

Indhold

1. Forbedringstiltag ift. resultaterne af de enkelte indikatorer
2. Indhentning af SOR-koder er stoppet
3. Inddragelse af nye koder
4. Ernæring
5. Genindlæggelse
6. Datadefinitioner

1. Tiltag til forbedringer af patientforløbene ift. resultaterne af de enkelte indikatorer

Nogle afdelinger har i deres indikatoropfyldelse vist en markant bedring i opfyldelsen af indikatorerne til gavn for patienterne. Vi har spurgt udvalgte afdelinger om, hvilke tiltag de har gjort for at opnå resultaterne, så det kan være til inspiration og læring for andre afdelinger. Hermed svarene med en stor tak til de afdelinger, der har givet deres input.

Indikator 1, Antibiotikabehandling indenfor 3 timer

Fra Regionshospitalet Horsens

Akutafdelingen Regionshospitalet Horsens har de seneste år arbejdet med at implementere de bedste arbejdsgange for at lykkes med opfyldelse af indikatorerne 1 og 2. Det som kan antages at have medført en større opfyldelse af indikator 1, er:

”Inklusion” af AHA patienter inden verificering ved CT skanning

- Indsats hvor målet er, at alle AHA patienter får ophængt IV antibiotika inden CT skanning.
- Tidligere har vi afventet på svar fra CT skanning for ikke at give for mange patienter antibiotika unødigt.

Rettig administration

- Indsats hvor målet er, at alle AHA patienter får administreret IV antibiotika, straks lægen inkluderer dem som AHA patienter og henviser til CT skanning samt ordinerer antibiotika.
- Deadline rykket til at antibiotika skal være administreret og nedtaget indenfor 3 timer.
- Det beror på en tværfaglig indsats med ordination fra lægen og administration af sygeplejersken.

Korrekt dokumentation

- Indsats hvor målet er at antibiotika dokumenteres korrekt og tidstro med ophængt og nedtaget.
- Tidligere dokumenteret med anden praksis; fx ”givet”.

Anette Søgaard, Udviklingssygeplejerske, Kirurgi, Regionshospitalet Horsens

Indikator 2: CT-scanning

Fra Regionshospitalet Randers

Vi har som tovholder for LKT fra starten været tydelige omkring, at vi efter endt LKT har haft brug for fortsat stabsunderstøttelse og jævnlige møder i arbejdsgruppen mhp., at sikre forankringen og implementeringen i de respektive afdelinger. Der er sjældent et forløb, der er ens (som ex. hoftenært lårbensbrud) hvorfor, der er brug for den tætte dialog.

Mht. Indikator 2: CT-scanning, har fokus i akutafdelingen været at få ptt. identificeret, da ikke alle nødvendigvis er visiteret som en AHA-ptt. Vores akut-kirurg har derfor løbende undervisning i akutafdelingen, hvor der tages udgangspunkt i tidligere cases, der kan drages læring af. Dette mhp. at få identificeret de ptt, der ikke er oplagte AHA-ptt (de "tricky" ptt). Når først ptt er identificeret, er der aftale med røntegnafdelingen om, at ptt skal tages på førstkommande tid – men identificeringen er klart den svære del. Akutlægerne henviser selv til scanning.

Anne-Sofie Kannerup, cheflæge Kirurgisk Fællesafdeling , Regionshospitalet Randers

Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation og indikator 5: Intermediær indlæggelse

Fra Holbæk Sygehus

På Holbæk udrullede vi i september 2024 en helt ny arbejdsgang med et DAKIR-kald. Der kaldes, så snart en CT-scanning har vist fri luft eller iskæmi, og såfremt der er ileus, efter vurdering af KIR-bagvagt, hvorvidt der er akut operationsindikation.

Kaldet går til KIR-forvagt og -bagvagt samt anæstesiens forvagt og bagvagt, som begiver sig til patienten og påbegynder optimering samt planlægger, hvordan man hurtigst får patienten klar til næste ledige operationsleje.

Da vi ikke altid har ledige operationsstuer, er tommelfingerreglen, at hvis der er mere end 1 time til en ledig operationsstue, køres patienten til optimering på opvågningsen eller intensiv. Ellers færdiggøres klargøringen på stedet, og patienten køres direkte til operationsstuen.

Vi har især set, at visse patienter indlagt på medicinske afdelinger (uden erfaring med kirurgisk klargøring) har haft stor gavn af dette regime.

Det skal også tilføjes, at en sekretær på intensiv sikrer, at kodning af optimering og intermediær indlæggelse bliver korrekt registreret svarende til notatet lavet i forbindelse med DAKIR-kald. Trods dette viser vores lokale database stadig, at en del patienter, som er registreret med korrekt forløb lokalt, ikke overgår korrekt til LKT-data.

Vi har haft lokale IT- og databasefolk på sagen, men er endnu ikke nået frem til en løsning, der sikrer, at de sidste patienter også inkluderes.

Helle Overgaard, cheflæge, Kirurgisk afdeling Holbæk Sygehus

Indikator 4x: Operation indenfor 6 timer (Perforation, iskæmi og blødning).

Fra Hospitalsenhed Midt, Viborg

Vi har i vores organisation – især i samarbejde med anæstesen haft fokus på et hurtigt forløb for AHA-patienterne.

Det er det eneste sted, hvor vi har kunnet forbedre vores arbejdsgange med et mærkbart resultat til følge.

Når først diagnosen er stillet – kan patienterne hasteklassificeres sort og komme på første op-leje, hvilket stort set altid kan lade sig gøre på kort tid.

De øvrige indikatorer er sværere at opfylde. For mange er det typisk et kodningsproblem, der gør at tallene ser dårlige ud fx ernæring og mobilisering.

For andre er det fordi det er meget svært at finde AHA-patienterne hurtigt nok. Det kræver et meget stort antal CT-scanninger, som vi desværre ikke har mulighed for at få.

Marie Kirk , Overlæge Kirurgisk afdeling, Regionshospitalet Viborg

Indikator 6: Tidlig mobilisering

Fra Regionshospitalet Horsens

I Kirurgi er der fokus på ERAS-principperne herunder tidlige mobilisering. Tidligere audit på Regionshospitalet Horsens viste, at patienterne blev mobiliseret, men der var ikke sat flueben ved koden for tidlig mobilisering. Derfor har der været øget fokus på korrekt registrering samt efterregistrering med feedback til den konkrete medarbejder om, at huske flueben ved koden tidlig mobilisering.

Anette Søgaard, Udviklingssygeplejerske, Kirurgi, Regionshospitalet Horsens

Indikator 8: Andel opererede med epidural

Vi anlægger som udgangspunkt epiduralt kateter på alle DAKIR-patienter, der samtykker, og hvor der ikke er kontraindikationer. Fravalg anses for en afvigelse fra standardbehandlingen.

Omkring halvdelen af vores patienter opereres med åben kirurgi. Af de resterende primært laparoskopisk opererede bliver omkring halvdelen konverteret til åbent indgreb. Størstedelen af vores patienter har derfor en klassisk indikation for epiduralt kateter.

Ved peritonit giver epidural smertebehandling et bedre postoperativt forløb med færre smerter, og det reducerede opioidforbrug er generelt ønskværdigt, da mange patienter har postoperativ paralytisk ileus. God smertedækning er en forudsætning for tidlig mobilisering. Desuden er der evidens for, at epidural smertebehandling kan nedsætte risikoen for pneumonier.

De potentielle fordele ved epidural smertebehandling kan kun opnås gennem nært samarbejde med sengeafdelingerne og ved at tilbyde patienter, der udvikler hypotension som bivirkning, et forlænget ophold i opvågningen til behandling med vasopressor for at undgå unødigt overhydrering.

Rasmus Haarup Lie, Overlæge, Ph.D. , Bedøvelse og operation, Aarhus Universitetshospital

2. Indhentning af SOR-koder

Indikator 3: Præoperativ optimering eller direkte til operation og Indikator 5: Intermediær indlæggelse
Ift. indhentning af SOR-koder så kan de ikke benyttes for alle hospitaler. Et eksempel er Regionshospitalet Gødstrup, her er patienterne indlagt på mave-tarmkirurgisk afdeling. Det fremgår ikke, om patienten modtager en til præoperativ optimering og/eller postoperativt en intermediær indlæggelse.
Der er ikke ens praksis på hospitalerne, hvorfor det besluttes at stoppe med at arbejde med koderne.

3. Inddragelse af nye koder

Der er kommet ønsker om inddragelse af nye koder. Når en godkendelse fra Sundhedsdatastyrelsen foreligger vil nedenstående koder blive inddraget i AKDB:

- DT81* Komplikationer til indgreb
- KJAP00 åben adhærenceløsning
- KJAP01 laparoskopisk adhærenceløsning i bughulen

4. Ernæring

Indikator 7, Ernæring, pauseres. Der arbejdes på at finde en god løsning for indikatoren.

5. Genindlæggelse

I den kommende årsrapport vil en ny supplerende indikator blive indført mhp. en vurdering af, om det skal være en kommende fast indikator.

Den supplerende indikator vil være en tabel der viser, hvor mange patienter, der genindlægges indenfor 30 dage.

6. Datadefinitioner

Datadefinitionerne er opdaterede med følgende punkter:

- Forløb er ændret til hospitalsophold. Det er specificeret, at det er nødvendigt at diagnose og procedure registreres på samme kontakt for at en kontakt indgår i databasen.
- Ordene "intraabdominal blødning" er fjernet som tekst fra indikator 4x fordi det ikke var afspejlet i koderne