

Akuta laparotomiflödet

Akuta laparotomiflödet startar då patienten söker vård på akutmottagningen och slutar då patienten skrivs ut eller vården tas över av annan enhet som geriatriken. På akuten görs en första bedömning och nödvändig akut utredning, för att identifiera en patient som kan komma att bli aktuell för akut bukoperation. Detta möjliggör ett flöde med tidiga, nödvändiga insatser, god kommunikation och strukturerat omhändertagande av patienten innan, under och efter operationen.

Beskrivning av patientflödet

Akut/elektiv fördelning	100% akut
Kön (M/K) fördelning:	Vårdtillfällen Kvinnor 50% Män 50%
Ålder:	Vårdtillfällen Kvinnor 68 år Män 65 år
Volym	Under 2018 opererades 224st patienter med akut laparotomi
Aktuella kvalitetsregister	Inom akuta kirurgiflödet rapporteras till: - Registreras enligt SFAT's kvalitetsaudit 2018 - INCA för de malgin diagnos

Kvalitetsindikatorer

Typ	Kvalitetsindikator	Mål och/eller nationella snitt 2018	2018	2017	2016
CROM	Mortalitet 30 dagar – akut opererade (antal/andel)		9/4%		
CROM	Mortalitet 30 dagar kvinnor (antal/andel)		4/3,5%		
CROM	Mortalitet 30 dagar män (antal/andel)		5/4,5%		
CROM	Morbiditet, komplikationer efter akut laparotomi enl Modifierad Clavien Dindo, vg se kommentarsruta* (antal/andel)		73/32%		
CROM	Reoperationer (antal/andel)		12/5,3%		
CROM	Antal sårruptur (antal/andel) vg se separat ruta**		6/2,6%		
PROM	Projektstart Q1-2019		PNR		
	Vårdtid – Akut opererade laparotomi dygn (medel/median)		15/8		
Process	Vårdtid- Akut opererade laparotomi dygn kvinnor ; män (medel/median)		11/8;19/9		
Process	Andel operationer inom priotiden enligt SPOR prio		83%		

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 mest:

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, arbetsmiljö och ett effektivare omhändertagande av patienten.

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 buk-kirurgi. 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. Konceptet innebär att man tidigt i flödet, redan på akuten, kan identifiera patienter som troligen kommer genomgå en operation i syfte att tidigt sätta in riktade åtgärder för ett optimalt omhändertagande.
- **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 buk-kirurgi. 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. Därför sker under 2019 och framåt en fokuserad kvalitetssatsning som i korthet går ut på att vi skall registrera perioperativ riskanalys enligt ACS NSQIP (% risk morbiditet + % risk mortalitet) samt postoperativ Modifierad Clavien-Dindo (metod att mäta kvalitet och komplikationer). 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 att ta hjälp av patienterna genom enkäter och tidigare nämnda PNR-grupp vill vi höja upplevelsen samt möta patientens behov på den egna avdelningen 36, men också postoperativt på avdelningen.

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).

Vi eftersträvar, utifrån våra övriga åtaganden, att ständigt förbättra det som inte går så bra eller då vi ser att något resultat avviker. Då initieras nya tester och sedan utarbetas nya rutiner/mallar. Den enda kvalitetsindikator som vi har krav att redovisa till beställaren är D2D (77%) flödes-data på akutmottagningen.

*Modifierad Clavien Dindo	Antal
Grad 0: Normalt postoperativt förlopp	
Grad 1: Lindrig farmakologisk intervention utöver sedvanlig medicinering, ex antiemetika	7
Grad 2: Farmakologisk intervention, ex hemostatika, transfusion, antibiotika mm	17
Grad 3a: Endoskopisk, radiologisk eller kirurgisk intervention utan generell anestesi	11
Grad 3b: Endoskopisk, radiologisk eller kirurgisk intervention med generell anestesi	5
Grad 4a: Intensivvård med ett sviktande organ	2
Grad 4b: Intensivvård med flera sviktande organ	3
Grad 5: Dödlig utgång	5

**Antal sårrupturer samt analys och förslag framtida åtgärd	Sutur/Sårlängdskvot	Vidtagen åtgärd	Analys/Förbättringsåtgärd
Reoperation pga misstänkt anastomosläckage. Riskop.	kvot 4,0	Reoperation därefter ua.	Ingen åtg. Ev nät?
Reoperation pga misstänkt anastomosläckage. Riskop.	kvot 8,5	Avliden i efterförloppet	Nät?
Kolonileus, multisjuk patient.	6,6	Reop resuturering	Riskpat? Nät?
Ileus akut	4,9	Reop resuturering	Ingenting
Elektiv kolorektal	9 i kvot	Reop resuturering	Ingenting
Kolonileus pga tumör akut op högrisk.	3,8	Reop resuturering	Klippa och sy om ev nät

Kontaktperson

Jonas Leo, flödesägare
E-post: jonas.leo@capiostgoran.se