



KIRURGKLINIKEN

AKUTSEKTIONEN

De akuta patienterna vid Kirurgkliniken

Bakgrund

Akutsektionen har det övergripande ansvaret för den akuta kirurgiska verksamheten på Cario S:t Görans sjukhus. Under de 18 år som gått sedan kirurgklinikens akutsektion bildades har andelen akutpatienter successivt ökat och därmed även antalet akuta operationer. Nu är 72% av de slutna vårdtillfällena på kirurgkliniken akuta.

Akutsektionens vårdavdelning 36 har profilerats till att bara ta emot akuta inläggningar medan övriga avdelningar på kliniken tar både akuta och elektiva fall.

I akutsektionens uppgifter ingår bemanning av avdelning 36 och AVA-K (läkare), den akuta operationssalen, kirurgakuten, kirurgdagbakjouren, akut endoskopiverksamhet, telefonrådgivning till kollegor utanför sjukhuset samt akut konsultverksamhet på ortoped-, medicin- och psykiatriska klinikerna.

Medicinsk verksamhet

Akuta buksmärtor

80% av inlagda patienter vårdas för akuta buksmärtor. Vanliga diagnoser är blindtarmsinflammation, gallstenssjukdom, njursten och urinvägssjukdomar, tarmsjukdomar, magsår, magblödningar och tarmvred. Andra diagnoser är trauma, commotio och pneumothorax.

Appendicit

En stor grupp utgörs av patienter med misstänkt appendicit dvs blindtarmsinflammation. Tack vare noggrann diagnostik opererar vi allt färre friska blindtarmar, vg se separat faktaruta.

Magblödningar

Många akuta magblödningar omhändertas och utredningen med endoskopi görs oftast av sektionens läkare på Endoskopicentrum, IVA eller C-operation.

Patientflöden

Akutflödet

Antalet kirurgpatienter och besök på akutmottagningen fortsätter att öka. 2010 uppmättes ett för kliniken rekordhögt antal akutbesök, 20 357, en ökning med 4% jämfört med 2010. 25% (5003) av de akut sökande blir inlagda vilket är en ökning med 2% från 2010. Ytterligare 342 akuta



Personal & produktion 2011

Läkare (exklusive AT)	5 ÖL 1 BÖL 2 ST-läkare
Akut öppenvårdskontakter (kirurgakuten)	20 357 K 48 % M 52 %
Väntetid till doktor (medel alla triagenivåer)	54 min
Andel klara på 4h	82 % 73% av pat över 80 år
Andel som avvikit utan bedömning	1,5 %
Akuta slutenvårdstillfällen (avd 36/AVA-K/38/39K)	5 363 K 49 %/ M 51 %
Andel utskrivna före 11.00/12.00 (internt mål avd 36)	33 % 47 %
Medelvårdtid akuta vårdtillfällen avd 36	2,41 dgr
Medelvårdtid akuta vårdtillfällen hela kliniken	3,40
Antal akuta operationer	1 585 K 48 % M 52 %
DRG-poäng, totalt akuta	5 412
Öppenvård	857
Slutenvård	4 555

patienter inlades från andra kliniker, vilket medförde att det sammanlagda antalet inlagda akutpatienter uppgick till 5345.

Akutkirurgflödet startar på akuten och slutar när patienten skrivs ut från sjukhuset. Ett av målen med vårt kontinuerliga förbättringsarbete är att minska allt "icke värdeskapande" på akuten och avdelningen men också i den verksamhet som inträffar däremellan.

På akuten görs en första bedömning samt nödvändig utredning och på avdelningen läggs stor vikt vid effektivt behovsstyrt omhändertagande med utredning och behandling samt i 31 % av de inlagda fallen operation. En liten ökning jämfört med 2010 då vi opererade 30 % av de akut inlagda.

Det är i stort sett lika många män som kvinnor som kommer till kirurgakuten resp läggs in på vårdavdelning, 51 % resp 49 %. Något fler män än kvinnor opereras akut, 52 % resp 48 %. Skillnaderna är dock små varför slutsatser är svåra att dra.

Akutoperationsflödet

Under 2011 utfördes 1 585 akuta operationer, vilket är en liten ökning jämfört med föregående år. De vanligaste operationerna är blindtarms-, gall-, tarm- och bråckoperationer, samt operationer för anala akuta tillstånd. 64 % av operationerna påbörjades dagtid, vilket är en större andel än tidigare, (62 % 2010, 58 % 2009, 52 % 2008), och i linje med vår strävan att operera mer dagtid, då vi då har den bredaste kompetensen, och utbildningsvärdet för alla inblandade är som störst. Vår egna fredade akuta operationssal har helt klart bidragit till den utvecklingen.

Faciliteter

Akutmottagningens kirurgdel är anpassad efter vårt nya arbetssätt med Teamtriage och lokaler där vi arbetar i team parallellt och tvärprofessionellt.

Avdelning 36 har 32 vårdplatser fördelade på sex st 4-bäddsrum, ett 2-bäddsrum och sex enkelrum, samtliga för akuta fall. Under året har både akuta och elektiva urologpatienter vårdats på avdelningen. Den förändringskultur vi lärt oss på akutsektionen försöker vi sprida vidare till kollegorna på nya urologsektionen där vi inlett ett systematiskt förbättringsarbete utifrån en övergripande värdeflödesanalys.

På kirurgklinikens avd 38 och 39K (36 platser) liksom på AVA-K (akutvårdsavdelningen med 12 platser) finns också möjlighet att vårda akuta kirurgfall. Huvuddelen av alla inlagda akutfall tas omhand på avd 36 och AVA-K av akutsektionens team.

Samarbetspartners

Akutmottagningen och vårdavdelningarna utgör kärnan i akutverksamheten. Ett gott samarbete har etablerats med röntgenkliniken och Endoskopicentrum för att snabbt kunna få ultraljud, CT, och endoskopier utförda. Dessutom

ingår även IVA, operationsavdelningen, anestesi och kirurgmottagningen i akutkirurgflödet.

En förutsättning för god och högkvalitativ vård är också tillgång till akuta konsulter dygnet runt inom specialiteterna invärtesmedicin, gastroenterologi, ortopedi och psykiatri. Vi har regelbundna ronder av medicinkonsult samt sjukgymnast dagligen. Dagtid finns på sjukhuset även konsulter inom infektion, öron-näsa-hals och gynekologi. Vi har också upparbetade kanaler med geriatriken i Stockholm och Västerort.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Organisation för kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetet handlar om att införa en kontinuerlig förbättringskultur. För att systematisera detta har tvärprofessionella förbättringsteam bildats på akuten, avdelning 36 samt AVA-K. Teamen leds av tre flödesledare, en flödesägare och en styrgrupp. Förutom dessa förbättringsgrupper finns en kvalitetsansvarig överläkare för vården av patienter med akut appendicit.

Förbättrad kommunikation och lärande mellan de olika vårdkategorierna, större delaktighet för personalen i det dagliga förbättringsarbetet och ökad öppenhet för att tänka nytt, skapar en kontinuerlig förbättringskultur som ger ökad kvalitet och säkerhet för patienterna. Vi tar bl.a upp avvikelser som inträffat i flödet som underlag till förbättringar.

Genomfört kvalitetsarbete 2011

- På akuten har vi fortsatt att arbeta med Teamtriage, dvs. tidig TEWS (triage early warning scale) baserad triagering och därefter ett teambaserat och flödesoptimerat omhändertagande lett av en överläkare som ansvarar för flöde och kvalitet och inte minst för utbildning av de AT-läkare som tjänstgör på akuten. Dagtid finns alltid specialist på akuten. Vår triagemodell enligt TEWS har testats i en ny version för att ännu bättre stötta bedömning av patientens akuta vårdbehov. De flesta patienter blir bedömda av läkare i snitt inom 55 min men de med högre prioritet/behov enligt TEWS får givetvis snabbare handläggning. Trots ökat inflöde klarade vi SLLs målsättning med 82 % klara på 4 timmar med bibehållet lärande för AT, ST och övrig personal samt förbättrad trivsel. (Handelshögskolan Q4 2011)
- Vårt nya arbetssätt som kontinuerligt förbättras syftar bl a till att förbereda oss för flytten till vår nya akutmottagning som vi designar för att passa vårt arbetssätt.
- På avdelningen har vi under 2011 fortsatt med vår behovsbaserade rond med fortlöpande bedömningar enligt en bestämd prioritetsordning. För att lyckas med arbetet på avdelningen arbetar vi i team och med en strukturerad läkarbemanning där alla har bestämda roller. Vi har fortsatt med att ha en avdelningsansvarig överläkare/specialist som står för det kontinuerliga beslutsstödet. Målet för arbetet 2011 har varit att befästa detta

arbetssätt ytterligare. Det nya arbetssättet ger tidigare beslut om behovet av akut operation och bättre vård vid akut försämring. Utskrivningar sker fortlöpande under dagen, vilket medger plats för nya patienter från akuten förutom ett bättre utbildningsklimat för alla inblandade.

- Under 2011 förekom inga satellitpatienter.
- Personalen kan själva framföra förbättringsideer vilket regelbundet diskuteras på gemensamma tvärprofessionella möten. Vi har som mål att rätt akutpatient hamnar på rätt avdelning direkt. Vi har förbättrat rutinen för att beställa prover samt infört checklistor för olika vårdmoment. Utskrivna får en mapp med diagnosinformation och utskrivningsmeddelande. Vi följer fortlöpande 1 gång/månad patienternas upplevelser av vården i Indikator och där ses förbättrade omdömen i samtliga dimensioner sedan förbättringsarbetet inletts.
- Förbättringsarbetet stöds av olika visuella hjälpmedel som whiteboards, webkamera och IT-stöd.
- Nytt för 2011 är att vi försökt lägga ytterligare fokus på patientens perspektiv av vården. Vi har testat att införa en sk patientdagbok på två salar under 3 månader. Patientens röst kommuniceras på våra förbättringsmöten och vid behov initieras förbättringsarbete. Försöket har fallit så väl ut att vi skall införa det på alla salar mer permanent på avd 36.
- Under 2011 har vi vidare börjat testa en ny metod för att bättre kunna behandla våra patienter med behov av aktivt pleuradränage-behandling. Thopaz som det nya systemet heter medger en mer effektiv behandling dvs kortare vårdtid och tar bort behovet av enkelsal. Patienten är mer mobil och kan tom polikliniseras.
- Sektionen hade som mål 2010 att förbättra kommunikationen genom SBAR och det sker nu rutinmässigt vid varje inläggning. Vidare skulle vi fördjupa oss i den för sektionen vanliga diagnosen akut diverticulit och det har också skett men har ej kunnat slutföras under 2011.
- Vad gäller det akuta opflödet så har en tvärprofessionell förbättringsgrupp satts samman för att se över WHO's Time out förfarande så att detta initiativ skulle få full effekt. En uppstramning av rutinerna kring Time out har föreslagits inför 2012.



Planerade kvalitetsförbättringar 2012

- Under 2012 kommer vi att fortsätta på den inslagna vägen som visat sig så framgångsrik.
- Vi har satt igång en förbättringsgrupp som ser över om vi kan arbeta mer som på dagen under jourtid. Detta innefattar en översyn och flödesanpassning av våra jourrader kvällstid på akuten och på "huset".
- Akuta opflödet skall ses över med bildande av en tvärprofessionell och tvärfunktionell förbättringsgrupp som till en början skall stötta det nya Time out förfarandet.
- Avseende patientsäkerhetsarbete så ser vi att de små steg vi dagligen tar ger en förbättringskultur som skapar goda resultat. Detta skall vi förhoppningsvis kunna visa i GTT/MAG mätningar i slutet av året.
- För att möta den stundande ombyggnationen på akuten och de flödesförbättringar som då kommer att ske tex genom förbättrat samarbete med röntgen och lab. diskuteras vissa ombyggnader även på vårdavdelningarna.

Kontaktpersoner

Jonas Leo, Överläkare, flödesägare akut kirurgi
Epost: jonas.leo@capio.se

Magnus Boijesen, Överläkare, Sektionschef
Epost: magnus.boijesen@capio.se

