

# **Förbättringsprojekt inom akut kirurgi som tangerar ES-ERAS tänkande**

## **Akuta kirurgflödet, Cario S:t Görans sjukhus**

**Jonas Leo, kirurg/överläkare, flödesägare akut kirurgi sedan 2006**

**Performance support och performance aid**

## Prognos 2018 (hybrid kirurg/akutläkare):

Antal besök akuten totalt, 100 000  
 Antal besök kirurgen, 25 000

Antal inlagda kirurg (26%) 6500

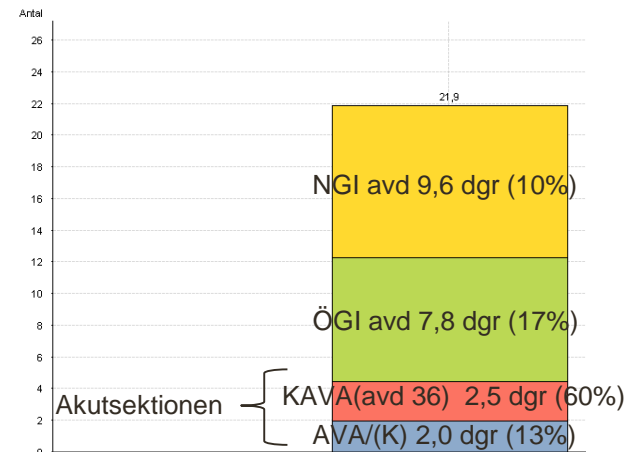
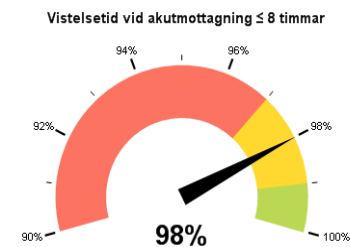
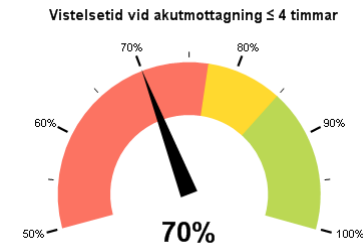
→ 18 pat/dygn\* (72+6 (helg -20%) + x platser AVA/K)

Antal akut operationer (25% av inlagda) 1600(250 alap)

Antal oplanerade returer, 30dgr (av inlagda kir) 2%

Antal satelliter (2018) 30 st

Medelvårdtid akut inlagda (andel %/sektion)\*



## 12-års kontinuerligt förbättringsarbete, flödestänkande & metodfokuserat ledarskap

Tre viktigaste arbetssätten vilket också *sannolikt* kommer underlätta ES-ERAS (fast-track) införande:

1. Tidig kirurgisk specialist- och teambedömning (performance support).
2. *Behovsbaserad rond* vilket ökat tillgängligheten med 22-28% (performance support).
3. *Differentierad schemaläggning* av kirurger på akutsektionen (performance support).

Bättre lärande, effektiv patientsäker vård och ökad tillgänglighet!

## Förutsättningarna finns att ta nästa steg enligt Best Practice:

Projekt i tre steg:

1. Test med start 1/1 2019 (Q1-Q2) att börja använda *NSQIP/SAS* på alla *akuta laparotomier* (inkl. senare konstaterad cancerkirurgi), lära teamen i hela akuta kirurgflödet *ERAS* konceptet för att se vad som kan vara lämpligt för denna kategori samt att följa upp dem med *Modifierad Clavien Dindo* (vid utskrivning samt efter 30 dagar) + *specifika ERAS data*

ad 1 Skapa en ES-ERAS grupp (inkl akutläkare)

ad 2 Skapa automatisk kvalitetsuppföljning i Qlicview

2. Lära från ES-ERAS guidelines 2019 (Q3-Q4)

3. Utifrån ERAS-lärande och resultat av samlad data (kvalitativt/ekonomiskt, under 2018) gå vidare med *intervention* i form av *ES-VERAS 2020 Q1-Q2* samt fortsatt kvalitetsuppföljning med *Modifierad Clavien Dindo* + *specifika ERAS data*

## ES-VERAS, högriskpatienter akut laparotomi

Samtliga patienter med hög risk och/eller ålder >80 år som genomgår elektiv kolorektal kirurgi ska riskskattas enligt nedan.

Protokollet läggs i journalen tillsammans med ERAS-protokollet. Skriv en daganteckning och notera "VERAS" i "Information till anestesilog" i operationsanmälan.

Patient \_\_\_\_\_ Personnummer \_\_\_\_\_

### Preop - NSQIP risk kalkylator

Kalkylatorn nås via <http://riskcalculator.facs.org/PatientInfo/PatientInfo>

Risk för allvarliga komplikationer(%) \_\_\_\_\_ Mortalitetsrisk(%) \_\_\_\_\_

### Postop - Surgical Apgar Score(SAS)

Ringa in poäng på respektive parameter

	0 poäng	1 poäng	2 poäng	3 poäng
Hjärtfrekvens	>85	76-85	66-75	56-65
Lägsta MAP	<40	40-54	55-70	>70
Blödning	>1000 ml	601-1000 ml	100-600 ml	<100 ml

\*Lägsta hjärtfrekvens <56 ger 4 poäng. Patologiska bradykardier ger 0 poäng.

Ringa in aktuell relativ risk utefter totalpoäng

	Relativ risk x 3	Relativ risk x 1.5	Relativ risk x 1	Relativ Risk x 0.5
SAS total	0-4	5-6	7-8	9-10

### Total postoperativ risk

Beräknas genom att multiplicera NSQIP risk med relativ risk utifrån SAS

Total risk för allvarliga komplikationer(%) \_\_\_\_\_ Mortalitetsrisk(%) \_\_\_\_\_

### Postop triage utifrån risk – VERAS

Om patienten har en risk för **allvarliga komplikationer som överstiger 25%** och/eller en **mortalitetsrisk som överstiger 10%** så aktiveras postop vårdprogram enligt VERAS.

### VERAS

Samtliga åtgärder gäller 72 timmar postoperativt

- Daglig teamavstämning på fm med kirurg, anestesilog, ssk, usk, sjg samt v b smärtssk
- Daglig provtagning av Na, K, Krea, Hb samt CRP
- NEWS x 6 samt daglig vikt och vätskebalans
- Särskild observans på smärtlindring, mobilisering, sekretmobilisering samt normotension med bibehållen neutral vätskebalans
- Låg tröskel till IVA-vård om patienten inte når behandlingsmålen på vårdavd.

arbetsmaterial



# Capio S:t Görans Sjukhus

[jonas.leo@capiostgoran.se](mailto:jonas.leo@capiostgoran.se)