

## 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 17 år som gått sedan kirurgklinikens akutsektion bildades har andelen akutpatienter successivt ökat och därmed även antalet akuta operationer. Nu är 73 % 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), kirurgakuten, kirurgdagbakjouren, akut endoskopiverksamhet, telefonrådgivning till kollegor utanför sjukhuset samt akut konsultverksamhet på ortoped-, medicin- och psykiatriska klinikerna.



### Medicinsk verksamhet

#### Akuta buksmärter

80% av inlagda patienter vårdas för akuta buksmärter. 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, under 2010 endast 5,3% (2,4 % män, 9,0% kvinnor) vg se separat faktaruta.

#### Magblödningar

De flesta 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 för kliniken ett rekordhögt antal akutbesök, 19 957, en ökning med 3,4 % jämfört med 2009. 26 % (5 243) av de akut sökande blir inlagda vilket är en marginell minskning med 1 % från 2009.

### Personal & produktion 2010

	2010
Läkare (exklusive AT)	6 Spec läk (16%), 2 ST-läk
Akut öppenvårdskontakter (kirurgakuten)	19 957
Andel kvinnor/män	K 48 % / M 52%
Väntetid till doktor (medel alla triagenivåer)	58 min
Andel klara på 4h	83%
Andel över 80 år klara på 4h	74%
Antal som avvikit utan bedömning	1,9%
Akuta slutenvårdstillfällen (avd 36/AVA-K/38/39K)	5 243
Andel kvinnor/män	K 49 % / M 51 %
Andel utskrivna före 11.00/12.00 (internt mål avd 36)	26 % /42 %
Medelvårdtid akuta, avd 36	2,58
Totalt	3,64
Antal akuta operationer	1 553
Andel kvinnor/män	K 45 % /M 55%
DRG-poäng, totalt akuta	5 468 (58%)
Öppenvård	809
Slutenvård	4 659

Akutkirurgiflödet 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 30 % av fallen operation. En ökning jämfört med 2009 då vi opererade 27% av de akut inlagda.

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. Skillnaderna är dock små varför slutsatser är svåra att dra.

### **Akutoperationsflödet**

Under 2010 utfördes 1 553 akuta operationer, vilket är en ökning med 7% jämfört med föregående år. De vanligaste operationerna är blindtarms-, gall-, tarm- och bråckoperationer, samt operationer för anala akuta tillstånd. 62 % av operationerna påbörjades dagtid, vilket är en större andel än tidigare, (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. Som en del i denna strävan har vi under 2010 fått en egen fredad akut operationssal vilket helt klart bidragit till resultatet.

### *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 (32 platser) liksom på AVA-K (akutvårdsavdelningen med 12 platser) finns också möjlighet att vårda akuta kirurgfall. Ca 70% 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 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 reguljära 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 för akutsektionen om att införa en kontinuerlig förbättringskultur enligt leanprinciper. 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 bla upp avvikelser som inträffat i flödet som underlag till förbättringar.

### *Genomfört kvalitetsarbete 2010*

- På akuten har vi fortsatt att arbeta med Teamtriage, dvs tidig bedömning med specialistläkare, TEWS-baserad (triage early warning scale)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.
- Den under 2009 inköpta portabla ultraljudsapparaten har förbättrat den patientnära akuta diagnostiken.
- 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 2010 fortsatt med vår behovsbaserade rond med fortlöpande bedömningar enligt en bestämd prioriteringsordning. 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 2010 har varit att befästa detta arbetssätt ytterligare och lära ut det till kollegorna på urologkliniken. Det nya arbetssättet ger tidigare beslut om behovet av akut operation, bättre vård vid akut försämring och utskrivningar fortlöpande under dagen,

vilket medger plats för nya patienter från akuten förutom ett bättre utbildningsklimat för alla inblandade.

- Resultaten av förbättringsarbetet kommuniceras och följs i vårt styrkort. 2010 skrev vi ut patienter tidigare under dagen och lyckades förkorta vårdtiderna trots ökat inflöde. Under 2010 förekom inga satellitpatienter.
- Personalen kan själva framföra förbättringsidéer 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, webbkamera och IT-stöd.
- Ett mycket glädjande resultat av vårt förbättringsarbete är de tydligt förbättrade resultaten avseende läkargruppen i vår medarbetarenkät. I princip alla dimensioner har förbättrats och många ligger över sjukhusets medelvärde. För övriga medarbetare är dessa resultat inte lika tydliga, vilket är naturligt med tanke på var vi befinner oss i vår förändringstransformation/lärande.
- På avdelning 36 har ett projekt med studentsal genomförts under året. Detta innebär att två sjuksköterskestudenter per arbetspass dagtid vårdar fyra patienter på en sal under handledning av en sjuksköterska. Syftet är att studenterna ska få ett helhetsgrepp om patientens totala omvårdnadsbehov. Projektet har fallit väl ut och studentsal kommer att implementeras under 2011.

### *Planerade kvalitetsförbättringar 2011*

Under slutet av 2010 har avdelning 36 byggts om för PNV (patientnärmre vård) enligt en tidigare fastställd plan. Detta kommer att förbättra vår arbetsmiljö och stödja vårt arbete med behovsbaserat omhändertagande. Under 2011 ska vi utarbeta förbättrade arbetsrutiner där leantänkande möter PNV med sikte på att skapa en hybrid som liknar det Socialstyrelsen kallar "patientfokuserad vård". Vi kommer att arbeta vidare med att förbättra samarbetet mellan avdelningarna och akuten samt avdelningen och op/postop.

Det akuta operationsflödet är satt under lupp sedan länge men också där sker ett omtag under 2011 för att driva ut det "icke värdeskapande". I flödesarbetet är det en utmaning att få med EBM (evidenced based medicine) och vi har därför bestämt att fokusera på akut divertikulit som är en av våra största diagnosgrupper där vårt arbetssätt måste ses över utifrån EBM. Slutligen ska vi på alla möjliga sätt försöka stärka patientens säkerhet och inflytande över vården genom att bli en aktivt med kommunikation och informationsöverföring där strukturerad journalgranskning med GTT (Global Trigger Tool) och verktyget SBAR (situation/ bakgrund/ aktuellt tillstånd/ rekommendation) kommer att fungera som viktiga standarder.

#### **Kontaktpersoner**

**Jonas Leo**, överläkare, tf sektionschef, flödesansvarig  
Epost: [jonas.leo@caphio.se](mailto:jonas.leo@caphio.se)

**Magnus Boijesen**, överläkare, sektionschef  
Epost: [magnus.boijesen@caphio.se](mailto:magnus.boijesen@caphio.se)



**Caphio S:t Görans Sjukhus**

Caphio S:t Görans Sjukhus, Kirurgkliniken  
Sankt Göransplan 1, 112 81 Stockholm  
tel 08-58 70 10 00, [www.caphio.stgoran.se](http://www.caphio.stgoran.se)

