

SKYDDANDE FAKTORER MOT ONÖDIGA KOMPLIKATIONER

LöF

—

PELLE GUSTAFSON

CHEFLÄKARE

FAILURE TO RESCUE

- Ett delvis nytt sätt att se på patientsäkerhet
- Oönskade saker händer, men de duktiga förstår detta och agerar
- Läger mer fokus på "människan än på apparaten"
- Hur långt sträcker sig en operation?

FAILURE TO RESCUE

Variation and Impact of Multiple Complications on Failure to Rescue After Inpatient Surgery

Nader N. Massarweh, MD, MPH,† Daniel A. Anaya, MD,‡ Panagiotis Koungias, MD, MSc,*†
Faisal G. Bakaeen, MD,§ Samir S. Awad, MD, MPH,*† and David H. Berger, MD, MHCM*†*

Conclusions: FTR occurs predominantly among patients who have more than 1 complication with a dose-response relationship as complications accrue. As this dose-response relationship is observed across hospitals, surgical quality improvement efforts may benefit by shifting focus to broader interventions designed to prevent subsequent complications at all hospitals.

Keywords: complications, failure to rescue, variation

(Ann Surg 2017;266:59–65)

FAILURE TO RESCUE

By Margaret E. Smith, Emily E. Wells, Christopher R. Friese, Sarah L. Krein, and Amir A. Ghaferi

DOI: 10.1377/hlthaff.2018.0704
HEALTH AFFAIRS 37,
NO. 11 (2018): 1870-1876
©2018 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, inc.

Interpersonal And Organizational Dynamics Are Key Drivers Of Failure To Rescue

Near-uniform agreement existed on two targets for improvement: delayed recognition of developing complications and poor interprofessional communication and inability to express clinical concerns. To improve perioperative outcomes, hospitals and payers should shift their attention to improving early detection and effective communication of major complications.

FAILURE TO RESCUE

Ten-year Trends in Surgical Mortality, Complications, and Failure to Rescue in Medicare Beneficiaries

Brian T. Fry, MS,† Margaret E. Smith, MD, MS,*‡ Jyothi R. Thumma, MPH,*
Amir A. Ghaferi, MD, MS,*‡ and Justin B. Dimick, MD, MPH*‡*

Conclusions: Hospitals with the largest reductions in surgical mortality achieved these improvements primarily through reducing failure to rescue rates and not by reducing serious complication rates. This suggests that hospitals aiming to reduce surgical mortality should engage in efforts focused on improving rescue.

Keywords: failure to rescue, postoperative complications, rescue, surgical mortality

(Ann Surg 2020;271:855–861)

CHECKLISTA FÖR SÄKER KIRURGI 2.0

Checklista - Förberedelse anestesi v. 2.0

Enbart "Röda Punkter" läses om ansvarig för anestesi så begär

1. Akutläkemedel och material.....Kontrollerat
 2. Identitet och journaler..... Bekräftad och kontrollerat
 3. Patientstatus.....
 4. Markering av op-område..... /ej aktuellt
 5. Monitorering, hypotermi, urinretention/KAD..... Klart och evaluerat
 6. Venaccess..... Testad och klar
 7. Antibiotika..... /ej aktuellt
 8. Intubationsbedömning..... Utförd
 9. Laryngoskop och luftvägshandtering..... Testad och klar
 10. Läkemedel för induktion..... klara/ej aktuellt
 11. Läkemedel för underhåll..... klara/ej aktuellt
 12. Kontroll och inställning av apparatur.... Utförd och programmerad
- Vid RSI gå till punkt 14!**
13. Förberedelse anestesi klar
 14. RSI - utrustning, läkemedel, handgrepp..... Förberett/ej aktuellt
 15. Förberedelse anestesi och RSI klar

Checklista - Kontroll inför op-start v. 2.0

Enbart "Röda Punkter" läses om ansvarig operatör så begär

1. Presentation av teamet.....
- Anestesisjuksköterska**
2. Presentation av patient.....
 3. Anestesiform..... utan problem/.....
 4. Antibiotika..... /ej aktuellt
 5. Smitta och allergi..... /ingen känd
- Operationssjuksköterska**
6. Utrustning och material.....
 7. Positionering och säkring av patient..... Klart/.....
 8. Sterilitet, drapering, uppdukning..... Bekräftas
- Operatör**
9. Planerad operation och sida.....
 10. Förväntade kritiska moment.....
 11. Frågor och synpunkter.....
 12. Startkontroll klar

Checklista - Avslutning v. 2.0

Operationssjuksköterska

1. Nålar, kanyler, dukar, instrument.....Kontrollerat

Anestesisjuksköterska

2. Planerad smärtbehandling.....
3. Planerad vätskebehandling.....
4. Övriga läkemedel.....

Operatör

5. Vilket ingrepp har utförts.....
6. Preparat..... /ej aktuellt
7. Trombosprofylax..... /ej aktuellt
8. Antibiotika..... /ej aktuellt
9. Drän..... /ej aktuellt
10. Urinretention.....
11. Mobilisering.....
12. Röntgenremiss..... /ej aktuellt

Alla

13. Utvärdering.....
14. Avslutning klar

DEN SKÖRA ÄLDRE PATIENTEN

Säker Bukkirurgi

Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi

Uppdaterad: 2022-08-23

Uppdateras senast: 2024-10-10

Behandlingsrekommendationer för den sköra äldre patienten vid akut laparotomi

DEN SKÖRA ÄLDRE PATIENTEN

- Sprunget ur Säker Bukkirurgi
- Samarbete kirurger, anesthesiologer, geriatriker
- Sammanställning av kända data till "bästa praxis"
- Huvuddokument + 3 bilagor
- <https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt/saker-bukkirurgi/akut-laparotomi-pa-den-skora-aldre>

DEN SKÖRA ÄLDRE PATIENTEN

Behandlingsrekommendationer (1)

På patienter 65 år eller äldre med akut insättande svår buksmärta eller buksmärta med sepsis/peritonit ska följande åtgärder vidtas:

1. Patienten bedöms av senior kirurg och anestesilog tillsammans. Skörhet bedöms med CFS
2. Vätsketerapi, antibiotikabehandling och smärtlindring ges inom 1 timme
3. Diagnos ställs med CT av buken inom 2 timmar
4. Skattning risk för postoperativ mortalitet och morbiditet ska göras före beslut om eventuell akut laparotomi

DEN SKÖRA ÄLDRE PATIENTEN

Behandlingsrekommendationer (2)

På patienter 65 år eller äldre med akut insättande svår buksmärtor eller buksmärtor med sepsis/peritonit ska följande åtgärder vidtas:

5. Beslut baseras på samsjuklighet, skörhet, diagnos och skattad mortalitets- och morbiditetsrisk, och fattas i samråd mellan senior kirurg, senior anestesilog och (om möjligt) geriatriker, samt i dialog med patient och/eller närstående och i lugnast möjliga miljö.
6. Akut laparotomi ska ske skyndsamt med anesthesi som är avpassad till patientens fysiologi och med hög intraoperativ närvaro av senior kirurgisk och senior anesthesiologisk kompetens.
7. Alla patienter ska postoperativt vårdas med förhöjd övervakningsnivå kategori III eller IV (enligt nedan).
8. Bedömning av patient på vårdavdelning ska ske av kirurg och anestesilog. Alla patienter bör bedömas av ett team med geriatrisk inriktning inom 72 timmar och vård baserad på Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ska eftersträvas.

MER INFORMATION:

<https://lof.se/patientsakerhet/vara-projekt>