

Blok 1:

Det perioperative forløb

Moderator: Frank Schmidt

Vælg Klogt anæstestilsyn: hvornår giver tilsyn værdi?

Cheflæge Bjarne Skjødt Hjaltalin

Patientoplevelsen – What Matters To You The Day of Surgery?

Klinisk sygeplejespecialist Lone Dragnes Brix

Patienter med komplekse behov på dagen

Ledende oversygeplejerske Morith Østerø Grøne

VÆLG KLOGT ANÆSTESITILSYN

Pre-operative Assessment





Bjarne Skjødt Hjaltalin

Cheflæge
Dagkirurgisk afdeling
Hvidovre Hospital



Hvorfor tale om anæstesitilsyn?

Variation i praksis

- Stor forskel på hvem der ses
- Stor forskel på hvordan tilsyn udføres

Mange tilsyn har lav værdi

- Ændrer sjældent anæstesiplan
- Ofte rutine frem for indikation

Konsekvenser

- Ressourceforbrug
- Flaskehalse i operationsflow
- Mindre fokus på højrisikopatienter

Det handler
ikke om at
spare

“Vælg Klogt” ≠ spareøvelse

Overforbrug

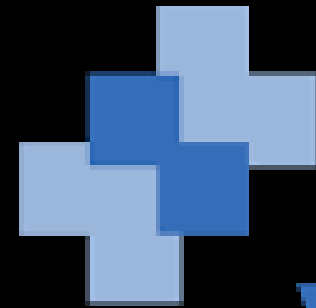
- Falsk tryghed
- Unødige fund → ekstra udredning
- Risiko for overbehandling

Mål

- Bedre prioritering
- Samme – eller højere – patientsikkerhed

Anbefaling:

Undgå anæstesitilsyn
ved fysisk fremmøde før
lavrisiko operationer,
når det ikke er
nødvendigt.



**VÆLG
KLOGT**

Tre centrale spørgsmål

- Hvem skal ses?
- Hvordan skal de ses?
- Hvordan dokumenterer vi det korrekt?

Hvem skal til anæsthesitilsyn?

- **Risikostratificering er afgørende**
- **Lav risiko**
- ASA I–II
- Ingen væsentlig komorbiditet
- Standard kirurgi

Høj risiko

- ASA III–IV
- Multimorbiditet
- Forventet vanskelig luftvej
- Lokale forhold

Faldgrube

- Overtriagering (“for en sikkerheds skyld”)

Kriterier for opskrivning og præsamtale i Dagkirurgisk afdeling



- Alder \geq 2 år
- ASA 1-2, ASA 3 efter aftale
- Vægt < 130 kg



- Voksen person til stede 1 døgn efter operationen.
- Skal kunne ringe efter hjælp



- Forstå dansk (eller have fremmøde-tolk) Disse skal ses til præ



- Skal kunne klare sig selv
- Kognitivt velfungerende (ikke dement eller alvorligt psykisk syg)



- Selv sørge for transport og afhentning efter operation



- Isolationspatienter kun efter aftale (skal være screenet)
- **Diabetespatienter skal være nr. 1. (eller 2) på programmet**

Egnet til dagkirurgi?	ASA score	Tidsgrænse- AOP og paraklinik	Skal ses til præsamtale?
Ja	ASA 1 <i>Rask patient.</i> ASA 2 <i>Patient med mild systemisk sygdom, uden funktionsindskrænkning.</i>	6 måneder <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Paraklinik kun på indikation </div>	Skal som udgangspunkt ikke ses til præsamtale, med mindre: <ul style="list-style-type: none"> - Patienten ønsker samtale med anæstesilæge - Problemer ved tidligere anæstesi - Anderledes fysiognomi af mund og hals, potentielle vanskeligheder ved luftvejshåndtering Alle børn under 16 år skal ses
Måske	ASA 3 <i>Alvorlig systemisk sygdom, nedsat funktionsniveau, eksempelvis:</i> <ul style="list-style-type: none"> - Dysreguleret hypertension, DM, KOL mm. - Ekstrem fedme (BMI > 40) - Alkoholafhængighed, misbrug, aktiv hepatitis - Symptomatisk iskæmisk hjertesygdom - Svær klapsdysfunktion, moderat-svært nedsat EF, implanteret pacemaker, PCI-behandling (stent) (ældre end 3 måneder) - TCI, cerebralt insult (ældre end 3 måneder) - Trombolyse på cerebrale kar (ældre end 3 måneder) - Neurologisk sygdom: dysreguleret epilepsi, Parkinson mm. 	1 måned <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Paraklinik Hb, EKG, Na, Kalium og kreatinin </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> Diabetes max 3 måneder gamle: Hb, Na, K, kreatinin, eGFR, HbA1C samt evt. EKG </div>	Kan henvises til kirurgi <i>forudsat</i> sygdommen er velbehandlet og stabil. (eller at operationen kan foretages i nerveblokada). SKAL ses til præsamtale (fraset gentagne anæstesier)

Patienter der skal opereres i rent overekstremitetsblok behøver ikke gå til præsamtale hvis de er informeret om bloket.

Praktisk info om præsamtale: Dagkirurgisk Afdeling uden tidsbestilling. Mandag, tirsdag, onsdag, fredag: 08.30–14.45. Torsdag: 09.30–12.00 og 13.00–14.45.

Øvrige patienter møder på operationsdagen og taler med anæstesilægen

Se i øvrigt VIP:

Præoperativt, -vurdering, prøver og patientinformation inden anæstesi (voksne og børn).
 Anæstesi og diabetes mellitus – faste og perioperativ behandling hos voksne (operationspatienter).

Hvordan skal patienten tilses?

- Fysisk fremmøde
- Telefon
- Video
- Spørgeskema + selektiv opfølgning
- Skærm

Princip: Match kompleksitet med format

Hvordan dokumenterer vi korrekt?

Krav fra Journalføringsbekendtgørelsen

- Informeret samtykke
- Mundtlig og skriftlig information
- Dokumentation i patientjournal

Udfordring

- Risiko for defensiv praksis → alle ses fysisk

Løsning

- Standardiseret patientinformation
- Dokumenteret telefon/video/skærm-tilsyn
- EPJ-skabeloner

Ansvar og sikkerhedsnet

Ansvar

- Ligger hos anæstesi-lægen
- **Fail-safes / sikkerhedsnet**
- “Red flags” → automatisk opgradering
- Lav tærskel for fysisk tilsyn
- Patient kan kontakte afdelingen
- Kirurg/anæstesi kan altid eskalere

Selektiv tilgang kræver stærke sikkerhedsnet, ikke svagere

Se de rigtige patienter –
på den rigtige måde

Hvad mister vi så?

Og er det så simpelt?



IAAS Tiered Classification by Escalation Capacity

To make structural differences explicit—and comparable—ambulatory surgery facilities are classified by backup and resources, independent of ownership or payment model.

- Level 1A: Comprehensive HOPD. On-site ED, ICU, IR and blood bank; full surgical cover; immediate conversion/escalation on the same campus. Appropriate for a wide range of surgical procedures where same-day discharge remains clinically feasible [1].
- Level 1B: HOPD co-located on or near a hospital campus, with rapid access to diagnostics and assured ICU/blood access (on- or near-site), but not the full 1A spectrum. Suitable for moderate risk procedures with drilled escalation [6].
- Level 2: ASCs. Standalone day-case centre with full anaesthesia and recovery, no overnight, no on-site ICU, but a designated hospital backup and transfer protocols with defined response times; designed for lean, standardised care across common specialties [5].
- Level 3: OBS. One/few theatres, monitored anaesthesia/sedation and general anaesthesia along with recovery on-site, but no ICU/IR/blood bank; Stabilise-and-transfer philosophy for adverse events. Counts as ambulatory surgery only where monitored anaesthesia and recovery are provided with same-day discharge. Simple local-infiltration clinic work is outpatient care, not ambulatory surgery. Like ASCs, OBS may comply to all legal and regulatory requirements for ambulatory surgery.

