

Samenvoeging perioperatieve richtlijnen ten behoeve van nieuwe Richtlijn Het Perioperatieve Traject:

- **Richtlijn Het Preoperatieve Traject 2010**
- **Richtlijn Het Perioperatieve Traject 2011**
- **Richtlijn Het Postoperatieve Traject 2013**

Inhoudsopgave

I.	Inleiding	4
	Vraagstellingen	4
	Doel	4
	Afbakening.....	5
II.	Verantwoordelijkheden van de instelling	6
III.	Organisatie van zorg (per- en postoperatief traject)	7
	Identificatie patiënt (peroperatief)	7
	Identificatie patiënt (postoperatief).....	7
	Overdracht van informatie	8
	Gebruik van checklists	8
	Perioperatief dossier	9
	Procesbewaking.....	9
	Informatie aan de patiënt	10
	Specifieke omstandigheden (taakverschuiving).....	10
IV.	Medicatie.....	13
	Afspraken preoperatief traject.....	13
	Coördinatie medicatie (per- en postoperatief traject).....	14
V.	Apparatuur en materialen (per- en postoperatief traject)	16
	Achtergrond.....	16
	Samenvatting van de literatuur	17
VI.	Infectiepreventie (per- en postoperatief traject).....	19
	Achtergrond.....	19
	Samenvatting van de literatuur.....	19

OK-reglement (peroperatief traject)	20
Luchtbeheersplan (peroperatief traject).....	20
Besmetting met Hepatitis B of MRSA (peroperatief traject)	21
Het perioperatieve traject in stappen	23
Routing en stopmomenten	24
Stap 1. Spreekuur operateur	26
a. Operateur neemt kennis van informatie van verwijzer (operateur verantwoordelijk	26
voor invoer in dossier).....	26
b. Informatie vast te leggen door operateur in dossier	26
c. Informatie van operateur naar patiënt.....	26
d. Informatie van geconsulteerd specialist aan operateur	26
e. Informed consent chirurgische behandeling.....	26
f. Informatie van operateur naar verwijzer	26
Stap 2. Preoperatief anesthesiologisch onderzoek en verpleegkundige intake	27
2.1 Preoperatief anesthesiologisch onderzoek.....	27
a. Anesthesioloog neemt kennis van het dossier.....	27
c. Informatie van anesthesioloog naar patiënt	27
d. Informatie van geconsulteerd specialist aan anesthesioloog	27
e. Informed consent voor anesthesiologische behandeling	27
f. Informatie van anesthesioloog naar operateur	27
2.2 Verpleegkundige intake.....	27
a. Verpleegkundige neemt kennis van het dossier	27
b. Informatie vast te leggen door verpleegkundige in dossier.....	27
STOPMOMENT I (veiligheid).....	28
Stap 3. Planning	29
a. De planningsmedewerker neemt kennis van het dossier	29
b. Informatie vast te leggen door planningsmedewerker in het medisch dossier.....	29
c. Informatie van planning naar patiënt, huisarts, operateur, anesthesioloog, OK en	29
afdeling	29
STOPMOMENT II (planning en organisatie)	29
Stap 4. Opname	30
4.1 Voor de operatie:	30
Vorbereiding voor de operatie:.....	30
a. Operatieassistent en anesthesiemedewerker nemen kennis van het dossier.....	30
b. Informatie vast te leggen door operatieassistent in het dossier	30
4.2 Na opname (bij voorkeur op afdeling maar in ieder geval vóór stopmoment IV(a)).....	30

a. Operateur (of gedelegeerde) en verpleegkundige nemen kennis van het dossier	30
b. Medische informatie vast te leggen in dossier	30
c. Verpleegkundige informatie vast te leggen in dossier	30
STOPMOMENT III (organisatie en patiëntveiligheid):	31
Stap 5. Voorbereiding operatie (preoperatief)/ Aankomst OK-complex (peroperatief)	31
5.1 De patiënt wordt besteld	31
5.2 Patiënt komt aan op het OK-complex (peroperatief traject)	31
5.3 Pre-time-out.	31
STOPMOMENT IVa: pre time out op de holding (veiligheid):	32
Overdracht van holding naar OK	32
Stap 6. Aankomst operatiekamer	33
6.1 Op operatiekamer voor de start van de anesthesie (of indien 5.3 van toepassing:	33
voor de incisie):	33
STOPMOMENT IV: time-out (patiëntveiligheid):	34
Stap 7. Operatie	35
7.1 Start anesthesie	35
7.2 Operatie	35
Stap 8. Sluiten wond en uitleiding	37
STOPMOMENT V: sign out voor verlaten operatiekamer	37
Stap 9. Patiënt verlaat operatiekamer	38
9.1 Operatieverslag	38
Stap 10. Verkoeverafdeling (verkoeverkamer/PACU/MC/IC)	39
10.1 Randvoorwaarden verkoever	39
10.2 Aankomst op de verkoeverafdeling (verkoeverkamer/MC/IC)	39
10.3 Overdracht OK-verkoeverafdeling	40
10.4 Ontslag van de verkoeverkamer	41
STOPMOMENT VI: ontslag verkoeverafdeling.	41
10.5 Transport naar verpleegafdeling na overdracht	43
Stap 11. Verpleegafdeling	44
Stap 12. Ontslag uit het ziekenhuis	45
STOPMOMENT VII: ontslag uit het ziekenhuis.	46

N.B. De volgende onderdelen uit de losse richtlijnen ontbreken in dit document: colofon, werkgroepsamenstelling, werkwijze, algemene inleiding, samenvatting, implementatieplan, indicatoren, definities, afkortingen, literatuurlijst en bijlages.

I. Inleiding

In onderstaande hoofdstukken zijn drie richtlijnen samengevoegd, dit is een concept product ten behoeve van de ontwikkeling van een nieuwe gecombineerde richtlijn: Het Perioperatief Traject. Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS peroperatief; GROEN postoperatief)

Vraagstellingen

De richtlijnen Preoperatief/Peroperatief/Postoperatief Traject wordt geacht in essentie antwoord te geven op dezelfde volgende vragen:

- a. Wat dient in het pre/per/postoperatief traject geregeld te worden en waarom?
- b. Welke informatie moet pre/per/postoperatief uitgevraagd en/of gedeeld en vastgelegd worden om de veiligheid van de patiënt perioperatief te bewaken/vergroten?
- c. Wie is waarvoor verantwoordelijk?

In het per- en postoperatieve traject wordt er wordt expliciet aandacht besteed aan twee extra vragen:

- d. welke eisen kunnen worden gesteld aan gebruik van apparatuur en aan infectiepreventie en luchtbeheersing?
- e. hoe kan de medicatieveiligheid worden gewaarborgd?

De richtlijnen hebben betrekking op alle patiënten die in Nederland geopereerd worden, behalve wanneer het spoedeisende karakter van de ingreep zodanig is dat het volgen van de richtlijn niet verantwoord is. Als in de richtlijn gesproken wordt over ziekenhuizen of instellingen, worden daarmee ook zelfstandige behandelcentra en privéklinieken bedoeld.

Door de WHO (World Health Organization) wordt een operatie als volgt gedefinieerd: *“any intervention occurring in a hospital operating theatre involving the incision, excision, manipulation, or suturing of tissue, and that usually requires regional or general anaesthesia or profound sedation to control pain” (Weiser 2008).*

Doel

Deze richtlijn heeft betrekking op de informatie-uitwisseling en de samenwerking tussen - en op de verantwoordelijkheden van - de verschillende zorgverleners tijdens het perioperatieve traject. Bij het perioperatieve proces zijn veel partijen betrokken. De patiënt die dit traject doorloopt staat centraal. Bij het perioperatieve traject zijn in ieder geval betrokken de operateur, de anesthesioloog, anesthesie- en OK-medewerkers, en het personeel van verkoeverafdelingen, intensive care en verpleegafdelingen. In specifieke gevallen zijn ook andere zorgverleners betrokken. Dit maakt het des te belangrijker dat er een systeem bestaat waarin informatie eenduidig en betrouwbaar wordt verzameld, geregistreerd en uitgewisseld. In de richtlijn staat beschreven welke informatie minimaal noodzakelijk is om het traject veilig te kunnen doorlopen. In de regel zal deze informatie ook nu al verzameld worden. De bedoeling van deze richtlijn is niet dat de gegevens in de verschillende fasen steeds opnieuw worden geregistreerd, maar dat de vastgelegde informatie uiteindelijk eenduidig en op één plaats beschikbaar is voor alle betrokken zorgverleners en dat de patiënt adequaat geïnformeerd wordt. Reeds ingevoerde informatie dient steeds aangevuld te worden en dient op juistheid gecontroleerd te worden. De richtlijn beoogt daarmee bij te dragen aan één perioperatief

dossier dat door de verschillende zorgverleners wordt opgebouwd, in plaats van afzonderlijke dossiers waarin informatie dubbel of niet eenduidig wordt vastgelegd. Zorginstellingen worden daarom opgeroepen om te faciliteren dat op basis van deze richtlijn één perioperatief, voor iedere betrokkene toegankelijk, dossier per patiënt wordt ingevoerd, al dan niet elektronisch.

Afbakening

De richtlijn heeft betrekking op de patiënt die een chirurgische procedure moet ondergaan. Indien er specifieke omstandigheden zijn waardoor de richtlijn niet kan worden gevolgd, wordt dat door de verantwoordelijke zorgverlener gemotiveerd vastgelegd in het dossier. De richtlijn beslaat alle patiëntengroepen en aandoeningen. Bij kinderen worden mogelijk andere routes gevolgd bijvoorbeeld aangaande het geven van informatie en het verkrijgen van informed consent. Voor specifieke informatie met betrekking tot operaties bij kinderen, zie het VMS-thema – “Veilige zorg voor zieke Kinderen”(2011) en de door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde ontwikkelde “Normen chirurgische behandelingen 3.0” onderdeel “Kinderchirurgie” (2012). Instellingen en beroepsverenigingen kunnen de invulling voor verschillende patiëntenstromen duidelijk beschrijven in specifieke werkwijzen en richtlijnen, hetgeen de implementatie van de richtlijn ten goede zal komen.

Voor deze richtlijn wordt het preoperatieve traject gedefinieerd als het traject vanaf het spreekuur bij de operateur tot aan de start van de inleiding van de anesthesie op de operatiekamer.

Voor deze richtlijn wordt het peroperatieve traject gedefinieerd als het traject vanaf binnenkomst op het OK-complex tot aan het verlaten van de operatiekamer. Op deze manier wordt aangesloten bij het traject dat in het tweede TOP-rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg beschreven wordt. De consequentie hiervan is dat deze richtlijn een overlap kent met de richtlijn Preoperatief Traject, die het proces beschrijft tot en met de time-out op de operatiekamer. Deze time-out is al in de preoperatieve richtlijn opgenomen omdat dat als een essentieel veiligheidselement werd gezien dat op korte termijn geïmplementeerd diende te worden.

Voor deze richtlijn wordt het postoperatieve traject gedefinieerd als het traject vanaf het verlaten van de operatiekamer tot aan ontslag van de verpleegafdeling. Deze afbakening komt overeen met het traject dat in het TOP3-rapport van de Inspectie voor de Gezondheidszorg beschrijft. De richtlijn sluit hiermee precies aan op de richtlijn Pre- en Peroperatief Traject, die het proces beschrijven tot aan het verlaten van de OK. De drie delen zijn op elkaar afgestemd.

II. Verantwoordelijkheden van de instelling

De richtlijn benoemt wat de instelling moet organiseren om de professioneel inhoudelijke verantwoordelijkheid én de instellingsverantwoordelijkheid voor verantwoorde zorg waar te kunnen maken. De richtlijn zegt niet hoe de instelling dit moet organiseren.

De instelling:

- is voorwaardenscheppend ten aanzien van de beschikbaarheid en uitwisseling van externe en interne informatie (maatschappelijke verantwoording);
- heeft de informatie van de perioperatieve patiënt beschikbaar en toegankelijk (beveiligd) voor medewerkers die bij de behandeling van de patiënt betrokken zijn (kwaliteit en veiligheid);
- heeft de patiënt betrokken bij de te verwerven en reeds verzamelde informatie (patient empowerment);
- kan te allen tijde aangeven waar de patiënt zich bevindt in het perioperatieve proces (track & trace) in verband met coördinatie en continuïteit (kwaliteit en veiligheid);
- waarborgt dat de voortgang in het proces systematisch gecontroleerd wordt en dat afwijkingen worden gesignaleerd aan de betrokken zorgverlener of aan de patiënt;
- draagt zorg voor een klimaat waarin het mogelijk is veilig incidenten te melden volgens de door het ziekenhuis gebruikte meldmethode (VIM, FONA, MIP), waardoor het maken van fouten geanalyseerd en beperkt kan worden;
- heeft in de controlefunctie centrale stopmomenten georganiseerd (veiligheid);
- heeft de integrale informatie en voorlichting gestroomlijnd (effectiviteit);
- heeft op geaggregeerd niveau een controlefunctie georganiseerd in verband met monitoring en sturing (managementinformatie voor verbetering van kwaliteit en veiligheid: meten, weten, verbeteren);
- is verantwoordelijk voor beheer en onderhoud van apparatuur en voor scholing van de gebruikers.

Aanbeveling

Elk ziekenhuis dient te beschrijven bij wie de verantwoordelijkheden met betrekking tot de veiligheid van het perioperatieve proces in de organisatie zijn belegd.

III. Organisatie van zorg (per- en postoperatief traject)

(Organisatie van zorg is niet beschreven in de richtlijn het preoperatief traject, wat hier organisatie heet is onder het hoofdstuk verantwoordelijkheden van de instelling geplaatst)

Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS peroperatief; GROEN postoperatief)

Voor de ontwikkeling van de SURPASS-checklist heeft De Vries et al. (2009) bij 171 operaties geobserveerd hoe vaak afgeweken werd van de optimale werkwijze in het pre-, per- en postoperatieve deel van het traject. Van alle afwijkingen betrof 20% het postoperatieve deel van het traject. Gedacht moet worden aan ontbreken van informatie, onvoldoende (vastleggen van) postoperatieve instructies, ontbreken van ontslagbrief of controleafspraak en onvolkomenheden rondom de ontslagmedicatie.

Identificatie patiënt (peroperatief)

Op een aantal momenten in het proces is het belangrijk dat de identiteit van de patiënt wordt gecontroleerd om verwisselingen te voorkomen. Clarke (2007) beschrijft 427 gevallen van (bijna-) verwisselingen. De belangrijkste oorzaken waren positionering, anesthesiologische interventies voor de time-out, niet controleren van consent of markering en het niet uitvoeren van een goede time-outprocedure. Een time-outprocedure bleek niet alle gevallen van verwisseling te voorkomen. De belangrijkste bijdragen aan het voorkómen van verwisselingen leverden de patiënt zelf, de verpleegkundige en het controleren van het consent. Clarke concludeert dat controles op verschillende momenten voor de operatie plaats moeten vinden.

Op deze momenten dient identificatie altijd plaats te vinden aan de hand van twee van de drie kenmerken: geboortenaam, geboortedatum en patiëntnummer. Er vindt een identificatie plaats aan de hand van drie onafhankelijke bronnen: (wakkere) patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, het EPD/de status en het(de) identiteitsbandje(s). Deze identificatie vindt in ieder geval plaats bij aankomst op het OK-complex en bij aankomst op de operatiekamer. Deze werkwijze is gebaseerd op de VMS-praktijkids 'Verwisseling van en bij patiënten' (VMS Veiligheidsprogramma 2009).

Aanbeveling

Identificatie van de patiënt dient plaats te vinden aan de hand van minimaal twee van de drie kenmerken (naam, geboortedatum, patiëntnummer). Er vindt een identificatie plaats aan de hand van drie onafhankelijke bronnen: (wakkere) patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, het EPD/de status en het(de) identiteitsbandje(s).

Identificatie patiënt (postoperatief)

Hoewel de meeste aandacht uitgaat naar identificatie van de patiënt ter voorkoming van verwisselingen in de preoperatieve fase, is het ook in de postoperatieve fase van belang om alert te blijven en op een aantal momenten in het proces de identiteit van de patiënt te controleren. In de VMS-praktijkids 'Verwisseling van en bij patiënten' (VMS Veiligheidsprogramma 2009) wordt beschreven dat aan het eind van de OK de operateur samen met de operatieassistent de identificatie en markering van het patiëntmateriaal moet checken. Dit is vermeld in de richtlijn Peroperatief traject.

In de postoperatieve fase is het belangrijk dat bij de overdracht van de patiënt naar een andere afdeling een identificatie plaatsvindt. Deze identificatie wordt bij een wakkere en aanspreekbare

patiënt gedaan aan de hand van drie onafhankelijke bronnen (bijvoorbeeld de patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, een begeleidende persoon en/of het identiteitsbandje). Bij een niet-wakkere patiënt is dat niet altijd mogelijk en kan eventueel worden volstaan met twee bronnen. Ook dient het juiste dossier te worden overgedragen.

Daarnaast is het ook bij het doen van interventies en het toedienen van medicatie belangrijk om de identiteit van de patiënt te controleren. Dit gebeurt aan de hand van minimaal twee van de volgende kenmerken: geboortenaam, geboortedatum, patiëntnummer en identiteitsbandje.

Aanbeveling

Identificatie van de patiënt bij overdracht naar een andere afdeling dient plaats te vinden aan de hand van minimaal twee, en bij voorkeur drie, onafhankelijke bronnen.

Overdracht van informatie

In een review van chirurgische schadeclaims bleken 60 van de 444 claims gerelateerd aan communicatie. Het bleek in de meeste gevallen (92%) te gaan om één op één communicatie. Factoren die bijdroegen aan de oorzaak waren statusverschil (74%) en onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (73%). In 43% van de gevallen ging het om overdrachten en in 39% om overplaatsing van de patiënt. De volgende interventies worden geadviseerd: afspraken over het aanspreken van de operateur door andere zorgverleners, gestructureerde overdrachten en overplaatsingsprotocollen, en het terugkoppelen van overgedragen informatie door de ontvanger (Greenberg 2007).

De overdracht van de patiënt tussen verschillende zorgverleners (bijvoorbeeld van de verpleegafdeling naar de [holding/verkoeverafdeling](#) en van de [holding/verkoeverafdeling](#) naar de operatiekamer) moet op een gestructureerde manier verlopen. Ziekenhuizen moeten ervoor zorg dragen dat deze overdrachtmomenten geprotocolleerd zijn.

Aanbeveling (peroperatief)

Bij de overdrachtmomenten dienen veranderingen ten opzichte van de preoperatief vastgelegde situatie van de patiënt overgedragen te worden tussen daartoe bekwame professionals.

Aanbeveling (postoperatief)

Bij de overdrachtmomenten dient de uitwisseling van klinische gegevens van de patiënt overgedragen te worden tussen daartoe bekwame professionals.

Gebruik van checklists

Het gebruik van checklists in het perioperatieve proces is al niet meer weg te denken. Belangrijke initiatieven zijn de Safe Surgery Guidelines van de WHO, waarbij een Surgical Safety Checklist is ontwikkeld (WHO 2008), en het Universal Protocol for preventing wrong site, wrong procedure, wrong person surgery van de Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO 2010).

De laatste jaren zijn er een aantal studies verschenen die aantonen dat het gebruik van checklists in het perioperatieve traject een gunstig effect heeft op de veiligheid. Haynes et al. (2009) beschrijft de invloed van de invoering van de Safe Surgery Checklist in acht ziekenhuizen in verschillende landen (hoog en laag inkomen) op het aantal complicaties tijdens opname (inclusief overlijden) binnen 30 dagen. Voor invoering van de checklist was het aantal sterfgevallen 1,5% en het aantal complicaties 11,0%. Na invoering daalden deze getallen tot 0,8% ($p=0,003$) respectievelijk 7,0% ($p<0.001$). Ook wanneer binnen dezelfde studie alleen naar spoedingrepen gekeken werd (Weiser et al., 2010) waren de resultaten vergelijkbaar: het aantal

complicaties daalde van 18,4% naar 11,7% ($p=0,0001$), en sterfte van 3,7% naar 1,4% ($p=0,0067$).

De Vries et al. (2010) onderzochten het effect van invoering van de SURPASS-checklist (waarin ook het postoperatieve traject is opgenomen) op het aantal complicaties en sterfte in Nederlandse ziekenhuizen. In zes ziekenhuizen werden voor (3.760 patiënten) en na invoering (3.820 patiënten) van de checklist gedurende drie maanden complicaties en sterfte geregistreerd. Hetzelfde werd gedaan in vijf controleziekenhuizen zonder invoering van de checklist, waarbij gecontroleerd werd voor confounders. Het aantal complicaties daalde van 27,3 per 100 patiënten (95% betrouwbaarheidsinterval [BI] 25,9-28,7) naar 16,7 per 100 (95% BI 15,6-17,9), wat overeenkomt met een absolute risicoreductie van 10,6% (95% BI 8,7-12,4). Het aantal patiënten met één of meer complicaties nam af van 15,4% naar 10,6% ($p<0,001$). Sterfte tijdens opname nam af van 1,5% (95% BI 1,2-2,0) naar 0,8% (95% BI 0,6-1,1). In de controleziekenhuizen werden geen verschillen gevonden. Neily et al. (2010) beschrijft dat het invoeren van een trainingsprogramma voor OK-teams (waarin opgenomen het werken met stopmomenten aan de hand van checklists, maar ook communicatietraining) leidt tot een afname in operatiegerelateerde mortaliteit.

Aanbeveling

Het wordt sterk aanbevolen bij controle- en overdrachtsmomenten gebruik te maken van gestructureerde checklists.

Perioperatief dossier

Om het perioperatieve proces veilig te kunnen laten verlopen is het noodzakelijk dat er een multidisciplinair perioperatief patiëntendossier wordt gebruikt. Dit dossier bevat alle relevante, correcte en meest recente informatie en is bij voorkeur digitaal. Alle partijen moeten op ieder moment over dezelfde actuele informatie kunnen beschikken. Dit voorkomt ook dat dezelfde gegevens op meerdere plaatsen worden verzameld en geregistreerd (met een grotere kans op fouten).

Aanbeveling (perioperatief)

Om het perioperatieve proces veilig te kunnen laten verlopen is het noodzakelijk dat alle betrokken zorgverleners op het noodzakelijke moment alle relevante gegevens kunnen inzien.

Aanbeveling (postoperatief)

Om het perioperatieve proces veilig te kunnen laten verlopen is het noodzakelijk dat er een geïntegreerd multidisciplinair perioperatief patiëntendossier (bij voorkeur digitaal) wordt gebruikt.

Procesbewaking

Binnen het ziekenhuis moet een sluitend systeem aanwezig zijn dat te allen tijde inzichtelijk maakt waar de patiënt zich bevindt in het perioperatieve zorgproces ten minste ten aanzien van de in de richtlijn gedefinieerde stopmomenten (*track & trace*). Dit systeem is in eerste instantie bedoeld voor de communicatie tussen behandelaars/organisatie maar het zou ook gebruikt kunnen worden door patiënten. Het moet inzicht geven of het traject verloopt zoals gepland. Het moet bovendien helder zijn wie ervoor verantwoordelijk is de voortgang van het proces te bewaken en actie te ondernemen als het proces stagneert. Deze verantwoordelijkheid kan bij ongecompliceerde trajecten bij de afdeling planning of opname worden neergelegd, bij de meer complexe processen is dit bij voorkeur een gespecialiseerde medewerker (gespecialiseerd verpleegkundige, *nurse practitioner*, *physician assistant*). De procesbewaking kan ook in handen zijn van de operateur of anesthesioloog.

Om de procesbewaking goed vorm te geven doen ziekenhuizen er goed aan om hun patiëntpopulaties en de bijbehorende (perioperatieve) processen in kaart te brengen. Gebruik van ICT-voorzieningen kan deze procesbewaking ondersteunen.

Aanbeveling

Binnen het ziekenhuis moet een sluitend systeem aanwezig zijn dat te allen tijde inzichtelijk maakt waar de patiënt zich bevindt in het perioperatieve zorgproces tenminste ten aanzien van de in de richtlijn gedefinieerde stopmomenten (track & trace).

Informatie aan de patiënt

Het moet voor de patiënt gedurende het hele perioperatieve traject duidelijk zijn bij welk aanspreekpunt hij/zij terecht kan met vragen. De manier waarop dit aanspreekpunt vormgegeven wordt kan voor verschillende trajecten anders geregeld zijn.

Bij de meer complexe trajecten verdient het de voorkeur dat aanspreekpunt en procesbewaking gecombineerd zijn in één functie en ingevuld worden door personen met een zorginhoudelijke achtergrond.

Inherent aan het werken volgens de richtlijn is dat op verschillende momenten in het proces de voorgaande stappen gecontroleerd worden. De patiënt zal dat merken, deze zal bijvoorbeeld herhaald gevraagd worden naar zijn/haar identiteit en de aard en lokalisatie van de operatie. Het is belangrijk om de patiënt duidelijk te maken dat dit de veiligheid moet verhogen en niet een teken is van gebrekkige communicatie tussen zorgverleners. *Uit een observationeel onderzoek van 427 meldingen van bijna, geheel, of gedeeltelijk uitgevoerde foutieve operaties (verkeerde patiënt, verkeerde operatie, verkeerde plaats) blijkt als belangrijkste conclusie dat markeren van de operatieplaats en het volgen van een time out procedure niet voldoende is, maar dat daarnaast herhaalde verificatie de beste manier is om deze fouten te voorkomen (Clarke 2007).*

Aanbeveling

Het moet voor de patiënt gedurende het hele perioperatieve traject duidelijk zijn bij welk aanspreekpunt hij/zij terecht kan met vragen.

Specifieke omstandigheden (taakverschuiving)

Het kan voorkomen dat het traject niet volgens de standaardprocedure verloopt, zoals wanneer een ingreep niet door een chirurg maar door bijvoorbeeld een interventieradioloog of internist gedaan wordt, of wanneer er geen anesthesioloog bij betrokken is. Deze uitzonderingen worden niet apart beschreven in de richtlijn. Als een radioloog een ingreep doet, is deze radioloog in de terminologie van de richtlijn de operateur. In die gevallen waarin geen anesthesioloog bij de ingreep betrokken is, komen de verantwoordelijkheden die volgens de richtlijn aan de anesthesioloog zijn toebedeeld automatisch de operateur toe.

Het komt steeds meer voor dat verpleegkundigen en paramedici (nurse practitioners, physician assistants) onder verantwoordelijkheid van een medisch specialist taken van deze specialist overnemen. Hoe hiermee wordt omgegaan verschilt in verschillende ziekenhuizen. Het delegeren van taken aan hiervoor opgeleide en bekwame zorgverleners laat de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist onverlet. De operateur en anesthesioloog blijven bij de in de richtlijn gedefinieerde stopmomenten en bedeling van verantwoordelijkheden hoe dan ook eindverantwoordelijk. In deze richtlijn wordt daarom gesproken van de operateur en de anesthesioloog, ook als bepaalde taken door anderen worden uitgevoerd.

In het geval van multidisciplinaire operaties is er niet één operateur maar zijn er meerdere. Iedere operateur is verantwoordelijk voor het vastleggen van de informatie die voor zijn/haar specifieke onderdeel van belang is. Eén operateur moet de coördinatie van het chirurgische deel van de ingreep op zich nemen. Deze is ervoor verantwoordelijk dat het chirurgische deel van het proces volgens de richtlijn verloopt en dat het finale (proces)akkoord bij stopmoment 3 gegeven wordt. Alle operateurs moeten zelf hun inhoudelijke akkoord geven. De operateur die de operatie start is aanwezig bij de time-out. De overige operateurs moeten (telefonisch) bereikbaar zijn vanaf de time out.

Bij herhalingsoperaties bij (reeds opgenomen) patiënten geldt de richtlijn ook. De verantwoordelijkheden zijn dan ook zoals in de richtlijn is aangegeven. Vanaf het besluit te (her-) opereren moet de richtlijn gevolgd worden en dus de benodigde informatie gegenereerd en de voorgeschreven stopmomenten aangehouden worden. Bij herhalingsoperaties maakt het proces als het ware een lus. Gegevens die reeds beschikbaar zijn dienen gecontroleerd te worden op hun geldigheid.

In ziekenhuizen waar specialisten worden opgeleid, worden onder verantwoordelijkheid van de specialist werkzaamheden uitgevoerd door artsen al dan niet in opleiding tot specialist (A(N)IOS). Waar in deze richtlijn operateur, anesthesioloog, of een andere medisch specialist wordt genoemd, kan ook gelezen worden A(N)IOS onder verantwoordelijkheid van deze specialist. In het geval van multidisciplinaire operaties is er niet één operateur maar zijn er meerdere. Iedere operateur is verantwoordelijk voor het vastleggen van de informatie die voor zijn/haar specifieke onderdeel van belang is. Eén operateur moet de coördinatie van het chirurgische deel van de ingreep op zich nemen. Deze is ervoor verantwoordelijk dat het chirurgische deel van het proces volgens de richtlijn verloopt.

Bij herhalingsoperaties bij (reeds opgenomen) patiënten geldt de richtlijn ook. De verantwoordelijkheden zijn dan ook zoals in de richtlijn is aangegeven. Vanaf het besluit te (her-) opereren moet de richtlijn gevolgd worden en dus de benodigde informatie gegenereerd en de voorgeschreven stopmomenten aangehouden worden. Bij herhalingsoperaties maakt het proces als het ware een lus. Gegevens die reeds beschikbaar zijn dienen gecontroleerd te worden op hun geldigheid.

Bij sommige (poli)klinische ingrepen wordt de patiënt meteen naar huis ontslagen zonder dat een verkoever- of verpleegafdeling is betrokken (bijvoorbeeld na een cataractoperatie). In deze gevallen zijn de paragrafen 10 en 11 in de regel niet van toepassing maar dient wel voldaan te worden aan wat beschreven is in paragraaf 12 (ontslag uit het ziekenhuis).

Het kan voorkomen dat patiënten worden verpleegd op afdelingen die daar niet primair voor zijn ingericht (verkoeveren op andere afdeling dan recovery, verpleging op niet-chirurgische verpleegafdeling). In die gevallen is de anesthesioloog (verkoeveren) dan wel de operateur (verpleging) ervoor eindverantwoordelijk dat op deze afdelingen de juiste zorg geboden kan worden. Een oplossing kan zijn om bepaalde afdelingen aan te wijzen als 'overflow-afdelingen', 30 en het betreffende personeel op te leiden in de postoperatieve zorg.

Het delegeren van taken aan hiervoor opgeleide zorgverleners laat de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist onverlet. De operateur en anesthesioloog blijven bij de in de richtlijn gedefinieerde stopmomenten en bedeling van verantwoordelijkheden hoe dan ook eindverantwoordelijk.

Aanbeveling

In die gevallen waarin geen anesthesioloog bij de ingreep betrokken is, komen de verantwoordelijkheden die volgens de richtlijn aan de anesthesioloog zijn toebedeeld automatisch de operateur toe.

Aanbeveling

Indien patiënten worden verpleegd op afdelingen die daar niet primair voor zijn ingericht (verkoeveren op andere afdeling dan recovery, verpleging op niet-chirurgische verpleegafdeling) is de anesthesioloog (verkoeveren) dan wel de operateur (verpleging) ervoor eindverantwoordelijk dat op deze afdelingen de juiste zorg geboden kan worden.

Aanbeveling

Het delegeren van taken aan hiervoor bekwame zorgverleners laat de eindverantwoordelijkheid van de medisch specialist met betrekking tot de in de richtlijn gedefinieerde stopmomenten onverlet.

IV. Medicatie

Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS peroperatief; GROEN postoperatief)

Afspraken preoperatief traject

Op lokaal niveau dient afgesproken en schriftelijk vastgelegd te worden wie (operateur of anesthesioloog) in de verschillende fasen van het traject verantwoordelijk is voor het beleid rondom medicatie.

De volgende onderdelen kunnen hier onderscheiden worden:

Spreekuur operateur (stap 1):

- het vastleggen van de thuismedicatie
- het aangeven van veranderingen in de medicatie nodig voor de ingreep
- (eventueel) voorschrijven van benodigde bloedproducten/kruisbloed
- (eventueel) voorschrijven van antibiotica
- (eventueel) voorschrijven van anticoagulantia
- voorschrijven van specifieke chirurgische medicatie

Preoperatief onderzoek (stap 2)

- zonodig aanvullen gegevens thuismedicatie
- (eventueel) voorschrijven van de perioperatieve medicatie
- (eventueel) voorschrijven van anticoagulantia en antibiotica
- (eventueel) voorschrijven van bloedproducten
- voorschrijven van medicatie naar aanleiding van consulten
- (eventueel tijdelijk) stoppen van medicatie
- inlichten van patiënt over perioperatieve medicatie

Planning (stap 3)

- controleren of medicatie-afspraken zijn vastgelegd, inclusief anticoagulantia en antibiotica
- controleren of bloedproducten zijn besteld

Na opname, vóór stopmoment 4(a) (stap 4)

- premedicatie geven
- controleren of kruisbloed is aangevraagd
- controleren of bloedproducten zijn besteld
- controleren of medicatie-afspraken zijn gemaakt en evt ook al uitgevoerd
- controleren of tromboseprofylaxe/antistolling geregeld is
- controleren of antibiotica afgesproken zijn
- controleren of medicatielijst aanwezig is

Vorbereiding operatie (stap 5)

- controleren aanwezigheid voldoende bloedproducten
- juiste preoperatieve antibiotica 15-60 minuten voor de ingreep gegeven
- controleren of premedicatie gegeven is
- controleren of het tromboseprofylaxe/antistollingsbeleid is uitgevoerd (+ potentiële

interactie met regionale blokkade)

Op de operatiekamer, voor de start van de operatie (stap 6):

- controleren aanwezigheid voldoende bloedproducten
- juiste preoperatieve antibiotica 15-60 minuten voor de ingreep gegeven
- controleren of het tromboseprofylaxe/antistollingsbeleid is uitgevoerd
- controleren of premedicatie gegeven is

Coördinatie medicatie (per- en postoperatief traject)

Om de patiënt optimaal voor te bereiden op de operatie kan het zijn dat medicatie gestart, aangepast of gestopt moet worden vóór de operatie. Het is tevens van groot belang dat er goede afspraken gemaakt worden wie verantwoordelijk is voor het zo nodig afbouwen, herstarten of weer aanpassen van de gewijzigde medicatie ná de operatie.

Op lokaal niveau dient afgesproken en schriftelijk vastgelegd te worden wie (operateur of anesthesioloog) in welke fase van het perioperatieve traject verantwoordelijk is voor het vastleggen en voorschrijven van medicatie en voor pijnbestrijding.

In iedere fase van het traject wordt de medicatie op eenduidige en transparante wijze in het geïntegreerde dossier vastgelegd.

In de regel is de anesthesioloog tijdens de verkoeverperiode verantwoordelijk voor het medicatiebeleid. De operateur en anesthesioloog moeten voor elke fase afspreken wie wanneer voor welke type medicatie verantwoordelijk is. Voor algemene pijnstilling hoort er een ziekenhuisprotocol te zijn. Voor specifieke aanbevelingen met betrekking tot postoperatieve pijnbehandeling wordt verwezen naar de (concept-)richtlijn Postoperatieve Pijn (Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie).

Voor aanbevelingen betreffende de overdracht van medicatiegegevens naar andere zorgverleners, wordt verwezen naar de richtlijn 'Overdracht van medicatiegegevens in de keten' (2008), en naar de WMS praktijkgids 'Medicatieverificatie bij opname en ontslag' (2008).

In iedere fase van het traject wordt de medicatie op eenduidige en transparante wijze in het geïntegreerde dossier vastgelegd.

De NVZA heeft in 2004 de Ziekenhuisapothekstandaard (ZAS) opgesteld waarin de taken en verantwoordelijkheden rondom geneesmiddelgebruik zijn vastgelegd. Voorts is de richtlijn medicatieoverdracht sinds 2011 van kracht.

Bij het toedienen van medicatie dient altijd een "dubbel check" te worden uitgevoerd.

[Er zijn schriftelijke instructies voor een dubbelcheck bij het klaarmaken en het toedienen van parenteralia.](#)

Aanbeveling

Op lokaal niveau dient afgesproken en schriftelijk vastgelegd te worden wie (operateur of anesthesioloog) in welke fase van het perioperatieve traject verantwoordelijk is voor het vastleggen en voorschrijven van medicatie en voor pijnbestrijding.

Aanbeveling

Het is de verantwoordelijkheid van de operateur en de anesthesioloog om, in een lokaal protocol dat opgesteld is volgens de geldende richtlijnen, aan te geven bij welke ingrepen anticoagulantia en antibiotica gewenst zijn.

Aanbeveling

In iedere fase wordt de medicatie op eenduidige en transparante wijze in het geïntegreerde dossier vastgelegd.

Aanbeveling

De aanvrager van de consulten is verantwoordelijk voor het verwerken van de uit het consult voortvloeiende (medicatie-)adviezen.

Aanbeveling

Er dient conform de Ziekenhuis Apotheek Standaard (ZAS, NVZA 2004) een procedure te zijn waardoor geborgd is dat geneesmiddelen op het moment van aflevering en bij correcte bewaring voor de duur van het gebruik voldoen aan alle relevante kwaliteitseisen.

Aanbeveling

Er zijn schriftelijke instructies voor een dubbelcheck bij het klaarmaken en het toedienen van parenteralia.

V. Apparatuur en materialen (per- en postoperatief traject)

(Apparatuur en materialen is niet beschreven in de richtlijn het preoperatief traject)

Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS peroperatief; GROEN postoperatief)

Achtergrond

In het rapport Toezicht Operatief Proces (TOP 2) signaleert de Inspectie op het gebied van omgang met apparatuur en materialen het volgende:

- De opslag van materialen is over het algemeen in orde;
- In een enkel geval is de uiterste gebruiksdatum van een geneesmiddel of hulpmiddel verlopen;
- De uiterste gebruiksdatum van apparatuur is vaak onbekend;
- Procedures rond gebruik van hulpmiddelen en apparatuur zijn vaak onvoldoende bekend;
- Diversiteit van apparatuur en materialen waar mogelijk verminderen;
- Implantaten zouden altijd traceerbaar moeten zijn tot de patiënt;
- Voor onderhoud en functionele controle moeten duidelijke procedures zijn;
- Afstand tussen instrumentele dienst en operatieafdeling is vaak groot (heeft niet zozeer betrekking op de fysieke afstand maar op communicatie en bekendheid met elkaars procedures);
- Onvoldoende controle van gebruikte materialen (instrumenten, disposables, naalden).

In het rapport Toezicht Operatief Proces (TOP 3) wordt gesteld dat er een ziekenhuisbeleid moet zijn voor het onderhoud van apparatuur, waarbij voor elk medisch hulpmiddel een gewaarborgde staat van onderhoud geldt. Verantwoordelijkheden moeten zijn vastgelegd. De onderhoudsstatus moet voor individuele medische apparatuur door de gebruikers gemakkelijk te verifiëren zijn bijvoorbeeld door het aflezen van een onderhoudssticker die op elk apparaat moet zijn aangebracht. Op deze sticker moet de datum van het eerstvolgende onderhoud vermeld zijn. Bij haar bezoeken heeft IGZ gesignaleerd dat op apparatuur nog steeds vaak een aanduiding ontbreekt van de datum van het eerstvolgende onderhoud.

Naar de mening van de werkgroep is onbekendheid met de uiterste gebruiksdatum van apparatuur zelden de oorzaak van problemen. Veel vaker worden problemen veroorzaakt door onoordeelkundig gebruik. Veel van bovenstaande bevindingen hangen daarmee samen. Implementatie van bestaande richtlijnen en praktijkgidsen is onvoldoende. Dit hangt direct samen met onder andere de "afstand" tussen OK en instrumentele dienst, en de soms bestaande onduidelijkheid over de levenscyclus van de medische apparatuur.

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF), de Vereniging voor Ziekenhuis Instrumentatietechnici (VZI) en de Werkgroep Instrumentatie Beheer Academische Ziekenhuizen (WIBAZ), verenigd in de Koepel Medische Technologie, zijn met het Nederlands Instituut voor Accreditatie in de Zorg (NIAZ) overeengekomen dat vanaf medio 2010 in de toetsing van instellingen de medische technologie een nadrukkelijker plaats krijgt. Technisch onderlegde auditoren worden aan elk auditteam toegevoegd om het systeem van de inzet van medische technologie in de instelling door te lichten. Reden voor dit initiatief is het grote belang van de medische technologie voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg.

Naar de mening van de werkgroep is de instelling verantwoordelijk voor beheer en onderhoud van apparatuur en voor scholing van de gebruikers. Hiernaast heeft de medisch specialist zelf een verantwoordelijkheid voor het (aantoonbaar) bijhouden van de eigen competenties waar het omgaan met apparatuur betreft. Voor andere OK-medewerkers geldt dat de instelling de verantwoordelijkheid heeft te zorgen voor adequate scholing en voor voldoende capaciteit aan goed opgeleid personeel. Het moet inzichtelijk zijn hoe deze verantwoordelijkheid is belegd. Een persoon die niet geschoold dan wel bekwaam is voor gebruik van bepaalde apparatuur

gebruikt deze apparatuur slechts onder begeleiding van een wel geschoold/bekwaam persoon.

Samenvatting van de literatuur

Voor een deel van deze zaken bestaan al richtlijnen of leidraden. Zo heeft de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) een tweetal praktijkgidsen ontwikkeld: *Kwaliteitsborging medische systemen: een praktische gids* (2004) en de *Praktijkgids risicomanagement en medische technologie* (2007). Deze praktijkgidsen geven praktische aanbevelingen hoe in ziekenhuizen de kwaliteitsborging en het risicomanagement geregeld zouden moeten worden en waar de verantwoordelijkheden zouden moeten liggen.

De praktijkgids Kwaliteitsborging Medische Apparatuur gaat vooral in op de verdeling van de verantwoordelijkheden in het ziekenhuis en het punt dat ziekenhuizen beschikken over een operationeel kwaliteitsbeleid met betrekking tot medische apparatuur. Een dergelijk kwaliteitsbeleid dient zich uit te strekken tot alle betrokken diensten en afdelingen (NVZ 2004). Het management van de ziekenhuizen is verantwoordelijk voor het helder beleggen van de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de Instrumentele Dienst en andere afdelingen, in het proces van aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van medische apparatuur. Hieronder valt ook de introductie van medische apparatuur bij gebruikers in het ziekenhuis (NVZ 2004).

Verantwoordelijkheden voor medische technologie vormen een onderdeel van het veiligheidsmanagementsysteem van het ziekenhuis (NVZ 2007).

De Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF) heeft in 2007 een set prestatieindicatoren voor de kwaliteitsborging van medische systemen ontwikkeld.

Deze indicatoren zijn beschreven aan de hand van een integrale procesbenadering voor borging van kwaliteit en veiligheid rond medische technologie met systematische verbinding naar de levenscyclus van medische apparatuur.

De Orde heeft samen met de NVZ, de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) de leidraad Verantwoordelijkheid medisch specialist bij onderhoud en beheer van medische apparatuur opgesteld (2008), waarin de verantwoordelijkheden van de medisch specialist zijn beschreven met een specifieke paragraaf voor de operatiekamer. Zo wordt hierin gesteld dat voor alle medische apparatuur een prospectieve risicoanalyse moet worden uitgevoerd, waarin beschreven worden:

- Procesbeschrijvingen voor aanschaf;
- Introductie;
- Gebruik en beheer;
- Risicovolle momenten;
- Indeling in een risicoklasse;
- Tracering van werkzaamheden aan medische apparatuur voor risicoanalyses en eisen t.a.v. aantoonbare competentie van gebruikers (NVZ 2008).

De NVKF, het Koninklijk Instituut Van Ingenieurs (KIVI NIRIA), de Werkgroep Instrumentatie Beheer Academische Ziekenhuizen (WIBAZ), de Vereniging van Ziekenhuis Instrumentatietechnici (VZI), de Stichting Laserveiligheid in de Gezondheidszorg (SLG) en de Nederlandse Vereniging voor Technisch facilitair management in de Gezondheidszorg (NVTG) hebben hierop gereageerd met een document waarin een aantal voorwaarden zijn beschreven om de leidraad te kunnen hanteren. Op moment van schrijven van de richtlijn Postoperatief Traject wordt er door het nationale normalisatie instituut NEN een Nederlands Technische Afspraak (NTA) *Beheer medische apparatuur* ontwikkeld.

Deze uitbreiding van de NTA gaat naar verwachting de bovengenoemde documenten vanaf medio 2011 toetsbaar maken. De richtlijn Peroperatief Traject verwijst daarom vooralsnog naar de bestaande documenten totdat de nieuwe NTA van kracht is.

Deze uitbreiding van de reeds bestaande NTA 8009:2011 is vanaf januari 2013 beschikbaar. Hiermee worden de bovengenoemde documenten vanaf die datum toetsbaar.

Onder het omgaan met apparatuur wordt ook verstaan het omgaan met medische gassen. Hierover is in 2008 door de Inspectie voor de Gezondheidszorg een circulaire naar alle ziekenhuizen gestuurd.

Aanbevelingen

Elk ziekenhuis dient te beschrijven bij wie de verantwoordelijkheid met betrekking tot aanschaf, introductie, onderhoud, beheer en gebruik van apparatuur en eventuele reservecapaciteit bij falen daarvan zijn belegd. Tevens dienen instellingen de verantwoordelijkheid voor het opzetten en in stand houden van een systeem voor kwaliteitsbeheer van medische gassen expliciet te beleggen.

Voor alle medische apparatuur is een prospectieve risicoanalyse uitgevoerd, waarin beschreven zijn:

- procesbeschrijvingen voor aanschaf, introductie, gebruik en beheer;
- risicovolle momenten;
- indeling in een risicoklasse;
- tracering van werkzaamheden aan medische apparatuur voor risicoanalyses;
- eisen t.a.v. aantoonbare competentie van gebruikers.

De medisch specialist moet als gebruiker van medische apparatuur

- op de hoogte zijn van de kwaliteitscyclus rondom het onderhoud en het beheer van medische apparatuur, en de daarbij horende verantwoordelijkheden;
- bekend zijn met de noodprocedures;
- zich periodiek vergewissen van de kwaliteit en de veiligheid van de medische apparatuur;
- afwijkingen aan medische apparatuur melden aan degene, die verantwoordelijk is voor het onderhoud en het beheer van de apparatuur;
- bij geconstateerde afwijkingen altijd vervangende apparatuur gebruiken, tenzij, bij een bijzondere omstandigheid, uit een risk-benefit afweging blijkt dat het gebruik van de apparatuur bij de patiënt verantwoord is.

De werkgroep is van mening dat ieder ziekenhuis het beleid met betrekking tot traceerbaarheid van implantaten en steriele hulpmiddelen moet hebben vastgelegd en geborgd.

VI. Infectiepreventie (per- en postoperatief traject)

Infectiepreventie is niet beschreven in de richtlijn het preoperatief traject)

Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS peroperatief; GROEN postoperatief)

Achtergrond

In het rapport Toezicht Operatief Proces (TOP 2) signaleert de Inspectie op het gebied van infectiepreventie het volgende:

- Richtlijnen infectiepreventie worden onvoldoende nageleefd (handdesinfectie, kleding, gedrag);
- Preventie van overdracht van HBV en MRSA door tijdelijke medewerkers is onvoldoende;
- Optimale timing van profylactisch antibioticabeleid ontbreekt;
- Luchtbehandelingssystemen worden onvoldoende benut.

De werkgroep herkent de conclusies van de Inspectie. Ziekenhuizen dienen protocollen te ontwikkelen waarin maatregelen met betrekking tot infectiepreventie beschreven zijn. Ook wordt vastgelegd hoe deze maatregelen geborgd worden.

In het rapport Toezicht Operatief Proces (TOP 3) signaleert de Inspectie op het gebied van infectiepreventie het volgende:

- richtlijnen infectiepreventie worden onvoldoende nageleefd (met name handhygiëne);
- protocollen zijn moeilijk toegankelijk en naleving wordt niet getoetst;
- registratie van ziekenhuisinfecties is gebrekkig.

De werkgroep herkent de conclusies van de Inspectie. Ziekenhuizen dienen protocollen te ontwikkelen waarin maatregelen met betrekking tot infectiepreventie beschreven zijn. Ook wordt vastgelegd hoe deze maatregelen geborgd worden.

Samenvatting van de literatuur

Op het gebied van **infectiepreventie op de OK/perioperatieve infectiepreventie** bestaan verschillende richtlijnen en leidraden. Deze samenvatting beperkt zich daarom tot het vermelden van de bestaande documenten.

Wetgeving:

- Besluit medische hulpmiddelen.

Richtlijnen Werkgroep Infectiepreventie (WIP):

- Richtlijn Microbiologische veiligheid bij onderhoud aan medische en laboratoriumapparatuur (2004);
- Richtlijn Preoperatieve handdesinfectie (2008);
- Richtlijn MRSA ziekenhuis (2007);
- Richtlijn Omstandigheden (kleine) chirurgische en invasieve ingrepen (2006);
- Richtlijn Preventie van postoperatieve wondinfecties (2006).
- Onder beheer van de WIP wordt tevens gewerkt aan **revisie van het Beheersplan luchtbehandeling Operatieafdeling (expertrapport 2005)/Beheersplan luchtbehandeling voor de operatieafdeling (2005);**
- Richtlijn Bewaren en transporteren van gebruikt instrumentarium voor sterilisatie (WIP 2007);
- Richtlijn Operatie geïsoleerde patiënten (2006);
- Richtlijn Veilig werken in de anesthesiologie (2010).

PREZIES (PREventie ZIEkenhuisinfecties door Surveillance (www.PREZIES.nl)

Richtlijn Stichting Werkgroep Antibioticabeleid:

- Richtlijn Perioperatieve antibiotische profylaxe (2000).

Richtlijn Nederlandse Hartstichting:

- Preventie bacteriële endocarditis (2008).

Normen Nederlands Normalisatie Instituut (NEN):

- Chirurgisch afdek materiaal, operatiejassen en clean air suits, gebruikt als medische hulpmiddelen voor patiënten, klinisch personeel en apparatuur (NEN-EN 13795:2002/2004/2006/2009);

- Wegwijzer Richtlijnen steriliseren/steriliteit (UIT 47-Steriliteit:2006 nl).

Praktijkids VMS Veiligheidsprogramma:

- Voorkomen van wondinfecties na een operatie (2009).

RIVM/Centrum Infectieziektenbestrijding:

- Landelijke richtlijn Preventie iatrogene Hepatitis B (2007).

OK-reglement (peroperatief traject)

Het afspreken van gedragsregels op de OK is niet alleen van belang voor infectiepreventie, maar ook voor het voorkomen van fouten. Lynch (2009) observeerde 28 operaties en telde 3071 deurbewegingen, met een variatie van 19 tot 50 per uur. Hoewel er geen literatuur is gevonden die een directe relatie aantoonde tussen het aantal deurbewegingen en het optreden van infecties, wordt in een beperkte studie (23 operaties in 3 operatiekamers) wel beschreven dat het aantal deurbewegingen samenhangt met de hoeveelheid bacteriën in de operatiekamer (Scaltriti 2007).

Gezien de veelheid aan regelgeving op dit gebied is het naar de mening van de werkgroep essentieel dat ieder ziekenhuis beschikt over een OK-reglement, waarin de geldende regelgeving is verwerkt en dat geaccordeerd is door alle betrokken vakgroepen.

Op het gebied van infectiepreventie moet in dit reglement aan de orde komen:

- Gedrags- en disciplinemaatregelen:

o beperken aantal deurbewegingen,

o wisselingen en aflossen van leden van het OK-team (zo min mogelijk, na overleg met de operateur c.q. anesthesioloog, niet tijdens risicomomenten).

- Hygiënemaatregelen (waaronder regelmatige hygiënechecks).

Waar lokale afspraken afwijken van de bestaande richtlijnen, dient in dit reglement onderbouwing te worden opgenomen voor deze afwijkende afspraken.

De operateur is eindverantwoordelijk voor de hygiëne tijdens de operatie.

De aanbevelingen met betrekking tot hygiëne en infectiepreventie in deze richtlijn gelden voor alle ingrepen, maar voor bepaalde ingrepen (bijvoorbeeld bij implantatiechirurgie) kunnen in specifieke richtlijnen strengere aanbevelingen worden gehanteerd zoals bijvoorbeeld staat omschreven in de richtlijn Totale heupprothese (2010).

Luchtbeheersplan (peroperatief traject)

Met betrekking tot de luchtkwaliteit op de OK moet iedere instelling een luchtbeheersplan opstellen. Dit plan dient afgestemd te zijn op de lokale omstandigheden. Hierin moet ook opgenomen worden welke afspraken er zijn aangaande de dagelijkse vrijgifte van het OKcomplex.

Besmetting met Hepatitis B of MRSA (peroperatief traject)

De instellingen voeren een actief beleid ten aanzien van het voorkomen van besmetting met Hepatitis B en MRSA. Hierbij dient expliciet aandacht besteed te worden aan 'gasten aan de OKtafel'. Om de veiligheid van de patiënten te waarborgen is een procedure operationeel waarbij de Hepatitis-B-status en het risico op MRSA-overdracht van alle gasten aan de OK-tafel worden geïnventariseerd, vastgelegd en gearhiveerd. Dit gebeurt structureel en volledig, naleving hiervan is geborgd. Op basis hiervan wordt toestemming verleend voor toegang tot de OK en indien van toepassing autorisatie tot het uitvoeren van risicovolle handelingen.

Tot deze groep behoren onder andere:

- Bezoekende medisch specialisten;
- Instrumenterende OK-verpleegkundigen;
- Anesthesiemedewerkers;
- Gedetacheerde OK-medewerkers;
- Stagiaires;
- Co-assistenten en arts-assistenten;
- Firmavertegenwoordigers.

Aanbeveling

Ieder ziekenhuis beschikt over een OK-reglement, waarin de geldende regelgeving is verwerkt en dat geaccordeerd is door alle betrokken vakgroepen. In dit reglement zijn onder andere opgenomen gedragsregels en hygiënemaatregelen (waaronder regelmatige hygiënechecks), en zijn verantwoordelijkheden belegd.

Aanbeveling

Instellingen hebben een luchtbeheersplan dat specifiek is voor de instelling en afgestemd op het lokale luchtbeheersingssysteem. Hierin is ook aangegeven wie verantwoordelijk is voor de luchtbehandeling.

Aanbeveling

Instellingen leggen schriftelijk vast voor hun eigen locatie(s) welke operaties in welk type operatiekamer gedaan mogen worden (op basis van infectierisico). Bij deze afweging wordt de infectiecommissie van de instelling betrokken.

Aanbeveling

Iedere instelling heeft een lokaal protocol voor perioperatieve antibioticaprofylaxe, vastgesteld door de antibioticacommissie en waarbij de SWAB-richtlijn als uitgangspunt dient. Hierin is in ieder geval de timing van antibioticaprofylaxe (15-60 minuten voor de incisie of bloedleegte) opgenomen.

Aanbeveling

Iedere instelling heeft een infectiesurveillancesysteem waarvan de resultaten teruggekoppeld worden naar de OK-medewerkers en de betrokken verpleegafdelingen. Hiervan maakt deel uit surveillance van postoperatieve wondinfecties.

Aanbeveling

Iedere instelling heeft een geborgde procedure (in overeenstemming met bestaande richtlijnen) met betrekking tot preventie van overdracht van HBV en MRSA.

Aanbevelingen

Ieder ziekenhuis beschikt over een kleding- en gedragsreglement voor verkoever- en verpleegafdeling, waarin de geldende regelgeving is verwerkt en dat geaccordeerd is door alle

betrokken vakgroepen. In dit reglement zijn onder andere opgenomen gedragsregels en hygiënemaatregelen (waaronder regelmatige hygiënechecks), en zijn verantwoordelijkheden belegd.

Iedere instelling heeft een infectiesurveillancesysteem waarvan de resultaten teruggekoppeld worden naar het operatieteam en de betrokken afdelingen. Hiervan maakt deel uit surveillance van postoperatieve wondinfecties.

Het perioperatieve traject in stappen

Preoperatief (stap 1-6)

In dit hoofdstuk is op geaggregeerd niveau opgenomen welke informatie onder wiens verantwoordelijkheid in welke fase moet worden vastgelegd. De invulling van de informatie valt onder verantwoordelijkheid van de betreffende beroepsgroepen. In bijlage 3 is een voorbeeld opgenomen van gangbare informatiepakketten.

Peroperatief (stap 5-8/9)

Deze richtlijn sluit aan op de richtlijn Preoperatief Traject en volgt de daarin aangehouden structuur: het proces dat de patiënt doorloopt wordt beschreven. Per stap in het proces wordt aangegeven welke informatie relevant is, wie de informatie aanlevert, wie de informatie moet ontvangen en waar de verantwoordelijkheden voor het aanleveren en verwerken/toepassen van de informatie en voor het uitvoeren van bepaalde taken liggen.

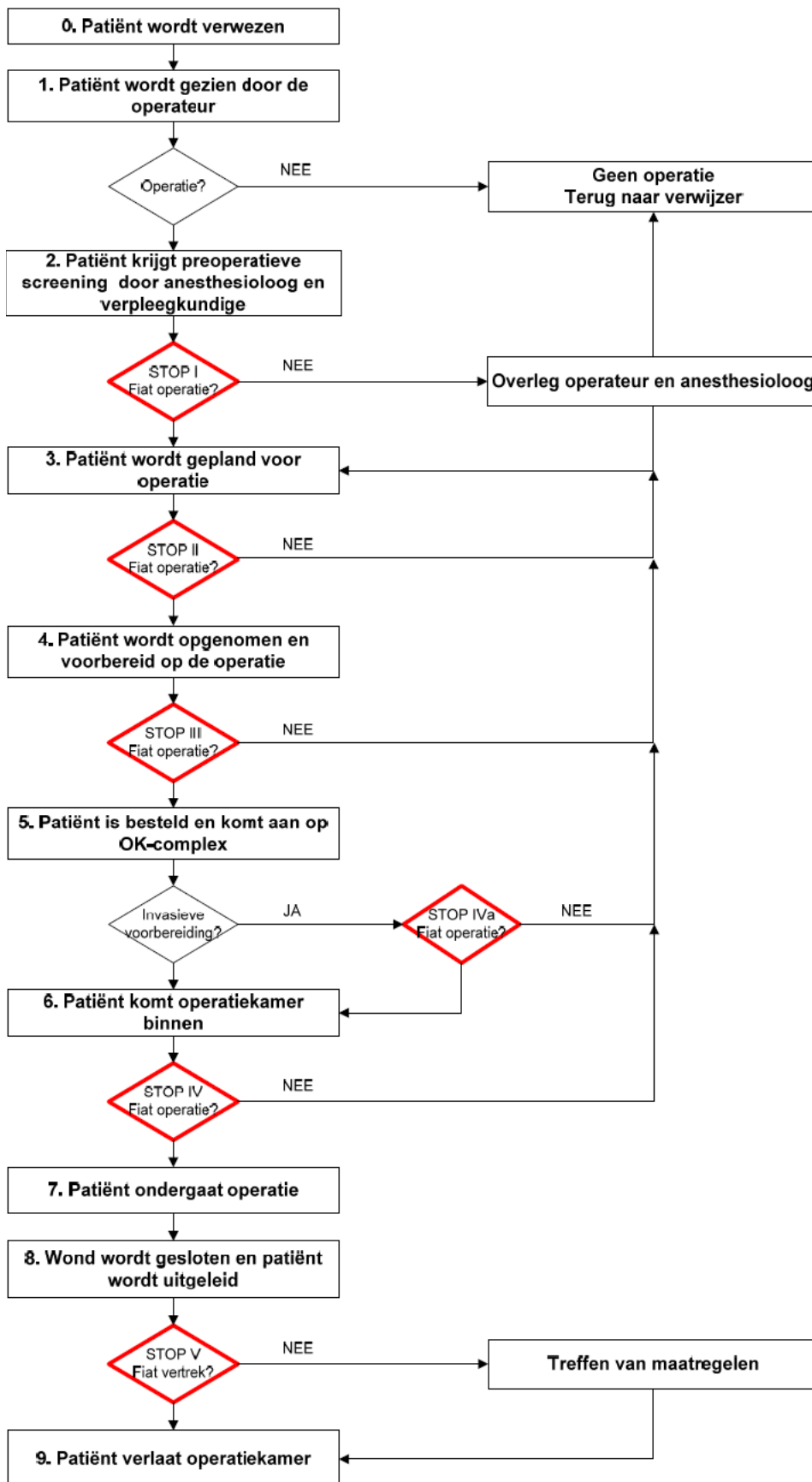
Postoperatief (stap 9-12)

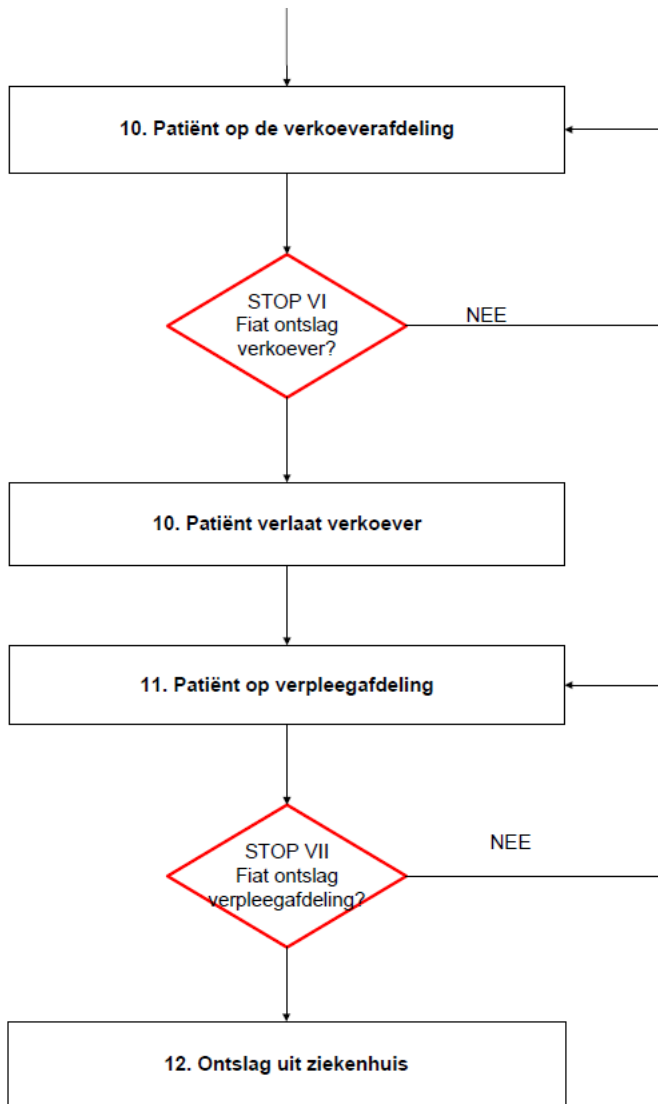
Deze richtlijn sluit aan op de richtlijnen Preoperatief Traject en Peroperatief Traject en volgt de daarin aangehouden structuur: het proces dat de patiënt doorloopt wordt beschreven. Per stap in het proces wordt aangegeven welke informatie relevant is, wie de informatie aanlevert, wie de informatie moet ontvangen en waar de verantwoordelijkheden voor het aanleveren en verwerken/toepassen van de informatie en voor het uitvoeren van bepaalde taken liggen. De stappen 0 tot en met 8 worden beschreven in de eerdere twee richtlijnen. Bij stap 9 begint het postoperatieve gedeelte.

In onderstaande hoofdstukken zijn de drie richtlijnen samengevoegd voor de verschillende stappen, dit is een concept product ten behoeve van de ontwikkeling van een nieuwe gecombineerde richtlijn: Het Perioperatief Traject.

Waar verschillen tussen richtlijnen bestaan is dit in kleuren aangegeven. (BLAUW preoperatief; PAARS per operatief; GROEN postoperatief)

Routing en stopmomenten





Stap 1. Spreekuur operateur

a. Operateur neemt kennis van informatie van verwijzer (operateur verantwoordelijk voor invoer in dossier)

Bij voorkeur wordt de richtlijn Informatie-uitwisseling huisarts-specialist (HASP) gevolgd, maar minimaal de volgende informatie wordt vastgelegd:

Reden verwijzing

Relevante voorgeschiedenis

Medicatie

Bijzonderheden

b. Informatie vast te leggen door operateur in dossier

Naam behandelaar

Klinische gegevens

Informatie met betrekking tot operatie en opname

Specifieke maatregelen

Consulten: aangevraagd, reden, welk specialisme

c. Informatie van operateur naar patiënt

Operateur licht patiënt in over de voorgenomen operatie en mogelijke chirurgische complicaties en legt dit vast in het medisch dossier.

d. Informatie van geconsulteerd specialist aan operateur

Conclusie/advies/bijzonderheden

e. Informed consent chirurgische behandeling

Vastleggen akkoord patiënt en operateur

f. Informatie van operateur naar verwijzer

Operateur licht verwijzer in over voornemen te opereren en legt dit vast in het medisch dossier.

Conclusie operateur: geeft fiat voor de operatie

Stap 2. Preoperatief anesthesiologisch onderzoek en verpleegkundige intake

2.1 Preoperatief anesthesiologisch onderzoek

a. Anesthesioloog neemt kennis van het dossier

b. Informatie vast te leggen door anesthesioloog in het dossier

Naam anesthesioloog preoperatief onderzoek

Klinische gegevens

Medicatie

Informatie over de anesthesie, de operatie en de opname

Specifieke maatregelen

Consulten: aangevraagd, reden, welk specialisme, resultaten

Samenvatting en conclusie preoperatief traject

c. Informatie van anesthesioloog naar patiënt

Anesthesioloog licht patiënt in over de anesthesie en mogelijke anesthesiegerelateerde complicaties en legt dit vast in medisch dossier

d. Informatie van geconsulteerd specialist aan anesthesioloog

Conclusie/advies/bijzonderheden

e. Informed consent voor anesthesiologische behandeling

Vastleggen akkoord patiënt en anesthesioloog

f. Informatie van anesthesioloog naar operateur

Anesthesioloog licht operateur in en legt dit vast in medisch dossier

Conclusie anesthesioloog: geeft fiat voor de operatie ja/nee

2.2 Verpleegkundige intake

a. Verpleegkundige neemt kennis van het dossier

b. Informatie vast te leggen door verpleegkundige in dossier

Verpleegkundige afspraken met betrekking tot voorbereiding, peroperatieve bijzonderheden en nazorg.

Conclusie: akkoord verpleegkundige intake ja/nee

STOPMOMENT I (veiligheid)

Anesthesioloog evalueert:

- Achten patiënt, operateur en anesthesioloog het perioperatieve risico acceptabel?
- Zijn de juiste maatregelen getroffen om het perioperatieve risico zoveel mogelijk te beperken?
- Gaat de patiënt akkoord met de operatie, de anesthesiologische behandeling en de verwachte risico's?

Als op één van deze drie vragen geen positief antwoord gegeven kan worden, vindt overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog en eventuele andere behandelaars. De patiënt wordt geïnformeerd over uitkomst van deze bespreking.

Stap 3. Planning

a. De planningsmedewerker neemt kennis van het dossier

b. Informatie vast te leggen door planningsmedewerker in het medisch dossier

Opnameafdeling controleert of de volgende zaken zijn vastgelegd of uitgevoerd en legt dit vast.

Dossier:

Akkoord operateur

Akkoord anesthesioloog

Akkoord verpleegkundige intake

Type opname bekend en geregeld (dagbehandeling / short stay / klinisch)

Afspraken vastgelegd en indien nodig uitgevoerd (voorbereiding, peroperatieve bijzonderheden, nazorg)

Specifieke wensen patiënt vastgelegd en/of uitgevoerd

Bij OK-afdeling wordt gecontroleerd:

OK-ruimte en personeel beschikbaar

Benodigde materialen beschikbaar

Aanvullend personeel (bijv röntgen) beschikbaar

Bed op juiste afdeling beschikbaar

c. Informatie van planning naar patiënt, huisarts, operateur, anesthesioloog, OK en afdeling

Planningsmedewerker licht partijen in en legt definitieve opname-/operatiedatum vast in het medisch dossier

STOPMOMENT II (planning en organisatie)

De operatiedatum kan pas definitief worden vastgelegd wanneer aan alle randvoorwaarden is voldaan (akkoord operateur, anesthesioloog, verpleegkundige; afspraken met betrekking tot voorbereiding, peroperatieve bijzonderheden en nazorg zijn uitgevoerd). Indien niet aan alle voorwaarden is voldaan wordt overlegd met de medisch inhoudelijk verantwoordelijke en wordt actie ondernomen. Dit wordt in het dossier vastgelegd door de planning.

Conclusie: definitieve opname- / operatiedatum

Stap 4. Opname

4.1 Voor de operatie:

Deze stap dient tijdig voor de operatie uitgevoerd te worden. Met tijdig wordt bedoeld dat bij fouten correctie nog plaats kan vinden vóór de start van de operatie zonder dat hierdoor vertraging in het rooster ontstaat. Het juiste moment kan daarom per operatie verschillen.

Vorbereiding voor de operatie:

a. Operatieassistent en anesthesiemedewerker nemen kennis van het dossier

b. Informatie vast te leggen door operatieassistent in het dossier

Gegevens operatieprogramma correct

Implantaat/prothese aanwezig

Ingrep klaargezet volgens protocol

Apparatuur aanwezig en gecontroleerd

Instrumentarium/materiaal in huis

4.2 Na opname (bij voorkeur op afdeling maar in ieder geval vóór stopmoment IV(a))

a. Operateur (of gedelegeerde) en verpleegkundige nemen kennis van het dossier

b. Medische informatie vast te leggen in dossier

(deze informatie valt onder verantwoordelijkheid van de operateur)

Markeren operatieplaats volgens richtlijn NVvH

Controleren:

Identiteit patiënt

Operatie

Conditie patiënt

Medicatie

Afspraken met betrekking tot voorbereiding, peroperatieve bijzonderheden en nazorg uitgevoerd

c. Verpleegkundige informatie vast te leggen in dossier

Naambandjes en barcode aanbrenge

Gebitsprothese, piercings etc. verwijderen

Premedicatie (ge)geven volgens afspraak

Controleren afspraken met betrekking tot voorbereiding, peroperatieve bijzonderheden en nazorg.

Complete perioperatieve status aanwezig

STOPMOMENT III (organisatie en patiëntveiligheid):

Na opname van de patiënt en vóór stopmoment IV(a) wordt gecontroleerd of alle preoperatieve afspraken zijn uitgevoerd en er geen veranderingen zijn opgetreden in de conditie van de patiënt. Controle hiervan gebeurt onder eindverantwoordelijkheid van de operateur.

Conclusie: patiënt kan op programma blijven

Stap 5. Voorbereiding operatie (preoperatief)/ Aankomst OK-complex (peroperatief)

5.1 De patiënt wordt besteld

De verpleegafdeling waar de patiënt verblijft wordt geïnformeerd dat de patiënt naar de operatieafdeling gebracht kan worden. Hierbij wordt vermeld:

- Naam
- Geboortedatum
- Soort operatie
- Welke operatiekamer en -complex

Het bestellen van de patiënt valt onder verantwoordelijkheid van de operateur. *{alleen in preoperatief traject, niet in peroperatief traject}*

5.2 Patiënt komt aan op het OK-complex (peroperatief traject)

De anesthesioloog (of gedelegeerde) neemt kennis van het preoperatieve dossier zoals is beschreven in de richtlijn Preoperatief proces. De chirurg is verantwoordelijk voor het aanleveren van deze informatie.

Bij aankomst op het OK-complex moet het juiste dossier compleet en beschikbaar zijn. Hierbij hoort ook een actuele medicatielijst.

Het uitvoeren van de informatieoverdracht (geven en ontvangen van informatie) vindt plaats door daartoe bekwame medewerkers aan de hand van een checklist.

Informatieoverdracht:

- Dossier: juiste dossier compleet en beschikbaar;
- Identiteit patiënt: naam, geboortedatum en patiëntnummer.

Er vindt een identificatie plaats aan de hand van drie onafhankelijke bronnen:

- (wakkere) patiënt of wettelijk vertegenwoordiger, het EPD/de status en de identiteitsbandje(s);
- Brenger van de patiënt;
- Ontvanger van de patiënt.

Juiste ingreep:

- Eventuele bijzonderheden (bijvoorbeeld temperatuursverhoging, wel/niet nuchter).
- Verpleegkundige en holdingmedewerker controleren of de operatieplaats gemarkeerd is.

5.3 Pre-time-out.

Deze vindt plaats wanneer er buiten de operatiekamer al invasieve handelingen moeten plaatsvinden (bijvoorbeeld locoregionale anesthesie en inbrengen van centraal veneuze lijn en arteriële lijn).

Anesthesioloog controleert: dossier compleet en beschikbaar?

Pre-time-out bespreking tussen anesthesioloog, assisterende en patiënt

Tenminste wordt besproken:

identiteit van de patiënt,
plaats/zijde van operatie,
soort operatie
allergieën
stollingsstatus

Aanwezigheid benodigde materialen voor buiten de OK te verrichten invasieve handeling.

Aanbeveling

STOPMOMENT IVa: *pre time out op de holding (veiligheid):*

Wanneer buiten de operatiekamer/*op de holding* invasieve voorbereidende handelingen moeten plaatsvinden, wordt een zogenaamde pre-time-out uitgevoerd. Hierbij worden in aanwezigheid van de anesthesioloog en een assisterende, samen met de patiënt*, tenminste de identiteit van de patiënt, de plaats/zijde van operatie, allergieën, de soort operatie, de stollingsstatus *en de aanwezigheid van benodigde materialen gecontroleerd*.

Deze pre-time-out komt niet in plaats van de time-out maar is een extra veiligheidsmoment.

De anesthesioloog is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd.

* in het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens indien mogelijk in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

Overdracht van holding naar OK

Voordat de patiënt naar de OK gaat wordt het effect van een eventuele regionale blokkade getest.

Bij de overdracht van de holding naar de OK (kan zowel op de holding als op de OK plaatsvinden) wordt minimaal de volgende informatie gecontroleerd:

- Identificatie patiënt (naam, geboortedatum en patiëntnummer);
- Welke operatie en zijde;
- Welke operatiekamer.

Eindverantwoordelijk: anesthesioloog.

Voordat de patiënt de operatiekamer op kan, wordt gecontroleerd of de kamer is vrijgegeven (anesthesietoestel, alle apparatuur, instrumentarium, materialen controleren).

Stap 6. Aankomst operatiekamer

6.1 Op operatiekamer voor de start van de anesthesie (of indien 5.3 van toepassing: voor de incisie):

Voor de start van de ingreep vindt een finale controle plaats van apparatuur en instrumentarium, onder verantwoordelijkheid van operateur c.q. anesthesioloog.

Operateur controleert: dossier compleet en beschikbaar?

Indien van toepassing: operateur controleert of pre-time-out bespreking op correcte wijze heeft plaatsgevonden en is vastgelegd

Wanneer dit volgens protocol geïndiceerd is, wordt antibioticaprofylaxe 15-60 minuten voorafgaand aan de incisie (of bloedleepte) gegeven, en dit wordt in het dossier vastgelegd (naam antibioticum, dosering en tijdstip van toediening). Voor de gift (bij voorkeur op het moment van voorschrijven) wordt gecontroleerd op een eventuele allergie voor het betreffende antibioticum.

Aanbeveling

Wanneer dit volgens protocol geïndiceerd is, wordt antibioticaprofylaxe 15-60 minuten voorafgaand aan de incisie gegeven. Het tijdstip wordt genoteerd in het dossier.

De operateur en de anesthesioloog dragen zorg voor het communiceren en afstemmen van de handelingen en belangrijke informatie ter voorbereiding van de operatie, bijvoorbeeld te verwachten intubatieproblemen of bloedverlies.

Time-out bespreking tussen operateur, anesthesioloog, anesthesiemedewerker, operatieassistent (in de aanwezigheid van de patiënt), vóór de inleiding van anesthesie.

Tenminste wordt besproken:

- Identiteit van de patiënt,
- soort operatie,
- plaats/zijde van operatie,
- verwachte intubatieproblemen;
- stollingsstatus,
- antibioticabeleid,
- allergieën,
- comorbiditeit,
- positionering van de patiënt,
- aanwezigheid van bevoegd en bekwaam personeel en van materialen
- bijzonderheden

Indien het aanwezige personeel niet bevoegd en/of bekwaam is ten aanzien van de betreffende operatie of te gebruiken apparatuur, is het de verantwoordelijkheid van de operateur c.q. de anesthesioloog om te besluiten of de operatie plaats kan vinden.

STOPMOMENT IV: time-out (patiëntveiligheid):

Voordat de patiënt daadwerkelijk geopereerd wordt, vindt een structureel overleg plaats tussen operateur, anesthesioloog* (c.q. AIOS) en OK-personeel. Besproken wordt tenminste: juiste patiënt, juiste operatie, zijde/locatie, stollingsstatus, antibioticabeleid, allergieën, comorbiditeit, positionering van de patiënt, aanwezigheid personeel en materialen en bijzonderheden. Dit overleg dient op de operatiekamer, vóór de start van de anesthesie, plaats te vinden in aanwezigheid van de patiënt.** De operateur is ervoor verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd. Bepaalde technische aspecten van de operatie kunnen ook na de inleiding van de anesthesie besproken worden door het operatieteam.

* In specifieke omstandigheden kan de aanwezigheid bij de time-out door de anesthesioloog gedelegeerd worden naar de anesthesiemedewerker (de eindverantwoordelijkheid blijft in dit geval bij de anesthesioloog):

- er is sprake van een locoregionale techniek als solitaire anesthesievorm, én
- er heeft een pre-time out plaatsgevonden door de anesthesioloog, én
- deze werkwijze is vastgelegd in een lokaal protocol dat regelmatig wordt geëvalueerd.

Aan alle drie de voorwaarden moet zijn voldaan.

** In het geval van een minderjarige of wilsonbekwame patiënt tevens indien mogelijk in aanwezigheid van een ouder/verzorger of vertegenwoordiger.

Aanbeveling

De positionering van de patiënt dient reeds bij de planning van de operatie bekend te zijn. Het OK-team controleert bij de time-out procedure of de afgesproken positionering correct is.

Conclusie: OK start ja/nee

Stap 7. Operatie

7.1 Start anesthesie

Bij de inleiding van de anesthesie is het stil op de OK.

De patiënt wordt aangesloten op de monitoring/registratie (zie standpunten *Anesthesiologische zorgverlening en Apparatuur*, NVA).

Op de operatieafdeling moeten protocollen zijn voor het uitvoeren en controleren van de positionering van de patiënt. De operateur is eindverantwoordelijk voor de positionering ten behoeve van de ingreep. De anesthesioloog en operateur delen de verantwoordelijkheid voor de veiligheid van de positionering.

Aanbeveling

Op de operatieafdeling zijn protocollen aanwezig voor het uitvoeren en controleren van de veiligheid van de patiënt bij de positionering.

7.2 Operatie

Tijdens de operatie vindt communicatie plaats tussen operateur en anesthesioloog op tenminste de volgende momenten:

- Bij start en einde van de ingreep;
- Bij alle gebeurtenissen die raken aan de activiteiten van de ander, of die van belang zijn voor de conditie of veiligheid van de patiënt. Voorbeelden: start incisie, positieverandering patiënt, zetten vaatklemmen door operateur, verandering in de conditie van de patiënt (bv significante bloeddrukval), complicaties, peroperatieve beleidsverandering, etc.

Het vastleggen van deze communicatie heeft tot doel 'real time' verslagleggen van het medisch handelen en vergroten van de veiligheid van de patiënt.

Operateur en anesthesioloog zijn beide verantwoordelijk voor deze communicatie. De communicatie tussen anesthesioloog en operateur wordt geregistreerd, in die zin dat zaken die essentieel zijn voor de veiligheid van de patiënt en de voortgang van de operatie later terug te vinden zijn.

In het verslag moeten minimaal de hierboven genoemde momenten (inclusief complicaties) worden vastgelegd en de communicatie met betrekking tot deze momenten.

Tijdens de operatie worden het aantal deurbewegingen en het aantal in- en uitlopende personen zoveel mogelijk beperkt.

Het aflossen van instrumenterenden en anesthesiemedewerkers tijdens de ingreep dient zoveel mogelijk voorkomen te worden. Indien toch de verwachting is dat instrumenterenden of anesthesiemedewerkers worden afgelost tijdens de operatie wordt dat bij de time-out gemeld. Bij aflossen dient de vertrekkende medewerker zorg te dragen voor correcte overdracht van belangrijke informatie aan de komende medewerker.

Het aflossen gebeurt niet tijdens risicomomenten.

Aanbeveling

Tijdens de operatie vindt communicatie plaats tussen de operateur en de anesthesioloog* op tenminste de volgende momenten:

- Bij start en einde van de ingreep;
- Bij alle gebeurtenissen die raken aan de activiteit van de ander, of die van belang zijn voor de conditie of veiligheid van de patiënt.

De hierboven genoemde momenten en de hieraan gerelateerde communicatie tussen operateur en anesthesioloog worden geregistreerd, zodat essentiële informatie later terug te vinden is. De werkgroep beveelt aan dat onderzoek wordt verricht naar de optimale manier om het verloop van de operatie en de hieraan gerelateerde communicatie te registreren.

* deze taak kan door de anesthesioloog gedelegeerd worden naar de anesthesiemedewerker. De eindverantwoordelijkheid blijft bij de anesthesioloog.

Stap 8. Sluiten wond en uitleiding

De operateur geeft aan hoe ver de operatie gevorderd is en wanneer de wond gesloten wordt. Voordat de wond wordt gesloten vergewist de operateur zich ervan dat er geen materialen onbedoeld zijn achtergebleven in de patiënt.

Nadat de wond gesloten is en in ieder geval voordat er iemand van het team of de patiënt de OK verlaat moet een sign out/debriefing plaatsvinden in aanwezigheid van het hele team. Hierbij wordt tenminste besproken en vastgelegd:

- Verrichte procedure is in decursus genoteerd;
- Instructies t.a.v. maagsonde (uit, hevel, zuig) zijn gegeven;
- Instructies t.a.v. drains, voedingsfistel zijn gegeven;
- Instructies t.a.v. medicatie (voortzetting en/of wijzigingen) zijn gegeven;
- Instructies t.a.v. bestrijding pijn en misselijkheid zijn gegeven;
- Instructies t.a.v. bewaken vitale functies zijn gegeven;
- Overige instructies (radiodiagnostiek, dieet, wondverzorging, mobiliseren/belasten etc.) zijn gegeven;
- Postoperatieve instructies zijn afgestemd met anesthesioloog;
- Opgetreden complicaties;
- Materialen zijn geteld en telling klopt;
- Overige bijzonderheden;
- Telefoonnummer waaronder operateur en anesthesioloog bereikbaar zijn (24/7);
- Inlichten van de familie.

Postoperatieve orders worden afgestemd tussen operateur en anesthesioloog.

De operateur controleert met de operatieassistent de identificatie en markering van het patiëntmateriaal van de interventie (bijvoorbeeld biopten, kweekmateriaal of PA-preparaat), en de juistheid en compleetheid van de bijbehorende formulieren. Tevens wordt afgesproken wie de preparaten wegbrengt.

Aanbeveling

STOPMOMENT V: sign out voor verlaten operatiekamer

Voordat de patiënt de operatiekamer verlaat, vindt een sign out plaats op de operatiekamer in aanwezigheid van het hele team*. Minimaal wordt besproken en vastgelegd: essentiële informatie over de verrichte procedure, telling materialen, afspraken met betrekking tot postoperatieve zorg. De operateur is ervoor (eind)verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd.

* deze taak kan door de anesthesioloog gedelegeerd worden naar de anesthesiemedewerker. De eindverantwoordelijkheid voor het anesthesiologisch deel blijft bij de anesthesioloog.

Het (voorlopige) operatie- en anesthesieverslag moet klaar zijn op het moment dat de patiënt het operatiecomplex verlaat.

Aanbeveling

Direct na de ingreep dient essentiële informatie (chirurgisch en anesthesiologisch) over de verrichte operatie vastgelegd te zijn en beschikbaar voor alle bij de postoperatieve zorg betrokken personen.

Stap 9. Patiënt verlaat operatiekamer

Dit is de overgang van peroperatief naar postoperatief. De patiënt wordt losgekoppeld van alle operatiekamer-gebonden apparatuur. Minimaal twee personen zorgen voor veilig vervoer. Dit team bestaat uit tenminste een anesthesioloog of anesthesiemedewerker en een ander persoon. Als de patiënt na de operatie naar de intensive care gaat, dient de anesthesioloog zelf mee te gaan.

De anesthesioloog/anesthesiemedewerker moet volledig geïnformeerd zijn en aanwezig zijn geweest bij sign-out op de operatiekamer.

Tijdens het transport dient het transportteam minimaal de volgende maatregelen te waarborgen:

- beddekken zijn omhoog;
- indien de toestand van de patiënt dat vereist is adequate bewaking aanwezig;
- middelen en medicatie ter ondersteuning van vitale functies zijn aanwezig indien nodig.

Verantwoordelijkheden: de anesthesioloog is tijdens transport eindverantwoordelijk. Wanneer het transport over een grotere afstand plaatsvindt, bijvoorbeeld als de verkoeverafdeling buiten het OK-complex ligt, dienen er zo nodig extra maatregelen genomen te worden opdat de patiënt veilig vervoerd kan worden.

Aanbeveling

Het transport van de patiënt van de operatiekamer naar de verkoeverafdeling wordt verricht door twee personen onder wie ten minste een anesthesioloog of anesthesiemedewerker. De anesthesioloog/anesthesiemedewerker moet volledig geïnformeerd zijn en aanwezig zijn geweest bij sign-out op de operatiekamer.

Als de patiënt na de operatie naar de intensive care (CCU/MC/PACU) gaat, dient de anesthesioloog zelf mee te gaan. De anesthesioloog moet volledig geïnformeerd zijn en aanwezig zijn geweest bij sign-out op de operatiekamer.

9.1 Operatieverslag

Het (voorlopige) operatieverslag moet klaar zijn op het moment dat de patiënt het operatiecomplex verlaat.

Het (voorlopige) operatieverslag bevat ten minste de volgende informatie:

- identificatiegegevens patiënt;
- operatiedatum;
- naam operateur(s);
- naam anesthesioloog;
- operatie indicatie;
- peroperatieve bevindingen;
- beschrijving van de gebruikte techniek en materialen;
- eventueel opgetreden complicaties en hoe deze zijn behandeld;
- postoperatieve conclusie;
- postoperatieve instructies/nabehandeling.

Het definitieve operatieverslag dient zo spoedig mogelijk na de operatie, bij voorkeur voor het einde van de eerst volgende werkdag, beschikbaar te zijn en te worden toegevoegd aan de medische status (bron: NVvH-richtlijn Operatieverslag 2003).

Stap 10. Verkoeverafdeling (verkoeverkamer/PACU/MC/IC)

10.1 Randvoorwaarden verkoever

Patiënten die kortdurend (dat wil zeggen: tot enkele uren) bewaking nodig hebben worden in de regel verkoeverd op de reguliere verkoeverkamer. Deze moet dan ook lang genoeg open zijn om electieve patiënten te kunnen opvangen (en patiënten die tijdens reguliere uren een spoedoperatie ondergaan).

Patiënten die langdurig intensieve zorg en behandeling nodig hebben worden postoperatief op de IC of MC of CCU opgenomen.

Voor patiënten die intensieve bewaking en/of behandeling behoeven maar bij wie de verwachting is dat dit niet langer dan 24 uur* nodig is, is een post-anesthesia care unit (PACU) een goede oplossing. Een PACU is een verkoeverkamer met (een mogelijkheid tot) 24-uurs* bezetting, waar postoperatieve patiënten tot een maximum van 24 uur* worden bewaakt. De PACU kan een groot deel van de patiënten opvangen die bij afwezigheid van een PACU postoperatief op de IC (of MC of CCU) zouden worden opgenomen. Ook ontlast het hebben van een PACU de verpleegafdelingen omdat patiënten die intensieve zorg behoeven deze ook echt krijgen en niet na een korte verkovertijd worden doorgestuurd naar de verpleegafdeling (Visiedocument PACU, NVA 2011). Als de patiënt na 24 uur* niet overgeplaatst kan worden naar een verpleegafdeling, volgt alsnog opname op een intensive care of medium care afdeling of CCU.

* Maximale tijdsduur afhankelijk van lokale afspraken.

Aanbeveling

De openingstijden van de verkoeverafdeling zijn zodanig dat alle electieve patiënten postoperatief opgevangen kunnen worden.

Voor patiënten die intensieve bewaking en/of behandeling behoeven gedurende naar verwachting maximaal 24 uur*, is een post-anesthesia care unit (PACU) een goede oplossing.

* Maximale tijdsduur afhankelijk van lokale afspraken.

10.2 Aankomst op de verkoeverafdeling (verkoeverkamer/MC/IC)

De meeste patiënten worden postoperatief verkoeverd op de verkoeverkamer. Indien de patiënt niet naar de verkoeverkamer gaat maar naar een andere afdeling (PACU/IC/MC/verpleegafdeling) is de werkwijze grotendeels hetzelfde, zo nodig aangevuld met patiëntspecifieke afspraken/gegevens. Voor specifieke aspecten van intensieve zorg wordt verwezen naar de richtlijn Intensive Care (in ontwikkeling).

Bij aankomst wordt de monitoring op de patiënt aangesloten. De anesthesioloog/ anesthesiemedewerker verlaat de patiënt niet eerder dan dat de patiënt is aangesloten op de monitoring en de vitale parameters bekend zijn, en na de (mondelijke) overdracht door de anesthesioloog /anesthesiemedewerker en eventueel de operateur.

Voor minimale benodigde bewaking op de verkoever wordt verwezen naar het NVA-standpunt Verkoeverperiode en de inrichting en de organisatie van de verkoeverafdeling (NVA 2004).

Verantwoordelijkheden: op de verkoeverkamer ligt de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt bij de anesthesioloog. De operateur blijft gedurende het verblijf in het ziekenhuis verantwoordelijk voor het chirurgische deel. Lokaal wordt afgesproken en vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het anesthesiologische en het intensivistische deel van de

postoperatieve behandeling op de MC/IC/CCU/PACU. Lokaal wordt afgesproken en vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het postoperatieve pijnbeleid (zie richtlijn postoperatieve pijn). Tevens wordt lokaal afgesproken en vastgelegd wie verantwoordelijk is voor het beleid met betrekking tot antibiotica en antistolling.

De basis voor de personele bezetting van de verkoeverkamer is één verpleegkundige op twee verkoeverpatiënten. Hierbij dient echter wel (lokaal) goed gekeken te worden naar de schommelingen in zorgzwaarte van het patiëntenbestand. Dit om zorg te dragen voor een veilige en kwalitatief verantwoorde zorg voor de patiënt, door de verkoevermedewerkers (standpunt bestuur BRV en NVA, maart 2012).

10.3 Overdracht OK-verkoeverafdeling

Hieronder wordt de overdracht van de operatiekamer naar de verkoeverafdeling besproken. De overdracht van de operatiekamer naar de verkoeverafdeling betreft de volgende onderdelen:

1. het daadwerkelijk overplaatsen van de patiënt;
2. het overdragen van:
 - a. gegevens over de patiënt, de operatie en de anesthesie;
 - b. het verpleegkundig- en medisch beleid op de verkoeverafdeling;
 - c. bijzonderheden.

De recoveryverpleegkundige (dan wel MC/IC/CCU/PACU verpleegkundige) controleert of het dossier compleet is. De overdracht van medisch relevante aspecten vindt plaats tussen de anesthesioloog /anesthesiemedewerker en de recoveryverpleegkundige. De overdracht is gestructureerd en vindt plaats aan de hand van een checklist; de gegevens zijn voor alle betrokken behandelaars beschikbaar. Er is één geïntegreerde overdracht voor de chirurgische en anesthesiologische behandeling. In het geval van opname op de IC vindt de overdracht op overeenkomstige manier plaats van anesthesioloog naar intensivist.

10.3a Gegevens patiënt, de operatie en de anesthesie

De volgende patiëntgegevens worden overgedragen:

- identiteit patiënt (naam en geboortedatum, controleren aan de hand van polsbandje en EPD/status);
- relevante gegevens preoperatieve screening (inclusief allergie).

De checklist die is ingevuld bij de sign-out wordt overgedragen.

Minimaal de volgende operatiegegevens worden tevens mondeling overgedragen:

- verrichte operatie (+ zijde);
- relevante bijzonderheden die besproken zijn tijdens sign-out;
- is de operatie volgens planning verlopen (ja/nee), met/zonder complicaties;
- is de anesthesie volgens planning verlopen (ja/nee), met/zonder complicaties;
- eventuele bijzonderheden die peroperatief bijsturing nodig maakten;
- relevante informatie voor de postoperatieve periode (bijvoorbeeld pre- en peroperatief bloedverlies, temperatuur).

10.3b Het verpleegkundig en medisch beleid op de verkoeverafdeling

In de checklist die is besproken bij de sign-out staan de afspraken met betrekking tot het medisch en verpleegkundig beleid. Bijzonderheden worden ook mondeling overgedragen.

Als de behandelaars willen afwijken van het afgesproken beleid dienen ze dit eerst af te

stemmen met de eindverantwoordelijke en dit vast te leggen in het dossier.

Aanbevelingen

Bij aankomst op de verkoeverafdeling vindt een gestructureerde overdracht plaats van de volgende gegevens:

- gegevens over de patiënt, de operatie en de anesthesie;
- items van de sign-out op OK aan de hand van de checklist;
- het verpleegkundig en medisch beleid op de verkoeverafdeling;
- bijzonderheden.

De gegevens zijn voor alle betrokken behandelaars beschikbaar.

Tijdens het verblijf op de verkoeverkamer is de anesthesioloog eindverantwoordelijk. De operateur blijft verantwoordelijk voor het chirurgische gedeelte. Ten behoeve van patiënten die postoperatief opgenomen worden op de IC, MC, CCU of PACU dienen lokaal afspraken gemaakt te worden over de verantwoordelijkheden met betrekking tot het chirurgische, anesthesiologische en eventueel intensivistische deel van de zorg.

Indien patiënten worden verpleegd op afdelingen die daar niet primair voor zijn ingericht (verkoeveren op andere afdeling dan verkoeverafdeling, verpleging op niet-chirurgische verpleegafdeling) is de anesthesioloog (verkoeveren) dan wel de operateur (verpleging) ervoor eindverantwoordelijk dat op deze afdelingen de juiste zorg geboden kan worden.

Als patiënten worden verpleegd op afdelingen die daar niet primair voor zijn ingericht en er twijfel bestaat of op deze afdeling de benodigde zorg kan worden geboden, dient overleg plaats te vinden met de verantwoordelijke van deze afdeling.

10.3c Bijzonderheden

Nader in te vullen, afhankelijk van individuele patiënt.

10.4 Ontslag van de verkoeverkamer

10.4.1 Voorbereiding voor ontslag

Een patiënt komt in aanmerking voor ontslag naar de verpleegafdeling wanneer hij/zij voldoet aan de volgende criteria:

- PAR (post anesthesia recovery) score is goed volgens de lokale criteria (zie indicator NVA). In geval van verblijf op IC of MC gelden de reguliere ontslagcriteria;
- pijnscore is acceptabel volgens de lokale criteria.

Als er twijfel is of op de ontvangende afdeling de benodigde zorg geboden kan worden overlegt de anesthesioloog, voordat de patiënt wordt overgeplaatst, met de verantwoordelijke op deze afdeling.

Aanbeveling

STOPMOMENT VI: ontslag verkoeverafdeling.

Voordat de patiënt de verkoeverafdeling verlaat, vindt controle plaats van de toestand van de patiënt aan de hand van de afgesproken ontslagcriteria.

De anesthesioloog is er voor (eind)verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd.

De patiënt kan pas ontslagen worden van de verkoeverafdeling indien:

- PAR (post anesthesia recovery) score is goed volgens de lokale criteria (zie indicator NVA). In geval van verblijf op IC of MC gelden de reguliere ontslagcriteria;
- pijnscore is acceptabel volgens de lokale criteria.

Indien de postoperatieve zorg onder verantwoordelijkheid valt van de intensivist of andere medisch specialist is deze eindverantwoordelijk voor ontslag naar de verpleegafdeling.

10.4.2 Overdracht verkoeverkamer– (chirurgische) verpleegafdeling

Als de patiënt postoperatief op de IC/MC/CCU/PACU verpleegd wordt is deze paragraaf ook van toepassing op de overdracht van IC/MC/CCU/PACU naar verpleegafdeling. Voor vertrek van de verkoeverafdeling wordt door de afdelingsverpleegkundige gecontroleerd of het dossier compleet en beschikbaar is. De overdracht zelf vindt plaats tussen een recoveryverpleegkundige en de verpleegkundige van de verpleegafdeling.

Bij de overdracht van de verkoeverafdeling naar de verpleegafdeling wordt tenminste het volgende besproken en vastgelegd:

- identiteit patiënt (met controle);
- post anesthesia recovery (PAR)-score en de pijnscore (bv gereviseerde aldrete score);
- in geval van verblijf op IC/MC/CCU/PACU in plaats van de PAR de reguliere ontslagcriteria (zie richtlijn Criteria voor opname en ontslag van Intensive Care afdelingen in Nederland (NVIC, 2000));
- beloop en veranderingen in beleid met betrekking tot de recoveryperiode;
- medicatie.

Tevens wordt de checklist zoals besproken en ingevuld op de operatiekamer overgedragen.

De (schriftelijke of digitale) medische overdracht geschiedt van anesthesioloog en operateur naar verantwoordelijke arts op de afdeling :

- identificerende gegevens patiënt;
- informatie over operatie en anesthesie en verkoeverperiode;
- postoperatieve instructies zoals vastgelegd bij de sign-out.

Deze informatie moet op een voor de zorgverleners duidelijk vindbare plaats in het medisch dossier worden vastgelegd.

Lokaal moet duidelijk zijn welke opdrachten door de verpleegkundigen dienen te worden uitgevoerd en welke door de zaalarts.

Verantwoordelijkheden: lokaal worden afspraken gemaakt en schriftelijk vastgelegd wie verantwoordelijk is voor de postoperatieve pijnbestrijding.

Aanbevelingen

De overdracht van de verkoeverafdeling naar de verpleegafdeling vindt gestructureerd plaats tussen de recoveryverpleegkundige en de afdelingsverpleegkundige aan de hand van een checklist. Minimaal de volgende gegevens worden overgedragen:

- gegevens over de patiënt, de operatie en de anesthesie;
- relevante items van de sign-out op OK aan de hand van de checklist;

- post anesthesia recovery (PAR) score (of reguliere ontslagcriteria van IC/MC/CCU/PACU) en pijnscore;
- beloop en veranderingen in beleid met betrekking tot de recoveryperiode;
- wijzigingen ten opzichte van de preoperatieve medicatieopdrachten inclusief de reden van wijziging.

De medische informatie ten behoeve van de overdracht van anesthesioloog en operateur naar de arts die de verantwoordelijkheid heeft voor de uitvoering van het postoperatieve medische beleid op de afdeling is vastgelegd op een voor de zorgverleners duidelijk vindbare plaats in het medisch dossier en bevat tenminste:

- gegevens over de patiënt, de operatie en de anesthesie;
- items van de sign-out op OK;
- bijzonderheden met betrekking tot het verblijf op de verkoeverafdeling, zoals deze in het (digitale of schriftelijke) verkoever-verslag zijn vastgelegd;
- wijzigingen in postoperatieve afspraken ten opzichte van afspraken die zijn vastgelegd bij de sign-out inclusief de reden van wijziging;
- wijzigingen ten opzichte van de preoperatieve medicatieopdrachten inclusief de reden van wijziging.

10.5 Transport naar verpleegafdeling na overdracht

Het besluit dat de patiënt vervoerd kan worden naar de verpleegafdeling wordt genomen onder eindverantwoordelijkheid van de anesthesioloog. De patiënt wordt door twee personen getransporteerd; hieronder bevindt zich een verpleegkundige. Deze 20 verpleegkundige is bij voorkeur op de verpleegafdeling betrokken bij de zorg voor de patiënt, om een extra overdrachtmoment te voorkómen.

Aanbeveling

Transport van de verkoeverafdeling naar de verpleegafdeling wordt uitgevoerd door twee personen, waarvan tenminste één verpleegkundige.

Stap 11. Verpleegafdeling

Tijdens het verblijf op de verpleegafdeling is de operateur eindverantwoordelijk dat de postoperatieve afspraken worden uitgevoerd. Voor het overige valt het verblijf op de verpleegafdeling onder de normale verpleegkundige zorg, die in deze richtlijn niet specifiek beschreven wordt. Zoals voor het hele perioperatieve traject geldt, dient ook voor deze fase lokaal te worden afgesproken en vastgelegd wie wanneer eindverantwoordelijk is voor de postoperatieve pijnbestrijding, antibiotica, antistollingsbeleid en vitale functies.

Aanbeveling

Lokaal wordt afgesproken en vastgelegd wie wanneer eindverantwoordelijk is voor de postoperatieve pijnbestrijding, antibiotica, antistollingsbeleid en vitale functies op de verpleegafdeling.

Stap 12. Ontslag uit het ziekenhuis

De patiënt moet vóór ontslag medisch zijn beoordeeld, waarbij geverifieerd is of ontslag medisch verantwoord is.

Het behandelend team heeft zich voor het ontslag ervan vergewist dat de situatie op de plaats van bestemming zodanig is dat de patiënt ontvangen kan worden. De te betrekken hulpverleners moeten op de hoogte zijn van de komst van de patiënt en van de van hen te verwachten zorg, en moeten in staat zijn die te verlenen.

In het dossier wordt vastgelegd: de beslissing tot ontslag, en tevens wanneer en door wie de beslissing is genomen. Ontslag kan plaatsvinden naar huis, maar ook naar een andere instelling zoals verpleeghuis, hospice, etcetera. Onder ontslag wordt ook verstaan overplaatsing naar een ander ziekenhuis.

De voorlopige ontslagbrief bevat minimaal informatie over:

- diagnose, aard, ingreep, postoperatief beloop en eventuele bijzonderheden en instructies;
- actuele medicatielijst, eventuele wijzigingen ten opzichte van de medicatie bij opname en de reden van wijziging;
- afspraken en telefoonnummer om eventueel contact op te nemen bij problemen;
- verantwoordelijke behandelaar.

Lokaal worden afspraken gemaakt door wie de voorlopige ontslagbrief minimaal geaccordeerd moet worden. De voorlopige ontslagbrief wordt bij ontslag aan de patiënt meegegeven en in dezelfde tijd aan de huisarts (en eventuele andere verwijzer) elektronisch verstrekt (fax, email, EPD). Hiermee kan de verantwoordelijkheid voor de patiënt in de thuissituatie adequaat aan de huisarts worden overgedragen.

Bij ontslag wordt geverifieerd of de patiënt kan beschikken over de ontslagmedicatie (zo nodig medicatie meegeven tot de eerstvolgende reguliere werkdag).

Bij ontslag wordt aan de patiënt ten minste de volgende informatie meegegeven (schriftelijk met mondelinge toelichting):

- eventueel te verwachten bijzonderheden;
- wondverzorging indien van toepassing;
- actuele medicatielijst inclusief wijzigingen ten opzichte van de opnamemedicatie;
- instructies;
- verantwoordelijk behandelaar;
- telefoonnummer om eventueel contact op te nemen;
- afspraak op de poli (indien van toepassing).

Vanaf het ontslag tot aan thuiskomst is de operateur eindverantwoordelijk. Vanaf thuiskomst is de huisarts eindverantwoordelijk.

Aanbevelingen

STOPMOMENT VII: ontslag uit het ziekenhuis.

Voordat de patiënt het ziekenhuis verlaat, vindt controle plaats van de klinische toestand van de patiënt. De patiënt kan pas uit het ziekenhuis ontslagen worden indien:

- de medische toestand van de patiënt dit toelaat;
- de situatie op de plaats van bestemming zodanig is dat de patiënt ontvangen kan worden.

In het dossier wordt vastgelegd: de beslissing tot ontslag, en tevens wanneer en door wie de beslissing is genomen.

De operateur is ervoor (eind)verantwoordelijk dat het stopmoment wordt uitgevoerd en wordt vastgelegd.

De voorlopige ontslagbrief wordt bij ontslag aan de patiënt meegegeven en tegelijkertijd verstuurd naar de huisarts en eventuele andere verwijzer (per fax, e-mail of EPD). De voorlopige ontslagbrief bevat minimaal informatie over:

- diagnose, aard, ingreep, postoperatief beloop en eventuele bijzonderheden en instructies;
- actuele medicatielijst, eventuele wijzigingen ten opzichte van 5 de medicatie bij opname en de reden van wijziging;
- hoe te anticiperen op mogelijke problemen indien van toepassing;
- afspraken en telefoonnummer om eventueel contact op te nemen;
- verantwoordelijke behandelaar.

Bij ontslag wordt aan de patiënt tenminste de volgende informatie meegegeven (schriftelijk met mondelinge toelichting):

- eventueel te verwachten bijzonderheden;
- wondverzorging indien van toepassing;
- actuele medicatielijst inclusief wijzigingen ten opzichte van de opnamemedicatie;
- instructies;
- verantwoordelijk behandelaar;
- telefoonnummer om eventueel contact op te nemen;
- afspraak op de poli (indien van toepassing).

Bij ontslag wordt geverifieerd of de patiënt kan beschikken over de ontslagmedicatie.