

# SLUTRAPPORT

## SÄKER BUKKIRURGI

Ett projekt i samverkan mellan Svensk Kirurgisk Förening, Svensk förening för Kolorektal Kirurgi, Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi, Svensk Förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi, Svensk Barnkirurgisk Förening, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård, Riksföreningen för operationssjukvård, Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård, Nationella Föreningen för Specialistsjuksköterskor i Kirurgi, Vårdförbundet och Löf

Jon Ahlberg/Pelle Gustafson/Maria Wängdahl för styrgruppen



# Säker Bukkirurgi

## – ett nationellt tvärprofessionellt samarbete för säkrare bukkirurgi

### Medverkande

**Deltagande organisationer:** Svensk Kirurgisk Förening, Svensk förening för Kolorektal Kirurgi, Svensk Förening för Övre Abdominell Kirurgi, Svensk Förening för Innovativ Kirurgisk Teknologi, Svensk Barnkirurgisk Förening, Svensk Förening för Anestesi och Intensivvård, Svensk Förening för Barnanestesi och Barnintensivvård, Riksföreningen för operationssjukvård, Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård, Nationella Föreningen för Specialistsjuksköterskor i Kirurgi, Vårdförbundet och Lön

**Styrgrupp:** Ann Kjellin, Anna Karlsson, David Liljequist, Gabriel Sandblom, Irimi Antoniadou, Jan Rutqvist, Kerstin Metcalf, May-Lena Färnert, Per-Olof Nyström, Tova Hannegård-Hamrin, Jon Ahlberg, Pelle Gustafson

**Revisorer:** Agneta Aasa, Alenka Glavas, Anders Nord, Anders Rosén, Anders Thulin, Anette von Rosen, Anna Ekepil, Anna Engdahl, Anna Holmén, Anna Tranberg-Lindquist, Anna-Carin Härdin, Anna-Karin Andersson, Annakarin Bjuhr, Ann-Britt Sylvan, Barbro Johansson-Steen, Bengt Jacobsson, Berit Relesjö, Berit Sandmark, Birgitta Holmgren, Björn Öjerskog, Camilla Olsson, Carina Sorvoja, Catarina Ackeborn, Catrine Hansson-Ljung, Cecilia Forsberg Van Der Swet, Christer Drott, Christina Hedman, Claes Johansson, Cornelia Hjortås, Daniel Ljungmark, Diddi Fors, Elisabet Ohlsson, Elisabeth Edén, Elisabeth Runesson, Elisabeth Winterås, Eva Brinck, Eva Galliger, Eva Ryberg, Evita Zoucas, Franz Duraj, Gabriella Skantz, Gunilla Henricsson, Gunilla Karlflo, Gunnar Göthberg, Gunnel Hagström, Göran Brodén, Göran Mossberg, Helen Seeman-Lodding, Homa Akhlagi, Håkan Björne, Ida-Marie Johansson, Idania Vazquez, Ingela Lorentzon, Inger Stenman, Ingmarie Carlsson, Ing-Marie Danielsson, Ingrid Palmquist, Irimi Antoniadou, Jan Rutqvist, Jan-Erik Åkerlund, Jessica Jousisto-Hanson, Joar Svanvik, Johan Lundberg, Johanna Albert, Johanna Rehn, Kari Lie, Karin Westerberg-Selin, Katrin Alexandrén, Kerstin Lönn, Kerstin Thorsson, Lars Hållström, Larsa Ruthström, Lars-Erik Hansson, Lars-Olof Hafström, Lisbeth Sjöstedt, Lisen Nordström, Magnus Rizell, Marcus Isaksson, Maria Jakobsson, Maria Löfgren, Maria Thorsson, Marie Louise Krook, Marita Söderquist, Maud Ledin, May-Lena Färnert, Michael Lagerkranser, Mikael A Lindkvist, Nathalie Ferm, Niclas Carlberg, Niclas Oscarsson, Nora Kollin, Olle Ljungqvist, Per Flisberg, Per-Anders Larsson, Per-Olof Nyström, Petra Bielfeldt-Hess, Petter Westfelt, Pia Nilsson, Pontus Raask, Päivi Lehto Lundberg, Roger Fogelkvist, Rune Sjødahl, Sandra Strandberg, Sven-Eggon Thörn, Therese Disefalk, Urban Wingren, Zoltan Läckberg, Åsa Rudin,

**Expertgrupp för framtagande av självvärderingsinstrument:** Sineva Ribeiro, Per-Olof Nyström, Olle Ljungqvist, Elisabeth Edén, Inger Stenman och Maria Jansson.

**Utvärderingsgrupp:** Evita Zoucas, Gabriel Sandblom, Helen Seeman-Lodding, Irimi Antoniadou, Nicklas Oscarsson

**Expertgrupp Samverkan – Koordination:** Gabriel Sandblom, Olle Ljungqvist, Johan Lundberg, May-Lena Färnert, Anna Ekepil, Elisabet Ohlsson

**Expertgrupp Utfallsmått:** Lars-Olof Hafström, Per-Olof Nyström, Göran Mossberg, Rune Sjö Dahl, May-Lena Färnert, Inger Stenman, Birgitta Holmgren, Gabriel Sandblom

**Projektsamordnare:** Susanne Wennerholm 2011-2013, Maria Wångdahl 2013-

## Bakgrund

Löf (Landstingens Ömsesidiga Försäkringsbolag) ägs av landstingen och regionerna. Grunduppdraget är att utreda skadeanmälningar - för närvarande cirka 16 000 per år - och ekonomiskt kompensera patienter som drabbats av undvikbar skada. Ett annat lika viktigt uppdrag är att lära av ärendena och arbeta skadeförebyggande. I växande omfattning görs detta genom att aktivt samverka med våra ägare, samt yrkesorganisationer i nationella tvärprofessionella patientsäkerhetsprojekt.

Initiativet till det som slutligen blev projektet Säker Bukkirurgi utgick från flera studier som påvisat att olika typer av komplikationer efter bukkirurgi är oroväckande hög. Bakom dessa siffror finns ett avsevärt mänskligt lidande som i sig gav anledning att försöka få ner skadefrekvensen. Inriktningen och upplägget av projektet växte fram under 2010 i diskussioner mellan representanter för de föreningar som kom att utgöra styrgrupp för projektet samt Löf. Upplägget inspirerades av ett samarbete mellan Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, Svenska Barnmorskeförbundet, Svenska Barnläkarföreningens neonatalförening och Löf i syfte att minska antalet undvikbara förlossningsskador på barn, Säker Förlossningsvård. För mer information om detta projekt se [www.lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/](http://www.lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-forlossningsvard/). Ett annat projekt, PRISS, som syftade till att minska frekvensen infektioner efter ledproteskirurgi i knä eller höft pågick samtidigt och stärkte oss i uppfattningen att metoden var användbar inom kirurgiska specialiteter <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/priss/>

I medvetande om att ingen profession på egen hand kan komma tillrätta med problemet med komplikationer efter bukkirurgi inbjöds de yrkesorganisationer vars insatser i första hand bedömdes vara avgörande för att nå framgång.

## Mål

2011 utfördes i Sverige cirka 112 000 bukoperationer, definierat som operationer på gastrointestinalkanalerna och därtill hörande organ. Vid kolorektal cancerkirurgi förelåg 2011 en komplikationsfrekvens på upp till 30 procent och en reoperationsfrekvens inom 30 dagar på cirka 10 procent.

Det övergripande målet för projektet bestämdes vara att halvera den reala frekvensen av komplikationer efter elektiva och akuta bukoperationer och därmed minska onödigt lidande, men även kostnader för samhället. Delmål var att skapa tvärprofessionell och organisationsövergripande medvetenhet om risker och hur de kan minimeras i vårdprocessen från beslut om operation till tre månader efter operation.

## **Projektorganisation**

Säker Bukkirurgi har byggt på tvärprofessionell samverkan mellan yrkesorganisationerna Svensk kirurgisk förening, Svensk förening för innovativ kirurgisk teknik, Svensk förening för övre abdominell kirurgi, Svensk förening för kolorektal kirurgi, Svensk barnkirurgisk förening, Svensk förening för anestesi och intensivvård, Svensk förening för barnanestesi och barnintensivvård, Riksföreningen för operationssjukvård, Riksföreningen för anestesi och intensivvård, Nationella föreningen för specialistsjuksköterskor i kirurgisk vård samt Vårdförbundet. Löf har bidragit med administrativt och ekonomiskt stöd.

Yrkesorganisationerna har svarat för det medicinska innehållet, utsett revisorer och expertgrupper, samt främjat projektet via sina organisationer.

Styrgruppen har under projekttiden bestått av ordförande eller styrelseledamöter i respektive organisation samt Löfs chefläkare, senare senior medicinsk rådgivare. Styrgruppen konstituerades inför projektstarten september 2010 och hade sitt avslutande sammanträde i november 2016. I genomsnitt har styrgruppen träffats fyra gånger per år. Projektadministrationen har skötts av en projektsamordnare på Löf.

## **Projektbeskrivning**

37 av 58 kirurgkliniker som bedriver bukkirurgi har på frivillig bas medverkat i projektet. Med undantag för ett par kliniker, som till följd av verksamhetschefsbyten och uppkomna bemanningsproblem inte slutförde sitt deltagande, har varje klinik genomfört samtliga processteg.

Projektet inleddes med en pilot på tre kliniker hösten 2011, följt av sex etapper, en per halvår, med 8, 7, 6, 5, 2, 4 respektive 5 kliniker i vardera. Den sista etappen startade våren 2015.

Projektet avslutades med ett nationellt symposium i november 2016.

Den i Säker Bukkirurgi använda metoden har varit självvärdering åtföljd av extern revision/peer-review, förbättringsarbete samt uppföljning. Verksamhetsledningen på kirurgkliniken har tillsammans med sina medarbetare och andra berörda verksamheter på sjukhuset, t ex operation och anestesi, gått igenom viktiga moment i verksamheten med hjälp av ett så kallat självvärderingsinstrument. Självvärderingsinstrumentet togs fram av en av organisationerna utsedd tvärprofessionell expertgrupp, testades i pilotomgången och har därefter återkommande justerats efter vunna erfarenheter. Frågorna har omfattat tidsrymden från beslut om operation till tre månader efter operation. Svaren

sammanfattades i en så kallad självvärderingsrapport. Denna granskades av ett tvärprofessionellt revisorsteam med erfarna kollegor från andra delar av landet.

Revisorerna utsågs av respektive yrkesorganisation. Uppdraget var hjälpa till med att identifiera möjligheter att öka patientsäkerheten, specifikt i detta projekt att minska risken för komplikationer efter bukkirurgi. Minimibemanningen i teamen har varit en kirurg, en operationssjuksköterska och en sjuksköterska men i allmänhet har organisationerna kunnat förstärka dem med anestesiläkare, och anestesijuksköterska. Teamet besökte kliniken under en dag, sammanfattade sina samlade iakttagelser av styrkor och förbättringsmöjligheter i en skriftlig återföringsrapport, och kom överens med verksamhetschefen om åtgärder.

Verksamhetschefen har haft sista ordet när det gäller vad som skulle ingå i överenskommelsen om åtgärder, och odelat ansvar för att överenskomna åtgärder genomfördes. Genomförda åtgärder redovisades till teamet efter ett halvår, under senare delen av projektet i samband med ett återbesök av delar av revisorsteamet.

Allt material finns förvarat i elektronisk form på en server som ägs och drivs av Löf. Materialet klassas som bolagshemlighet, och enbart styrgruppen äger rätt att besluta om tillgång till materialet. Materialet ägs av yrkesföreningarna som gemensamt beslutar om användningen inom ramen av till klinikerna och revisorerna givna sekretesslöften.

Ett vägval som organisationerna gjorde var att skapa möjlighet för många att medverka i projektets revisorsteam, för att på så vis skapa förutsättningar för brett erfarenhetsutbyte och spridning av goda exempel nationellt. Alternativet som diskuterades var att utbilda ett mindre antal "proffsrevisorer", vilket kunde ha haft fördelen att få revisionerna mer enhetliga, men då begränsat förutsättningarna för spridning av goda exempel. Man avstod också från att tillsätta några "överrevisorer" för slutkontroll.

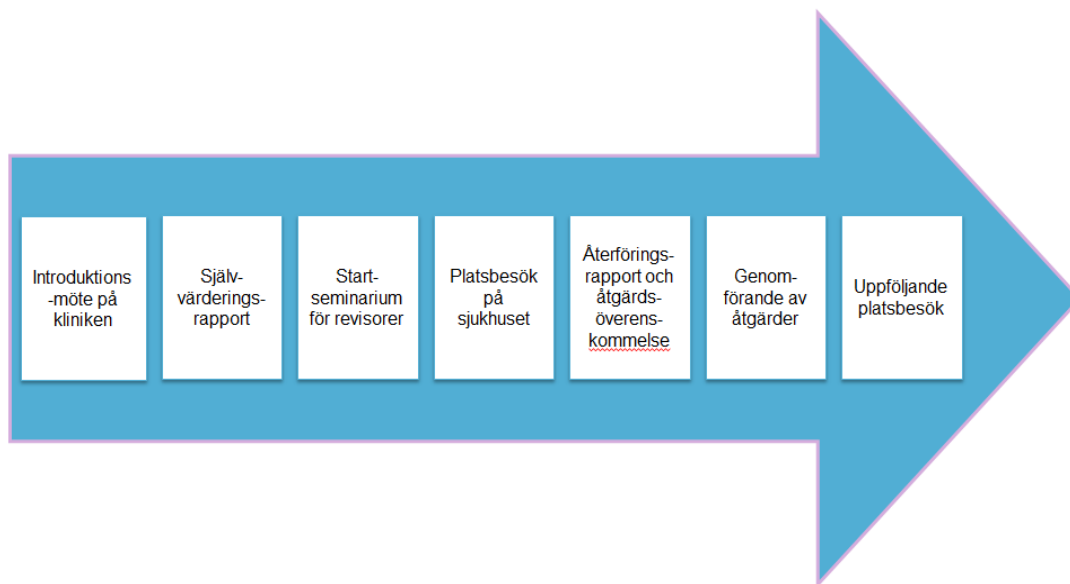
Frågorna i självvärderingsinstrumentet har handlat om urval och optimering av patient inför operation, basala hygienrutiner, preoperativ tvätt, antibiotikaprofylax, operationsmiljö, postoperativ vård och behandling, tidig upptäckt och åtgärd av postoperativa komplikationer samt vårdprogram.

Frågorna har varit öppna och haft formen "Hur säkerställer ni att...?" med underfrågorna a) Vilka rutiner/riktlinjer har ni? b) Hur skapar ni förutsättningar för att de ska efterlevas? c) Hur mäter/kontrollerar ni graden av efterlevnad? samt d) Vilka idéer har ni om åtgärder och förbättringar (a-c)? Fråga c innefattar också hur resultat av mätningar återförs till medarbetarna.

Alternativet att ha en uppifrån normerande ansats var aldrig aktuellt. Nationella riktlinjer saknas i stor utsträckning i vårt land, klinikerna bestämmer av tradition själva sina arbetssätt, och varken organisationerna eller Löf har normerande befogenheter. Det bedömdes vara bättre att ställa öppna frågor om arbetssätt och rutiner, och därigenom skapa förutsättningar för ömsesidigt lärande och utveckling från grunden. I sammanhanget kan konstateras att den valda modellen har stöd i aktuell implementeringsforskning och modern vuxenpedagogik, som visar att interventioner med hög delaktighet generellt sett har större chans till framgång än något som uppfattas som uppifrån kommande direktiv.

En viktig princip inom projektet var att förbättringsförslagen skulle rymmas inom respektive kliniks befintliga resurser och förutsättningar i övrigt. En annan viktig princip var att inte blanda sig i en kliniks inre angelägenheter, t ex genom att tillhandhålla eller rekommendera någon speciell förbättringsmetodik.

*Processen, som totalt tar ca 1,5 år per klinik, kan översiktligt illustreras så här:*

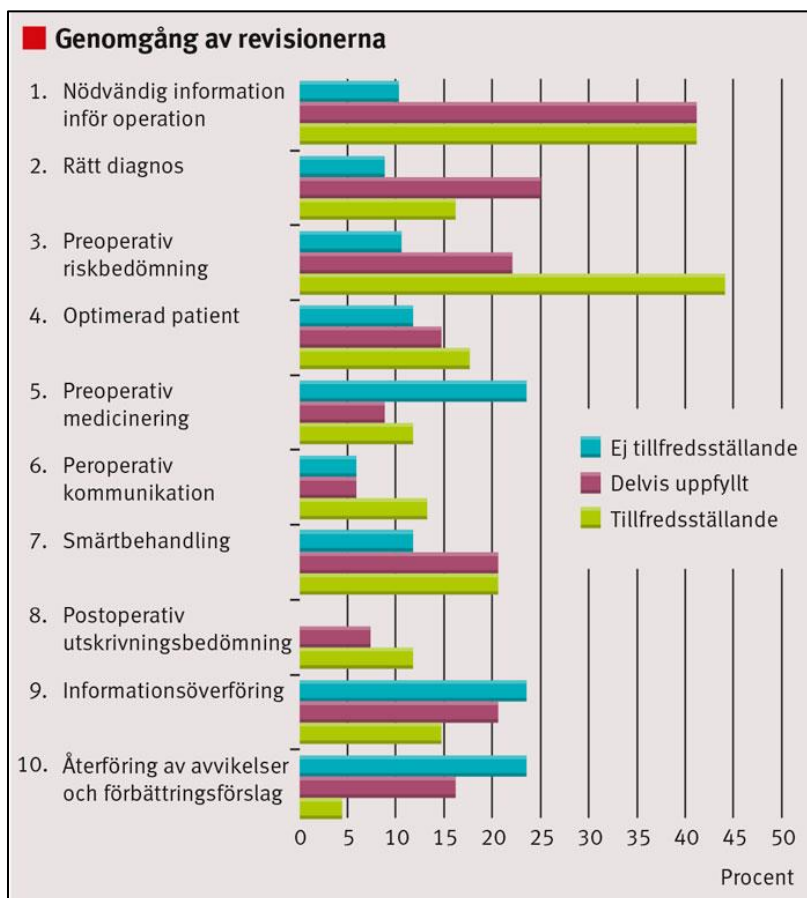


Det 7:e processteget, vars syfte är att understödja fortsatt förbättringsarbete, har genomförts i form av ett återbesök på kliniken under den senare delen av projektet, vilket har varit mycket uppskattat.

## Resultat

Sammanfattningsvis kan konstateras att projektet dels har påvisat en omfattande spridning i rutiner mellan landets kliniker, dels lett till ett stort antal åtgärder för att öka patientsäkerheten, framförallt när det gäller rutiner och arbetssätt. Följande resultatredovisning begränsas till en sammanfattande beskrivning av genomförda åtgärder, resultat från genomförda enkäter till verksamhetschefer och revisorer samt data hämtade från tre kvalitetsregister: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi (Gallriks), Svenskt Bräckregister (SHR), samt Svenska Kolorektalregistret (SCRCR).

### Revisorernas bedömningar av de olika delarna i projektet



(Läkartidningen 2015;112:DITT)

Genomgången visar på att den preoperativa bedömningen överlag fungerade relativt väl. Däremot var det vanligt förekommande med bristande rutiner kring medicinering inför anestesi och operation, samt informationsöverföring mellan de vårdenheter som patienterna passerade. Flera enheter redovisade olika journalsystem för kirurgi respektive anestesi och intensivvård, vilket utgör en barriär för enkel informationsöverföring.

## Genomförda åtgärder

För att få en uppfattning om vilka förbättringsåtgärder som Säker Bukkirurgi har genererat har en översiktlig genomgång gjorts av samtliga åtgärdsöverenskommelser och åtgärdsredovisningar. Normalt ingår 6 – 8 åtgärds punkter per överenskommelse. Åtgärderna är tämligen jämnt fördelade mellan instrumentets frågeområden. Här redovisas några exempel:

- **Preoperativ riskbedömning:** Operationsplaneringsverktyg infört. Nya broschyrer för information till patienter inför operation framtagna. Hälsodeklaration signerad av läkare. Bättre kontroll av smittorisk införd.
- **Preanestesi och preoperation:** Införd veckokonferens för operationsplanering. Bättre struktur i operationsplanering med tydliga uppdragsbeskrivningar.
- **Anestesi och operation:** Lokal omarbetning av WHO:s checklista för säker kirurgi. Säkerställd antibiotikapofylax. Ny time-out vid personalbyte under operation. Direktkontakt mellan kirurg och operationsavdelning vid ändringar (t.ex. operatörsbyte). Kompressionsmanschetter vid långa operationer.
- **Postoperativ/IVA avdelning och postoperativ vård på vårdavdelning:** Framtaget verktyg för bedömning inför utskrivning. Struktur för smärtläkemedel framtagna. Sjukhusövergripande rutin för läkemedelsöverföring. Rapport läkare till läkare vid utskrivning från IVA samt skriftlig rapport. Smärtsjuksköterska genomför rond på vårdavdelning och ser till EDA och PCA-pump.
- **Avdelning, utskrivning, uppföljning och återbesök:** Skriftlig och muntlig information till patienten vid utskrivning. Framtaget verktyg för bedömning inför utskrivning. 30-dagars uppföljning per telefon upplagt enligt SBAR. Sårvårdsgrupp. Tydlig rutin för satellitpatienter. Regelbundna MEWS-kontroller, som dokumenteras.
- **Övergripande:** Morbidity and Mortality-konferens (MoM) tillsammans med anestesi. Genomgång av apparater med alla kirurger. SBAR infört för överrapporteringar. Kvalitetsregistrens uppgifter används som kvalitetsindikatorer. MoM minst 4 gånger per år. Standardisering av PM i sjukhusövergripande databas. Förbättrad läkarintroduktion. Feedback av utfall från Gröna Korset med följande förslag till förbättringar. Omvårdnadsakademi och kompetensstege.



## Generella iakttagelser

I återföringsrapporterna från revisorsgrupperna kunde särskilt noteras att dessa i en påfallande stor utsträckning innehöll påpekande rörande klinikernas IT-system, trots att dessa administreras på sjukhus- eller oftast landstingsnivå och således ligger utanför enskilda klinikers kontroll.

| <b>PM</b>        |            |          |
|------------------|------------|----------|
| <i>Påpekande</i> | <i>Bra</i> | <i>0</i> |
| <b>29</b>        | 6          | 7        |

*Antal påpekanden rörande IT-system. (Här har landstingsövergripande kliniker redovisats som enskilda enheter när revisorerna har gjort så.)*

Påpekanden rörande IT gäller ofta inkompatibilitet mellan flera parallellt använda system.

Dokumentation görs både på papper och elektroniskt. Anestesi och särskilt IVA använder andra system än kirurgkliniken. Läkemedelssystemen är svårarbetade och olika på olika kliniker.

Positiva kommentarer rörande IT är oftast: Länsövergripande journalsystem, men ändå kan särskilt läkemedelsmoduler ses som ett problemområde.

Ett sammanställt och anonymiserat material rörande IT-systemen har överlämnats till e-Hälsomyndigheten, som hänvisar till pågående uppdrag bl.a. att utarbeta en nationell läkemedelslista och att arbeta med standardiseringsfrågor generellt.

Revisorerna har i ännu större omfattning gjort påpekanden om klinikernas hantering av PM, alltså deras fastställda rutiner och riktlinjer.

| <b>PM</b>        |            |          |
|------------------|------------|----------|
| <i>Påpekande</i> | <i>Bra</i> | <i>0</i> |
| <b>38</b>        | 3          | 1        |

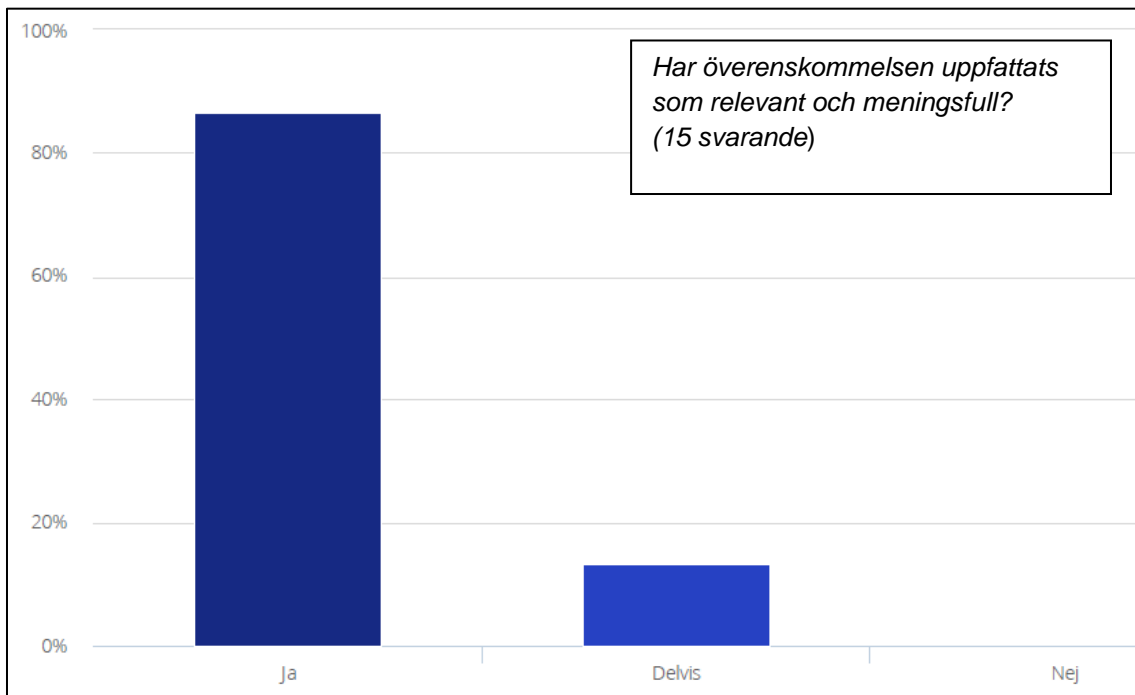
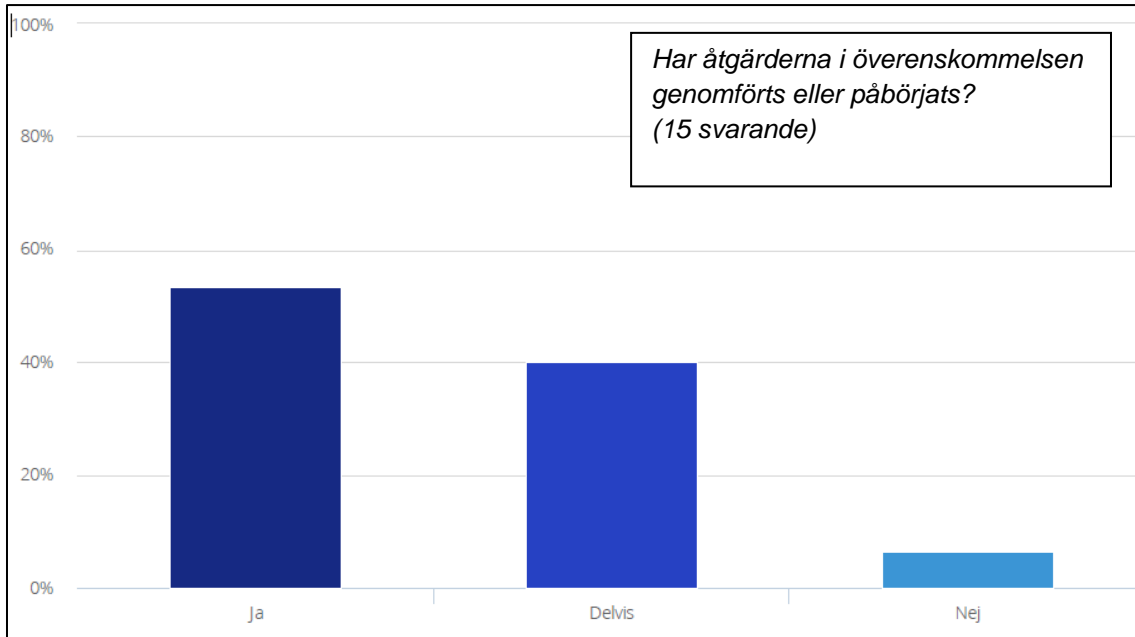
*Antal påpekanden rörande PM. (Här har landstingsövergripande kliniker redovisats som enskilda enheter när revisorerna har gjort så)*

Påpekande rörande PM gäller ofta bristande enhetlighet, att de alltför många, att de saknar eller har överskridit giltighetstid, att ansvarig saknas, att de är alltför långa och omfattande, att de brister i sökbarhet, eller att de kan finnas både elektroniskt och i pappersform.

Flera kliniker har tagit till sig detta och har med en punkt om detta i sina åtgärdsprogram.

## Enkätresultat

Enkäter om projektet har riktats till verksamhetschefer i kirurgi. 15 svar erhöles.



För att klargöra i vilken utsträckning ledare på anesthesi- och operationsavdelningar engagerats ställdes frågan i vilken omfattning man därifrån deltagit i arbetet med projektet Säker Bukkirurgi. 24 svar erhöles.



## Har säker Bukkirurgi haft effekt på kirurgiska resultat?

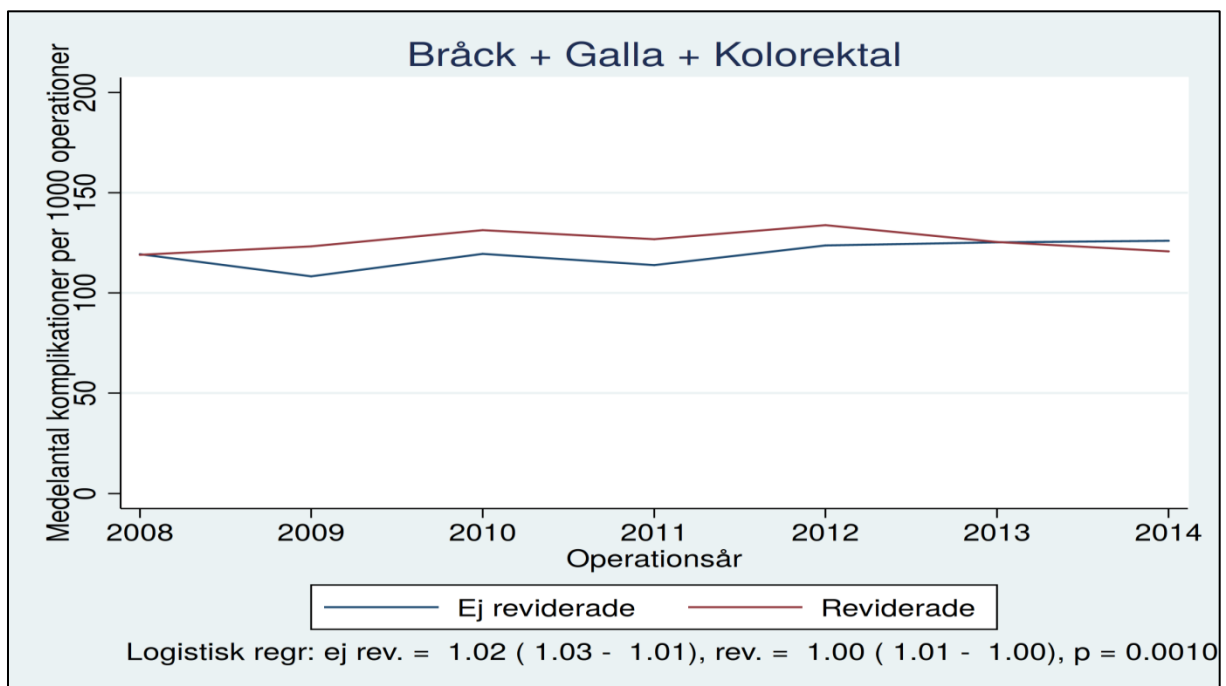
I avsikt att studera om projektet Säker Bukkirurgi haft någon inverkan på komplikationsfrekvens samlades material in från tre kvalitetsregister: Svenskt kvalitetsregister för gallstenskirurgi (Gallriks), Svenskt Bråckregister (SHR) samt Svenska Kolorektalregistret (SCRCR). Fullständigt material var tillgängligt för åren 2008-2014. Studien begränsades därför till kliniker som deltagit under åren 2011-2013, vilket innebar att 28 kliniker ingick i studiegruppen. Kliniker, som valt att inte delta alls eller som avbrutit deltagande utan att genomföra självvärderingen, har utgjort kontrollgrupp. Efter att ha exkluderat flera mindre enheter, som enbart har dagkirurgi eller ingen eller mycket begränsad bukkirurgi, återstod 17 kliniker i kontrollmaterialet.

Totalt omfattar materialet 191 877 operationer, varav 79 387 bråckoperationer, 78 135 gallstensingrepp och 34 355 kolorektala ingrepp (transanala och endoskopiska ingrepp exkluderade).

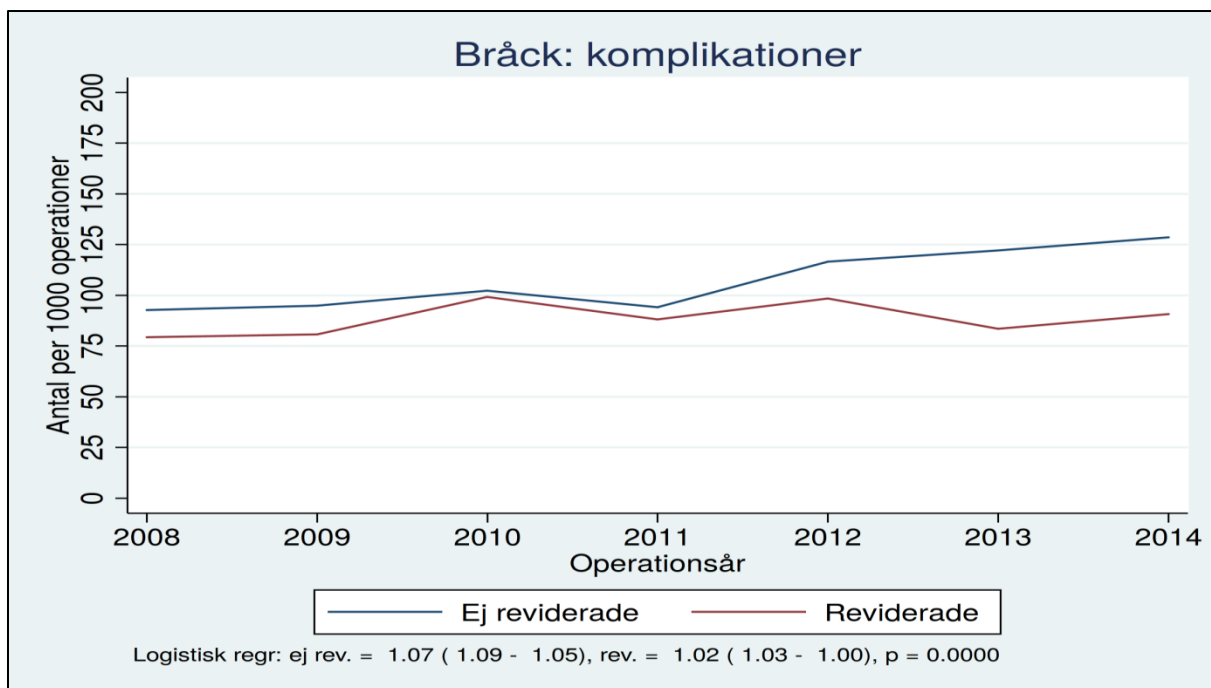
Erfarenheten från kvalitetsregistren är att man över åren ser en förbättring av rapportering. Sannolikt medför ett deltagande i projekt av den här karaktären att den tendensen ytterligare stärks.

I figurerna nedan visas medelantal komplikationer per 1 000 operationer.

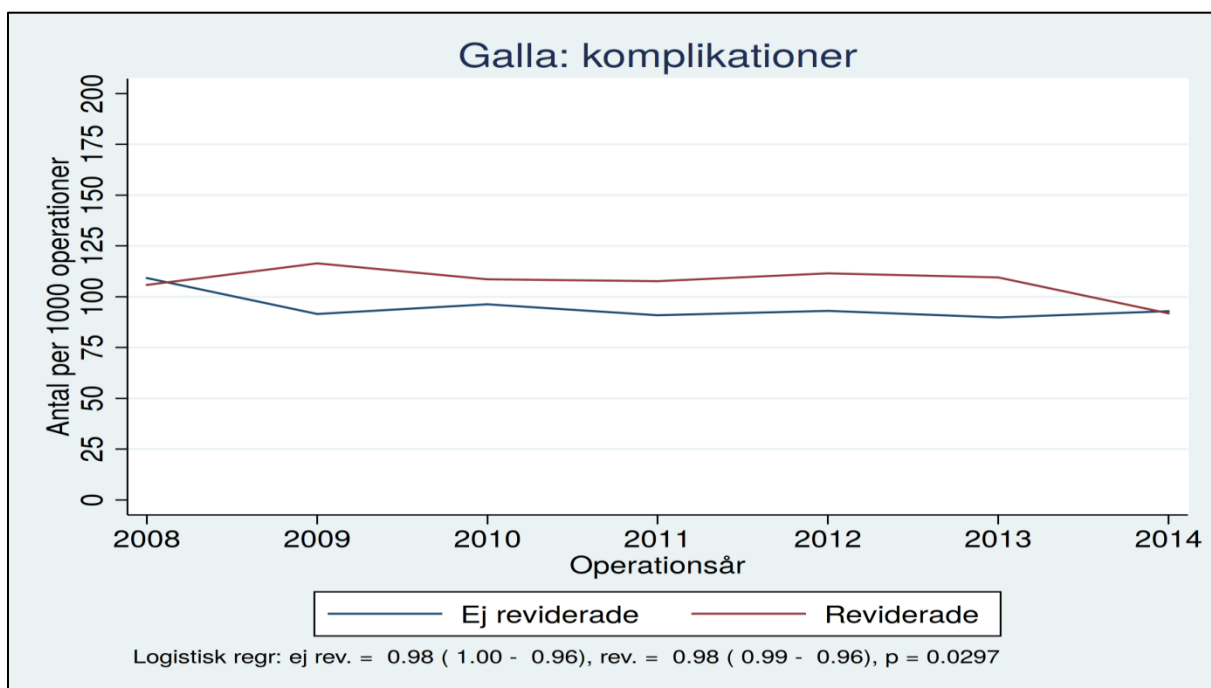
Skattningar av risktrender har gjorts med hjälp av logistisk regressionsanalys. Skattningsosäkerheten anges med 95 % konfidensintervall inom parentes. Beräkningarna har gjorts med hjälp av Stata v14.1. Deltagande kliniker är i alla figurer betecknade som **Reviderade** och kontrollgruppen som **Ej reviderade**.



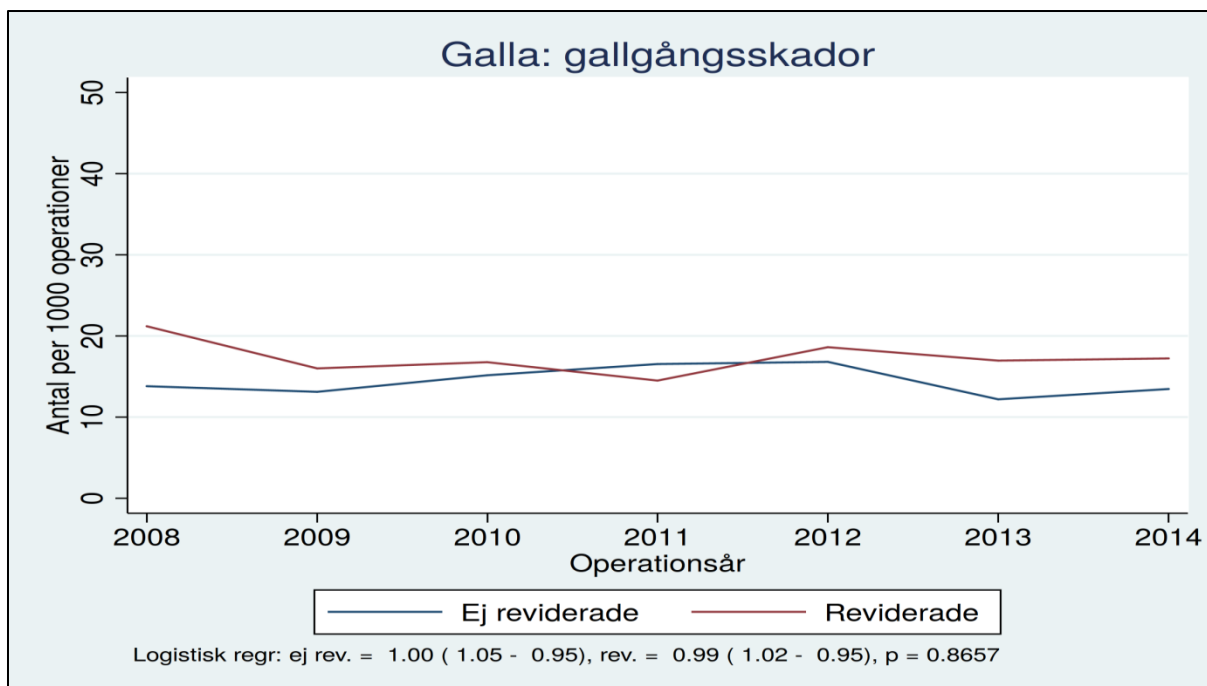
Data från SHR, Gallriks och SCRCR visar att för summan av registrerade komplikationer från de tre registren finns en signifikant minskning i risktrend för deltagande kliniker.



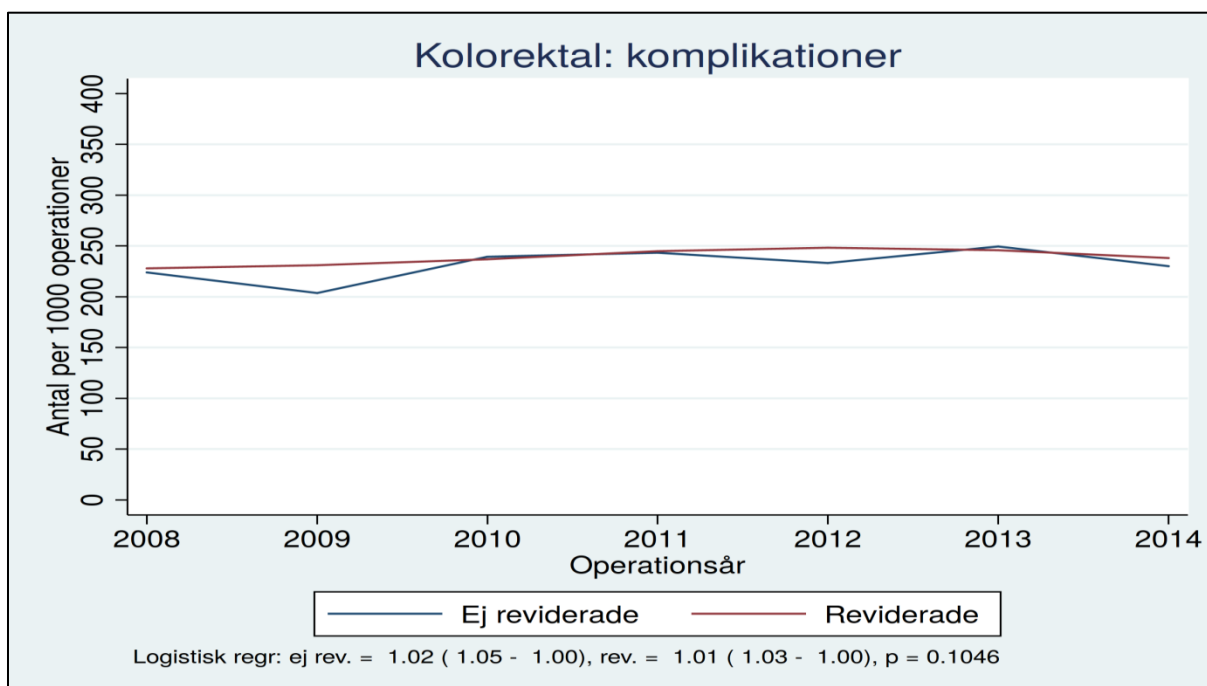
Data ur SHR visar en signifikant skillnad i risktrend mellan deltagande kliniker och kontrollgruppen.



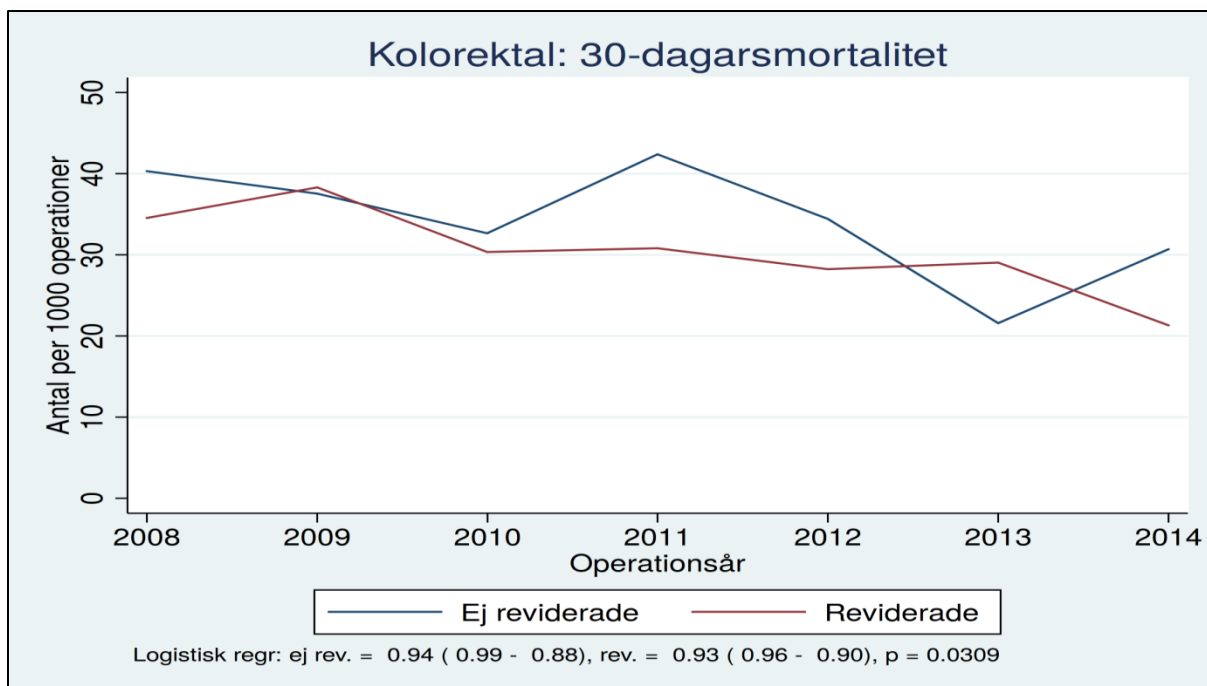
Data ur Gallriks visar en skillnad i risktrend avseende komplikationer i allmänhet vid gallstenskirurgi.



Data ur Gallriks visar ingen förändring i risktrend avseende gallgångsskador.



Data ur SCRCR visar ingen skillnad i risktrend avseende komplikationer.



*Data ur SCRCR visar att 30-dagarsmortalitet har minskat för både reviderade kliniker och kontrollgrupp, men risktrenden är signifikant mer uttalad för deltagande kliniker.*

Sammantaget kan skillnaderna tyckas små, men då ett stort antal patienter berörs blir även små skillnader betydelsefulla. En reduktion av 30-dagarsmortaliteten från 3,0 % till 2,5 % motsvarar t.ex. 500 färre dödsfall per 100 000 operationer.

## Reflexioner

### Övergripande reflexioner

Den använda modellen med öppna och icke-normerande frågor har uppfattats bra och trovärdig, och har tagits emot väl. Genomförda enkäter har visat att ansvarsfördelning, liksom överförandet av ansvar från revisionsteam till verksamhetsledningar i och med undertecknandet av åtgärdsöverenskommelsen, har fungerat smärftfritt. Det är en genomgående uppfattning, från detta och andra projekt, att bara vetskapen om att en revision ska ske, leder till att förbättringsarbete sätts igång, och detta har varit tydligt vid så gott som samtliga revisioner. Revisionerna har sällan pekat på för verksamheten helt okända problem, utan snarare lett till att dessa kända problem börjat åtgärdas.

Till skillnad från i de bägge föregående projekten Säker Förlossningsvård och PRISS, där landets samtliga kliniker deltog, har detta inte gått att uppnå i Säker Bukkirurgi. De framförda skälen har varit av olika slag; omorganisation, införande av nya IT-system, byte av verksamhetsledningar eller andra skäl. Synpunkter har också framförts att projektet gripit över ett för stort område (all bukkirurgisk verksamhet), och att detta har medfört att det uppfattats vara för stort och omfattande för att klara av att genomföra. Vidare har också i perioder framförts synpunkter på den bristande vetenskapliga stringensen i projektet. Detta är alla synpunkter värda att ta med i utformningen av framtida projekt, men också i beslutet om hur fortsättningen på Säker Bukkirurgi ska se ut.

## Reflexioner per fråga

- Vilka rutiner har ni?

Det finns en tydlig spridning över landet i omfattning, kvalitet, samt innehåll. Många nya rutiner har tagits fram som en konsekvens av projektdeltagande, och flera reviderades.

- Hur skapar ni förutsättningar för att de ska kunna efterlevas?

Uppenbart är att det på praktiskt taget samtliga klinker saknas en bra struktur för hantering och spridning av rutiner och riktlinjer (PM).

- Hur mäter ni efterlevnaden?

Säker Bukkirurgi har påvisat att generellt mäts efterlevnad till rutiner i liten omfattning. Inom detta område ses en tydlig förbättringspotential. Få, om ens någon, enhet har ett fullt utbyggt system för att systematiskt mäta i vilken grad rutiner följs och återföra resultat till medarbetarna. På sikt måste också redovisning av processföljsamhet kompletteras med, eller ersättas av, faktiska utfallsmått.

- Vilka idéer har ni själva om åtgärder och förbättringar?

Det är uppenbart att det har funnits gott om egna förbättringsförslag på de reviderade klinikerna. Många av dessa har kommit att realiseras i projektet. Det finns ingen anledning att anta att samtliga idéer nu har realiserats, varför det gäller att skapa system så att egna förbättringsförslag framöver kontinuerligt fångas upp och realiseras.

## Hur mäta effekten av Säker Bukkirurgi?

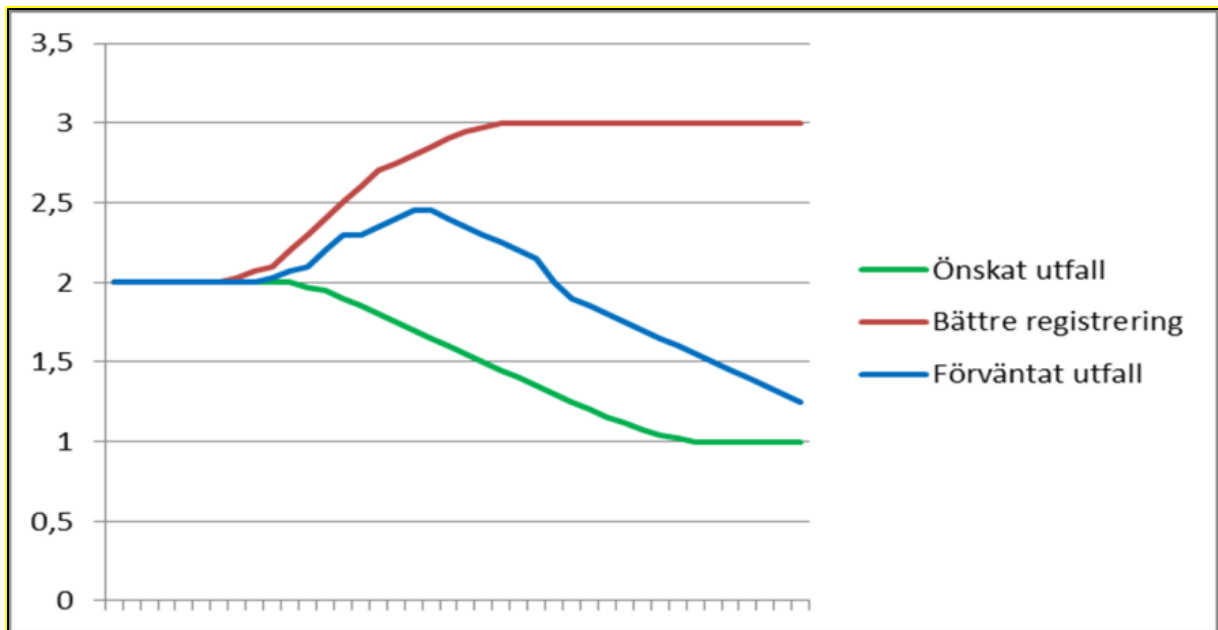
Det övergripande målet med Säker Bukkirurgi har varit att halvera den reala frekvensen av komplikationer efter bukkirurgi. Även om det nu finns en mycket uppmuntrande trend, kan det inte sägas att projektet har nått sitt mål.

Att mäta den rena effekten av säkerhetsarbete är definitionsmässigt omöjligt. Effekten är skillnaden mellan vad som skulle ha hänt och vad som faktiskt hände, där den förra faktorn aldrig säkert kan bestämmas. Det föreligger också andra faktorer att beakta. Utfallsmått ger ett mätetal på hur säker vården har varit, men behöver inte nödvändigtvis uttrycka hur säker vården är idag. Samtidigt är det svårt att uttala sig om hur säker vården är idag, utan att ta med historiska mått.

Vidare innebär själva det faktum att något mäts och redovisas att frekvensen stiger. Det är sannolikt att under åren 2012 och några år framåt kommer en ökad frekvens komplikationer att ses i de svenska kvalitetsregistren över bukkirurgi. Detta kan självfallet tolkas som om Säker Bukkirurgi har haft helt motsatt effekt än vad som avsågs, men denna förklaring är mindre sannolik. Istället bedöms Säker Bukkirurgi ha resulterat i en ökad medvetenhet om problemet, till en mer aktiv inställning till diagnos och behandling av komplikationer, samt till en bättre rapportering av dessa. Figuren nedan illustrerar vad som kan förväntas: efter en insats representerar den gröna delen av kurvan den önskade utvecklingen efter insatta åtgärder, den röda vad som händer när problemet får större aktualitet och



medvetenhet, och den blåa vad som i verklighen kan observeras och representerar den sannolika effekten av ett projekt av Säker Bukkirurgis natur.



Till skillnad från vad som var fallet när Säker Förlossningsvård och PRISS avslutades, har det i Säker Bukkirurgi varit möjligt att jämföra utfallsmått mellan reviderade och icke-reviderade kliniker. Detta måste självfallet göras med försiktighet, eftersom Säker Bukkirurgi aldrig har varit en prospektiv randomiserad studie av en fix intervention, och inte ska utvärderas som en sådan. Det är likafullt notabelt att medan frekvensen komplikationer efter gallvägskirurgi, bråckkirurgi och kolorektal kirurgi fortsätter att stiga för icke-reviderade klinikers patienter, ses ett trendbrott för reviderade klinikers motsvarande patienter. Uttryckt i procent är denna skillnad inte stor, men omräknat till antal patienter är skillnaden mer uppenbar.

Det är idag för tidigt att uttala sig om hur framgångsrikt projektet Säker Bukkirurgi har varit. Endast genom att fortlöpande följa utfallet i kvalitetsregistren kan detta avgöras.

## **Slutsatser av samarbetet mellan de professionella organisationerna och LÖF**

- Det finns en stor potential i samarbete av detta slag. De professionella organisationerna har legitimitet och kompetens, men saknar ofta ekonomiska resurser och administrativ kapacitet. Avgörande för att nå framgång och bred anslutning är att de professionella organisationerna ansvarar för det medicinska innehållet, äger och driver projekten, samt erhåller administrativt och ekonomiskt stöd
- Självvärdering med öppna icke normerande frågor åtföljd av extern revision/peer-review är i Sverige en framgångsrik metod
- Frivillig anslutning är en förutsättning för att rekrytera aktiva deltagare

## **Förslag och idéer om fortsatt utveckling**

- Det är styrgruppens uppfattning att en fortsättning av arbetet med att sänka frekvensen av komplikationer efter bukkirurgi kan och bör ske
- Detta arbete bör utformas efter vunna erfarenheter, främst då synpunkterna att projektet varit för brett och gripit över för mycket. Ett tänkbart förslag är att inrikta det fortsatta arbetet på uteslutande akut bukkirurgi
- De omfattande kommentarerna rörande IT-systemen ligger utanför deltagande organisationers mandat och möjligheter att påverka
- I syfte att skapa bättre ordning bland alla rutiner och PM kommer förslag att arbetas fram. Detta kan innefatta utbildning i hur system kan skapas för att nå en sammanhållen och effektiv struktur, samt framtagande av bra hjälpmedel
- Formerna för kommunikation mellan kirurg- och anestesikliniker bör ses över för att förbättra informationsutbyte och skapa förutsättningar för en god planering. Detta bör huvudsakligen ske lokalt men är också en viktig uppgift för yrkesföreningarna

## **Viktigaste effekter av Säker bukkirurgi**

- Säker Bukkirurgi har bidragit till en ökad nationell medvetenhet om problemet med komplikationer efter bukkirurgi, och har gett insikt om komplexiteten i processen
- Säker Bukkirurgi har förmedlat förbättringskunskap, och bidragit till att goda lokala exempel fått spridning över landet
- Säker Bukkirurgi har påvisat en stor nationell spridning i rutiner
- Säker Bukkirurgi har påvisat en bruten trend avseende komplikationer efter gallvägskirurgi, bräckkirurgi och kolorektal kirurgi, åtminstone som mätt i respektive kvalitetsregister. Hur starkt och bestående detta trendbrott är får framtiden utvisa
- Projektet har visat betydelsen av samverkan mellan olika professioner för att uppnå en effektiv och säker vård.

## Sammanfattning av symposiet den 16 november 2016

En anhörig, Camilla von Otter, berättade hur hon upplevt sin sambos insjuknande, vård och död i gallstenssjukdom. En utförlig beskrivning av händelseförloppet kan höras i en radiodokumentär, *70 dagar mot döden – rutinärendet som gick fel*, <http://sverigesradio.se/sida/avsnitt/734291?programid=909>  
Folke Hammarqvist redogjorde för de åtgärder som vidtogs på sjukhuset för att förhindra ett upprepande.

Jon Ahlberg redogjorde för projektets genomförande. Ett av fynden var brister i kommunikation mellan kirurger och anestesiloger, vilket föredrogs av Katarina Göransson. Gabriel Sandblom visade att deltagande kliniker hade en signifikant gynnsammare utveckling gällande komplikationer än kliniker, som valt att inte delta i projektet.

Stina Näsvall och Ferenc Sari från lasarettet i Skellefteå redogjorde för hur de arbetat med projektet och hur det övergått till att bli deras process. Revisorerna Agneta Aasa och Jan Rutqvist uppfattade Skellefteå som den bästa klinik de reviderat.

En beskrivning av utbildningsvägar för specialistsjuksköterskor och avancerade specialistsjuksköterskor och deras arbetsuppgifter och karriärgång gavs av Karolina Härle och Anna Karlsson.

Ett av fynden, som gjorts i projektet var den oordning som föreligger beträffande klinikernas nedskrivna rutiner och riktlinjer (PM). Pelle Gustafson redovisade dessa fynd och gav förslag på lösningar. Det visade sig finnas ett stort intresse i auditoriet för en utbildningsdag i ämnet. En sådan planeras till våren 2017.

Avslutningsvis talade Folke Hammarqvist över ämnet Akut Bukkirurgi. Löfs skadeförebyggande enhet avser att kalla berörda professionella organisationer till ett möte inom detta område som en fortsättning av projektet Säker Bukkirurgi.

Presentationerna finns att hämta på Löfs hemsida <http://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-bukkirurgi/>

## Slutord

Projektet Säker Bukkirurgi är nu avslutat i sin första fas. En hel del erfarenheter har gjorts, och det finns också resultat som visar att det är möjligt att påverka frekvensen komplikationer efter bukkirurgi. Under våren 2017 kommer en ny styrgrupp att kallas samman, för att besluta om hur en fortsättning på projektet ska se ut.