

Accelererede operationsforløb

Hvem
Hvad
Hvor



Enhed for Perioperativ Sygepleje

Indhold

Forord	3
Hvem står bag udviklingen af accelererede operationforløb	4
Hvad er baggrunden for accelererede operationsforløb	6
Hvor mange forløb er beskrevet	8
Hvorfor standardisering	10
Hvordan opbygges de accelererede operationsforløb	12
Samspil mellem forskning, teori og praksis i sygeplejen	14
Hvornår begynder implementeringen	16
Hvilke resultater er opnået	18

Forord

Enhed for Perioperativ Sygepleje (EPS) startede i 2004 et landsdækkende udviklings- / innovationsprojekt med det formål, at fremme processen med implementering af accelererede operationsforløb.

Begrebet *accelererede operationsforløb* blev udviklet i midten af 1900'erne i forbindelse med optimering af det kirurgiske behandlingsforløb. Professor *Henrik Kehlet* introducerede begrebet i Danmark og har siden stået for systematisk forskning med det formål, at skabe ny viden og evidens der kan kvalificere anbefalingerne i de kliniske vejledninger.

Denne pjece beskriver baggrunden og udviklingen af enhedens arbejde med at omskrive forskning til praksis. Arbejdsmetoder som har en tværfaglig tilgang og involvere både læger, sygeplejersker, fysioterapeuter eller andre faggrupper hvor det er relevant.

Pjecen er udarbejdet af Enhed for Perioperativ Sygepleje og kan anvendes af både studerende, klinisk personale, ledere, forskere og andre med interesse for optimering af patientforløb.

Kirsten Rud, projektleder

Enhed for Perioperativ Sygepleje



Hvem står bag udviklingen af accelererede operationforløb

- Enhed for perioperativ Sygepleje
- Netværk

Enheden er finansieret af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og har til opgave at udvikle et kvalitetsnetværk på sygehusområdet til udbredelse af bedste praksis. Samt varetage rollen som netværkskoordinator gennem udvikling af kliniske vejledninger, der har baggrund i evidensbaserede erfaringer. Enheden har en fast stab af to sygeplejersker.

Professor *Henrik Kehlet*, Rigshospitalet og seniorforsker *Ingrid Egerod*, Universitetshospitalernes Center for Sygepleje og omsorgsforskning (UCSF) indgår i samarbejdet som styregruppe og er med til at lægge strategien for enhedens arbejde.

Enheden har et tæt samarbejde med kliniske specialekyndige: læger, sygeplejersker, fysio- og ergoterapeuter i forbindelse med udvikling af accelererede operationsforløb med tilhørende kliniske vejledninger. I forbindelse med undervisnings- og implementeringsprojekter er implementeringsagenter Agent-007, innovative samarbejdspartnere på tværs af landet.

Samarbejdet med sygeplejerskerne tager afsæt i samspillet mellem forskning, teori og praksis, hvor evidens, omsorg og sikkerhed er omdrejningspunktet for sygeplejen. Sygeplejestuderende, Stud Agent 009, har dannet et netværk af studerende på tværs af landet.

Universitetsstuderende indgår i samarbejdet med Enheden i analyse af problemstillinger i specifikke patientforløb, patientperspektivet og implementering.



Stud Agent 009, netværk af studerende på tværs af landet

Styregruppen



Henrik Kehlet



Kirsten Rud



Ingrid Egerod



Dorthe Hjort Jakobsen



Hvad er baggrunden for accelererede operationsforløb

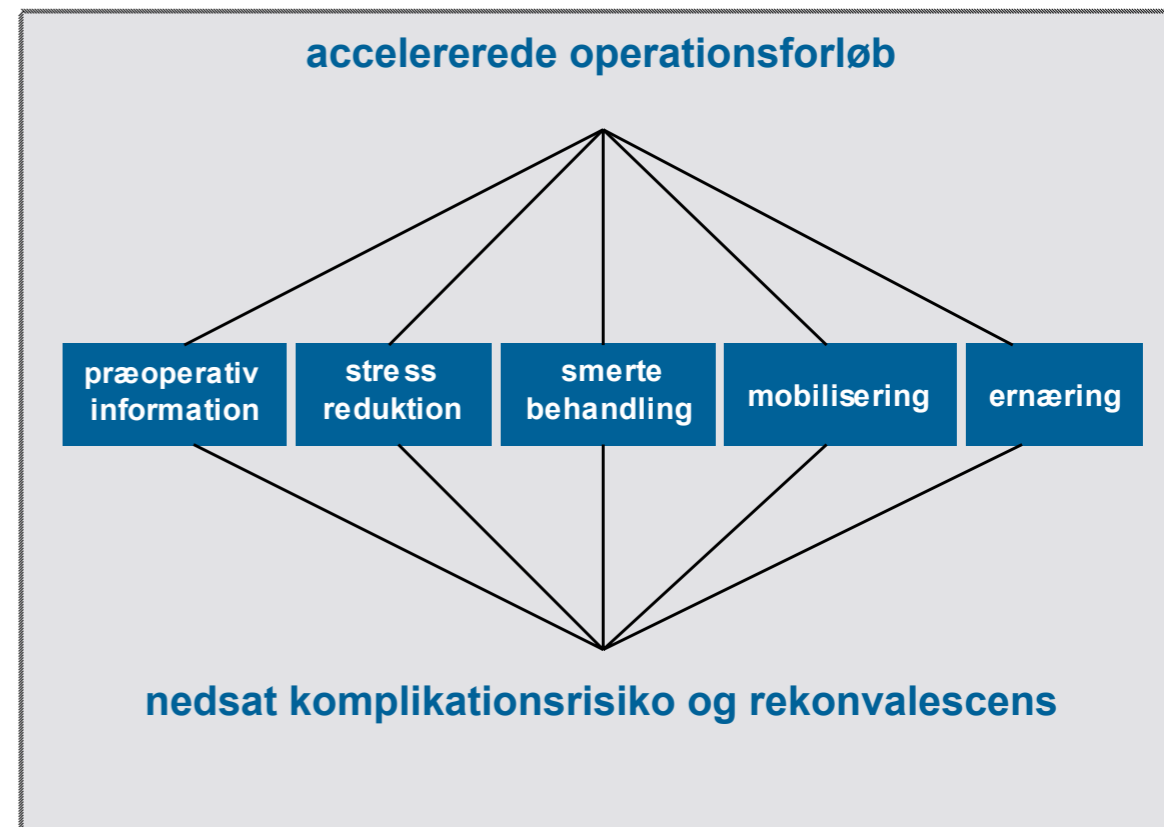
- Evidens af kerneområder
- Faglig "pakke" af kliniske vejledninger

På trods af betydelige fremskridt indenfor anæstesi og kirurgi, er en operation stadig forbundet med risiko for komplikationer, smerter, træthed, lang indlæggelse og rekonvalescens.

Det accelererede operationsforløb tager udgangspunkt i patientens reaktion på den kirurgisk stressrespons, hvor anæstesi og smertebehandlingen sammen med tidlig mobilisering postoperativt er centrale elementer der indgår i alle operationsforløb. At patienten smertebehandles procedurespecifikt efter den bedste evidens er afgørende for, om patienten kan mobiliseres hurtigt efter operationen. Tidlig mobilisering og proteinrig kost er med til at mindske postoperative komplikationer som f.eks. lunge og hjertekomplikationer (Kehlet 2008).

Patienten opfattes som aktiv medspiller, der påvirkes og påvirker sine omgivelser som det beskrives i den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (Iversen 2008). Afstemning af gensidige forventninger og viden om forløbet forud for operationen, er en forudsætning for, at patienten kan være aktiv i forbindelse med operationen.

Det accelererede operationforløb understøttes af en faglig pakke af procedure-specifikke kliniske vejledninger, der giver baggrunden og anbefalinger for kerneområderne til den enkelte operation. Forudsætningen for at få den gevinst, der ligger indlejret i det accelererede operationsforløb, er at alle kerneområderne indgår i implementeringen af det accelererede operationsforløb (Egerod 2006).



Kerneområder der indgår i det accelererede operationsforløb, Kehlet 2008

Referencer

Kehlet H, Wilmore D. (2008) Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. Ann Surg;248:189-198.

Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P. Medicinsk sociologi – samfund, sundhed og sygdom. Munksgaard Danmark, 1. udgave, 6 oplag, 2008. 1. Kap s.39.

Egerod I, Rud K, Jensen PS. En pakkedesign til patienten. Sygeplejersken 2006;17:42-48.



Hvor mange forløb er beskrevet

- Procedurespecifikke accelererede operationsforløb

Hoftebrud

Knæ - og hofte alloplastik

Amputationer

Tarmkræft

Pankreas (bugspytkirtlen)

Galdesten

Brok

Hysterektomi (livmoder)

Ovariekræft (æggestokkræft)

Nefrektomi (nyre)

Cystektomi (blære)

Prostatakræft

Brystkræft

Lungekræft

Karkirurgi (aorta)

De accelererede operationsforløb er beskrevet procedurespecifikt ud fra den bedste evidens og tværfaglige kliniske ekspertise. Alle operationsforløbene er udviklet i samarbejde med kliniske specialister og er understøttet af kliniske vejledninger inden for udvalgte kerneområder.

De accelererede operationsforløb ligger til fri afbenyttelse på hjemmesiden og enheden er ansvarlig for at opdatere forløbene hvert 2 år.

www.periopsygepleje.dk

Nøgleanbefalingerne indenfor hvert operationsforløb er oversat til engelsk og er tilgængelige på hjemmesiden: www.periopnursing.dk

www.periopsygepleje.dk/operationsforløb/



Hvorfor standardisering

- Udvalgte kerneområder
- Kvalitetsudvikling

Kerneområderne udvælges på baggrund af audit sammenholdt med specialekompetente sygeplejerskers erfaring fra det kliniske arbejde. Kerneområderne anvendes som grundlag for søgeord i litteratursøgningen.

Formålet med at beskrive udvalgte kerneområder i det accelererede operationsforløb er at sikre, at patienten får den optimale behandling og samtidig tilstræbes det, at patienterne oplever sammenhæng i forventningerne og resultatet efter operation. De kliniske vejledninger skal være vejledende i daglig klinisk praksis, idet der skal være plads til velbegrundede individuelle afvigelser.

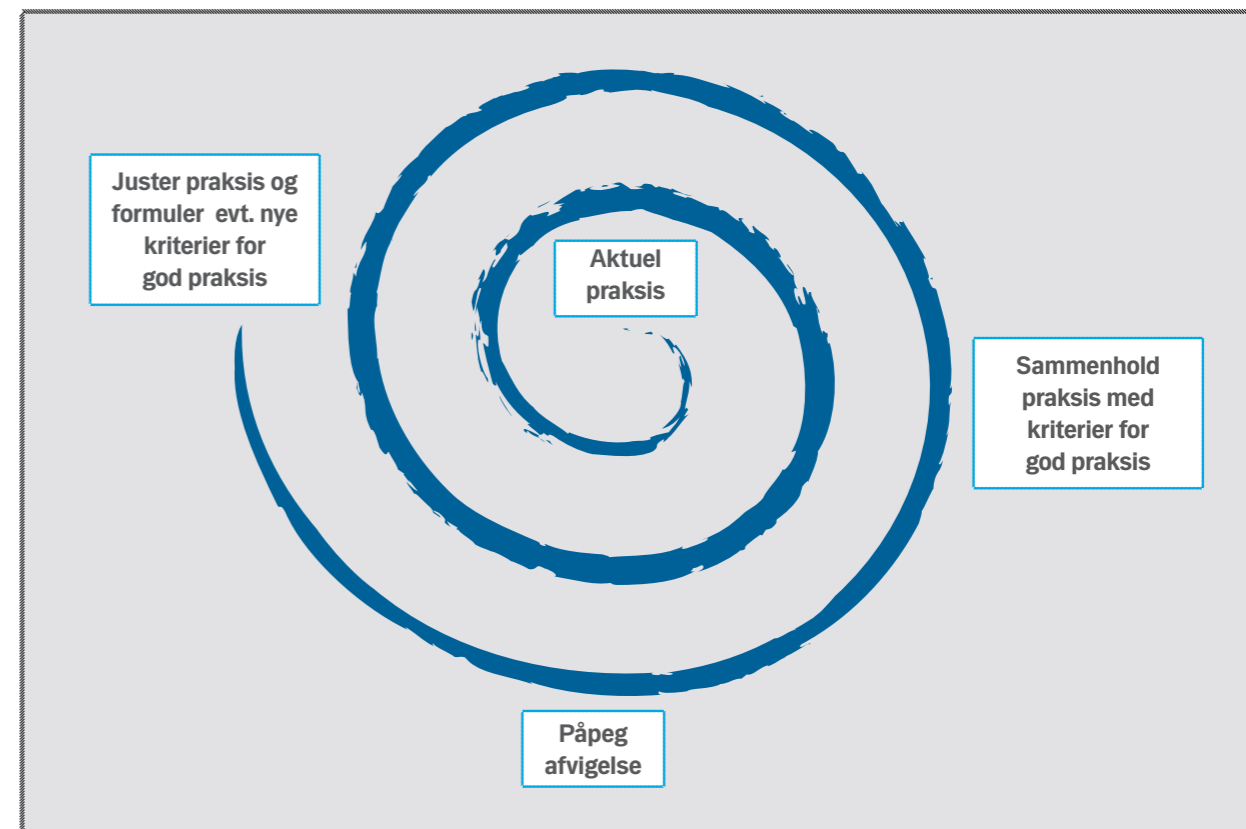
Standardiseringen sikrer en mulighed for kvalitetsudvikling, da forbedring af operationsforløb forudsætter, at man kender den givne kvalitet og baggrunden herfor. Ofte ses det, at der ikke er forskning, der kan understøtte anbefalingerne i de kliniske vejledninger, derfor er det væsentligt med et tværfagligt forum, hvor specialister kan tilkendegive og diskutere den bedste praksis.

Enheden afholder procedurespecifikke workshops som et led i kvalitetsudviklingen, hvor kvalitetscirklen bliver omdrejningspunkt for kvalitetsforbedringen.

Metoder anvendt i kvalitetsudviklingen er audit, fokusgruppeinterview og spørgeskemaundersøgelser (Kjærgaard 2006).

Referencer

Kjærgaard J, Mainz J, Jørgensen T, Williang I. Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Munksgaard Danmark. København 1. udgave, 3 oplag 2006.



Kvalitetsudvikling som dynamisk proces



Hvordan opbygges de accelererede operationsforløb

- Procedurespecifikke workshops
- Omsætte forskning til praksis
- Medinddragelse af den individuelle patient
- Samspil mellem forskning, teori og praksis i sygeplejen

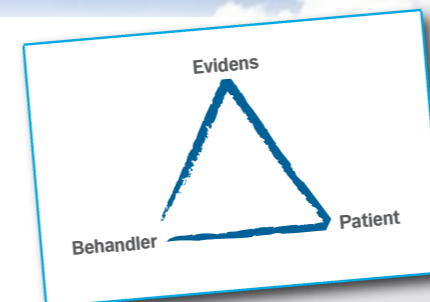
De accelererede operationsforløb med understøttende kliniske vejledninger opbygges ud fra den procedurespecifikke evidens. Hvor forskningen ikke eksisterer anvendes erfaringsbaserede konsensusbeslutninger ud fra den bedste tværfaglige kliniske praksis.

På tværs af fag og regioner inviteres specialister fra de relevante specialer til workshops, hvor den procedurespecifikke evidens og kliniske erfaring sammenholdes og diskuteres. Efterfølgende omskrives forskningsresultaterne og konsensusbeslutningerne i vejledende anbefalinger for den kliniske praksis.

De vejledende anbefalinger giver svar på kliniske spørgsmål for procedurespecifikke grupper, og skal af den enkelte behandler omsættes til pleje og behandling for den individuelle patient. Inddragelse af patienten som en aktiv medspiller bygger på tillid og relationen mellem behandleren og patienten. Dette kræver, at den enkelte behandler har viden om den tilgrundliggende evidens og anbefalinger for at kunne agere som professionel og omsorgsfuld behandler.

Referencer

Evidensbaserede procedurespecifikke patientforløb: www.periopsygepleje.dk



*Ekstern evidens, kompetancer og patientgrupper / individ, Rud 2010
(Med udgangspunkt i evidensstekanten beskrevet af Sackett DL, 1996)*



Samspil mellem forskning, teori og praksis i sygeplejen

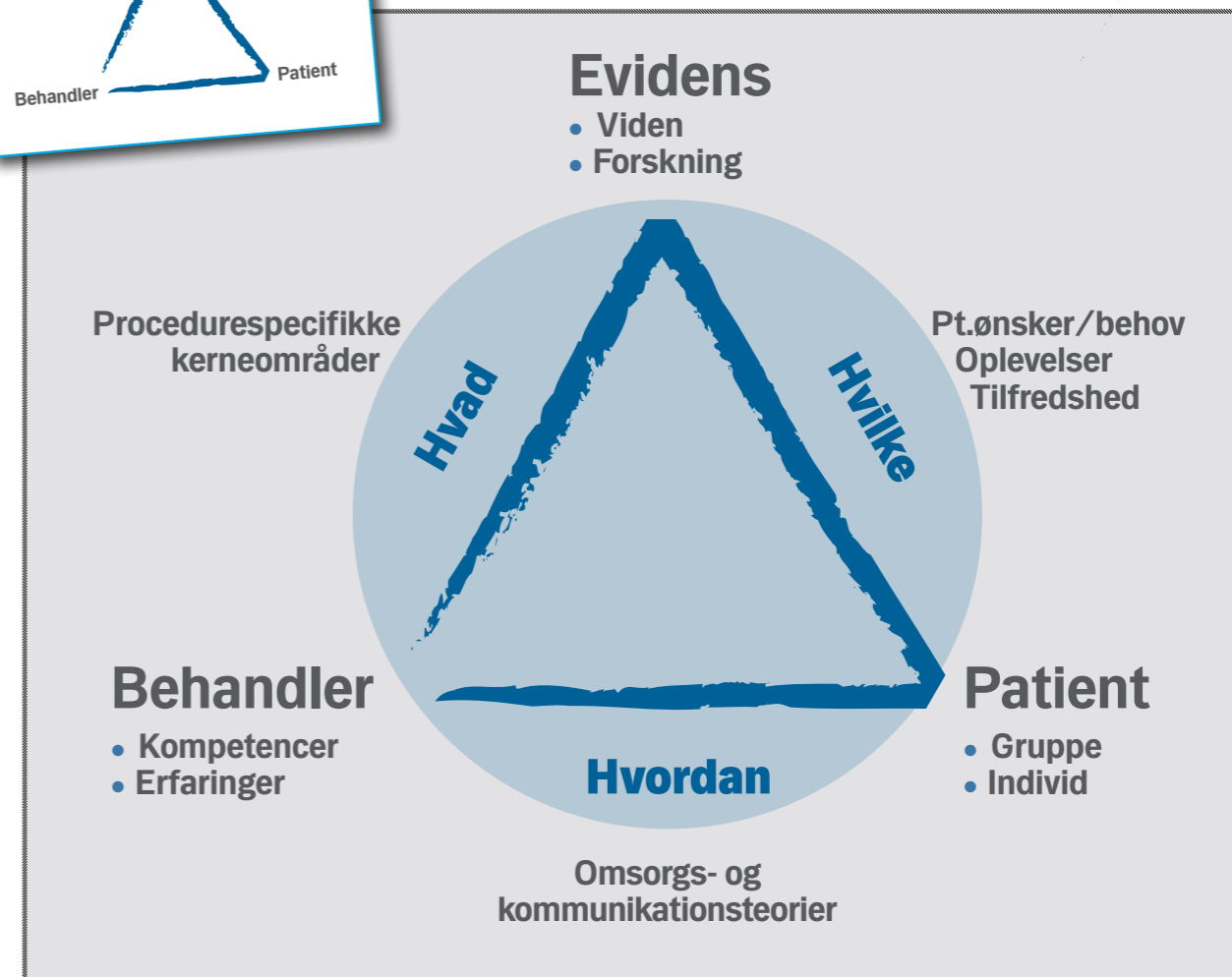
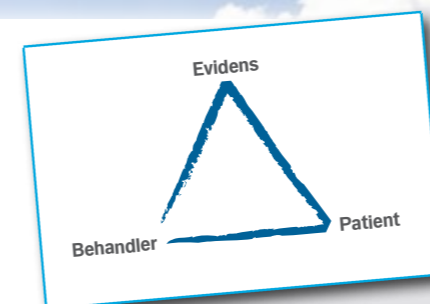
De kerneområder som sygeplejen tager udgangspunkt i er defineret af Sundhedsstyrelsen i 2005 som sygeplejefaglige problemområder og er i overensstemmelse med ICN, Sygeplejens grundlæggende principper, Henderson 1955. Sygeplejen beskrives som et praksisfag og har gennem de senere år udviklet sig i retning af et selvstændig profession, hvor forskning og kvalitetsundersøgelser er en naturlig del af sygeplejefaget.

Udøvelsen af sygeplejen ligger hos den enkelte sygeplejerske og er afhængig af dennes viden, kompetencer og erfaring. I relation til samarbejde med den enkelte patient kan sygeplejersken anvende forskellige teoretiske referencerammer afhængig af hvilket fokus, hun vælger at belyse. Som eksempel kan nævnes; *Kari Martinsen* der har fokus på *relationen*, *Kati Eriksons* hvis fokus er *lidelsen*, *Solveig Fagermoen* har et *pædagogisk* fokus og *Dorthea Orem* der har *egenomsorg* som omdrejningspunkt (Kirkevold 1996). Udover de nævnte omsorgsteorier kan kommunikationsteorier anvendes til belysning af *hvordan* samarbejdet med patienten udøves.

Resultaterne af sygeplejen har tidligere kun været sparsomt beskrevet. Forskning i relation til patientens outcome er imidlertid ved at være tilgængelig i artikler, rapporter og afhandlinger på phd. niveau. De metoder, der anvendes, har rod i både den kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Denne viden bør indgå i anbefalinger for klinisk praksis for sygeplejen.

Referencer

Kirkevold M. Sygeplejeteorier – analyse og evaluering. Munksgaards Forlag 1. udgave, 4 oplag 1996.



Kerneområder, udøvelse og patientresultater, Rud 2010



Hvornår begynder implementeringen

- Ledelsens rolle
- Tværfagligt samarbejde
- Implementeringsprocessen

Implementeringen af accelererede operationsforløb begynder, når ledelsen beslutter, at de faglige kerneydelser skal bygge på evidens og tværfaglige ekspert konsensusbeslutninger. Udgangspunktet er et godt tværfagligt samarbejde, der er understøttet af skriftlige kliniske vejledninger. Det er hensigten, at de lokale afdelinger tager udgangspunkt i de landsdækkende anbefalinger for accelererede operationsforløb, der er udarbejdet på tværs af fag og omsætter dem til lokale vejledende anbefalinger (Kehlet 2010).

Erfaringen har vist, at implementeringsprocessen tager ca. 1 år. Fra første kvalitetsmåling til planlægningsfasen for nye tiltag, undervisning af alt personalet i den evidens, der ligger til grund for anbefalingerne, udarbejdelse af skriftligt patient information og til den første opfølgende kvalitetsevaluering (Hjort Jakobsen 2008).

I forbindelse med implementeringsprocessen er ledelsens rolle afgørende og en faglig tovholder er vigtig til at styre processen. Implementeringen skal bygge på et bredt tværfagligt fundament og skriftlige mål for pleje og behandling (Tourangeau 2006).

Referencer

Kehlet H, Wilmore D W. Surgical care – how can new evidence be applied to clinical practice. Colorectal Dis, 2010;12:2-4.

Hjort Jakobsen D, Schmidt Haas L. Bedre patientforløb efter operation for aortaaneurisme. Sygeplejersken 2008;9:64-69.

Tourangeau AE, Cranley LA, Jeffs L. Impact of nursing on hospital patient mortality: a focused review and related policy implications. Qual Saf Health Care 2006;15:4-8.



Kerneområder i implementeringsprocessen



Hvilke resultater er opnået

- Sundhedsfaglig kvalitet
- Organisatorisk kvalitet
- Patientoplevet kvalitet

Genstandsområdet for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet omfatter sundhedsfaglig, organisatorisk (herunder økonomisk) og patientoplevet kvalitet. I relation til de accelererede operationsforløb søges resultater indenfor alle områder. Nedenstående artikler er resultater, der er opnået i samarbejde med Enhed for Perioperativ Sygepleje .

Accelererede operationsforløb med understøttende kliniske vejledninger har vist sig at føre til hurtigere restitueret af operationspatienten ved at reducere medicinske komplikationer og fremme mavetarmfunktionen, samt sikre optimal smertebehandling, tidlig mobilisering og indtag af proteinrig oral ernæring, hvilket medfører at patienten har behov for kortere indlæggelsestid på hospital.

Litteratur

Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Kort vs. lang hospitalisering efter hofte- og knæalloplastik. II: organisatoriske og faglige forskelle. Ugeskr Læger 2006;168:2144-2148.

Egerod I, Rud K, Jensen PS. En pakkeløsning til patienten. Accelererede operationsforløb og kliniske vejledninger. Sygeplejersken 2006;17: 42-48.

Rud K, Hjort Jakobsen D, Egerod I, Kehlet H. Implementering af kliniske vejledninger ved nefrektomi. Sygeplejersken 2007;12:54-57.

Rud K, Hjort Jakobsen D, Egerod I, Kehlet H. Forekomst af procedurespecifikke kliniske vejledninger. Ugeskr Læger, 2008; 18:1559-1563.

Hjort Jakobsen D, Andersen J. Rekonvalescens og sygemelding efter kolonresektion. Ugeskr Læger 2009; 171:2907-2910.

Hjort Jakobsen D, Høgdal C, Kehlet H. Perioperativ behandling af ovariecancer stadium III C. Ugeskr Læger 2010 (i trykken).

Rud K, Specht K, Søe Jensen P, Trangbæk A, Rønfeldt I, Kristensen B, Egerod I, Kehlet H. National journalaudit af sygepleje ved hoftebrud. Sygeplejersken, 2009 (indsendt)

Ved implementering af accelererede operationsforløb tages udgangspunkt i kerneydelserne hvilket ofte medfører organisatoriske ændringer i patientforløbet med kortere indlæggelse og flere ambulante besøg. I den ambulante opfølgning af patienten efter udskrivelse kan telefonkonsultation indgå, og sygeplejersker kan have en selvstændig rolle.

Andre organisatoriske tiltag er ændring af de fysiske rammer. Det tilstræbes at patienten har mulighed for aktivering og kunne opholde sig væk fra sengen, ligesom det tilstræbes at patienten spiser i spiseafdeling.

Patienten opfattes som aktiv medspiller, der påvirkes og påvirker sine omgivelser som det beskrives i den bio-psyko-sociale sygdomsmodel (Iversen 2008). Afstemning af gensidige forventninger og viden om forløbet forud for operationen, er en forudsætning for at patienten kan være aktiv i forbindelse med operationen. Det tilstræbes at sammenholde den sundhedsfaglige kvalitet med patientens forventninger, tilfredshed og oplevelser, for på den baggrund tilstedelighed, at forbedre kvaliteten af den sundhedsfaglige ydelse for patienterne.

Litteratur

Husted H, Holm G, Rud K, Bach-Dal C, Hansen HC, Andersen KL, Kehlet H. Indlæggelsesvarighed ved primær total hofte- og knæalloplastik i Danmark 2001- 2003. Ugeskr Læger 2006;168:276-279.

Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Indlæggelsesvarighed efter operation med hofte- og knæalloplastik i Danmark. I: volumen, morbiditet, mortalitet og ressourceforbrug.

En landsdækkende undersøgelse på ortopædkirurgiske afdelinger i Danmark. Ugeskr Læger 2006;168:2139-2143.

Rud K, Hjort Jakobsen D, Kehlet H. Kliniske vejledninger ved knæalloplastik. Sygeplejersken, 2008;15-16:42-43.

Litteratur

Husted H, Hansen HC, Holm G, Bach-Dal C, Rud K, Andersen KL, Kehlet H. Patienttilfredshed efter hofte- og knæalloplastik med kort vs. lang indlæggelse. III. Patienttilfredshed. Ugeskr Læger 2006;168:2148-2151.

Lindstrøm DV, Mortensen CW, Rud K, Egerod I. Patientens oplevelse af henholdsvis konventionelle og accelererede kolorektale behandlingsforløb. Klinisk Sygepleje, 2009;4:56-68.

Rud K, Stuhaug H. Medinddragelse i egen rehabilitering. Sygeplejersken, 2010 (i trykken).



Enhed for Perioperativ Sygepleje / Implementeringsagenter

www.periopsygepleje.dk