övriga avdelningarna blev primärt elektri-

Författare

CHRISTER STAËL VON HOLSTEIN
stf chefsöverläkare

JAN HEDENBRO
överläkare

PER-OLOV LUNDGREN
avdelningsföreståndare

INGEMAR IHSE
chefsöverläkare; samtliga kirurgiska kliniken, Lund-Landskrona.

va med tonvikt på högspecialiserad kirurgi, men också länskirurgi. Var och en av de tre avdelningarna leds av en avdelningsföreståndare och en administrativ läkare medan det för de fem profilområdena (övre gastrointestinal kirurgi, lever-gallvägs-pankreas kirurgi, nedre gastrointestinal kirurgi, endokrin och bröstkirurgi samt kärlkirurgi) finns teamchefer ansvariga för planering, drift, utveckling och forskning.

I Landskrona finns förutom den elektiva baskirurgin även obesitaskirurgi som en speciell profil. Där finns också en välfungerande endoskopisk verksamhet. Från Lund med omnejd är det alltså inte bara kort- och dagvårdskirurgiska patienter som handläggs i Landskrona utan också patienter i öppen vård som ej opereras. I Lund har vi en hel-dagsmottagning per vecka som sköts av »Landskronadoktorer» som senare gör ingreppen i Landskrona, och på samma sätt har dessa doktorer mottagning en dag varannan vecka vid Specialisthuset i Eslöv, som också tillhör Landskrona-Lund-Orups sjukvårdsdistrikt (formellt bildat den 1 januari 1998). Verksamheten i Landskrona är organiserad enligt den modell för kortvårdskirurgi vi tidigare beskrivit [1] och som visat sig vara mycket kostnadseffektiv [2]. Det akutkoncept vi presenterar här är en vidareutveckling av kortvårdsidén.

Idé, bemanning, rutiner

Idén bakom att skapa en akutavdelning vilar på tre grundbultar. Den första är vår övertygelse om att hög specialkompetens hos läkare och övrig personal leder till ökad kvalitet och effektivitet i vård och omvårdnad. Den andra är att en akutavdelning ger förbättrade möjligheter för kontinuitet och rationell planering av vårdtillfället eftersom den är oberoende av en blandad avdelnings elektiva rutiner. Den tredje innebär att så många patienter som möjligt skall slutbehandlas på akutavdelningen, vilket leder till minimal störning av den elektiva vården då endast enstaka patienter överförs till övriga avdelningar.

Akutavdelningen bemannas dagtid från måndag till fredag av en seniorkirurg på öl/böl-nivå och en yngre kirurg. Den senare är också klinikens husjour

och har det primära ansvaret för konsultationer vid andra kliniker och den akuta operationsverksamheten dagtid med stöd av den seniore kirurgen. Nattetid och helger svarar hus- och bakjourerna för verksamheten. Förutom en mindre återbesöksmottagning två dagar per vecka har den seniore kirurgen ingen planerad verksamhet utöver avdelningsarbetet. De båda kirurgerna arbetar i enveckaspass på avdelningen.

Vårdpersonalen på de 20 vårdplatserna utgörs av 12 sjuksköterskor och 2 undersköterskor uttryckt som helårsresurser. Därutöver finns en avdelningsföreståndare och två sektionschefer som leder var sitt skötersketeam. Vårdpersonalen arbetar i dag-/nattschema och på avdelningen finns ytterligare en sektionsledare för kortvården med 7 sjuksköterskor i sitt team.

Snarast efter ankomsten till avdelningen görs individuell vårdplanering för varje patient i nära samverkan mellan sköterskor och läkare. Planen innefattar de undersökningar som krävs, behov av medicinsk behandling, kirurgi eller annan åtgärd, till exempel endoskopi, kartläggning av den sociala situationen och uppskattad vårdtid. Fortlöpande görs under vårdtillfället omprövningar av planen. Stor vikt läggs vid information till patienten om vårdplanen, om smärtbehandling och mobilisering postoperativt och om beräknad tid för hemgång eller överflyttning till annan avdelning. I de fall vårdtiden beräknas överskrida 3-4 dagar informeras en av de elektiva avdelningarna, och en plan görs upp för överflyttning av patienten.

Vårdtiderna kortades

I genomsnitt läggs 9 akuta patienter in per dygn. Eftersom antalet vårdplatser är 20 blir omsättningen på avdelningen mycket hög. Trots detta kunde 80 procent av de 3 347 patienter som lades in akut under 1996 slutbehandlas där, och endast var femte patient gick vidare till en av de elektiva avdelningarna. Detta innebär i praktiken att dessa avdelningar skall vara beredda att i genomsnitt ta emot en patient vardera från akutavdelningen per dygn.

Medelvårdtiden vid lundakirurgin (exklusive Landskronaenheten) mins-

Tabell I. Medelvårdtid (dagar) vid kirurgiska kliniken i Lund (exklusive Landskrona) 1995 och 1996. Antal patienter inom parentes.

	1995	1996
Elektiva patienter	5,70 (2 735)	5,67 (1 768)
Akuta patienter	4,66 (2 745)	3,93 (3 311)
Alla patienter	5,17 (5 480)	4,58 (5 079)

Tabell II. Medelvårdtid (dagar) uppdelad pre- och postoperativt vid några vanliga kirurgiska akutdiagnoser.

	1995			1996		
	Totalt	Preop	Postop	Totalt	Preop	Postop
Appendicit	2,14	0,27	1,87	1,61	0,18	1,43
Appendicit med peritonit	5,55	0,25	5,30	4,30	0,11	4,19
Kolecystit	6,14	1,64	4,50	5,17	1,57	3,60
Kärlkirurgi (nedre extremiteten)	9,71	2,97	6,74	8,50	2,63	5,87
Perianal abscess	4,81	0,75	4,06	2,76	0,32	2,44
Inklämt bräck	3,96	0,67	3,29	2,70	0,44	2,26

Tabell III. Medelvårdtid, dagar (variationsvidd) vid de tio vanligaste akutdiagnoserna.

	1995	1996
Oklara buksmärtor	2,16 (1–19)	1,92 (1–16)
Appendicit	2,14 (1–11)	1,61 (1–8)
Divertikulit	5,35 (1–48)	5,04 (1–69)
Ileus	6,08 (1–43)	3,49 (1–18)
Förstoppning	2,13 (1–18)	1,61 (1–12)
Pankreatit	8,59 (1–93)	6,74 (1–36)
Ischemi, nedre extremiteten	6,00 (1–47)	5,06 (1–32)
Ospecificerad GI-blödning	4,17 (1–25)	3,40 (1–20)
Kolecystit	6,14 (1–42)	5,17 (1–18)
Gallsten	3,23 (1–29)	2,94 (1–18)

Tabell IV. Kvoten mellan antal inläggningar och antal inlagda patienter för de tio vanligaste akutkirurgiska diagnoserna.

	1995			1996		
	Antal inläggningar (A)	Antal patienter (B)	A/B	Antal inläggningar (A)	Antal patienter (B)	A/B
Oklara buksmärtor	586	523	1,12	638	581	1,10
Appendicit	112	111	1,02	145	145	1,00
Divertikulit	87	82	1,06	144	137	1,16
Ileus	77	71	1,08	122	110	1,11
Förstoppning	115	101	1,14	120	109	1,02
Pankreatit	67	58	1,16	103	91	1,11
Ischemi, nedre extremiteten	74	65	1,14	95	79	1,20
Ospecifik GI-blödning	71	70	1,01	86	80	1,08
Kolecystit	36	34	1,06	78	74	1,05
Gallsten	47	45	1,04	80	73	1,10

Tabell V. Återinläggningsfrekvens inom sju dagar efter utskrivning från akut vårdtillfälle.

	1995	1996
Antal inläggningar	2 745	3 311
Patienter med återinläggning (alla)	355 (12,9 procent)	406 (12,2 procent)
Patienter med återinläggning inom 7 dagar	119 (4,3 procent)	128 (3,9 procent)
Patienter med återinläggning inom 7 dagar med ny diagnos	15 (0,6 procent)	17 (0,5 procent)
Patienter med återinläggning inom 7 dagar för kirurgisk komplikation	7 (0,3 procent)	2 (0,1 procent)

kade från 5,17 dagar 1995 till 4,58 dagar 1996. Skillnaden förklaras nästan helt och hållet av akutpatienterna (Tabell I). Dock bör påpekas att förlängd vårdtid för elektiva fall snarast hade förväntats eftersom merparten av kortvårdskirurgin under 1996 flyttats över till Landskrona samtidigt som »tyngre» Landskronafall behandlades i Lund. Den oförändrade vårdtiden kan förklaras av de elektiva avdelningarnas möjlighet att bättre planera sin verksamhet när den endast i ringa utsträckning stördes av akuta inläggningar. I Tabell II visas att minskningen av vårdtiderna för akutfallen kunde hänföras till både den preoperativa och postoperativa perioden. Vi fann dessutom reduktion av vårdtiden i diagnosgrupper som primärt ej kräver kirurgisk behandling (Tabell III). Även om minskningen av antalet vårdplatser med 14 vid lundaenheten skulle kunna tänkas ha »tvingat fram» kortare vårdtider, menar vi att den huvudsakliga förklaringen ligger renodling av och ökad kompetens i handläggningen av akutpatienterna.

Alltför snabba handläggningstider kan riskera att minska den diagnostiska säkerheten. Vi har dock inte några hållpunkter för att så skulle vara fallet. Antalet patienter som krävde återinläggning var samma (Tabell IV). I Tabell V visas dessutom att cirka en tredjedel av återinläggningsfallen skedde inom sju dagar och att endast cirka var tionde av dessa fick en ny diagnos vid andra vårdtillfället. Återigen fanns ingen skillnad mellan de båda åren.

Renodling ger vinster

Vi har således ingen anledning att förmoda att de kortare vårdtiderna inverkat negativt på den medicinska säkerheten. Tvärtom menar vi att vårt akutkoncept med renodling och ökad kompetens och erfarenhet hos de behandlande läkar-/skötersketeamen gett otvetydiga vinster. I en enkät till klinikkens kirurger var 90 procent positiva till den nya modellen. Vi tycks därför vara på rätt väg att nå de uppsatta målen, nämligen bättre omhändertagande av akutpatienterna, tidigare diagnos och behandling samt minskning av akuta störningar av den elektiva vården.

Referenser

1. Staël von Holstein C, Lundgren PO, Wallin E, Ihse I. Kortvårdskirurgi eliminerar köer. Ny vårdorganisation har stor utvecklingspotential. Läkartidningen 1995; 92: 3232-6.
2. Hedenbro J, Alwmark A, Staël von Holstein C, Ihse I. Sammanslagning av kliniker i Lund och Landskrona. Renodlad arbetsstruktur effektiviserar kirurgin. Läkartidningen 1997; 94: 2399-401.