



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 20 år som gått sedan kirurgkliniken 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 läkarbemanning av avdelning 36 och AVA-K, 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, d.v.s. blindtarmsinflammation. Tack vare noggrann diagnostik opererar vi allt färre friska blindtarmar, v.g. se separat faktaruta..

Magblödningar

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

Patientflöden

Akutflödet

Antalet kirurgpatienter och besök på akutmottagningen fortsätter att öka. 2013 uppmättes återigen ett för kliniken rekordhögst antal akutbesök, 21 697, en ökning med 2 % jämfört med 2012. 5 625 (26 %) av de akut sökande blir inlagda, ett antal som är 3 % fler än 2012, då också 26 %



Personal & produktion 2013

Antal anställda	10
Varav sektionschef	1
Specialistläkare	8

Produktion	2013	2012	2011
Akut öppenvårdskontakter (kirurgakuten)	21 697 K 52% M 48%	21 240 K 49% M 51%	20 357 K 48% M 52%
Akuta slutenvårdstillfällen (avd 36/AVA-K/38/39K)	5 982 K 50% M 50%	5 763 K 50% M 50%	5 363 K 49% M 51%
Medelvårdtid akuta vårdtillfällen avd 36	2,46	2,33	2,41
Medelvårdtid akuta vårdtillfällen hela kliniken	3,15	3,19	3,40
Antal akuta operationer	1 538 K 47% M 53%	1 525 K 48% M 52%	1 585 K 48% M 52%
DRG-poäng slutenvård	5 200	4 532	4 555
DRG-poäng öppenvård	855	859	857
DRG-poäng totalt	6 055	5 391	5 412

Kvalitet	2013	2012	2011
Väntetid till doktor (medel alla triagenivåer)	63 min	52 min	54 min
Andel klara på 4h	80 %	83 %	82 %
Andel klara på 4 h över 80 år	70 %	73 %	73%
Andel som avvikit utan bedömning	2,2 %	1,7%	1,5 %
Andel utskrivna före 11.00/12.00 (internt mål avd 36)	30 % 45 %	32% 44%	33 % 47 %

(5 458) av de sökande blev inlagda. Ytterligare 357 akuta patienter inlades från andra kliniker, vilket medförde att det sammanlagda antalet inlagda kirurgiska och urologiska akutpatienter uppgick till 5 982.

Akutkirurgiflödet startar på akuten och slutar när patienten skrivs ut från sjukhuset. Ett av målen med vårt kontinuerliga förbättringsarbete är att minska "icke värdeskapande" moment 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 26 % av de inlagda fallen operation, samma andel som året innan.

Det är i stort sett lika många män som kvinnor som kommer till kirurgakuten resp läggs in på vårdavdelning. Något fler män än kvinnor opereras akut, 53 % resp 47 %. Skillnaderna är dock små varför slutsatser är svåra att dra.

De akuta urologpatienterna intar en särställning, då urologisektionen är tydligare skild från övriga verksamheten. 719 akuta urologiska fall inlades, vilket utgör 12 % av samtliga inlagda kirurgfall. Av dessa opererades 146 st (20 %).

Akutoperationsflödet

Under 2013 utfördes 1 538 akuta operationer, vilket är något fler än föregående år (1 525). De vanligaste operationerna är blindtarms-, gall-, tarm- och bråckoperationer, samt operationer för anala akuta tillstånd. 146 operationer (9 %) var urologiska.

Vår strävan är att operera mer dagtid, då vi har den bredaste kompetensen, och utbildningsvärdet är som störst. Vår egen fredade akuta operationssal har helt klart bidragit till den utvecklingen. Under 2013 började vi ofta den akuta operationssalens program med en elektiv operation.

Faciliteter

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

Avdelning 36 har 24 vårdplatser fördelade på 4 st 4-bäddsrumsrum, ett 2-bäddsrumsrum och sex enkelrum, samtliga för akuta fall. Akuta urologfall vårdades framförallt på den nystartade avd 39U.

På kirurgklinikens övriga 48 platser på avd 38 och 39K+U liksom på AVA-K (akutvårdsavdelningen med 12 platser) finns också möjlighet att vårda akuta kirurgfall. De flesta inlagda akutfall tas omhand på avd 36 och AVA-K av akutsektionens team. Ytterst få kirurgpatienter har vårdats som satellitpatienter på andra kliniker.

Samarbetspartners

Akutmottagningen och vårdavdelningarna utgör kärnan i akutverksamheten. Ett gott samarbete har etablerats

med röntgenklinikerna och Endoskopicentrum för att snabbt kunna få ultraljud, CT och endoskopier utförda. Dessutom ingår även IVA, operationsavdelningen, anestesi och kirurgmottagningen i akutkirurgiflödet.

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. En nystartad palliativ konsult från Stockholms Sjukhem har tillfört mycket. Samarbetet med sjukhusets neurologer gällande våra skalltraumapatienter har ökat, och lett till bättre vård för den patientkategorin.

Kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Målet för verksamheten är förbättrad akut tillgänglighet med bibehållen kvalitet, patientsäkerhet och respekt för individen.

Organisation för kvalitetsarbete

Kvalitetsarbetets innebörd är att införa en kontinuerlig förbättringskultur. För att systematisera detta har tvärprofessionella förbättringsteam bildats på akuten, avdelning 36, AVA-K och även för det akuta kirurg DT-flödet och den perioperativa akuta vården. Teamen leds av 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. Vi lär ut och följer PDSA principen och utgår från värdeflödesanalyser och förbättringsprojektmallar, sk A3:or.

Genomfört kvalitetsarbete 2013

- 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 läkare som tjänstgör på akuten. Dagtid finns alltid en specialist på akuten. Patienterna blir bedömda av läkare i snitt inom 63 min. De med högre prioritet/behov enligt TEWS får snabbare handläggning. Trots ökat inflöde (+2 %) klarade vi SLLs målsättning med 80 % klara på 4 timmar med bibehållet lärande för AT, ST och övrig personal samt förbättrad trivsel. Ökad AT-bemanning dagtid helger har införts.
- Jourraderna har sedan länge anpassats till belastningen. Vi har inlett ett test med mellanjour på söndagar och måndagar, då vi hade den minst flödesanpassade bemanningen, som ett led i vårt bakjourkörtkort.

- 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 avdelning 36 har vi under 2013 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. 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.
- 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. Alla utskrivna får en mapp med diagnosinformation och utskrivningsmeddelande.
- Förbättringsarbetet stöds av olika visuella hjälpmedel som whiteboards, webbkamera och IT-stöd.
- Vi har lagt ytterligare fokus på patientens perspektiv av vården. Patientens röst kommuniceras på våra förbättringsmöten och vid behov initieras förbättringsarbete. Testet med patientdagboken visade tydligt att majoriteten av patienterna var nöjda med den medicinska vården men att vi kunde förbättra kommunikation, information och diverse s.k. "hotellfrågor" som upplevdes som viktiga för våra patienter. Detta har lärt oss att förstå vad som är viktigt för patienten.
- Sektionen har som mål att förbättra kommunikationen genom SBAR och det sker nu rutinmässigt vid inläggningar och daganteckningar.
- Vi har utvecklat vårt återbesöksförfarande m.h.a. direktbokning i tidboken i vår datajournal för smidigare hantering av återbesök och beställning av laboratorieprover.
- Nya riktlinjer för akuta GI-blödningar har fastställts.
- För våra pneumo- och hemothorax patienter har vi under 2013 alltmer övergått till Thopaz systemet. Detta upplevs som en mer patientvänlig och mer effektiv behandling än tidigare system (kortare vårdtid och tar bort behovet av enkelsal). Patienten är mer mobil och vissa kan t.o.m. polikliniseras.
- I det perioperativa flödet har modifieringen och det för följsamheten så viktiga organisatoriska lärandet av WHO's checklista för säker kirurgi fortsatt. En mer flödesanpassad version, 2.0, gemensam för alla operativa kliniker inklusive avdelningar, har testats, övats in (med hjälp av en instruktionsfilm) och utvärderats.
- Som stöd till vårt kontinuerliga förbättringsarbete har akutsektionen utvecklat en ny intranätsida där alla uppdaterade PM/vårdprogram, länkar till evidensbanker och instruktionsfilmer finns. Där finns också ett visuellt stöd till vårt kontinuerliga PDSA arbete där man kan hitta våra A3:or sökbara på Alfresco (intranätsökmotor).

Planerade kvalitetsförbättringar 2014

Vi ser vad gäller patientsäkerhetsarbetet att de små steg vi dagligen tar ger en förbättringskultur som skapar goda resultat. För att möta de ökade behoven av akut tillgänglighet måste vi se över alla delar av vårt flöde. Vi intensifierar samarbetet med våra vårdgrannar t.ex. Geriatriken, Vårdguiden och Stockholms sjukhem.

På avdelning 36 ska vi nu tänka nytt för att kunna fortsätta utveckla vården. Detta innefattar flera test bl. a. ser vi över hur vi skulle kunna bygga om avdelning 36 med nya funktioner för att driva utbildning bättre. Vi skall pröva med direktinläggningar för vissa utvalda patientkategorier, vi skall delta i utvecklingen av patientnära u-ljud av akut buk på akuten, vi skall utvärdera om vi kan arbeta smidigare tillsammans med röntgen då det gäller utnyttjande av akut DT-undersökning inte minst ur ett strålhygieniskt perspektiv. Vi deltar också i två ST-läkarprojekt, säkrare bukförslutning samt enklare behandling av pneumothorax. Tillgänglighet, bemanning och tillgång på kompetens skiljer sig avsevärt mellan dagtid och jourtid, och vår jourverksamhet kommer under året att ses över för att bibehålla högsta kvalitet dygnet runt.

Den omfattande ombyggnaden av akuten kommer under året att ställa stora krav på flexibilitet och logistik för att vi ska kunna säkerställa ett bra akutflöde.

Kontaktpersoner

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

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



Capio S:t Görans Sjukhus

Capio S:t Görans Sjukhus
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm
tel 08-58 70 10 00, www.capiostgoran.se

