

Referat från Skånes Obesitasdagar Ett symposium för hela teamet 26-27 maj 2011



*Lotta Schagerström Johanna Österberg Stig Ramel o Marie Martinsson
på strandpromenad nedanför slottet*


Faktaruta
Aleris Kristiansstad har opererat
1662 LGBP
(1 sept 2009 – 30 april 2011)
Vårdtid medel 1,5 dag
Återinläggningar 1,2 %
Antal pat till IVA 3 st
95 % mycket nöjda med vården

Skånes obesitasdagar arrangerades detta år på det pampiga Örenäs Slott Glumslöv av Aleris och Skånes Universitetssjukhus Lund med Covidien som huvudsponsor. Fokus detta år var att presentera det numera riksbekanta enormt imponerande arbetssätt som man praktiserar vid Aleris enhet för obesitaskirurgi vid Kristiansstads sjukhus. Doc Jan Hedenbro i Lund leder och fördelar arbetet och ansvarar för att kirurgin kvalitetssäkras på optimalt sätt. Vid Aleris enhet i Kristiansstad har man byggt upp ett mycket effektivt narkos/operationstem som driver verksamheten. Obesitaskirurgen Hjörtur Gislason har huvudansvaret för den operativa delen tillsammans en mindre grupp specialutbildade kirurger. Anestesiansvarig är Carsten Vilstrup med kollegor och han var rätt bestämd på den punkten att kirurgerna inte ska behöva två operationssalar vid denna typ av kirurgi för att få bra flöde. Anestesiavslut och uppstart kan göras så snabbt att några onödiga väntetiderna inte uppstår om så inte är fallet kan anestesiologistiken optimeras. Detta demonstreras med all tydlighet på operationsfilmen nedan där man får följa hela anestesi och operationsförloppet. Arbetssättet med patientflödet innan operationen avviker inte särskilt mycket från det gängse etablerade sätt på vilket vi sköter våra patienter ute i landet, men rutinerna under operationsdagen och postoperativt har en hel del nytt tänk att tillföra offentlig rutinsjukvård. Även om man inte helt kan kopiera deras framgångskoncept kan många olika moment kopieras vilket helt säkert kommer att effektivisera denna typ av mängdkirurgi i den offentliga sjukvården också. Vid enheten i Kristiansstad hyr Aleris in sig på en operationssal där alla 7-8 LGBP operationer utförs dagligen. Man hyr också en vårdavdelning där man har 3 postoperativa övervakningsplatser och 12 övriga vårdplatser. Patienterna delas vid preopbesöket in i tre riskgrupper där man planerar in och opererar riskpatienterna (högt BMI o koomorbiditet) i början av veckan och de friskaste med lägre BMI i slutet av veckan. Preoperativ viktreduktion genomförs med LCD kost 3-4 veckor och man önskar en målvikt med viktreduktion 5 % av kroppsvikten.

Lite fakta om flödet

1. Patienterna kallas operationsdagen till vårdavdelningen i par kl 07. kl 08 o kl 09 så att man har patienterna på plats och undviker förseningar och hinner informera o förbereda. Dom är välinformerade om logistiken och förväntningarna under mottagningsbesöket och man kontrollerar så att informationen har landat preoperativt
 - Snabb mobilisering 30min efter avslutad op upp ur sängen till sittande
 - Gång från postop avdelningen till vårdsalen 2 timmar postop (kort sträcka 10-15 m)
 - Dryck 1000 ml första dygnet
 - Hemgång dagen efter vid 14 tiden efter utskrivning
 - Avdelningen bemannas med
 - 2 ssk + 1 usk dagtid
 - 1 ssk + 1 usk kvällstid
 - 1 ssk + 1 usk natt
2. Arbetstiden startar kl 07.00 och första operationen med ”kniv i” kl 07.45
3. En nål sättes o dropp
4. Patienten är inte premedicerade utan ”drar” tillsammans med en vårdpersonal sin säng och ”engångsoperationskitet” ned till operationsavdelningen. Sätts i en fätölj utanför operationsalen och inväntar sin operationstid. När allt är förberett på opsalen vandrar patienten in och lägger sig på operationsbordet och teamjobbet på salen startar upp.
5. **6 operationer innan lunch !!!** Det är omöjligt att tro men här är tidsregistreringen på de olika momenten en vanlig operationsdag.

En mycket lyckad dag, här ungefär ligger vår ribba för närvarande/JH.



Statistik från må 23 maj 2011.
Operatör Hjörtur Gislason, anesthesi C Vilstrup
Gemensam lunch mellan pat 6 och 7.
Presenterat vid Skånes Obesitasdagar 26-27/5/2011

Pat nr	1	2	3	4	5	6	7
In på sal	07:33	08:16	09:04	09:48	10:32	11:16	12:40
Intuberad	07:40	08:22	09:10	09:54	10:37	11:21	12:46
Kniv i	07:45	08:27	09:15	09:59	10:44	11:26	12:53
Pouch klar	07:54	08:36	09:25	10:07	10:52	11:34	13:02
Anastomos 1 klar	08:01	08:44	09:32	10:15	11:01	11:41	13:09
Anastomos 2 klar	08:08	08:51	09:38	10:21	11:07	11:47	13:15
Sista stygn satt	08:12	08:57	09:43	10:24	11:10	11:51	13:20
Extuberad	08:12	09:01	09:44	10:25	11:11	11:52	13:21
Ut från sal	08:13	09:01	09:45	10:27	11:13	11:54	13:22
Bytestid sista sut till kniv i		00:14	00:18	00:15	00:19	00:15	

6. Operationen utförs (Vg se operationsrutinerna i realtid) Denna film visar utan kommentarer operationstekniken och logistiken på operationssalen. Vi får följa Hjörtur Gislason o hans team från ”kniv i” från patient 1 till patient 2. I övre delen av filmskärmen monitoreras tiden. Film:

[mms://www1.orebroll.se/kir/fasttracsurgeryaleris.wmv](https://www1.orebroll.se/kir/fasttracsurgeryaleris.wmv)

Obs. Filmen laddas ner långsamt men är värd att väntas på



- | | |
|---|-----------|
| 7. Optider från kniv i till förband satta | ca 30 min |
| 8. Tid från avslutad operation till tub ut | 3 min |
| 9. Tid från pat ut op slut till pat ut från sal | 5 min |
| 10. Tom sal | 3 min |
| 11. Bytestid : Tid från patienten ut till nästa pat intuberad | 12 min |

Varför lyckas man med detta snabba flöde?

Ett ekonomiskt incitament ligger förstås i botten för denna höga produktivitet. Hela teamet som är handplockat o trivs med fasttrac kirurgin försöker att optimera insatsen kring patienten. Allt är standardiserat, enkelt, görs rätt från början och alla arbetar parallellt eventuella förändringar av rutinerna måste förankras i styrgruppen. Onödiga rutiner är avskalade. Operationsdagens är slut när sista patienten är opererad ! Att styrka inplanerade operationer är inte aktuellt.

Postop vård:

Patienterna förs till postoperativa uppvakningsavdelningen på vårdenheten. Övervakas i enlighet med SFAIs rekommendationer och man trycker hårt på att patienterna redan efter 30 min skall mobiliseras från liggande till sittande på postop uppvaket och efter 2 timmar timmar promenera från övervakningsenheten till sin säng på vårdavdelningen (obs korta avstånd då enheterna ligger på samma enhet). Även på vårdavdelningsplatsen motiveras patienterna att vara uppe en gång/h. Kontroll av puls tryck saturation diures. Patienterna får dricka tunna klara drycker max 1000 ml första dygnet. Får blåsa i PEP ventil. Medicinering med Paracetamol, Rapifen vb första timmen, Ketogan sc efter detta o vb Oxycontin första dygnet. Arcoxia 1-2 dygn. B-glukoskontroll x 4 hos diabetiker. Gruppinformeras vid utskrivningen. Dietistråd. Skriftlig information. **Hemgång dagen efter vid 14.00 vilket lyckas i 95 % av fallen.** Patienterna kontaktas av vårdenhetens ssk en dag efter utskrivningen och efter 1 vecka. Uppföljning i övrigt i enlighet med SOREG. Flytande kost i 2 v därefter puré i 3 veckor o successiv övergång till vanliga mat. Rekommendation att äta många små mål. Undvika socker o fett .

Slitsproblematiken

Dr Ebrahim Aghajani Aleris redovisade Aleris Oslos erfarenhet av slitshernieringsproblematiken. I Oslo vid Aleris överviktsenhet har man sedan starten 2005 opererat 2472 patienter. Slitshernieringsfrekvensen är även i Aleris händer utan förslutning ca 10 % och man har arbetat fram en egen operationsteknik med klipsförslutning av slitsarna med ”bräckstapelklips” från Covidien. Förslutningen sänker slitshernieringsproblematiken till några få procent. Slitsförslutningen av EA o Petersens slits tar ca 3 minuter med denna teknik och man poängterade att trots att man var nöjd med resultaten så var uppföljningstiden ännu allt för kort. Man har sett hernieringsproblem trots slitsförslutning med klipsteknik. Man utför inte någon preoperativ radiologisk utredning på de patienter som inkommer med buksmärter efter LGBP utan utforskar laparoskopiskt direkt. I Lund utför man djurexperimentella test under Hedenbros ledning där man testar hur peritoneum läker samman när man syr, staplar o limmar. Resultaten från denna studien hoppas man kunna presentera under kirurgveckan i Visby. Om nu slitsförslutning visar sig vara att rekommendera kommer troligen en fortsättning av denna forskning jämföra olika typer av slitsförslutningstekniker. Det är oerhört viktigt att man inte experimenterar okontrollerat med olika förslutningstekniker. Tekniken vid exploration och reposition är mest rätlinjig om man utforskar och blåddrar tunntarmen från ileocaecalområdet och upp mot EAn. Den vanligaste hernieringen reponeras då spontant (EA herniering av common channel). När väl detta är utfört kan man utforska från GEn och ner till enteroanastomosen och klarlägga om herniering av Petersens slits föreligger. När anatomin är klarlagd sys slitsarna.

Hör o se föreläsningen. Film: <mms://www1.orebroll.se/kir/ebrahimsforelasning.wmv>

Privat och offentlig sjukvård

Mikael Ekelund som ansvarar för obesitaskirurgin i Lund redogjorde för problematiken kring varför man inte i offentlig sjukvård helt kan kopiera det privatdrivna Aleris framgångskoncept Han pekade på följande problematik som han upplevde från sin egen vardag i Skåne

1	Politikerna	Ovanan att göra nysatsningar. Man ser inte alltid till långsiktighet Bypolitik försvårar
2	Splittrad vårdorganisation	Ansvar delat mellan sjukhus o kliniker

3	Brist på kompetens	Få överviksoperationer >200 operation för acceptabel komplikationsnivå Minimum 50 op/doktor som försteoperatör Om 100 op/år tar det 4 år att utbilda en kirurg
4	Befintlig personal	Operationspersonalen kan få påtvingade arbetsuppgifter Narkos: Yrkesstolhet som måste uppmuntras Avd : Rutiner Alla ska få vara med o bestämma o utforma annars orättvist. <i>Ett exempel på hur det kan gå till inom offentliga vården redovisades. Man skulle införa rutinen att patienterna själva promenerade med sin säng in till operationsenheten. Man kan tycka detta är en ganska liten rutinförändring. Det skulle dock förankras bland alla berörda personalkategorier. Mikael E uppfattade efter det beslutsmöte han deltog på att detta skulle sjösätas och var förankrat men blev förvånad när det inte var genomfört veckan efter. När han frågade varför rutinen inte genomförts fick han till svar att man inte kunnat bestämma sig för vad patienterna skulle ha på sig på fötterna – egna morgontofflor, de blå plastskydden eller enbart strumpor. Nu fungerar rutinen utmärkt även för andra grupper av patienter t.ex. bräck o gallpatienterna, man kom efterhand till koncensus att patienterna kunde använda sina egna morgontofflor. Detta är bara ett exempel på den tröghet som finns när processbeslut skall fattas inom offentliga sjukvården.</i>
5	Ledarskapsstruktur	Barriärer mellan olika yrkeskategorier Kirurger – narkosläkare Kir narkos sköterskor Narkos läk – narkossköt Op personal – narkos
6	Få incitament	Bra arbete belönas i offentlig sjukvård ofta med ytterligare arbete

Rekommendation

Skapa tydliga strukturer

Fasta rutiner som förankras i teamet och som bara får ändras av styrgruppen

Täta resultatmätningar

Motiverad personal som alla måste vilja jobba på detta sätt

Avslutande kommentar

I december 2009 fick en grupp kirurger och anestesipersonal från USÖ / Lindesberg via Covidens försorg möjligheten att besöka Aleris överviktsenhet i Kristiansstad och vi blev redan då imponerade över deras effektiva arbetssätt vilket direkt resulterade i olika modifieringar av vårt arbetssätt och rutin. Vi kunde öka produktionen från 3 till 4 LGBP/sal under våra sk "satsningsdagar". Detta är vi förstås mycket nöjda med men är ju en ganska måttlig bedrift i ljuset av vad som ovan visats. I den tabell som visas nedan kan man se våra tider jmf med Aleris:

Medeltider i minuter

	USÖ	Aleris	Förbättringspotential
Tomt på salen	8	3	5
Op slut – pat ut från salen	8	5	3
Op slut - opstart	40	14	26
Operationstid	65	31	34

Vi kan alltså konstatera att vi är rätt duktiga på att väcka patienterna och transportera ut dem och rulla in en ny patient., men vi verkar ägna alldeles för lång tid from att patienten kommer in på salen till dess hon är sövd och klar att operera. Vi har också en hel del kvar för att korta operationstiderna ytterligare. Om slitsförslutningsstudien resulterar i att vi rutinmässigt kommer att sluta slitsarna verkar ”bräckstapeltekniken” vara mycket snabbare än sutureringsmetoden. Om stapeltekniken visar på goda långsiktiga resultat kan operationstiden bara på detta moment kortas 10 minuter. Studieresultaten får visa vad som blir gängse standard. Standardisering, teamarbete, parallellarbete o fokusering på arbetsuppgiften är honörsbegrepp på Aleris enhet i Kristiansstad detta är lättare att genomdriva i ett utvalt arbetslag som inte störs av andra arbetsuppgifter. Det är troligen en omöjlig uppgift att komma upp i samma produktionstempo i den offentliga sjukvårdens vardag, men vi kan tack vare våra kollegor i obesitasteamet i Region Skåne o i synnerhet kollegorna vid Aleris överviktsteam i Kristiansstad få tips och råd hur vi på bästa sätt kan jobba vidare. Detta möte var mycket stimulerande och jag har endast fokuserat på logistik/produktions delen av detta möte. Stort tack till Covidien

Vid pennan
Lars-Göran Larsson
ÖI kir.klin USÖ



Med på resan från USÖ var
Ingmar Näslund kirurg
Erik Stenberg kirurg
Lotta Schagerström opssk
Marie Martinsson opusk
Jessica Bergh avdssk