

Projektbeskrivelse

Lærings-og Kvalitetsteam vedr.
akutte højrisiko abdominalkirurgiske pati-
enter (DAKIR-patienter).

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	3
1. Generel baggrund for etablering af lærings- og kvalitetsteams.....	4
2. Opdrag ift. LKT Akut kirurgi	4
3. Problemstilling	4
4. Erfaringsgrundlag.....	5
5. Definition af patientgruppen	5
6. Projektets målsætninger	5
6.1 Mål 1: Nedbringe 30-dages mortalitet	6
6.2 Mål 2: Nedbringe 90 dages mortalitet	6
7. Projektets indsatsområder	7
7.1 Indsats 1: Initial vurdering/udredning.....	8
7.2 Indsats 2: Optimering af det perioperative forløb	9
7.3 Indsats 3: Optimering af det postoperative forløb på sygehus	9
8. Diagram over mål, indsatser og forslag til tiltag.....	10
9. Øvrige faglige anbefalinger.....	11
10. Generelle forslag til tiltag for at opnå målene	12
10.1. Allerede udarbejdet materiale	12
11. Organisering af LKT Akut Kirurgi.....	12
12. Ledelsesforankring.....	13
13. Deltagende afdelinger	13
13.1 Forbedringsteams.....	13
13.2 Afdelinger som har nedbragt mortaliteten	14
14. Ledelses- og læringsseminarer	14
15. Data i projektet og IT-understøttelse	15
16. Kommunikation	15
17. Tidsplan.....	16
18. Afrapporteringer, drift og spredninger.....	16
19. Relevant Litteratur.....	17
Bilag 1 - Specificering af obligatoriske procesindikatorer	18
Bilag 2 - Medlemmer af ekspertgruppen	21

Indledning

Ekspertgruppen for Lærings- og Kvalitetsteamet for Akut Kirurgi (LKT Akut Kirurgi) har i 2018-2019 udarbejdet nedenstående projektbeskrivelse.

Det har været centralt for ekspertgruppens arbejde at sikre, at;

- 1) Det kliniske indhold er i overensstemmelse med anbefalinger i den kommende nationale kliniske retningslinje på området.
- 2) Sikre enighed om indikatorsæt med styregruppen for Akut Kirurgi Databasen.
- 3) Sikre enighed om patientgrundlaget med styregruppen for Akut Kirurgi Databasen.

Den nye kliniske retningslinje for akut kirurgi er i skrivende stund ikke udgivet endnu. Men efter dialog med formandskabet for arbejdsgruppen for den kliniske retningslinje, er der opnået vished for, at det kliniske indhold i LKT Akut Kirurgi er i overensstemmelse med de anbefalinger, der vil være indeholdt i den nationale kliniske retningslinje.

Efter dialog med formandskabet for Akut Kirurgi Databasen er der ligeledes opnået enighed om indikatorsæt og patientpopulation.

Da Akut Kirurgi Databasen vil være den centrale datakilde for forbedringsarbejdet i LKT Akut Kirurgi er opstart af LKT Akut Kirurgi afhængig af, at Akut Kirurgi Databasen er funktionsdygtig og kan levere data til klinikken.

Formandskabet for Akut Kirurgi Databasen har oplyst, at de ikke forventer at kunne levere data til klinikken før medio 2020. Tidsplanen for implementering af LKT Akut Kirurgi er lagt ud fra, at dataleverance til klinikken skal være på plads inden implementeringen starter.

1. Generel baggrund for etablering af lærings- og kvalitetsteams

Lærings – og Kvalitetsteams (LKT) er et særskilt element i Det Nationale Kvalitetsprogram. LKT er et nationalt forpligtende samarbejdsforløb, der tilrettelægges med henblik på at forbedre kvaliteten indenfor et klinisk område. Metodikken er forbedringsmetode og formålet er at understøtte det klinisknære forbedringsarbejde og sikre læring på tværs af landsdele. Arbejdet i lærings- og kvalitetsteams skal medvirke til at opbygge en forbedringskultur, hvor arbejdet med kontinuerligt at løfte kvaliteten er en integreret del af det daglige arbejde.

De konkrete mål og kliniske indhold i forbedringsarbejdet defineres af en ekspertgruppe bestående af kliniske eksperter samt eksperter i forbedringsmetode. Ekspertgruppen udarbejder også forslag til mulige tiltag og procesmål i arbejdet med implementeringen af det kliniske indhold.

Deltagende enheder etablerer lokale forbedringsteams, der fokuserer på at opfylde målene ved at samle data og teste forandringer hurtigt i lille skala. De lokale forbedringsteams er gensidigt forpligtede til åbenhed, deling af erfaringer samt at lære af hinanden, hvilket indebærer deltagelse i nationale læringseminarer.

Beskrivelse af de øvrige LKT'er fremgår af www.kvalitetsteams.dk

2. Opdrag ift. LKT Akut Kirurgi

Den aktuelle projektbeskrivelse omhandler Lærings – og Kvalitetsteamet vedrørende **akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter** (LKT Akut kirurgi). Region Sjælland varetager den nationale projektlederrolle for dette LKT.

Den endelige projektbeskrivelse for LKT Akut Kirurgi er fremlagt for Styregruppen for Lærings – og Kvalitetsteams den 24. april 2019, hvor projektbeskrivelsen blev godkendt.

Efter styregruppens godkendelse, er projektbeskrivelse været sendt i kommenteringsrunde i alle regioner.

3. Problemstilling

Akut kirurgi i mave-tarm regionen udgør en forholdsvis lille andel af de mange operationer, der udføres i Danmark hver år. Til gengæld er mortalitet og postoperative komplikationer for patienter, der undergår akut mave-tarm kirurgi, uforholdsmæssig stor. Det anslås, at 30 dages mortaliteten er på 20-25%, afhængig af definitionen af patientgruppen. Patienterne er desuden ofte sårbare ældre mennesker med stor grad af komorbiditet. En reduktion i mortalitet og komplikationer vil derfor ikke alene redde liv, men også reducere omkostninger i forbindelse med komplikationer.

Begrundelser for at etablere LKT Akut kirurgi:

- Det er et sygdomsområde med stor morbiditet og mortalitet
- Det er et område med stigende fokus på at øge behandlingskvaliteten
- Der er en stor variation i behandlingskvaliteten, herunder 30 dages overlevelse efter operation
- Området influerer på de nationale mål, herunder mål 4: Behandling af høj kvalitet

- LKT Akut kirurgi kan fungerer som implementeringsmotor for de nye nationale kliniske retningslinjer på området
- LKT Akut kirurgi bidrager, sammen med øvrige initiativer som risikobaserede tilsyn, revideret database og nationale kliniske retningslinjer, til et øget fokus på patientgruppen
- Det er muligt at benytte Akut Kirurgi Databasen som udgangspunkt for datadelen

4. Erfaringsgrundlag

Som forløbere til LKT Akut Kirurgi har udenlandske og danske projekter på området opnået markante resultater i forhold til nedbringelse af mortalitet. Det er erfaringerne fra disse projekter, som LKT Akut Kirurgi bygger på. Konkret har ekspertgruppen kigget særligt på erfaringerne fra:

- The emergency laparotomy pathway quality improvement care (ELPQuiC) projekt fra England
- AHA (Akutte højrisiko Abdominalkirurgi) - projektet fra Hvidovre Hospital
- OMEGA (Optimizing Major EmerGENCY Abdominal surgery) - projektet fra Sjællands Universitetshospital, Køge

5. Definition af patientgruppen

Det er besluttet at anvende betegnelsen DAKIR-patienter, for den patientgruppe, der indgår i LKT Akut Kirurgi.

Definitionen af patientgruppen ligger sig i forlængelse af de projekter, der har tjent som inspirationskilder for LKT Akut Kirurgi.

Inklusion og eksklusion af patienter følger derfor [NELA-kriterierne](#), dog med enkelte mindre tilpasninger.

Ekspertgruppen vil udarbejde en dansk oversættelse af NELA kriterierne samt vejledning i at anvende kriterierne som en del af den forberedelsespakke, der udarbejdes til de deltagende enheder.

DAKIR-patienter kan både være:

- 1) Patienter der bringes akut til hospitalet.
- 2) Patienter der reopereres under indlæggelsen.

Som starttidspunkt (T_0) anvendes ”Tid for CT-skanning”.

For patienter der bringes akut til sygehuset anvendes dog også et T_{-1} fastsat som ”Tid for ankomst til sygehuset”.

6. Projektets målsætninger

Projektets overordnede mål er at sikre akutte højrisiko abdominalkirurgiske patienter en ensartet høj kvalitet præoperativt, perioperativt og postoperativt.

De overordnede målbare mål for projektet er:

Overordnet mål med projektet

Mål 1: 30 dages mortalitet skal være mindre end 15 %. Reduktionen antages at være mindst 30%

Mål 2: 90 dages mortalitet skal være mindre end 20 %. Reduktionen antages at være mindst 30%

Ud fra de overordnede mål skal alle deltagende enheder udarbejde konkrete lokale målsætninger (i procent) for reduktion af mortalitet. Målene skal være realistiske, men samtidig ambitiøse. De enkelte regioner og afdelinger har desuden mulighed for at supplere med yderligere delmål og procesmål, idet en meningsfuld indsats kræver, at man lokalt anvender relevante procesindikatorer. Der vil i projektbeskrivelsen være 7 obligatoriske procesindikatorer samt forslag til yderligere valgfrie indikatorer, som forbedringsteams og afdelinger kan tage udgangspunkt i.

6.1 Mål 1: Nedbringe 30-dages mortalitet

Resultatindikator 1

Målsætning i LKT: 30 dages mortalitet skal være mindre end 15 %. Reduktionen udgør antaget mindst 30%.

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der dør inden for 30 dage fra operationsdato (standard 15 %)

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Antal døde

Nævner: Samlede population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Kriterier for baseline og opnåelse af mål:

Litteratur/evidensgrundlag: AHA, ELPQuic, OMEGA

Argumentation:

6.2 Mål 2: Nedbringe 90 dages mortalitet

Resultatindikator 2

Målsætning i LKT: 90 dages mortalitet skal være mindre end 20 %. Reduktionen antages at være mindst 30%.

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der dør inden for 90 dage fra operationsdato (standard 20 %)

Type: Resultatindikator

Format: Rate

Forbedringsretning: Ned

Tæller: Antal døde

Nævner: Samlede population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/evidensgrundlag: AHA, OMEGA, ElpQuic

Argumentation:

7. Projektets indsatsområder

Indsatsen tager udgangspunkt i erfaringer fra ELPQuiC projektet i England samt erfaringer fra henholdsvis AHA-projektet på Hvidovre Hospital og OMEGA-projektet på Sjællands Universitets-hospital.

Der er følgende 3 fokusområder for forbedringsprojektet:

1. **Initial vurdering/udredning**
2. **Optimering af det perioperative forløb**
3. **Optimering af det postoperative forløb på sygehus**

Læsevejledning for hvert indsatsområde:

- **Hvad skal sikres**

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, det vil sige, hvad de lokale forbedringsteams skal implementere.

- **Procesindikatorer**

Der er en forventning om at alle delmål følges lokalt. Implementering af nye arbejdsgange skal således understøttes af tidstro og relevante data. De tidstro data knytter sig til de arbejdsgange, man ønsker at forbedre med indsatsen, dvs. de 7 obligatoriske procesindikatorer samt en række valgfrie procesindikatorer. De konkrete indikatorer knyttes til de tre indsatsområder og de obligatoriske indikatorer kan følges via Akut Kirurgi Databasen. Samtidig opfordrer ekspertgruppen til, at data også følges lokalt med fx daglige stikprøver fra EPJ/journalaudit eller ved daglige/ugentlige/kvartalsvise tavlemøder, afhængig af indikator.

- **Forslag til tiltag**

Afsnittet beskriver ekspertgruppens forslag til, hvordan det kliniske indhold kan implementeres. Hvordan det i praksis skal og kan implementeres er op til de lokale forbedringsteams.

- **Eventuelt supplerende materiale**

Dette er materiale, som vil blive udarbejdet i forbindelse med læringsseminarer og som de lokale forbedringsteams kan bruge som inspiration.

7.1 Indsats 1: Initial vurdering/udredning

Hvad skal sikres

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, det vil sige, hvad de lokale forbedringsteams skal implementere

- Tilkald af relevant speciallæge/seniorlæge når der opstår klinisk mistanke om patient med behov for akut kirurgisk indgreb. Speciallæge/seniorlæge vurderer om akut kirurgisk forløb DAKIR-patient forløb skal iværksættes. Hvis ja:
 - Bestilles CT
 - Tages ABL
 - Gives antibiotika
 - CT tages
- Operationsindikation stilles herefter af kirurg
- Patienten gøres klar til operation med anlæggelse af epidural og arteriekanyler
- Hvis der er ventetid til operation observeres patienten på niveau med intermediær terapi og monitorering, herunder foretager respiratorisk og hæmodynamisk optimering med ilt og væske

Obligatoriske procesindikatorer

Procesindikatorerne er til brug i det lokale forbedringsarbejde. En udspecificering af indikatorerne findes på Bilag 1

- Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling inden udførelse af CT (Standard 90%)
- Andelen af patienter der får taget ABL med svar indenfor 30 minutter fra bestilling af CT (Standard 90%) Dette skal være sket indenfor 1/2 time fra første visitation
- Andelen af patienter der får lavet CT scanning indenfor 2 timer fra bestilling af CT (Standard 90%)
- Andelen af patienter, der efter scanning og ved ventetid til operation, bliver præoperativ observeret mindst på niveau med intermediær terapi og monitorering (standard 90%). Ved mulighed for umiddelbar operation skal denne indikator ikke være gældende

Frivillige procesindikatorer

[Ingen]

Forslag til tiltag

[Beskrives af ekspertgruppen inden opstart af LKT Akut Kirurgi].

Eventuelt supplerende materiale

[Beskrives af ekspertgruppen inden opstart af LKT Akut Kirurgi].

7.2 Indsats 2: Optimering af det perioperative forløb

Hvad skal sikres

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, det vil sige, hvad de lokale forbedringsteams skal implementere

- Patienten skal opereres på førstkommande ledige operationsstue og inden for 6 timer fra CT er bestilt.

Obligatorisk procesindikator

Procesindikatorerne er forslag til brug i det lokale forbedringsarbejde. En udspecificering af indikatoren findes på Bilag 1

- Andelen af patienter der får operation indenfor 6 timer fra bestilling af CT (Standard 90%). Dette skal være sket indenfor 6 timer fra første visitation på patienter der opfylder inklusionskriterierne.

Frivillige procesindikatorer

[Ingen]

Forslag til tiltag

- Der skal udarbejdes klare arbejdsgange og laves klare aftaler med involverede personalegrupper

Eventuelt supplerende materiale

[Beskrives af ekspertgruppen inden opstart af LKT Akut Kirurgi].

7.3 Indsats 3: Optimering af det postoperative forløb på sygehus

Hvad skal sikres

Afsnittet beskriver det kliniske indhold i indsatsen, det vil sige, hvad de lokale forbedringsteams skal implementere

- De dårligste patienter indlægges på intermediær plads/Intensiv Afdeling/opvågning efter operation i minimum 24 timer, hvorefter de flyttes til stamafdeling
- Patienten skal altid screenes med henblik på opsporing af kritisk sygdom og der skal handles herpå
- Tidlig mobilisering og senest 12 timer efter operation
- Screening af fysioterapeut inden for 24 timer efter operation
- Hurtig iværksættelse af ernæringsterapi efter operation

- Måling af CAS-score forud for udskrivelse

Obligatoriske procesindikatorer

Procesindikatorerne er til brug i det lokale forbedringsarbejde. En udspecificering af indikatorerne findes på Bilag 1

- Andelen af patienter med postoperativ høj vurderet mortalitetsrisiko (p-possum score >5) som indlægges på intermediær plads/intensiv/opvågning i minimum 24 timer efter operation (standard 90%)
- Andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 12 timer efter operationstidspunkt (Standard 90%)

Frivillige procesindikatorer

- Andelen af patienter, der CAS scores ved udskrivelse (Standard 90%)
- Andelen af patienter, der screenes af fysioterapeut indenfor 24 timer efter operation (Standard 90%)
- Andelen af patienter, der inden for de første 24 timer efter operation, har fået lagt en plan for og er startet i ernæringsbehandling (pr. oralt, enteralt eller parenteralt) (Standard 90%).

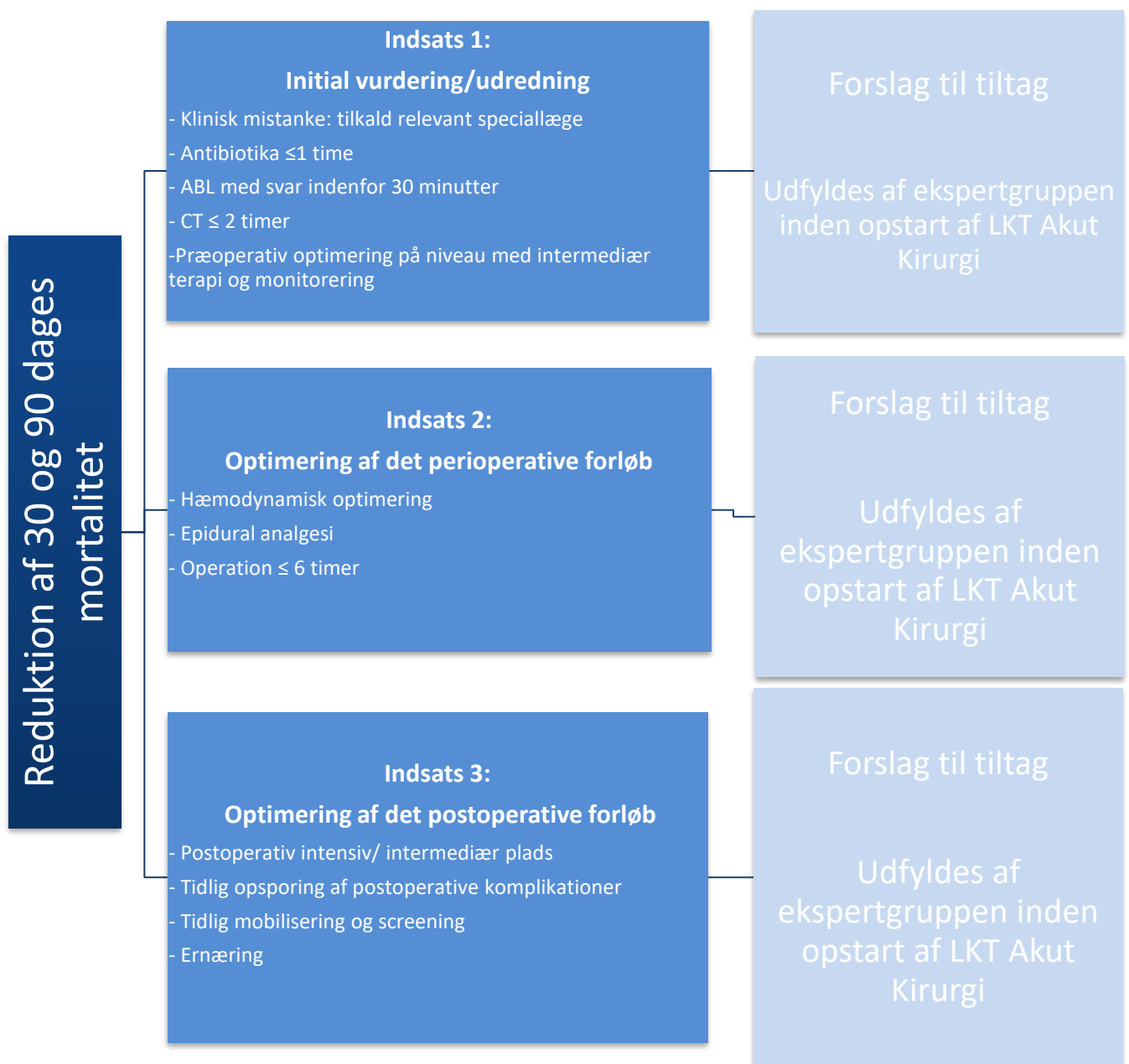
Forslag til tiltag

Beskrives af ekspertgruppen inden opstart af LKT Akut Kirurgi.

Eventuelt supplerende materiale

Beskrives af ekspertgruppen inden opstart af LKT Akut Kirurgi.

8. Diagram over mål, indsatser og forslag til tiltag



9. Øvrige faglige anbefalinger

Udover anbefalingerne nævnt under de enkelte indsatser, så anbefaler ekspertgruppen, at de kirurger og anæstesilæger som er involverede i de akutte kirurgiske patienters forløb har uddannelsesniveau svarende til bagvagt. Hvis det er læger med mindre erfaring, så anbefales det kraftigt, at de superviseres af speciallæge/seniorlæge.

10. Generelle forslag til tiltag for at opnå målene

Indsatsområderne understøttes i øvrigt ved brug af nedenstående generelle tiltag. Generelt kræver vellykket implementering, at der sikres mulighed for faglig sparring og gives løbende feedback.

Forslag til generelle tiltag:

A. Ledelsesforankring

- Forpligtelse på ledelsesniveau og vedvarende ledelsesfokus på området
- Fokus på arbejdstilrettelæggelse og kapacitet

B. Patientens forløb og organisering

- Der skal udarbejdes en lokal forløbsbeskrivelse af patientforløbet på pågældende sygehus. Den skal indeholde en beskrivelse af proces og alle faggruppers rolle i processen, inklusiv ansvarsfordeling
- Etablering af tæt samarbejde mellem relevante specialer/afdelinger
- Systematisering af arbejdsgange

C. Sikre systematisk information til og dialog med patienter og pårørende løbende.

D. Relevant undervisning

E. Feed-back og dataunderstøttelse

- Anvendelse af tidstro data til feedback til relevante medarbejdergrupper
- Drøfte behandlingen i afsnittet på regelmæssige møder/tavlemøder
- Benytte tjekliste til tavlemøder
- Kvalitetsmonitorering

F. Sikre at gældende retningslinjer er opdaterede

10.1. Allerede udarbejdet materiale

Til LKT Akut Kirurgi udarbejdes der en samling af eksisterende forløbsbeskrivelser til inspiration for de deltagende forbedringsteams og afdelinger. Samlingen vedlægges den forberedelsespakke, der også bliver udarbejdet som opslagsværk/katalog til forbedringsteams forud for første læringsseminar.

11. Organisering af LKT Akut Kirurgi

Beskrivelse af den nationale og regionale organisering af LKT fremgår af den fællesregionale "Drejebog for lærings- og kvalitetsteam" fra juni 2016. De regionale tovholdere har det praktiske ansvar for driften af lærings- og kvalitetsteamet.

Der er enighed om, at projektets succes er afhængig af en tydelig ledelsesforankret opbakning og dermed et stærkt mandat fra alle ledelseslag for det konkrete arbejde. Således anbefales der en meget tydelig sammenhæng fra styregruppens beslutning og kommunikation gennem den regionale ledelse til hospitalernes sundhedsfaglige ledelser og til afdelingsledelsesniveau.

I LKT akut kirurgi udvælges en række afdelinger til at deltage. For de deltagende enheder udarbejdes konkrete lokale målsætninger for de overordnede mål om nedbringelse af mortalitet. Målsætningerne skal være ambitiøse og realistiske, samt skal tage hensyn til enhedernes patientsammensætning og forbrug.

12. Ledelsesforankring

Den daglige ledelse i de involverede afdelinger spiller en central rolle i forhold til at holde fokus i afdelingen og legitimere forbedringsteamets løbende afprøvninger og efterspørgsler af data. De lokale ledelser og direktioner har desuden ansvar for, at erfaringer fra lærings- og kvalitetsteams spredes i egen organisation, og at opnåede resultater fastholdes og udbygges.

Der skal i alle regioner sikres tilstrækkelig organisation og ledelsesmæssig opbakning til deltagelse i LKT og dermed i de nationale læringsseminarer. Det er vigtigt, at forbedringsteams og dataansvarlige har konneks til kvalitetsorganisationen på hospitalet eller på regionalt niveau med henblik på sparring og support. Det vil være nødvendigt, at regionernes og sygehusenes kvalitetsafdelinger har ressourcer til at understøtte projektet på samtlige deltagende afdelinger.

13. Deltagende afdelinger

Alle regioner deltager i projektet.

Ekspertgruppen anbefaler, at indsatsen afgrænses til de sygehuse, der opererer akutte mave-tarm kirurgiske lidelser.

13.1 Forbedringsteams

Lokalt organiseres tværfaglige lokale forbedringsteams på hver af de deltagende sygehusenheder. Forbedringsteamet har det praktiske lokale ansvar for forbedringsarbejdet og for at sikre, at de aftalte indsatser sker. Lokale forbedringsteams sammensættes efter karakteren af indsatserne og således at alle relevante faggrupper så vidt muligt indgår. Daglige ledere/kliniske beslutningstagere indgår eller har en tæt tilknytning til forbedringsteamet. Sammensætningen af forbedringsteams kan justeres undervejs, hvis der findes behov for fx at supplere med andre deltagere.

Det anbefales at følgende kompetencer er repræsenteret i de lokale forbedringsteams:

- Kirurgisk læge
- Anæstesiologisk læge
- Akutmediciner
- Akut sygeplejerske
- Kirurgisk sygeplejerske
- Sygeplejerske fra opvågning/intermediærplads/intensiv
- Radiolog/radiograf
- Fysioterapeut
- Diætist.

I tillæg anbefaler Ekspertgruppen, at portørerne også inddrages i de nedsatte forbedringsteams. Derudover skal der være en datakyndig medarbejder samt en eller flere personer med kompetencer indenfor forbedringsmetoder.

Inden første læringsseminar har de deltagende afdelinger følgende opgaver:

- Forberede sig jævnfør forberedelsespakken
- Sammensætte de lokale forbedringsteams med udgangspunkt i ovennævnte repræsentation
- Igangsætte lokale arbejdsgangsanalyser
- Igangsætte baselinemålinger i forhold til resultatmålene
- Tage e-læringskurset med henblik på grundlæggende viden om forbedringsmetoder
<http://forbedringsmodellen.dk/>

13.2 Afdelinger som har nedbragt mortaliteten

Afdelinger som allerede har nedbragt 30 dages mortaliteten til 15% eller der under, skal arbejde med at fastholde egne resultater og samtidig agere sparringshospitaller for øvrige afdelinger i projektet. Samtidig har disse afdelinger gjort sig en række erfaringer i forhold til overgang til drift, som projektet og de enkelte forbedringsteams kan bruge aktivt i projektperioden såvel som efter afslutning.

Sparringshospitaller udpeges på forhånd og får hver tildelt et antal hospitaller, som de er sparringspart til i den periode, hvor LKT Akut Kirurgi kører.

14. Ledelses- og læringsseminarer

Som del af den nationale LKT afholdes nationale læringsseminarer mhp. opnåelse af nødvendige forbedrings- og datakompetencer, deling af erfaringer samt at lære af hinanden. De lokale forbedringsteams samt evt. repræsentanter fra kvalitetsorganisationen deltager i de nationale læringsseminarer.

Der planlægges med afholdelse af et ledelsesseminar, tre læringsseminarer og et afsluttende fælles lærings- og ledelsesseminar undervejs i projektet. Ledelsesseminar og første læringsseminar afholdes i efteråret 2019.

For at sikre sammenhæng mellem seminarernes størrelse og indhold stiles mod, at der deltager 120-200 personer på hvert læringsseminar.

Seminarer

2. kvartal 2020	Ledelsesseminar
3. kvartal 2020	1. Læringsseminar
1. kvartal 2021	2. Læringsseminar
3. kvartal 2021	3. Læringsseminar
3.kvartal 2022	Afsluttende ledelses- og læringsseminar

15. Data i projektet og IT-understøttelse

I LKT Akut Kirurgi udgør Akut Kirurgi Databasen datagrundlaget, da databasen anvendes til beregning af projektets overordnede resultat- og procesmål.

Da Akut Kirurgi Databasen i løbet af 2019 og 2020 gennemgår en større revision, herunder med betydelig ændring i patientgruppen samt indikatorsættet, er det ikke muligt at beregne baseline til LKT Akut Kirurgi forud for projektets start, baseline er særligt relevant ift. resultatmålene. Hvert team vil derfor forud for første læringsseminar skulle estimere mortaliteten for de i indsatsen inkluderede patienter.

Vælger man lokalt, at arbejde med en eller flere af de valgfrie indikatorer, eller vælger man lokalt at definerer egne indikatorer, som supplement til de obligatoriske indikatorer, er det ligeledes væsentligt at anvende tidstro og relevante data til understøttelse af forbedringsarbejdet i de lokale forbedringsteams. De deltagende afdelinger kan i disse tilfælde udtrække relevante data fra de regionale EPJ /EPM, de steder, hvor dette er teknisk muligt. Desuden kan der anvendes håndholdte ved fx journalaudit på patienter.

De enkelte regioner er ansvarlige for datamanagement i forhold til regionens hospitaler. De enkelte hospitaler og regioner bør derfor drøfte behovet for dataansvarlige, idet funktionen skal kunne varetage/supportere:

- Oprettelse af målediagrammer
- Indtastning data/produktion af diagrammer
- Producere månedsrapporter til brug i de regionale ledergrupper samt til videndeling med andre forbedringsteams

16. Kommunikation

Der er ikke taget endelig stilling til, hvordan kommunikation understøttes internt i LKT akut kirurgi, men en mulighed vil være at etablere et sharepoint, som alle deltagende afdelinger kan tilgå.

17. Tidsplan

Idet LKT som udgangspunkt etableres for to år, forventes LKT Akut kirurgi at løbe til medio 2021. De ønskede kvalitetsforbedringer forudsættes derfor realiseret indenfor denne tidsramme.

	2018				2019				2020				2021				2022		
	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3	K4	K1	K2	K3
Indhold og projektbeskrivelse		→																	
Data inkl. revision af Akut Kirurgi Databasen		→																	
Forberedelsespakke til teams									X										
Ledelsesseminar										X									
Læringsseminar											X		X		X				
Afsluttende (ledelses)- og læringsseminar																			X

18. Afrapporteringer, drift og spredninger

To gange årligt afrapporteres der til Styregruppen for Lærings – og Kvalitetsteams. Tovholderen i Region Sjælland er ansvarlig for dette.

Som udgangspunkt løber LKT Akut kirurgi over to år, hvor der afholdes seminarer og den nationale understøttelse opretholdes. Efter halvandet år vurderer Styregruppen for Lærings – og Kvalitetsteams fremdriften og resultater af indsatsen.

De enkelte delelementer af LKT Akut kirurgi bør fra etablering forankres ikke kun i det nedsatte forbedringsteam men i de involverede afdelinger og hos relevant ledelse, så det allerede fra start bliver bredt implementeret hos personale såvel som i arbejdsgange. For at understøtte forankringen benyttes desuden sparringshospitaler i hele perioden ligesom at indikatorerne i projektet forventeligt vil fortsætte i Akut Kirurgi Databasen.

19. Relevant Litteratur

Udarbejdes af ekspertgruppen.

Bilag 1 - Specificering af obligatoriske procesindikatorer

Procesindikator 1

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling inden udførelse af CT (Standard 90%). Dette skal være sket indenfor 1 time fra første visitation på patienter der opfylder diagnoseindikatoren

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal patienter i antibiotisk behandling

Nævner: Samlede indikator population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 2

Indikator i databasen: Andelen af patienter der får taget ABL med svar indenfor 30 minutter fra bestilling af CT (Standard x%). Dette skal være sket indenfor 1/2 time fra første visitation på patienter der opfylder diagnoseindikatoren

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal patienter der får taget ABL

Nævner: Samlede indikator population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 3

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der får lavet CT scanning indenfor 2 timer fra bestilling af CT (Standard 90%)

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal patienter der får lavet CT

Nævner: Samlede population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 4

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der efter scanning og ved ventetid til operation, bliver præoperativ observeret mindst på niveau med intermediær terapi og monitorering (standard 90%). Ved mulighed for umiddelbar operation skal denne indikator ikke være gældende

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Andelen af patienter, der efter scanning og ved ventetid til operation, bliver præoperativ observeret mindst på niveau med intermediær terapi og monitorering (standard 90%) (Patienter der går direkte til operation er indregnet i Tæller)

Nævner: Samlede indikator population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 5

Indikator i databasen: Andelen af patienter der får operation indenfor 6 timer fra bestilling af CT (Standard 90%). Dette skal være sket indenfor 6 timer fra første visitation på patienter der opfylder diagnoseindikatoren

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal opererede indenfor 6 timer fra bestilling af CT

Nævner: Samlede population

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 6

Indikator i databasen: Andelen af patienter med postoperativ høj vurderet mortalitetsrisiko (p-possum score >5) som indlægges på intermediær plads/intensiv/opvågning i minimum 24 timer efter operation (standard 90%)

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal patienter med høj vurderet mortalitet

Nævner: Antal opererede (eksklusiv de patienter, der postoperativt overgår til palliativt forløb)

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Procesindikator 7

Indikator i databasen: Andelen af patienter, der mobiliseres indenfor 12 timer efter operationstidspunkt (Standard 90%)

Type: Procesindikator

Format: Andel

Forbedringsretning: OP

Tæller: Antal patienter der mobiliseres

Nævner: Antal opererede

Datakilder: Dansk Akut Kirurgi Database

Litteratur/vidensgrundlag:

Argumentation:

Øvrige kommentarer: Mobilisering defineres ved at patienten, selvstændigt eller assisteret, kommer ud af sengen til siddende stilling, stående stilling eller gang afhængigt af almentilstanden.

Bilag 2 - Medlemmer af ekspertgruppen

Formandskab

- Lars Bo Svendsen, Overlæge og professor, Kir-Gastroenterolog-Transplantation, Rigshospitalet
- Nicolai Bang Foss, Overlæge, Anæstesiologisk Afdeling, Amager og Hvidovre Hospital

Medlemmer

Region Nordjylland

- Jes Vogt, Afdelingslæge, Mavetarmkirurgi, Aalborg Universitetshospital
- Tove Christensen, Afdelingssygeplejerske, Kirurgisk Afsnit, Regionshospitalet Nordjylland
- Annette Fjerbæk, Fysioterapeut, Fysio- og ergoterapien, Aalborg Universitetshospital

Region Midtjylland

- Trine Lauridsen, Overlæge, Mave-tarmkirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital
- Birgitte Roving Vingborg, Afdelingssygeplejerske, Mave-, tarm og brystkirurgi, Hospitalsenheden Midt
- Anette Sønderby, Sygeplejerske og Kvalitetskoordinator, Akutafdelingen, Hospitalsenheden Vest
- Rasmus Haarup Lie, Afdelingslæge, Anæstesiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital

Region Sjælland

- Luka Abdulhady, Specialeansvarlig overlæge, Radiologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital
- Lene Haahr, Afdelingssygeplejerske, Anæstesiafsnittet, Sjællands Universitetshospital, Køge
- Kenneth Rütz, Mave-tarmkirurgisk Afdeling, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse

Region Hovedstaden

- Henriette Raaschou, Projektleder i CT innovationsenheden, Radiologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital
- Rikke Thygesen, Sygeplejerske, Kirurgisk afdeling, Afsnit for modtagelse af akutte patienter, Nordsjællands Hospital

Region Syddanmark

- Jan Krzak, Afsnitsansvarlig overlæge, Afsnit for kirurgi, Sygehus Sønderjylland
- Jan Dahlin, Overlæge, Fælles akutmodtagelse, Odense Universitetshospital
- Jens Friedrich Maier, Radiologi og Nuklearmedicin, Sydvestjysk Sygehus
- Helle Poulsen, klinisk sygeplejespecialist, Organkirurgisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Kolding
- Jeanette Hansen, Klinisk Diætist, Kirurgisk Afdeling A, Svendborg Sygehus

Forbedringsekspert

- Marianne Frandsen, Kvalitetskonsulent, Staben, Nykøbing Falster Sygehus

Nationale tovholdere

- Nynne Dreyer Nies, Specialkonsulent, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland
- Troels Busk Hoff, Chefkonsulent og Teamleder, Sundhedsstrategisk Planlægning, Region Sjælland