

# Akuta kirurgiflödet

Akuta kirurgiflödet startar då patienten söker vård på akutmottagningen och slutar då patienten skrivs ut eller vården tas över av annan enhet. På akuten görs en första bedömning och nödvändig akut utredning. På avdelningen vidtar ett effektivt, behovsstyrt omhändertagande med vidare utredning, behandling och eventuell operation.

De vanligaste diagnoserna i akuta kirurgiflödet är: *akut blindtarmsinflammation, akut gallstens anfall/inflammation, akut bukspottskörtelinflammation, akut tarmvred, akut magsår (okomplicerat/blödning/perforation), akut ljumsk-/bukväggsbräck, allvarlig mjukdelsinfektion, akut perianalabscess, pneumo- & hemothorax, falltrauma, akut misshandel, akut traumatisk hjärnblödning, övrigt akut trauma, akut förstopning samt akut bukobservation.*

## Beskrivning av patientflödet

<b>Akut/elektiv fördelning</b>	100% akut	
<b>Kön (M/K) fördelning:</b>	Akutmottagningen Kvinnor 47% Män 53%	Vårdtillfällen Kvinnor 48% Män 52%
<b>Ålder:</b>	Akutmottagningen Kvinnor 52 år Män 52 år	Vårdtillfällen Kvinnor 59 år Män 59 år
<b>Volym</b>	Under 2018 har över 26 000 patienter handlagts på kirurgakuten varav ca 7 100 lades in för behandling i slutenvård. Totalt genomfördes ca 2 000 akuta operationer på kliniken varav hälften genomfördes inom sektionen för akutkirurgi.	
<b>Aktuella kvalitetsregister</b>	Inom akuta kirurgiflödet rapporteras till: - Det egna appendicitregistret - Gallriks - Svenskt bräckregister - INCA för malign akut kirurgi	

## Kvalitetsindikatorer

Typ	Kvalitetsindikator	Mål och/eller nationella snitt 2018	2018	2017	2016
CROM	Mortalitet 30 dagar – totalt		1%		
CROM	Mortalitet 30 dagar – akut opererade		1%		
PROM	Projekt startar Q1 2019		PNR		
PREM	Patientenkät avd 36		Ja		
Process	Andel bedömda inom 4 h på kirurg-akutmottagningen (>80år)	Nationellt mål 77 %	70 %/60%	78 %	78 %
Process	Andel bedömda inom 8h på kirurg-akutmottagningen (>80år)	Nationellt mål 97%	98%/98%		
Process	Median D2D (min)		200		
Process	Mediantid D2dr (min)		32,5		
Process	Antal sökande till kirurgakuten		26 130	24 282	23 014
Process	Antal vårdtillfällen		3 926	3 768	4 007
Process	Vårdtid – Totalt		2,3 dygn	2,3 dygn	2,3 dygn
Process	Andel operationer inom SPOR prio		83%		
Process	Satellitpatienter		50st (1pat/v)		
Process	Oplanerade returerna kirurgakuten (24h/36h/72h)		1%/1%/1%		
Process	WHO (korrekt genomförd med hela teamet närvarande + lärandeloop)		100%		
Process	Antal trauma NISS>15		39		

## Analys av resultat

Våra ovanstående data är ett resultat av tvärprofessionellt kontinuerligt förbättringsarbete sedan >12 år. Nya rutiner skapas genom systematiskt och standardiserat förbättringsarbete, som primärt är metodfokuserat med mål att skapa bättre resultat. Lösningar och åtgärder testas och kommuniceras sedan ut som färdig rutin. Det är framförallt tre åtgärder/metoder som påverkat lärande och resultat:

1. Tidig teambaserad specialistbedömning på akuten (nu även med akutläkare, en så kallad hybridmodell).
2. Den behovsbaserade rondan på avd 36.
3. Ett differentierat läkarschema (en funktion/dag/vecka) är en förutsättning för att punkterna 1 och 2 ska fungera.

Med dessa tre metoder (performance support) uppnår vi förbättrad handledning/lärande, patientsäkerhet, arbets-

## Förbättringsarbete/projekt

- **Emergency Surgery-Enhanced Recovery After Surgery (ES- ERAS).** ERAS är ett internationellt koncept som innebär ett evidensbaserat omhändertagande av patienter (pre-, peri- och postoperativt) som genomgår en större bukoperation. Konceptet ERAS arbetar man redan efter inom kliniken vid elektiv kolorektal bukkirurgi. För att optimera omhändertagandet och minimera riskerna för komplikationer vid större akuta operationer kommer man inom akuta kirurgflödet införa ES-ERAS för de som skall genomgå akut laparotomi.
- **PNR – Patient, Närstående Rådgivare.** I syfte att ta tillvara på patienters åsikter och erfarenheter kommer vi inom flödet för akut kirurgi på ett standardiserat sätt bjuda in en patient med erfarenhet av vård vid akut bukkirurgi. Patienten kommer regelbundet att träffa en tvärprofessionell förbättringsgrupp där vi kan ta del av varandras erfarenheter för att skapa bättre vård.
- **Förbättringsgrupper & Styrgrupp.** Då flödet för akut kirurgi sträcker sig över många olika verksamheter och professioner är det viktigt med förbättringsgrupper över organisationsgränserna. Inom de olika förbättringsgrupperna diskuteras aktuella frågor vilka en styrgrupp med chefer representerade från samtliga verksamheter sedan kan besluta om. Arbetet leds/koordineras av flera flödesledare och en flödesägare.

## Åtgärder relaterade till indikatorer som ej uppnått mål

### CROM – medicinska utfallsmått

CROM har historiskt varit svagt belyst inom akut kirurgisk verksamhet. Under 2019 kommer det att ske en satsning på att följa kvalitetsdata i det akuta kirurgiflödet enligt två olika modeller. Modellen NSQIP är en riskskattning inför operation samt en modifikation av Clavien-Dindo, ett sätt att mäta kvalitet efter en akut operation. Dessutom kommer vi tydligare att följa flera kvalitetsindikatorer på årlig basis men även online en gång i kvartalet på sjukhusets kvalitetshemsida.

CROM speglas också genom att följa upp antal reoperationer och antal sårrupturer postop akut laparotomi.

### PROM & PREM – Patientrapporterade upplevelsemått

I strävan att alltid bli bättre har vi för avsikt att under 2019 starta upp en kontinuerlig mätning av patientrapporterade utfallsmått genom enkäter och tidigare nämnda PNR grupp.

### Process - Följsamhet till rutiner / ledtider

Under de senaste 3 åren har antalet patienter som söker vård på CStG akuten ökat (>25%) vilket gör att väntan, trots vårt förbättringsarbete, blir längre. För att kunna möta upp det ökade flödet och minska väntan på akuten ser man nu över hur man ytterligare ska kunna förbättra arbetssätten på kirurgakuten.

För att hitta bästa arbetssätt kommer vi under vårterminen 2019 genomföra tre 2-veckorstester. Test 1: Kirurg i triageteamet. Test 2: Förstärkt DJ 2 med mer erfaren kirurg. Test 3: Senior akutläkare i triagen (som på medicinkliniken).

Den enda kvalitetsindikator som vi har krav att redovisa till beställaren är D2D (77%) flödesdata på akutmottagningen.

## Kontaktperson

Jonas Leo, flödesägare  
E-post: [jonas.leo@capiostgoran.se](mailto:jonas.leo@capiostgoran.se)