

AFSLUTTENDE RAPPORT LKT AKUT KIRURGI ENDELIG

November 2023

Indhold

Indledning.....	2
Hvorfor LKT Akut kirurgi?	2
Initiativer og indsatser	3
Tidsmæssigt forløb	4
Metoder.....	5
Inddelinger af sygehuse i inspirationsklyngestruktur.....	5
Data	5
Hvad var projektets målsætninger – og er de nået?.....	6
Resultatmål.....	6
Procesmål	8
Kvalitativ oplevelse af udvikling og deltagelse under LKT’et.....	9
Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater	10
Læringspunkter med relevans for fremtidige LKT’er.....	10
Organisering på tværs af forskelligt erfaringsgrundlag	10
Balance mellem tvær- og monofaglighed	11
Tidlig indsats for data og registrering	11
Patientgrundlag og patientens perspektiv	12
Bilag 1: Deltagende hospitaler/sygehuse	13
Bilag 2: Projektets målsætninger/indikatorer	14
Bilag 3: Udvikling i indikatorer på nationalt niveau.....	15
Bilag 4: Udvikling i indikatorer – fordelt på regioner	25

Indledning

Denne afsluttende rapport har til formål at give et samlet overblik over Lærings- og Kvalitetsteam Akut kirurgis arbejde i perioden oktober 2021 til oktober 2023.

Formålet med rapporten er:

- At tilbyde indsigt i LKT'ets arbejde
- At vurdere, om LKT'et har levet op til sine mål
- At skabe grundlag for anbefaling og læring til brug i fremtidigt forbedringsarbejde baseret på LKT-metoderne

Rapporten forelægges Styregruppen for LKT i november 2023 og har forinden været i høring hos de involverede parter.

Indholdet i rapporten og dens konklusioner er en kombination af:

- Officielt projektmateriale
- Løbende evalueringer og afrapporteringer i projektperioden
- Indhentning af kvalitative bemærkninger fra deltagerne
- Kommentering i ekspertgruppen for LKT Akut kirurgi

Rapporten er forfattet i Region Sjælland, der er national tovholder for LKT'et.

Hvorfor LKT Akut kirurgi?

Akut kirurgi i mave-tarm regionen udgør en forholdsvis lille andel af de mange operationer, der udføres i Danmark hvert år. Til gengæld er mortalitet og postoperative komplikationer for patienter, der undergår akut mave-tarm kirurgi, uforholdsmæssigt store. Det anslås generelt, at 30-dages-mortaliteten er på 20-25%, afhængig af definitionen af patientgruppen. Patienterne er 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 behandling af komplikationer.

LKT Akut kirurgi blev derfor vedtaget i 2019 med udgangspunkt i en national erkendelse af, at:

- Det er et sygdomsområde med stor sygdomsbyrde og mortalitet
- Det er et område med stigende fokus på at øge behandlingskvaliteten
- Der er en stor variation i behandlingskvaliteten på tværs af regioner og sygehuse, herunder 30-dages-overlevelse efter operation
- Området influerer på de nationale mål, herunder mål 4: Behandling af høj kvalitet
- LKT Akut kirurgi kunne fungere som implementeringsmotor for de nye nationale kliniske retningslinjer på området (disse retningslinjer blev dog aldrig udarbejdet)
- LKT Akut kirurgi bidrager sammen med øvrige initiativer, såsom 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 dataarbejdet (denne blev dog omlagt inden opstart af forløbet)

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. LKT'et har afgrænset sig fra det tværsektorielle arbejde, idet der ikke var data til rådighed uden for regionerne.

Initiativer og indsatser

Dette og de følgende afsnit beskriver hvilke aktiviteter, der har fundet sted i LKT'et, og hvilke præmisser det har arbejdet under.

Udgangspunktet for aktiviteterne har været projektbeskrivelsen, hvor indsatsområder og konkrete mål for indsatserne er blevet defineret af den tværfaglige ekspertgruppe. Ekspertgruppen har fulgt LKT'et i hele dets forløb og stillet sin viden til rådighed.

Ekspertgruppen har været under ledelse af et formandskab ved Cheflæge Peter Svenningsen, Kirurgisk Afdeling, Nordsjællands Hospital samt Professor Nicolai Bang Foss, Anæstesiologisk Afdeling, Hvidovre Hospital. Formandskabet har udgjort det primære løbende referencepunkt i de praktiske og faglige beslutninger, der er truffet i LKT'ets virke.

LKT'et har haft fagligt fokus på de 3 typiske faser i operationsforløbet:

- Initial vurdering/udredning
Indsatser der har til formål at diagnosticere hurtigt og korrekt samt at stabilisere og forberede til selve operationen
- Optimering af det perioperative forløb
Styrkelse og ensretning af arbejdsgange omkring adgang til operation for patientgruppen
- Optimering af det postoperative forløb på sygehus
Overvågning, mobilisering og korrekt ernæring af den akut kirurgiske patient postoperativt

Som led heri har forbedringsteams fx arbejdet med:

- Fælles patientforløbsbeskrivelser, så der er ensartet erkendelse af arbejdsgang, som kan iværksættes hurtigt
- Inddragelse af præhospitale behandlere
- Tidlig identifikation gennem CT-scanning, herunder korrekt visitationspraksis
- Opsporing af patienter, der ikke er kendt gennem akutafdeling
- Fokus på at få patienterne hurtigt op til præoptimering, hvis patienten ikke kan gå direkte til operation
- Anlæggelse af epidural
- Væskeregistrering og volumenterapi
- Tidlig mobilisering efter operation
- Ernæringsplan udarbejdet tidligt efter operation
- Datavisninger og korrekt kodning igennem patientforløbet

Generelt har der været tale om indsatser, som involverer større og tværfaglige personalegrupper, da det er et patientforløb med mange involverede.

Tidsmæssigt forløb

Følgende tidslinje viser LKT'ets forløb over tid:



Opstarten af LKT'et blev udsat og forløbet forlænget som følge af COVID. Der gik lang tid fra udsendelsen af forberedelsespakken til det første læringsseminar. Ligeledes blev 2. og 3. læringsseminar udskudt nogle måneder. Dette har dog givet LKT-teams længere tid til at forberede indsatserne, idet de bærende specialer og andre interessenter tværfagligt var involveret tidligt.

Efter 2. og 3. læringsseminar har der været afholdt nationale webinarer, der satte fokus på faglige emner, som der ikke var mulighed for at dække tilstrækkeligt i forbindelse med de fysiske seminarer. Fordele ved webinarer er, at de kan afholdes for grupper, der evt. ikke er involveret i LKT'ets forbedringsteams, og at de kan optages med henblik på senere gennemsyn.

Webinarerne omhandlede efter ønske fra LKT'ets deltagere:

- Ernæring (i samarbejde med Dansk Selskab for Klinisk Ernæring)
- Postoperativ observation
- Mobilisering
- Præoperativ optimering
- Forankring af forbedringsarbejde

Metoder

LKT Akut kirurgi har, som alle LKT'er, ageret under den nationale ramme med anvendelse af blandt andet metoder fra Forbedringsmodellen, herunder:

- PDSA-cirklen
- MUSIQ-score
- Driverdiagrammer
- Storyboards
- Lokale auditeringer

Derudover har det enkelte forbedringsteam haft en vis frihed til også at anvende metodiske greb kendt fra egen praksis. LKT'et har centralt fra fokuseret på arbejdet med de kliniske målsætninger snarere end metodisk stringens på tværs af forbedringsteams.

Inddelinger af sygehuse i inspirationsklyngestruktur

I bilag 1 ses de deltagende sygehuse. Ved LKT'ets start havde en del af landets sygehuse gennemført eller påbegyndt implementering af klinisk indhold svarende til LKT'ets anbefalinger, men med klart fleste erfaringer på sygehuse i den østlige del af landet. For at give alle sygehuse lige adgang til erfaringsudveksling og sparring mellem læringsseminarer blev der dannet fem inspirationsklynger, siden reduceret til fire, af sygehuse med tilnærmet samme størrelse. Sygehusene var derudover inddelt i:

- LKT-sygehuse: Sygehuse, der ikke havde påbegyndt implementering af det kliniske indhold i projektbeskrivelsen. Her var de aktive forbedringsteams. LKT-sygehuse har haft flest pladser på læringsseminarerne.
- Tovholdersygehuse: Havde allerede implementeret det kliniske indhold og nået projektets målsætning om at nedbringe 30-dages-mortaliteten til 15% eller derunder. De har fastholdt egne resultater og samtidig haft til opgave at sikre deling af egne erfaringer og læring til LKT-sygehuse i projektet. Klinikere her fra har derudover været meget aktive som oplægsholdere på læringsseminarer.
- Sparringssygehuse: Sygehuse som allerede var gået i gang med forbedringsarbejdet og nået langt med implementeringen. Disse stod også til rådighed for LKT-sygehusene til sparring med videre.

Hver klynge bestod af 1-3 LKT-sygehuse, ét tovholdersygehus og mindst ét sparringssygehus. Hver klynge fik en region som praktisk facilitator, og sygehusene skulle mødes over video to gange efter hver seminar.

Klyngemøderne blev afholdt i den første del af LKT'et, men blev dog delvist erstattet af nationale webinarer, efterhånden som LKT'et skred frem, da der var et ønske om en anden måde at sparre og udveksle erfaringer på, end det var tilfældet med klyngemøderne.

Data

Den datamæssige grundforudsætning for LKT'et har været anvendelse af data fra Akut kirurgi-databasen (AKDB) under RKKP, som i princippet udgør et ensartet datagrundlag på tværs af landet og har givet LKT'et et godt udgangspunkt for at indsamle og vurdere data uden særskilte manuelle arbejdsgange. Sygehusene har dog i væsentlige perioder oplevet udfordringer med denne datakilde. AKDB var under omlægning til LPR3 i perioden 2019-2020, og der var begrænset adgang til data i denne periode. Derudover er dannelsen af datasættet i AKDB relativt kompliceret med anvendelse fra flere datakilder, som ikke alle var fuldt valideret ved projektets indledning.

I hele forløbet har de deltagende sygehuse derfor kombineret data fra RKKP med udtræk fra egne EPJ-systemer til at understøtte forbedringsarbejdet tidstro. Det gør de fortsat, og fortløbende manuelle auditeringer har været et nødvendigt supplement. Mange sygehuse bemærker, at de tillægger egne data en større validitet end dem, der udgår fra AKDB. Formentligt er det svage led i validiteten i dataindberetningen via LPR. Samlet set vurderer projektledelsen, at validiteten er steget i projektperioden, uden at denne dog er i mål. Data skal læses med disse generelle forbehold.

I den første del af LKT'ets arbejde har data været vist enten i lokale rapporter eller som RKKP-data i regionale LIS-systemer. Det gav meget forskellige datavisninger. Fra august 2022 er der blevet suppleret med data på tværs af regioner i Shiny App, som Region Hovedstaden har stillet til rådighed for LKT Akut kirurgi i samarbejde med RKKP. Det har givet en ensartet visning af RKKP-data.

Hvad var projektets målsætninger – og er de nået?

Dette afsnit evaluerer, om de konkrete, databaserede målsætninger for LKT'et er indfriet, med udgangspunkt i projektbeskrivelsen.

Datasættet for evalueringen er med udgangspunkt i RKKP-data, som er genberegnet i Region Hovedstaden med henblik på at afgrænse data til LKT-sygehuse, som netop har arbejdet mest aktivt med forbedringer i LKT Akut kirurgi. Sygehuse uden et aktivt forbedringsteam er ikke medregnet her, uanset om de har været en del af LKT'ets inspirationsklynger eller ej.

LKT'et har ikke haft en defineret baseline på forhånd. I forbindelse med evalueringen anvendes medianen for de foregående 2 år indtil LKT'ets opstart som baseline, det vil sige september 2019-september 2021.

Resultaterne opgøres på landsplan. I bilag 2 foreligger et overblik over sammenligninger af medianerne for baseline og LKT-periode. I bilag 3 ses data opgjort i seriediagrammer på tværs af baseline- og projektperiode. Links til de enkelte regioners og sygehuses data kan ses i bilag 4.

Resultatmål

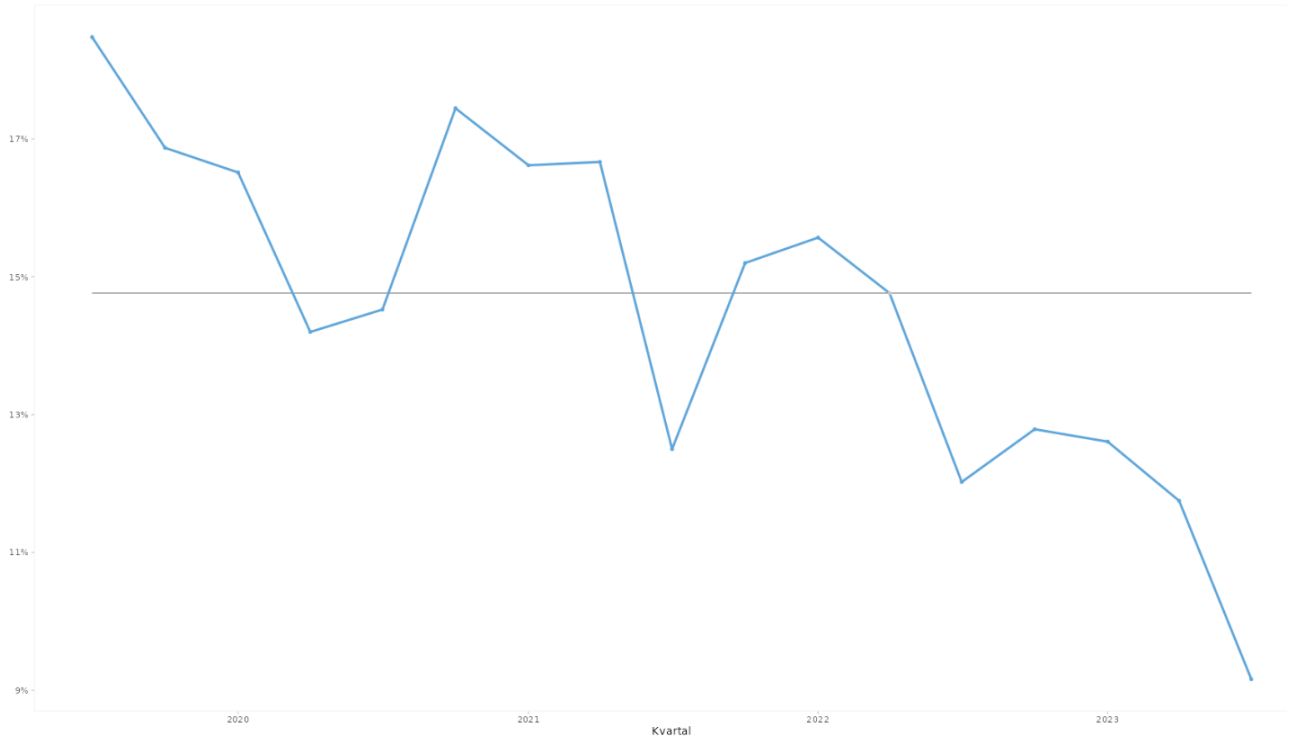
Projektets overordnede mål har været at sikre akutte højrisiko, abdominalkirurgiske patienter en ensartet høj kvalitet præoperativt, perioperativt og postoperativt. Som overordnede resultatmål for LKT Akut Kirurgi var fokus på at nedbringe både 30-dages og 90-dages mortaliteten:

Mål 1: 30 dages mortalitet skal være mindre end 15 %

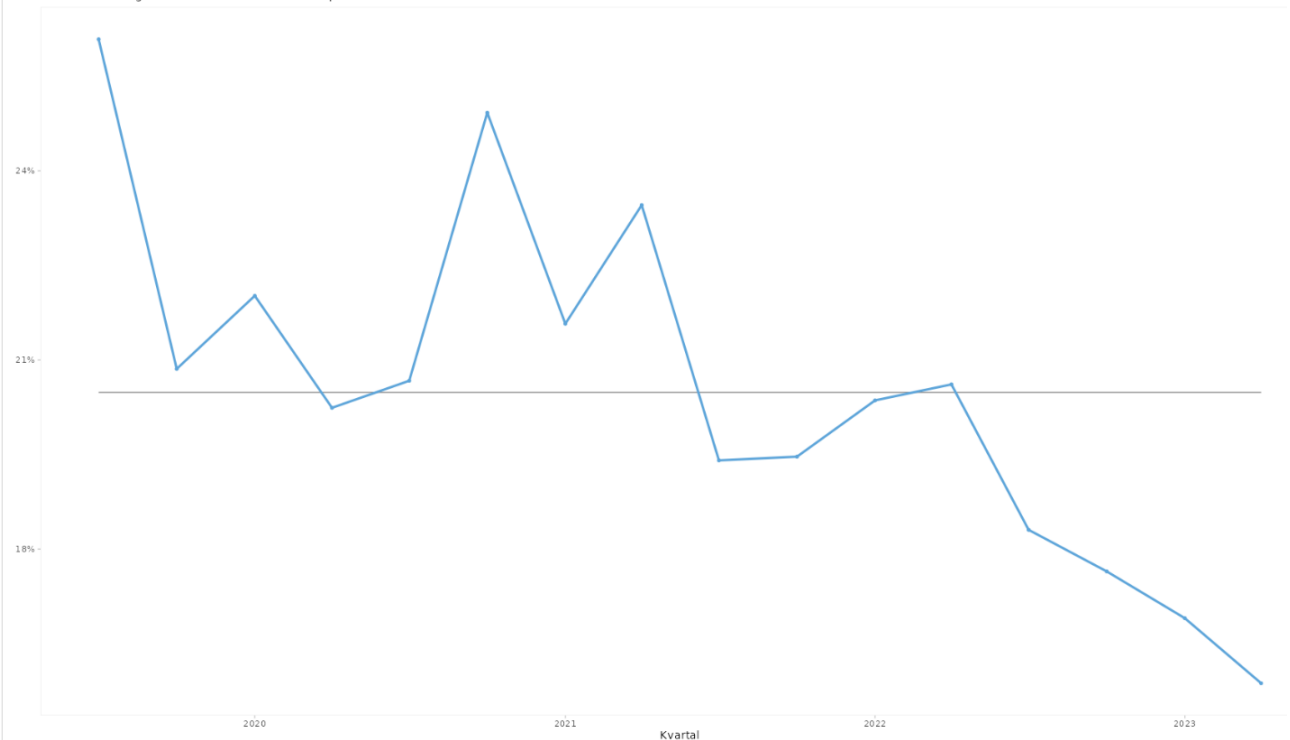
Mål 2: 90 dages mortalitet skal være mindre end 20%
--

Medianen for 30-dages-mortaliteten er i projektperioden faldet fra **15,6 % til 13,0%**. Medianen for 90-dages-mortaliteten er faldet fra **21,2% til 18,5%**. Dermed er LKT'ets overordnede resultatmålsætninger umiddelbart indfriet. For begge indikatorer har mortaliteten været lavest i den sidste del af LKT'et, og dermed er der håb for, at resultaterne vil stabilisere sig på et endnu lavere niveau end ovenstående medianer. Der ses en grafisk oversigt over udviklingen nedenfor, hvor data er fordelt på kvartaler. Bemærk at y-akserne ikke er med udgangspunkt i et 0-punkt. Det sidste datapunkt for 30-dages-mortaliten er på 5%, og for 90 dage på 14%.

LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Mors 30d opererede



LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Mors 90d opererede*



Analyseres data med metoder til statistisk proceskontrol, så kan der på nuværende tidspunkt ikke konkluderes et permanent skifte i data. Analyseres kvartalsvis som ovenstående fremstår et tydeligt billede af en positiv tendens, der indikerer et kommende skifte i niveau, men dataserien er ikke lang nok til at generere nok datapunkter til en sikker konklusion. Den månedsvise dødelighed (jf. bilag 3) svinger en del på grund af det lave antal cases, hvilket fører til, at data på grund af tilfældigheder passerer medianen.

For at mindske risikoen for et falsk positivt resultat, har projektledelsen vurderet supplerende data, som kunne påvirke ovenstående konklusioner.

Antallet af inkluderede patienter i databasen er konstant over perioden. Dermed ser det ikke ud til, at der er blevet opereret hverken flere eller færre, men sammensætningen af den opererede gruppe kan i teorien have ændret sig under LKT'et.

Akut kirurgi databasen indeholder også mortalitetsdata for de patienter, som ikke bliver opereret. Der kan ske forskydninger mellem disse to grupper i løbet af en projektperiode, i og med der stilles skarpt på kriterierne for operation. Omfanget af gruppen, der ikke opereres, er konstant i størrelse under LKT'et, og med en dødelighed, der er vagt stigende under LKT'et. Der kan ikke konkluderes andet herpå, end at LKT'et ikke umiddelbart har haft positive sidegevinster for denne gruppe i forhold til overlevelse.

Ovenstående vurderinger hviler på det udgangspunkt, at data kun er blevet mere valide i LKT'ets levetid. Det kan ikke sikkert siges, at den "rigtige" dødelighed er præcis de %-satser, som data viser. Men det er sandsynligt, at faldet er reelt.

Procesmål

Overordnet set er der skabt klare forbedringer inden for nogle procesindikatorer, omend ingen hvor LKT'ets ambitioner er blevet indfriet. Generelt viser de lokale data en bedre målopfyldelse end AKDB-data.

På tværs af procesindikatorer er der skabt målbare forbedringer inden for følgende indsatsområder:

- Antibiotika givet inden for 1 time – målsætning 90%: Målopfyldelse er stadig meget lav med opnået median på 8,7%. RKKP har dog besluttet fremtidigt at omdefinere indikatoren til at være inden for 3 timer. For denne tidsgrænse ses en klar progression under LKT'et med en median p.t. på 25%.
- CT-scanning inden for 2 timer – målsætning 90%: Der er opnået median på 45,5% mod 21,8% i baselineperioden.
- Tidlig mobilisering – målsætning 90%: Indikatorregistrering var ikke for alvor implementeret før LKT, og derfor er der under LKT set en klar stigning til en median på 24,8%. Den reelle mobiliseringssandel er formentligt højere baseret på lokale data, men registreringen i AKDB er ikke komplet.
- Præoperativ optimering – målsætning 90%: Har bevæget sig fra 4,5% til 5,3%, men højest i den sidste del af LKT'et, hvor der er et skifte i data til en median på 9,6%.

Følgende procesindikatorer kan der ikke findes en væsentlig, målbar forbedring inden for:

- Operation inden for 6 timer – målsætning 90%: Målopfyldelsen i baseline var 22,2% og i LKT'et 23,2% uden tegn på skift i data. Der er ikke data til rådighed, der viser, om der kan registreres en forbedring med udgangspunkt i en anden tidsramme, som der er ved antibiotika. Nogle regioner rapporterer, at data ikke stemmer overens med lokale registreringer. For nogle patienter vil det være fagligt rigtigt at forsøge med konservativ behandling inden evt. operation, men hvis operation alligevel bliver nødvendig, vil disse ikke målopfylde, selv om der er handlet korrekt.
- Indlæggelse på intermediært eller intensivt afsnit postoperativt ved høj mortalitetsrisiko – målsætning 90%: Andelen var højere under baselineperioden, 21,8% mod 18,7% under LKT'et. Indlæggel-

ser på et højere observationsniveau end almindeligt vil altid være en konkret afvejning af kapaciteten på det enkelte sygehus. LKT'ets patienter kan derfor blive påvirket af andre forskydninger. Derudover kendes årsag til faldet ikke.

- Ernæring – ingen indikatormålsætning: Der er så væsentlige validitetsudfordringer med denne indikator, at den reelt ikke kan evalueres. Flere regioners data ser ikke ud til at være inkluderet.

Procesindikatorerne er designet på en sådan måde, at evidensen for de konkrete indsatser, der måles på, peger på at man vil opnå en lavere mortalitet, hvis de efterleves. Set i lyset af den lavere mortalitet i LKT'et vurderes det samlet set for procesindikatorerne, at:

- Enten har procesforbedringerne inden for nogle indikatorer været tilstrækkeligt til at mindske mortaliteten
- Eller, at der er udviklinger inden for områder, vi ikke kan måle med indikatorerne, som har bidraget positivt til et fald i mortaliteten.

Kvalitativ oplevelse af udvikling og deltagelse under LKT'et

LKT akut kirurgi har generelt været af et stort, klinisk engagement på tværs af landet, hvor der har været afprøvet mange initiativer og været stor tilslutning til de nationale seminarer. Da det samlede patientforløb går på tværs af mange afdelinger og specialer, kræver det en høj grad af koordination og samarbejde, hvor forbedringsteamet engagerer sine omgivelser i at skabe forbedringer.

Den primære effekt af LKT'et har været, at der på nu næsten alle sygehuse i Danmark arbejdes struktureret og ensartet med at forbedre de akutte, abdominalkirurgiske forløb, som kan have en meget stor dødelighed. For nogle sygehuse har der været tale om "førstehjælp" til et patientforløb, som først nu er klar til at gå i gang med optimering. Udsagn som "fagligt givende", "meningsfuldt" og "lærerigt" går igen i evalueringerne på tværs af seminarer. Det er projektledelsens opfattelse, at de enkelte sygehuse generelt har arbejdet tværfagligt, systematisk og dedikeret med LKT'ets indsatser.

Den største faglige barriere i patientforløbet er tidlig identifikation, det vil sige at finde de "rigtige" patienter i tide, så de kan komme i behandling. Patienterne har umiddelbart vage symptomer, og indledende diagnostik og igangsætning af behandling sker ofte hos det mindre rutinerede personale. Det forudsætter samarbejde mellem akutafdelinger, kirurgiske afdelinger, andre specialer samt det præhospitale, men den sikre diagnostik er svær at opnå ud over CT-scanning, som er en begrænset ressource. En begrænset ressource har for nogle også været adgang til operationslejer og intensive overvågningspladser efter operationen.

Det opleves lokalt, at en lidt overset patientgruppe nu bliver prioriteret højere. Det kliniske billede af patientgruppen, som der arbejdes med i LKT'et, er bredere end de patienter, der ender med at være en del af databasen for akut kirurgi, og det formodes, at indsatserne i lige så høj grad kommer de ikke-inkluderede patienter til gode. Data fra AKDB kan ikke dokumentere dette, men det er en hyppigt fremhævet pointe i LKT'et, at så tværgående projekter uundgåeligt styrker det generelle kendskab og samarbejdsrelationer på tværs af de involverede fagligheder og afdelinger. I den henseende kan LKT'et tjene som model for udvikling inden for andre patientforløb.

Fremtidig fastholdelse af indsatser og resultater

I den afsluttende fase af LKT'et har der været sat fokus på, hvordan forandringer kan være forankret bedst muligt i den daglige praksis, idet dette var hovedfokus for det afsluttende læringsseminar. Fundamentet for forankring starter tidligt i forløbet, og det kunne reelt have været et tema endnu før.

Alle sygehuse melder tilbage, at de ønsker at fastholde indsatser og udviklingstiltag efter LKT'ets afslutning. Mange sygehuse har allerede truffet lokale aftaler om, hvordan den fortsatte udvikling understøttes og systematikken bevares. Der er en høj grad af bevidsthed på de enkelte sygehuse om, at kontinuerlig uddannelse, oplæring og ledelsesopbakning er en forudsætning for at udbygge og vedligeholde det aktuelle niveau. AKDB vil fortsat udgøre en datamæssig grundsten for fremtidigt forbedringsarbejde, og alle regioner bør naturligt have en opmærksomhed på og agere på de data og anbefalinger, der udgår herfra.

Derudover er det en beslutning i den enkelte region/sygehus, hvordan arbejdet prioriteres, når LKT'et ikke længere understøttes fra den nationale projektledelse.

Projektledelsen anbefaler, at der foretages en national 1-årsopfølgning på data i efteråret 2024, som forelægges den nationale styregruppe. I den sammenhæng kan det overvejes, om LKT'et bør understøttes organisatorisk yderligere på nationalt niveau.

Læringspunkter med relevans for fremtidige LKT'er

Dette afsnit fokuserer på specifikke læringspointer fra LKT Akut kirurgi med udgangspunkt i dets vigtigste karakteristika.

Organisering på tværs af forskelligt erfaringsgrundlag

I et forsøg på at stille sygehusene ligeligt i forhold til at opnå sparring mellem læringsseminarerne har der været etableret en klyngestruktur på tværs af landet, hvor nogle sygehuse har skullet være mentor eller sparringspartner for LKT-sygehusene. Aktiviteten i klyngerne var dog ikke som håbet og relativt varierende. Det totale udbytte kunne måske have været større under en anden model. Nogle sygehuse har opnået god og konkret sparring, men bredt set har mange ikke oplevet væsentligt udbytte. Der er peget på primært praktiske/geografiske barrierer, som fx forskellige journalsystemer og organiseringer, men også at de gensidige forventninger til rollerne ikke var helt tydelige.

Hvis et andet LKT har en lignende situation med et uensartet erfaringsgrundlag på tværs af landet, kan der måske tænkes i en model med mere monofaglig netværksdannelse, som ikke forudsætter involvering af lige så mange personer, med de begrænsninger der måtte være herved. Dertil kan sygehusene søge en sparring inden for egen region, hvor der er mere ensartede rammevilkår og it-systemer.

At få kendskab til det egentlige erfaringsgrundlag på tværs af de deltagende organisationer er i det hele taget et nødvendigt fundament at få ind i de indledende faser af LKT'et, fordi det kan være med til at definere den optimale model for at organisere det konkrete LKT. Et uensartet erfaringsgrundlag bør dog ikke nødvendigvis gøre, at nogle vælger ikke at nedsætte LKT-teams. Der kan opstå nye erfaringer og læring i det enkelte LKT-team, som kan styrke kvaliteten også der, hvor man har arbejdet med problemstillingen over længere tid. Hvis man har et aktivt LKT-team, har man et væsentligt bedre fundament for at integrere nye perspektiver, ligesom det skaber en platform for selvrefleksion, som alle kan få gavn af.

Balance mellem tvær- og monofaglighed

LKT-metoden indebærer et stærkt fokus på at arbejde på tværs af fag og specialer i de enkelte forbedrings-teams, og denne logik har også præget de nationale seminarer, idet der dog har været mulighed for at vælge nogle mere specifikke faglige oplæg også. På det afsluttende seminar blev forsøgt en kort session, hvor klinikerne kunne mødes med samme fagligheder på tværs af landet. Evalueringen heraf har vist en meget positiv respons og et ønske om at have indarbejdet dette tidligere i projektet. Andre LKT'er med et bredt fagligt udgangspunkt bør overveje dette som en mulighed på tværs hen over læringsseminarerne.

Tidlig indsats for data og registrering

Der er en oplevelse blandt sygehusene af, at der tidligt i LKT-forløbet burde have været en større indsats for at understøtte klinikken i forhold til datamæssige afklaringer såvel som med formidlingsmæssige materialer om det. Det vil betyde meget for klinikerne og deres tilgang, engagement, tid og ressourcer, at der er tænkt i tidstro data fra begyndelsen. Frustrationer over manglende ensartethed mellem lokale opgørelser og AKDB-data har været en tilbagevendende oplevelse.

LKT'et havde i udgangspunktet et stærkt datamæssigt fundament med en etableret RKKP-database, om end under omlægning til LPR3, hvorfor nogle indikatorer først er blevet tilgængelig i løbet af processen. Der har derfor været behov for lokal rapportudvikling samt afklaring af kodningsmæssige spørgsmål og registreringspraksis på centralt niveau. Det er ikke nok, at data flyder fra Landspatientregisteret (LPR) til databasen. Man bør også se på, hvordan de ønskede data flyder fra journalsystemerne til LPR. Mange af disse spørgsmål kunne have været afklaret tidligere mere centralt eller på regionalt niveau.

En anbefaling kunne dermed være, at projektledelsen sætter fokus på data og sikrer involvering af de relevante eksperter, allerede imens ekspertgruppen udarbejder projektbeskrivelsen, så det kan ligge klar som en del af forberedelsespakken. Hvis en RKKP-database er tænkt som datakilde, bør der være væsentligt sammenfald mellem denne styregruppe og ekspertgruppen for at sikre sammenhæng. Ligeledes kunne der være egentlige datakompetencer i ekspertgruppen for at sikre den rette rådgivning.

Tilsvarende kan der være behov for, at hver region supplerer forberedelsespakken op med en vejledning til de afrapporteringsløsninger, der stilles til rådighed for LKT'ets data, og at der er en klar forventningsafstemning omkring, hvor regionen støtter, og hvor det enkelte sygehus selv skal afsøge dataløsninger. Her kan dedikerede data-ansvarlige eller registreringseksperter i projektgruppen være en del af løsningen.

Samtidigt er det projektledelsens vurdering, at for at sikre fremdriften i det faktiske forbedringsarbejde på sygehusene er det vigtigt at holde fast i, at de lokale data kan anvendes til at illustrere lokal fremdrift. Det kan være hensigtsmæssigt at have en kombination af nationale data og egne rapporter, hvilket var udgangspunktet i projektbeskrivelsen.

Endeligt har den nationale projektledelse oplevet stor værdi af samarbejdet mellem RKKP og Region Hovedstaden omkring fremvisning af nationale data i en fælles online-skabelon. Data her fra ligger til grund i denne evaluering. En sådan løsning vil kunne skabe værdi i mange LKT'er fremtidigt, uanset om det er baseret på data fra RKKP eller en anden leverandør.

Patientgrundlag og patientens perspektiv

Patientgruppen i AKDB er ikke stor, og mange afdelinger har kun få patientforløb i databasen månedligt. Det har vanskeliggjort løbende vurdering af data, da mængderne er små. Det kan give problemer med at passere en diskretionsgrænse og med tilfældige udsving. Forbedringsforløb kan være udfordrende med en målgruppe, hvor kernevolumen er lille, selv om det er forventningen, at indsatserne også indebærer fordele for de patienter, der ikke opereres. Ved udvælgelse af LKT-område er det et væsentligt parameter, at patientgruppen fordelt på det konkrete team kan blive for lille.

Patientforløbet har et tværsektorielt aspekt, da der er tale om en skrøbelig patientgruppe, ofte ældre, som får hjemmepleje/bor på plejehjem efter udskrivelse. Det har været efterspurgt undervejs, at LKT'et var tænkt tværsektorielt. Der må dog tages in mente, at en i forvejen lille målgruppe ville være meget begrænset, hvis den fordeles ud på kommuner, og der ville kunne gå en del tid imellem at den enkelte kommune kunne afprøve en indsats. Der kan dermed opstå et modsætningsforhold mellem behovet for styrkelse af de tværsektorielle forløb og de praktiske vilkår for afvikling af databaserede LKT'er.

Afslutningsvis kan det konstateres, at siden LKT'et blev defineret i 2019-20 har sundhedsvæsnet opbygget yderligere erfaringer om, hvordan patientinddragelse på organisatorisk niveau kan stille nye typer af spørgsmål og bringe andre kvalitetsperspektiver frem. Den patientoplevede kvalitet bør være en integreret del af det videre udviklingsarbejde, hvad enten det er dataunderstøttet kvantitativt, kvalitativt eller på anden vis.

Bilag 1: Deltagende hospitaler/sygehuse

LKT-sygehuse

- Bornholms Hospital
- Esbjerg og Grindsted Sygehuse
- Holbæk Sygehus
- Odense Universitetshospital Svendborg Sygehus
- Regionshospitalet Gødstrup
- Regionshospitalet Nordjylland
- Regionshospitalet Randers
- Rigshospitalet (har skiftet status fra sparringshospital midtvejs i forløbet)
- Sygehus Lillebælt
- Sygehus Sønderjylland
- Aalborg Universitetshospital
- Aarhus Universitetshospital

Tovholdersygehuse

- Hvidovre Hospital
- Nordsjællands Hospital
- Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehuse
- Sjællands Universitetshospital

Sparringssygehuse

- Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Herlev Hospital
- Regionshospitalet Horsens
- Regionshospitalet Viborg

Bilag 2: Projektets målsætninger/indikatorer

Resultatindikatorer

Mål 1: 30 dages mortalitet skal være mindre end 15 %.

Baselinemedian: 15,6%

Projektmedian: 13,0%

Mål 2: 90 dages mortalitet skal være mindre end 20%

Baselinemedian: 21,2%

Projektmedian: 18,5%

Procesindikatorer

1) Andelen af patienter, der er sat i antibiotisk behandling indenfor 1 time efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).

Baselinemedian: 2,3%

Projektmedian: 8,7%

2) Andelen af patienter, der får målt serumlaktat indenfor 60 minutter efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$). Der har ingen nationale data været for dette i projektperioden.

3) Andel af patienter der har fået lavet CT scanning indenfor 2 timer efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).

Baselinemedian: 38,8%

Projektmedian: 45,5%

4) Andelen af patienter, der får præoperativ optimering eller som går direkte til operation, svarende til indenfor fire timer efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).

Baselinemedian: 4,5%

Projektmedian: 5,3%

5) Andelen af patienter, der opereres indenfor seks timer efter ankomst til sygehus for patienter, der er opereret indenfor 24 timer efter ankomst til sygehus (målsætning $\geq 90\%$).

Baselinemedian: 22,2%

Projektmedian: 23,2%

6) Andelen af patienter med høj mortalitetsrisiko, som indlægges på intermediært afsnit i (mindst) 24 timer (målsætning $\geq 90\%$).

Baselinemedian: 21,8%

Projektmedian: 18,7%

7) Andel af patienter der mobiliseres indenfor 24 timer efter operation (målsætning $\geq 90\%$) – frivillig

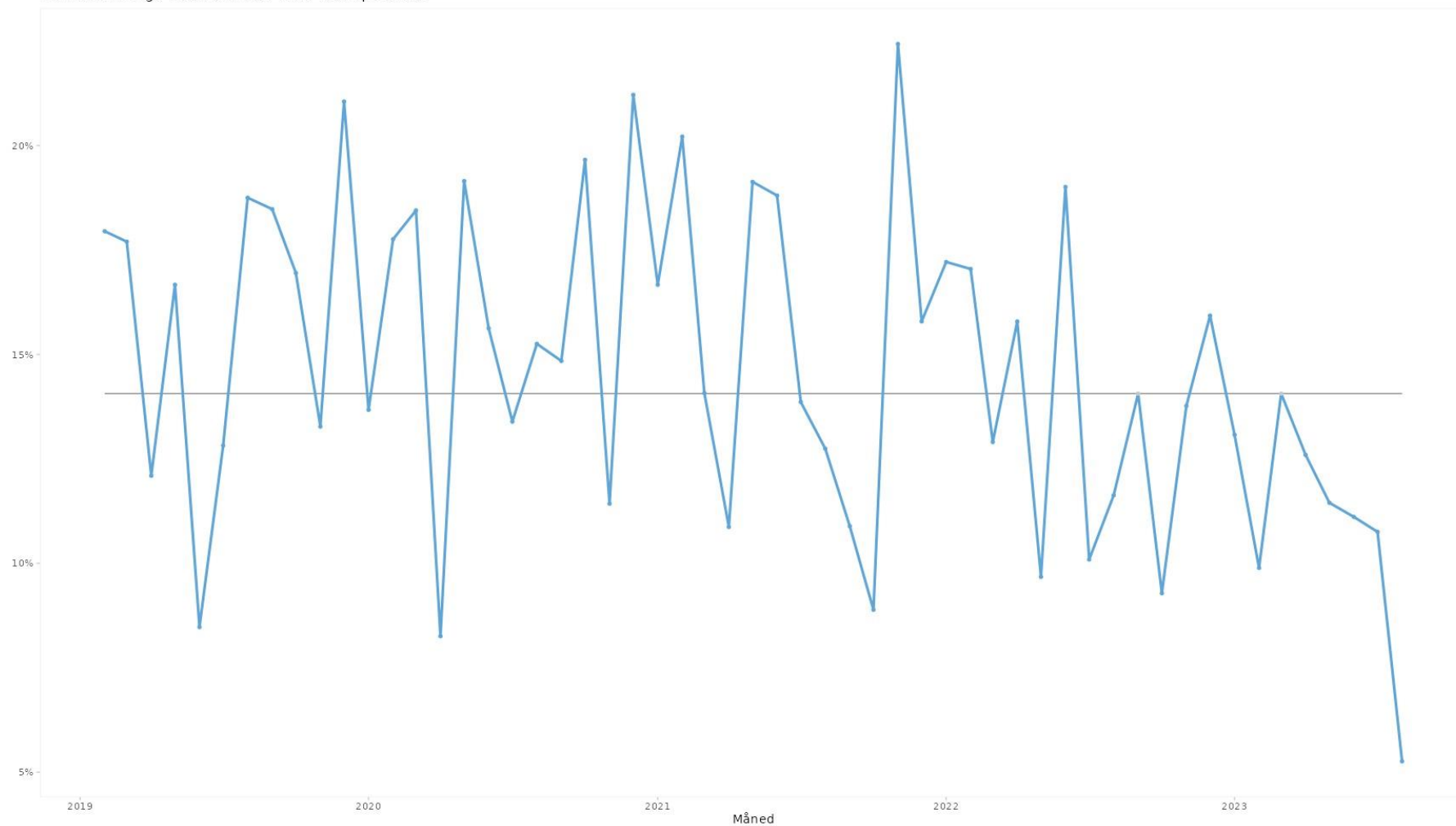
Baselinemedian: 0%

Projektmedian: 24,8%

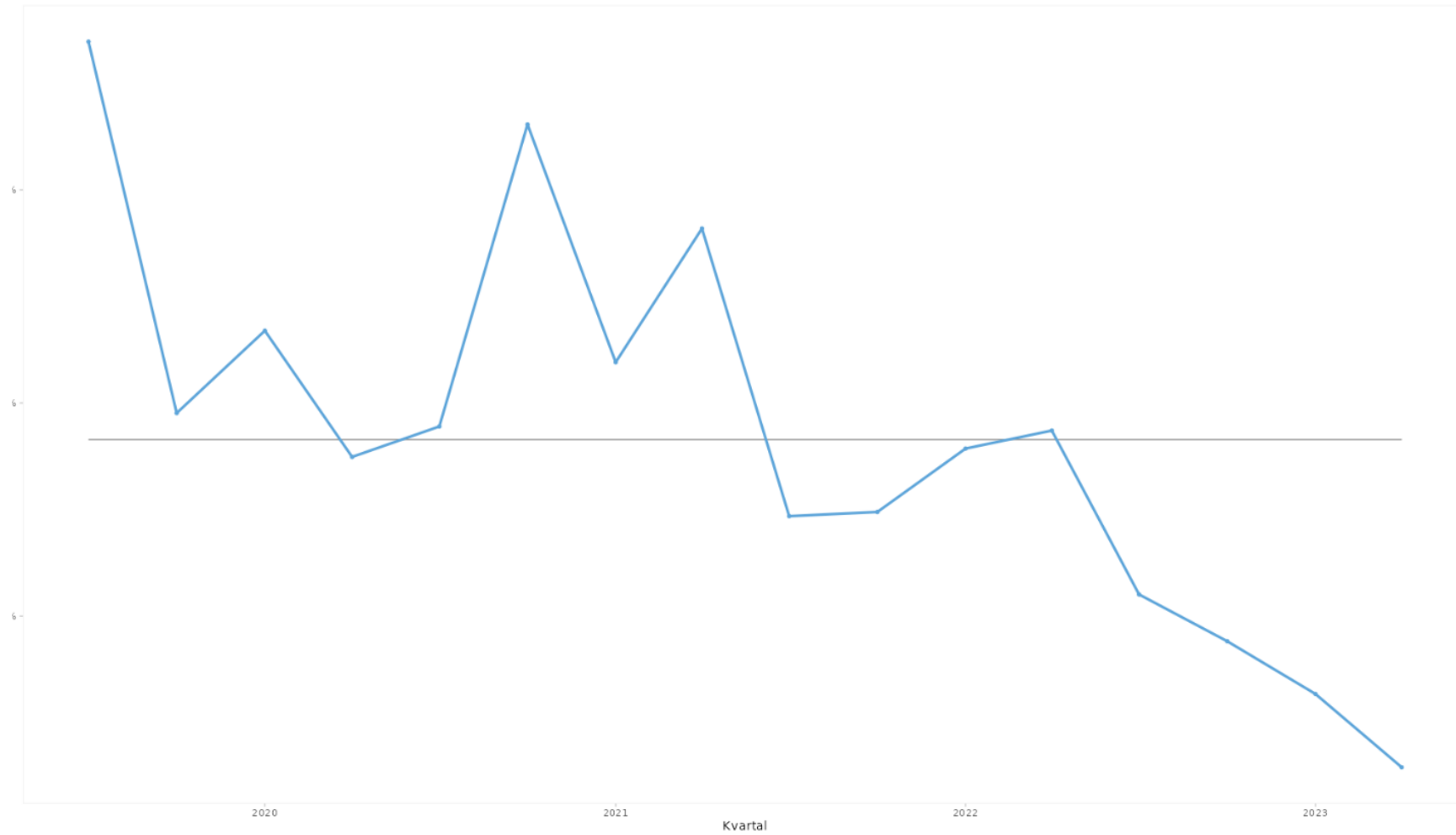
8) Andel af patienter, hvor der i journalen er dokumenteret stillingtagen til ernæringsbehov senest 24 timer efter operation (ingen målsætning fastsat) – ingen valide data til rådighed

Bilag 3: Udvikling i indikatorer på nationalt niveau

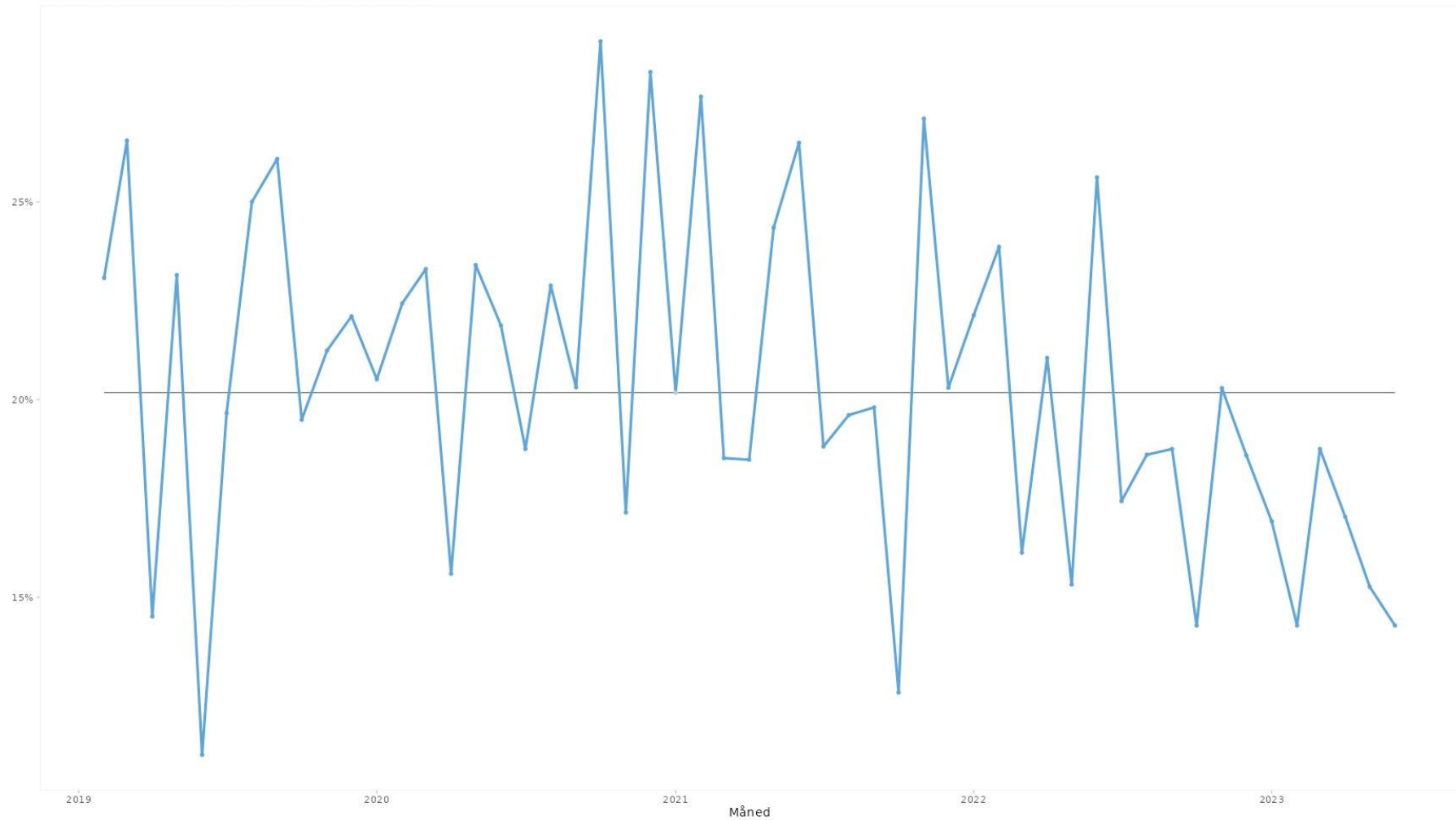
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Mors 30d opererede



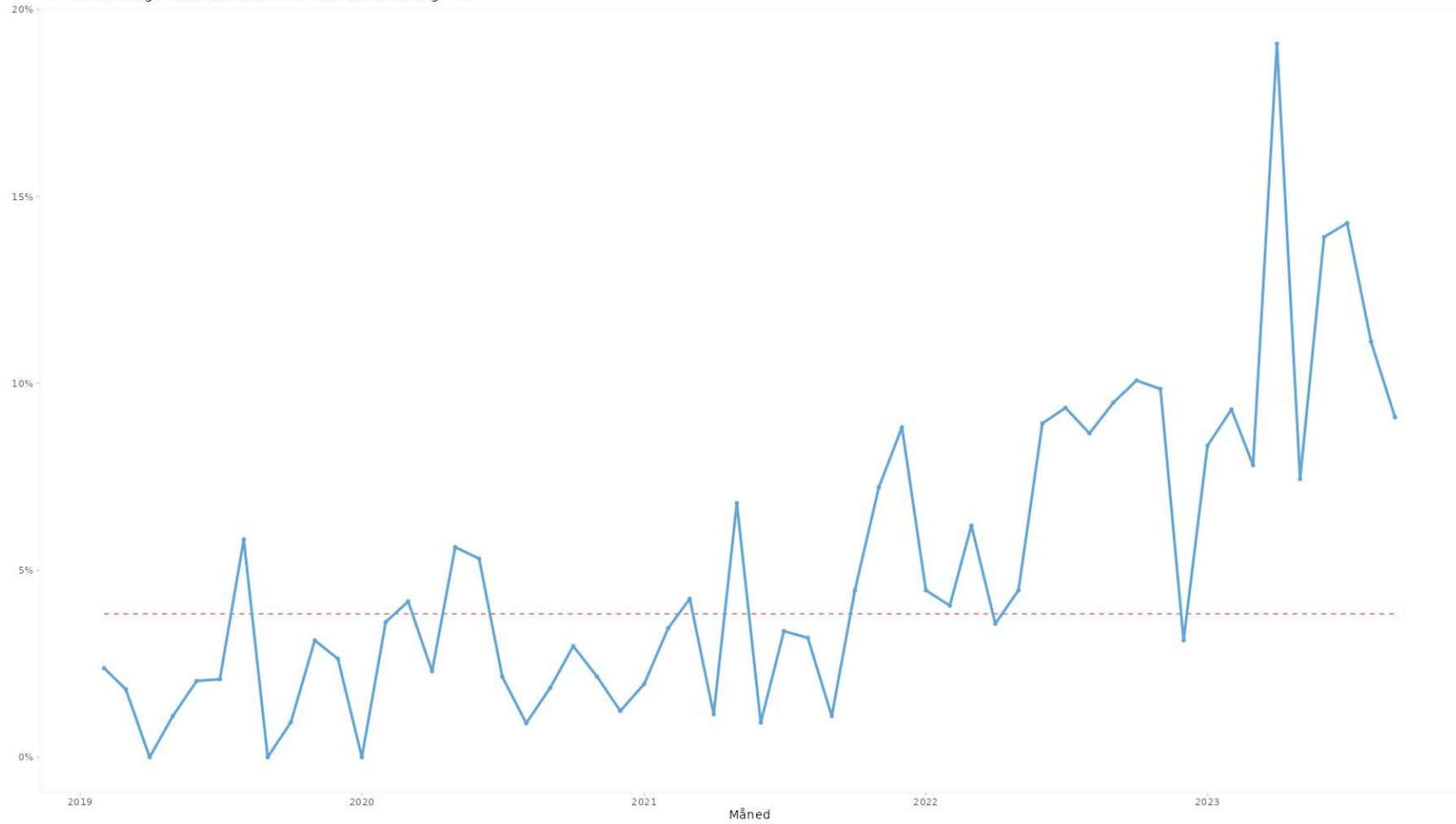
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Mors 90d opererede*



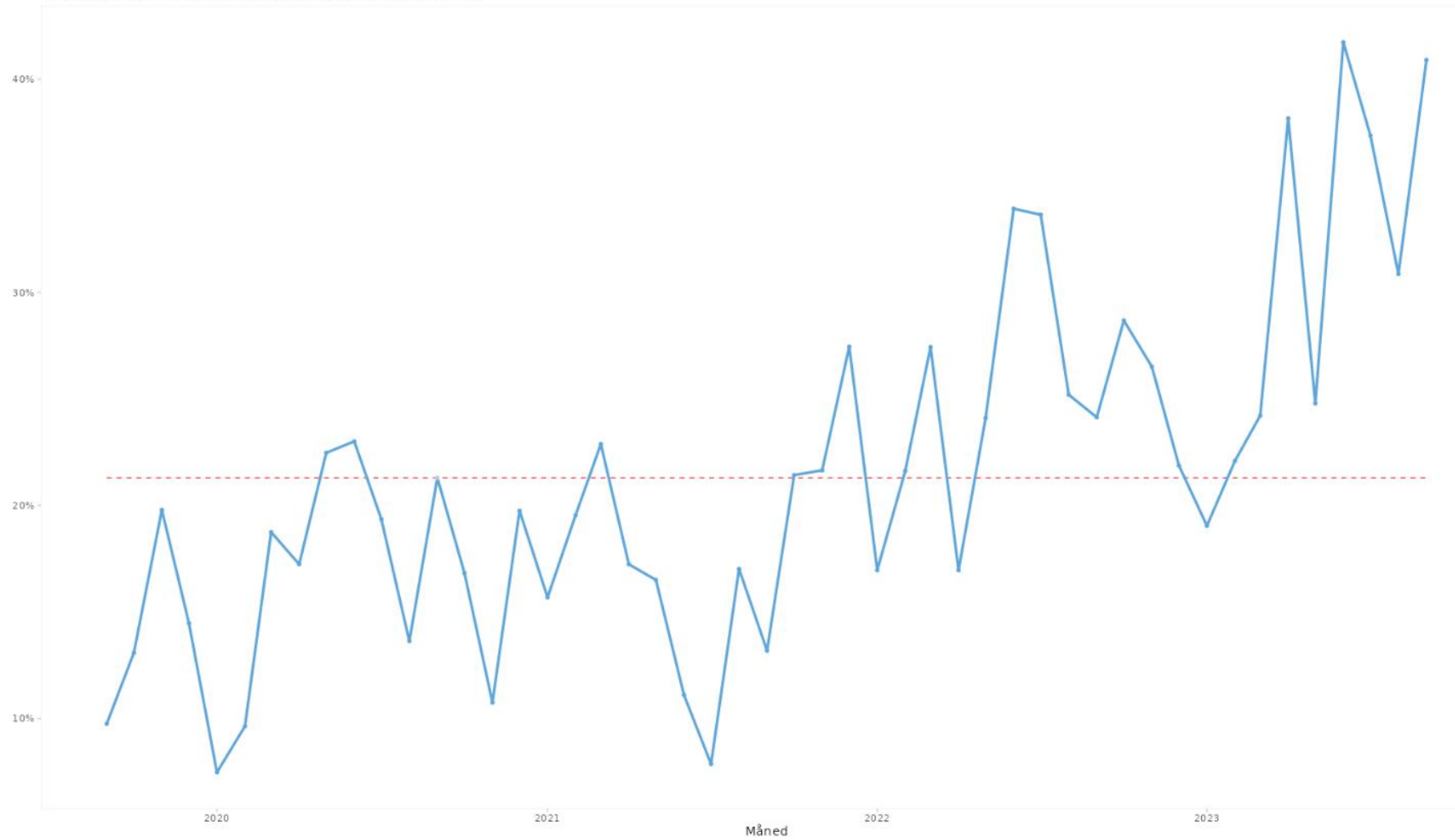
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Mors 90d opererede*



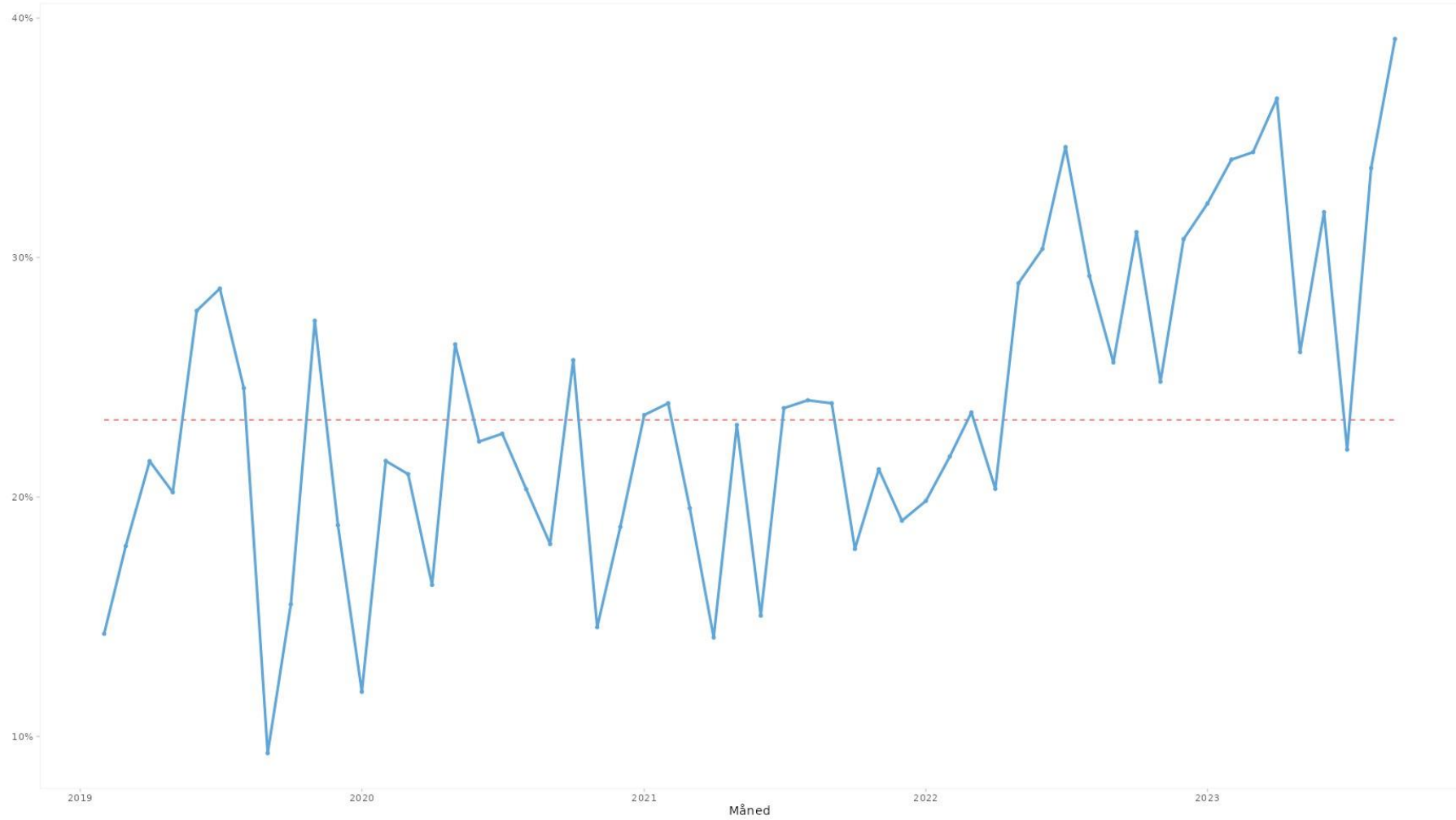
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Antibiotikabehandling <1t*



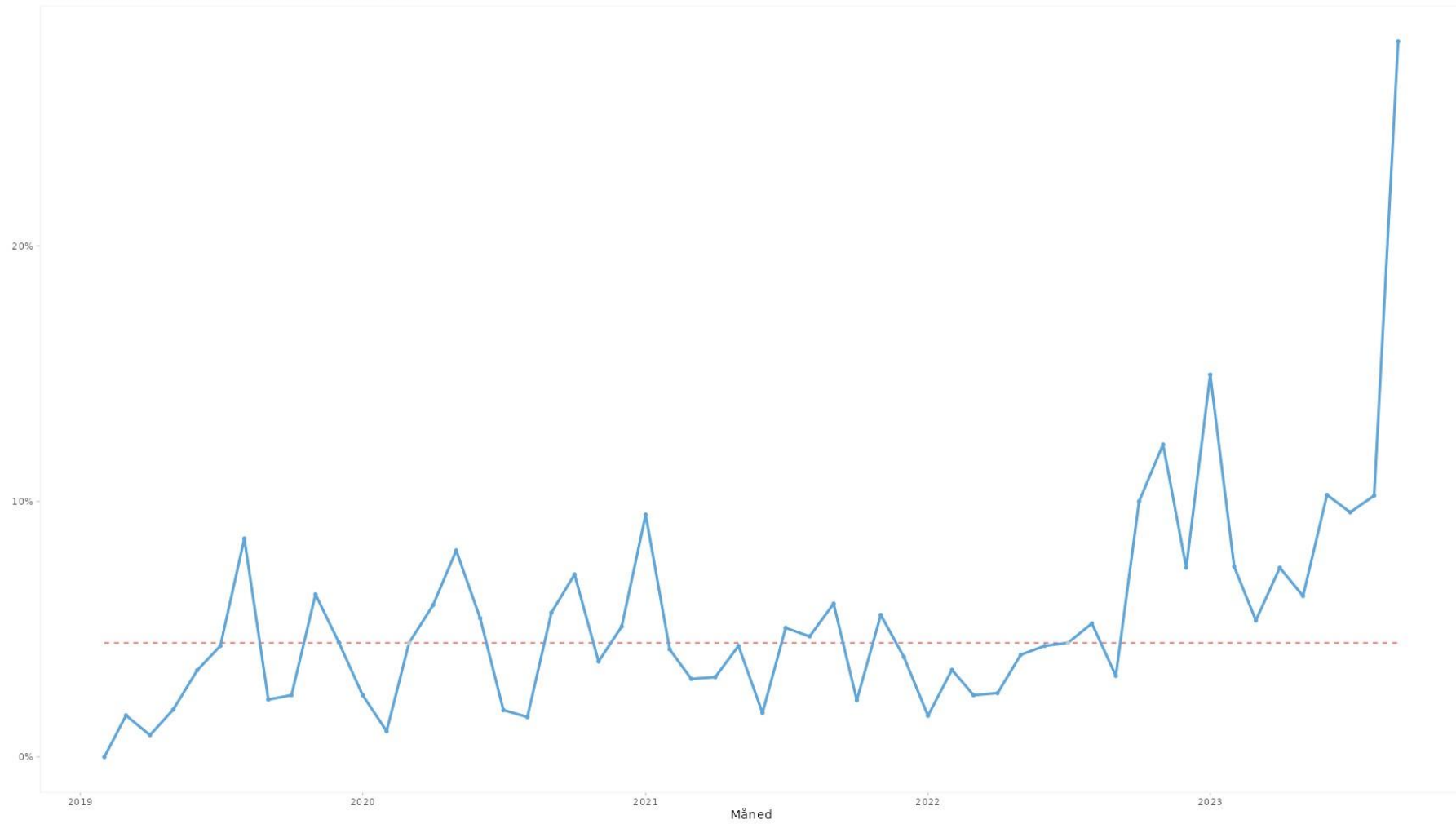
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Antibiotikabehandling <3t*



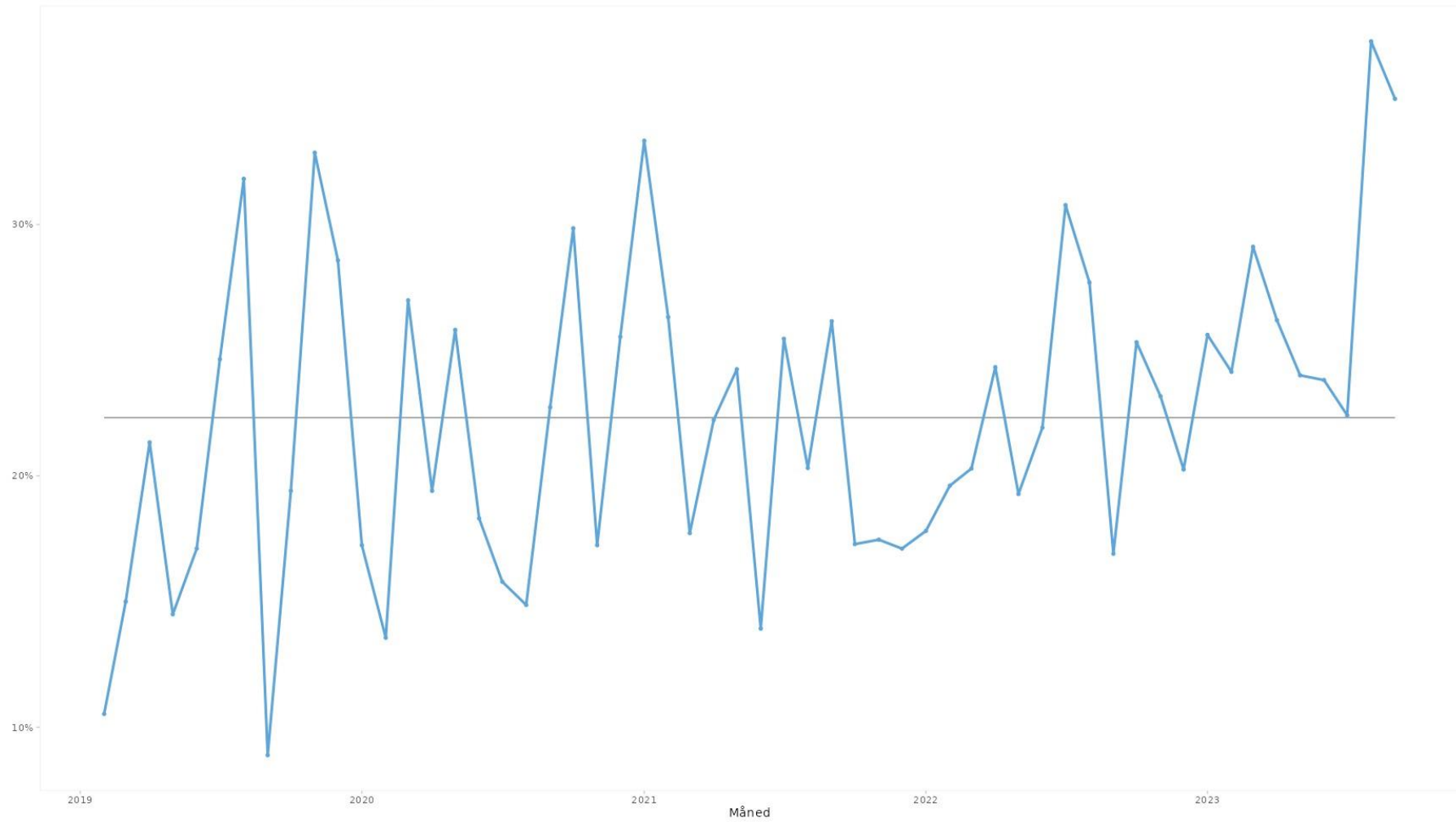
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, CT-skanning < 2 timer*



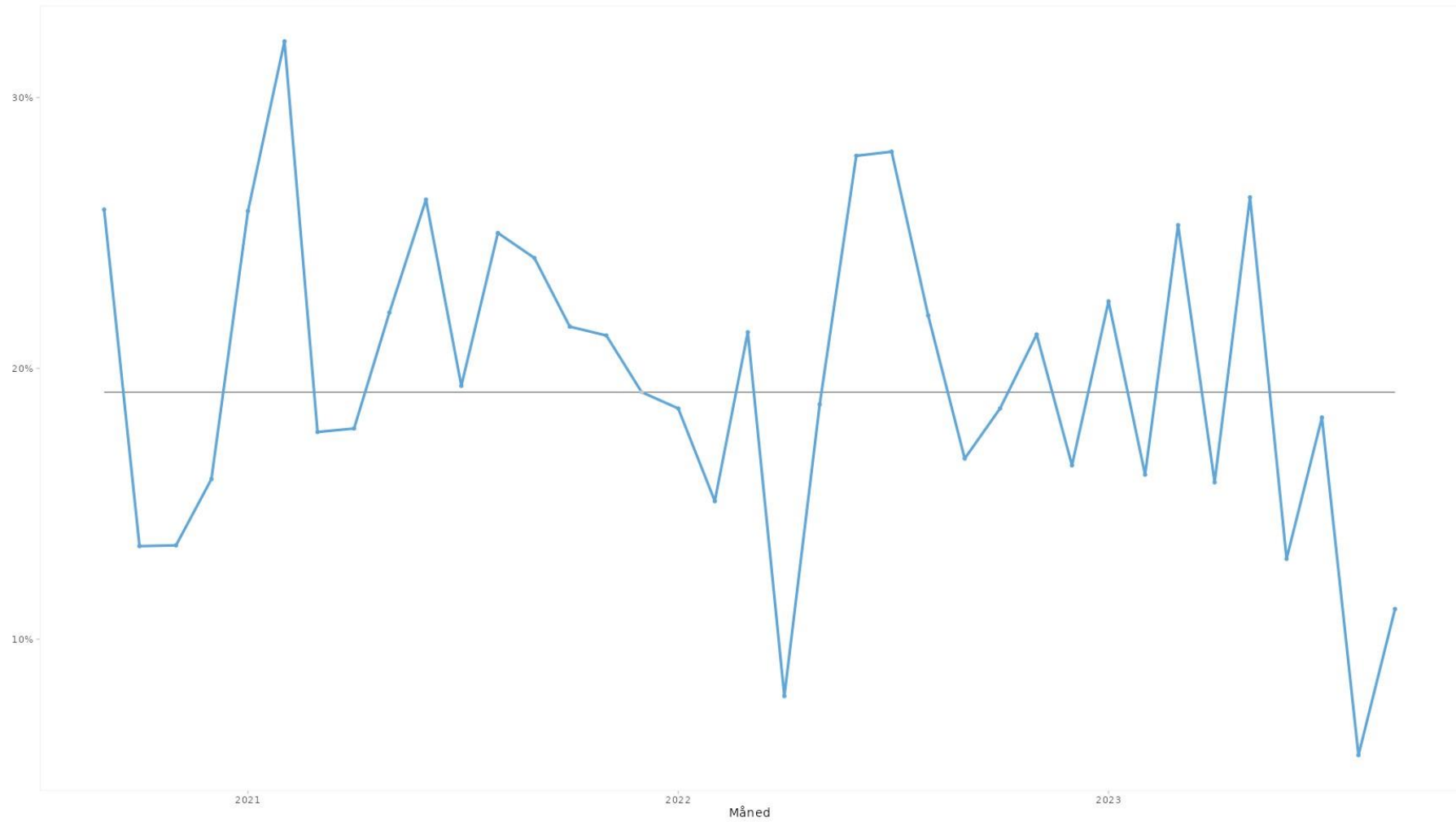
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Præopr optimering*



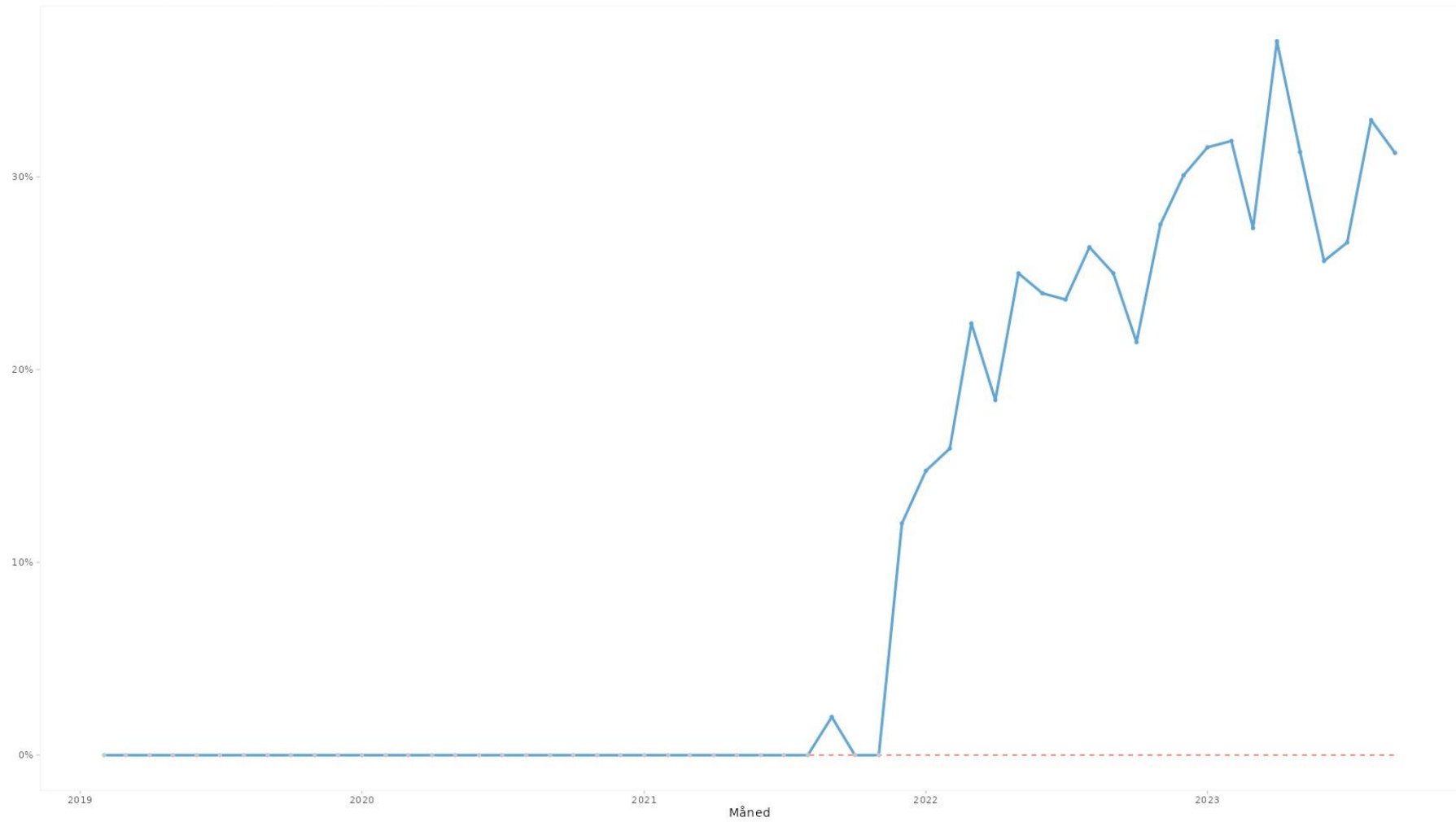
LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Ventetid til operation



LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Intermediær indlæggelse*



LKT Akut Kirurgi, Danmark LKT, Tidlig mobilisering



Bilag 4: Udvikling i indikatorer – fordelt på regioner

Data for LKT-sygehuse kan findes på:

https://regionh.shinyapps.io/lkt_akdb/

Data for hele landet kan findes på:

<https://regionh.shinyapps.io/akdb/>

Data ajourføres månedsvist af Region Hovedstaden med udgangspunkt i leverance fra RKKP.