**Taflen Wybodaeth i Gyfranogwyr – Canfyddiadau Clinigwyr**

## 2il Brosiect Anesthesia Cenedlaethol Sprint (SNAP-2): Epidemioleg darpariaeth Gofal Critigol ar ôl Llawdriniaeth (EpiCCS)

Astudiaethau ‘cipolwg’ i werthuso gweithgarwch clinigol a chanlyniadau claf-ganolog, sy’n bwysig ac yn berthnasol i gleifion ac anesthetyddion, yw Prosiectau Anesthesia Cenedlaethol Sprint (SNAPs). Gwerthusiad deuddydd o ganlyniadau adroddedig cleifion ar ôl anesthesia oedd SNAP-1, a gynhaliwyd ym mis Mai 2014, a chymerodd mwy na 95% o ysbytai GIG ym mhob un o 4 gwlad ddatganoledig y DU ran yn yr astudiaeth honno.

Rydyn ni nawr yn cynnal ail astudiaeth ymchwil SNAP (SNAP-2: EpiCCS), sef astudiaeth arsylwi ar gohort yn edrych ar Ofal Critigol ôl-driniaethol mewn ysbytai ledled y DU, ac fe hoffem ni eich gwahodd chi i gymryd rhan. A fyddech cystal â chymryd amser i ddarllen y wybodaeth a ganlyn yn ofalus. Os yw unrhyw beth yn aneglur neu os hoffech chi gael rhagor o wybodaeth, yna cysylltwch â’r Ymchwilwyr Arweiniol Lleol (mae’r manylion i’w gweld ar waelod y daflen wybodaeth hon).

### Beth yw diben yr astudiaeth?

Mae cymhlethdodau ar ôl llawdriniaeth, fel cyfog a chwydu ar ôl llawdriniaeth, heintiau a marwolaeth, yn gallu amrywio o ran pa mor aml y maen nhw’n digwydd ac o ran pa mor ddifrifol ydyn nhw. Mae wedi’i awgrymu mai un ffordd i leihau cymhlethdodau yw derbyn cleifion i Ofal Critigol ar ôl llawdriniaeth, i gael cymorth nyrsio mwy dwys, neu ymyraethau uwch, ac ati. Fodd bynnag, er gwaethaf argymhellion a chanllawiau cenedlaethol, rydyn ni’n gwybod bod pa gleifion sy’n derbyn gofal mewn gwely Gofal Critigol yn amrywio mewn gwahanol sefydliadau a gwledydd. Rydyn ni’n cynnal yr astudiaeth hon i geisio cael gwybod beth yw rhai o’r rhesymau dros y darganfyddiadau hyn. Rydyn ni hefyd yn gobeithio cael gwybod a yw Gofal Critigol ar ôl llawdriniaeth o fudd o ran effeithio ar afiachusrwydd a marwolaeth ar ôl llawdriniaeth. Mae hyn yn arbennig o bwysig gan nad yw’r trothwyon ar gyfer derbyn cleifion i wely gofal critigol yn eglur o’r dystiolaeth, ac nid yw’r farn yn gyson rhwng clinigwyr neu ysbytai.

### Pam ydych chi wedi fy ngwahodd i?

Mae rhan o’n hastudiaeth yn edrych ar resymau pam nad yw rhai cleifion risg-uchel o bosibl yn cael eu derbyn i wely Gofal Critigol yn syth ar ôl llawdriniaeth. Mae gennym ni ddiddordeb felly mewn gweld sut mae clinigwyr (anesthetyddion, llawfeddygon a dwysegwyr) yn penderfynu lle dylai cleifion fynd i gael gofal ar ôl llawdriniaeth.

### Ydw i’n gorfod cymryd rhan?

O’ch gwirfodd y byddech chi’n cwblhau’r holiadur, ac mae hi i fyny i chi benderfynu a ydych chi am wneud hynny ai peidio. Rydych chi’n rhydd i dynnu yn ôl unrhyw amser. Os byddwch chi’n dewis peidio â chymryd rhan neu’n tynnu yn ôl o gymryd rhan, fe fyddwn ni’n gofyn ichi roi rheswm pam, fel ein bod ni’n gallu egluro’n well pam fod pobl yn tynnu yn ôl pan fyddwn ni’n dadansoddi’r data.

### Beth fydd yn rhaid i mi ei wneud?

Fe fyddwn ni’n gofyn ichi gwblhau’r holiadur byr ar dudalen 3. Dim ond unwaith y bydd yn rhaid ichi gwblhau’r holiadur hwn yn ystod wythnos astudiaeth SNAP-2. Trwy gwblhau’r holiadur hwn, fe fyddwch chi’n caniatáu inni gadw’r wybodaeth y byddwch chi’n ei darparu, a’i dadansoddi ar gyfer ein hastudiaeth.

### Beth yw anfanteision a risgiau posibl cymryd rhan?

Nid oes yna unrhyw anfanteision neu risgiau mawr i gymryd rhan. Fe ddylai fod yn eithaf rhwydd llenwi’r holiadur, ac nid yw’n cymryd llawer o amser. Fe hoffem ni eich sicrhau y byddwn ni’n defnyddio’ch ymatebion yn gyfrinachol, heb risg o fynd i gyfraith neu ddial. Bydd yr holl ddata yn ddienw felly ni fydd unrhyw risg y byddwch chi’n cael eich adnabod ohonyn nhw.

### Beth yw manteision posibl cymryd rhan?

Ni allwn ni addo y bydd yr astudiaeth yn eich helpu chi’n uniongyrchol wrth ofalu am eich cleifion ond rydyn ni’n gobeithio y bydd y wybodaeth y byddwch chi’n ei darparu’n helpu i wella ansawdd y gofal clinigol a roddir yn y dyfodol. Fe fyddwch chi’n gallu cael adborth ar ddarganfyddiadau’r astudiaeth trwy wefan SNAP-2 (gwelwch y manylion isod).

### A fydd y ffaith fy mod i’n cymryd rhan yn yr astudiaeth yn cael ei chadw’n gyfrinachol?

Bydd. Fe fydd yr astudiaeth yn glynu at weithdrefnau llywodraethu gwybodaeth a chyfrinachedd pendant. Fe fydd y wybodaeth y byddwch chi’n ei darparu’n ddienw ar gyfer y dadansoddiad.

### Beth fydd yn digwydd i’r atebion a roddir yn yr holiaduron?

Fe fydd yr Ymchwilydd Arweiniol Lleol yn trosglwyddo’ch ymatebion o’r holiaduron papur i gronfa ddata gyfrifiadurol. Bydd ymchwilwyr yn y Ganolfan Ymchwil Gwasanaethau Iechyd (Health Services Research Centre) ac yn yr Ysbyty Coleg Prifysgol (University College Hospital) yn Llundain yn mynd ati i ddadansoddi’r data. Caiff eich gwybodaeth ei chadw’n ddiogel am 10 mlynedd er mwyn astudio canlyniadau tymor hir yn fanwl gywir.

### Beth fydd yn digwydd i ganlyniadau’r astudiaeth?

Caiff y canlyniadau o’r astudiaeth eu cyhoeddi mewn llawysgrifau gwyddonol ar wefan SNAP-2. Ni fyddan nhw’n cynnwys unrhyw gyfeiriadau a fyddai’n ei gwneud hi’n bosibl eich cysylltu’n bersonol â’r astudiaeth.

### Pwy sy’n trefnu ac yn ariannu’r astudiaeth?

Mae’r astudiaeth yn cael ei hariannu gan y Sefydliad Cenedlaethol Anesthesia Academaidd (National Institute of Academic Anaesthesia – NIAA), Cymdeithas Anesthetyddion Prydain Fawr ac Iwerddon (Association of Anaesthetists of Great Britain & Ireland), Canolfan Ymchwil Gwasanaethau Iechyd (Health Services Research Centre – HSRC) yr NIAA a Choleg Brenhinol yr Anesthetyddion (Royal College of Anaesthetists). HSRC yr NIAA sy’n ei arwain.

### Pwy sydd wedi adolygu’r astudiaeth?

Mae’r astudiaeth wedi’i hadolygu a’i chymeradwyo gan Bwyllgor Moeseg Ymchwil South Central - Berkshire B (cyfeirnod REC: 16/SC/0349) ar ran yr Awdurdod Ymchwil Iechyd (Health Research Authority).

### Gwybodaeth bellach a manylion cyswllt

Gwefan: <http://www.niaa.org.uk/SNAPs>

Cyfeiriad e-bost yr astudiaeth: [snap2@rcoa.ac.uk](mailto:snap2@rcoa.ac.uk)

Enw a manylion cyswllt yr arweinydd lleol:

# Clinician Perceptions to risk stratification and postoperative care

We are surveying anaesthetists, surgeons and intensivists to explore their approaches to risk stratification and decision-making surrounding postoperative care.

**This should only be completed once by each clinician during the week of the study.**

## About You

1.1. What is your specialty? (tick all that apply) ☐Anaesthetist ☐Surgeon ☐Intensivist

1.1a. If you are a surgeon or anaesthetist, which of the following best describes your primary workload (you may select more than one)?

☐Cardiothoracic surgery ☐General surgery (including GI surgery and breast surgery)

☐Neurosurgery ☐Oral and maxillofacial surgery

☐Otolaryngology ☐Plastic or reconstructive surgery

☐Trauma and Orthopaedics ☐Urology

☐Vascular surgery

1.2. What is your grade? ☐ Consultant ☐ Staff & Associate specialist

☐ ST3-7 trainee or Trust grade equivalent

☐ Core/Foundation trainee or Trust grade equivalent

1.3. Date of completion of questionnaire: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

1.4. How many years have you been qualified as a doctor? \_\_\_\_\_\_\_

## About your views on risk prediction and Critical Care

2.1. What predicted risk of 30-day mortality would you set as a minimum threshold for admitting patients to critical care immediately after surgery? ( i.e. if the predicted risk was above this level you would seek a planned critical care admission )

☐<1% ☐1-2.5% ☐2.6-5% ☐5.1-10% ☐10.1-50% ☐>50%

2.2. What risk of 30-day mortality would you consider to be “high-risk” for a patient undergoing surgery?

Please indicate a value between 0 and 100%: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2.3. In general, do you feel that there is enough critical care bed capacity at your institution for postoperative patients that need it?

☐Y ☐N ☐Not sure

Please elaborate if you would like to contribute a free text response to this question:

2.4. D**o you think that high-risk patients admitted for critical care postoperatively generally have better outcomes than if they were admitted onto a general surgical ward?**

☐Y ☐N ☐Not sure

Please elaborate if you would like to contribute a free text response to this question:

**2.5. Would you proceed with surgery for a high-risk patient if you knew there was no critical care capacity on the day of surgery?**

☐Y ☐N ☐Depends

Please elaborate if you would like to contribute a free text response to this question:

**2.6. Do pathways exist within your institution for certain operations mandating that patients be admitted to critical care postoperatively?**

☐Y ☐N ☐Not sure

2.7. Are there specific types of surgery where you feel critical care admission should be a standard of care (e.g. elective vs. emergency surgery, open laparotomy vs laparoscopic surgery)? Please respond with free text:

2.9. What do you feel is the benefit of critical care in postoperative surgical care**? Rank** the following from **1** (most important) to **6** (least important), if there is no response for “other” please answer that as **6** (least important):

☐Increased monitoring ☐Higher nurse:patient ratio

☐Ability to deliver complex therapies ☐Higher doctor:patient ratio

☐Consultant Intensivist input ☐Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## Risk stratification

***How frequently do you use the following risk stratification tools in your perioperative practice?***

(Please circle **0** to **4**, where: **0** = Never, **1** = Occasionally, **2** = Usually and **3** = Always)

### **1. American Society of Anaesthesiologists Physical Status (ASA-PS)** Never 0 1 2 3 always

### **2. Charlson Comorbidity Index** Never 0 1 2 3 always

### **3. Revised Cardiac Risk Index (RCRI)** Never 0 1 2 3 always

### **4. Surgical Risk Scale (SRS)** Never 0 1 2 3 always

### **5. POSSUM and/or associated derivatives[[1]](#footnote-2)** Never 0 1 2 3 always

### **6. Surgical Outcome Risk Tool (SORT)** Never 0 1 2 3 always

### **7. Cardiopulmonary exercise testing (CPET)** Never 0 1 2 3 always

### **8. EuroSCORE** Never 0 1 2 3 always

### **9. Duke Activity Status Index or other Metabolic Equivalents (MET) Scoring system** Never 0 1 2 3 always

### **10. New York Heart Association Functional Classification** Never 0 1 2 3 always

### **11. Acute Physiology & Chronic Health Evaluation II (APACHE-II)** Never 0 1 2 3 always

### **12. Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)** Never 0 1 2 3 always

1. Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and Morbidity, including p-POSSUM, v-POSSUM, etc. [↑](#footnote-ref-2)