



UZ
LEUVEN



Time Out in het operatiekwartier: Tijdsverlies ?

Pierre Luysmans, stafmedewerker operationele directie, UZ Leuven

UZ
Leuven

Herestraat 49
B - 3000 Leuven

www.uzleuven.be
tel. +32 16 33 22 11

UNIVERSITY HOSPITALS LEUVEN



Organization Accredited
by Joint Commission International

Doel van Time Out in Oka ?

- Patiëntveiligheid verhogen



Patiëntveiligheid : definitie

- Patiënt lijdt geen schade door de zorg of door zijn/haar contact met het zorgsysteem.



Lijden patiënten schade ?

To Err Is Human

Building a Safer Health System

Linda T. Kohn, Janet M. Corrigan, and
Molla S. Donaldson, Editors

Committee on Quality of Health Care in America


INSTITUTE OF MEDICINE

NATIONAL ACADEMY PRESS
Washington, D.C.



To err is human

- Adverse events: 2,9 – 3,7% of hospital admissions
- 6,6 – 13,6 % of adverse events led to death
- >50% could have been prevented
- 44.000 Americans die each year as a result of a medical error (NY study: 98.000)



64930 opnames
1883 – 2402 ongewenste feiten ?
124 – 326 overlijdens ?



Incidenten in het operatieve proces

- IOM: To err is human
 - *In het operatieve proces komen frequent incidenten en complicaties voor, die relatief vaak ernstige gevolgen hebben*
- Utah Colorado Medical practice Study (2001). Enhancing Patient Safety. BMJ publications 2001
 - *51,4% van de adverse events werden genoteerd tijdens het operatief proces*
- MediRisk B.A. (2004) Risico's op de operatieafdeling
 - *65% van de schadeclaims hebben betrekking op de snijdende disciplines.*
 - *Bijna de helft van de fouten wordt gemaakt op de operatieafdeling*

234 million operations are done globally each year

Source: Weiser, Lancet 2008.

- Known surgical complications of 3-16%
- Known death rates of 0.4-0.8%

=

At least 7 million disabling complications – including 1 million deaths – worldwide each year



België

Adverse outcomes in Belgian acute hospitals: retrospective analysis of the national hospital discharge dataset

KOEN VAN DEN HEEDE¹, WALTER SERMEUS¹, LUWIS DIYA², EMMANUEL LESAFFRE² AND ARTHUR VLEUGELS¹

¹Center for Health Services and Nursing Research and ²Biostatistical Center, Catholic University Leuven, Leuven, Belgium

Abstract

Objective. The prevalence and variability of adverse outcome rates in Belgian acute hospitals is examined by using the national hospital discharge database.

Design, setting, and participants. Retrospective analysis based on administrative data of all Belgian acute hospitals, covering the full medical ($n = 1\,024\,743$) and surgical ($n = 633\,027$) in-patients population for the year 2000.

Main outcome measures. For 11 adverse outcomes and failure-to-rescue, the rates and variability among hospitals were studied. The all patient refined diagnostic related groups (APR-DRG) method was used for risk adjustment.

Results. The prevalence of adverse outcomes was 7.12% in the medical and 6.32% in the surgical group. Rates ranged from 6.25 (deep venous thrombosis) to 32.3 (urinary tract infection) outcomes per 1000 discharges in the medical group and from 3.39 (deep venous thrombosis) to 17.6 (urinary tract infection) outcomes per 1000 discharges in the surgical group. The failure-to-rescue rate was 240 and 211 per 1000 discharges, respectively. Except for pressure ulcers and hospital-acquired sepsis, the prevalence of adverse outcomes was significantly higher ($P = 0.001$) in the medical group. All adverse outcome rates varied substantially among the hospitals surveyed.

Conclusions. This study identifies the occurrence of adverse outcomes in a national population. It adds information to the growing body of knowledge in predominantly Anglo-Saxon countries about adverse outcomes. Striking variation exists in the risk-adjusted adverse outcome rates across Belgian acute hospitals, revealing a large potential for quality gains that encourage further action.

Keywords: administrative data, patient safety, quality measurement, risk adjustment

Never events in het operatiekwartier



Table. Never Events, 2011

The National Quality Forum's Health Care "Never Events" (2011 Revision)

Surgical events

Surgery or other invasive procedure performed on the wrong body part

Surgery or other invasive procedure performed on the wrong patient

Wrong surgical or other invasive procedure performed on a patient

Unintended retention of a foreign object in a patient after surgery or other procedure

Intraoperative or immediately postoperative/postprocedure death in an American Society of Anesthesiologists Class I patient

JOHNS HOPKINS MALPRACTICE STUDY: SURGICAL 'NEVER EVENTS' OCCUR AT LEAST 4,000 TIMES PER YEAR

Release Date: 12/19/2012

Researchers advocate public reporting of mistakes

After a cautious and rigorous analysis of national malpractice claims, Johns Hopkins patient safety researchers estimate that a surgeon in the United States leaves a foreign object such as a sponge or a towel inside a patient's body after an operation 39 times a week, performs the wrong procedure on a patient 20 times a week and operates on the wrong body site 20 times a week.

The researchers, reporting online in the journal *Surgery*, say they estimate that 80,000 of these so-called "never events" occurred in American hospitals between 1990 and 2010 - and believe their estimates are likely on the low side.

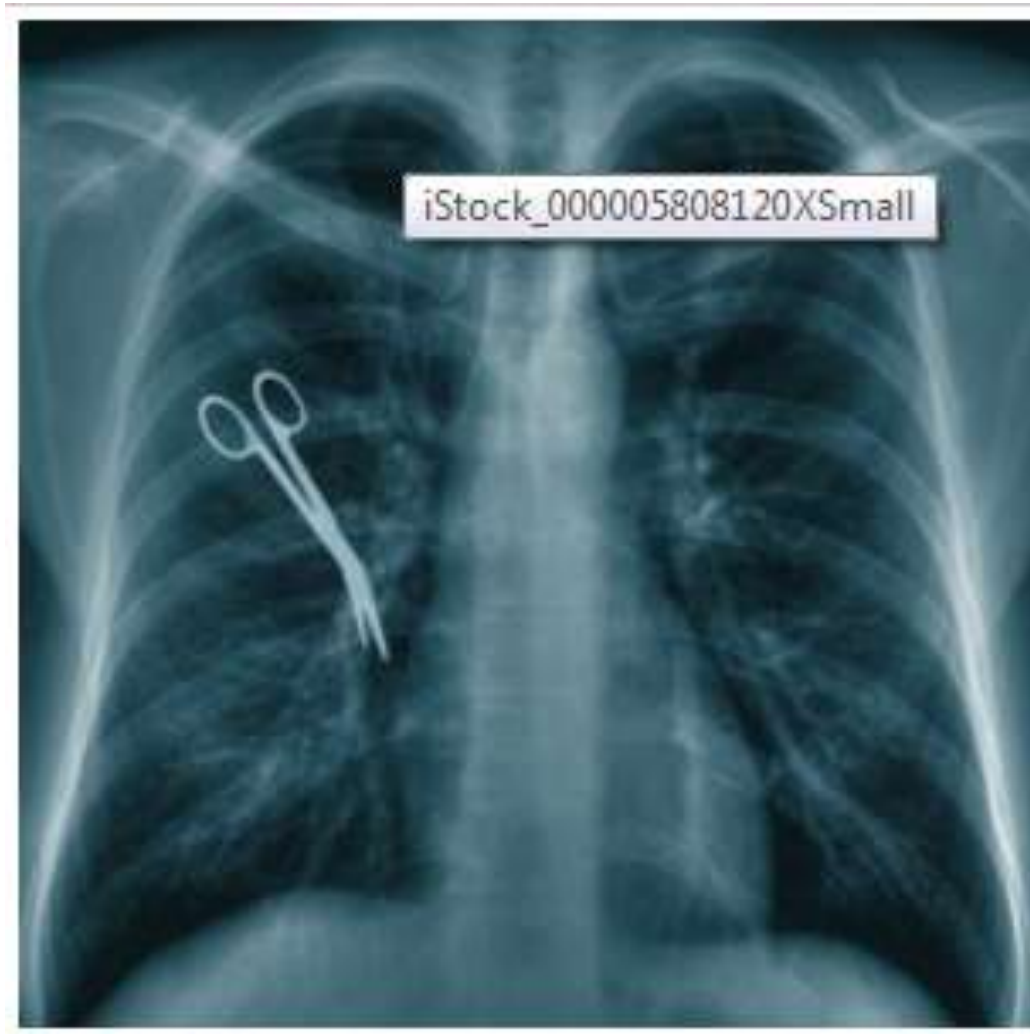
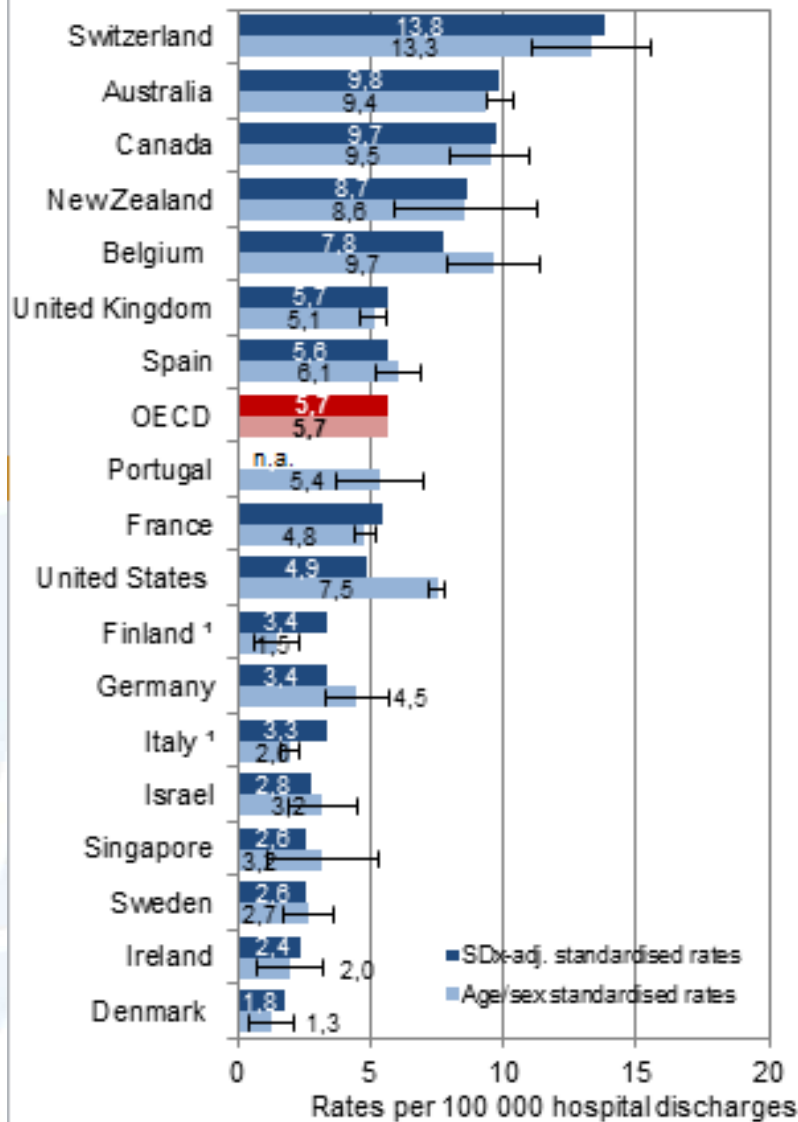
Clarke et al; 433.528 dossiers

- Wrong-side surgery (n=298)
- Wrong part/location (n=60)
- Wrong procedure (n=39)
- Wrong patient (n=34)



Note: The number of events is greater than 427 because four reports described two errors each.

5.6.1. Foreign body left in during procedure, 2009 (or nearest year)




1. The average number of secondary diagnoses is < 1.5.

Source: OECD Health Data 2011.

World Health Organization: juni 2008

- Campagne
 - Safe surgery saves lives
- Checklist

 SURGICAL SAFETY CHECKLIST (First Edition)		
Before induction of anaesthesia	Before skin incision	Before patient leaves operating room
SIGN IN <input type="checkbox"/> PATIENT HAS CONFIRMED + IDENTITY + SITE + PROCEDURE + CONSENT <input type="checkbox"/> THE MAJOR RISK APPLICABLE <input type="checkbox"/> ANAESTHESIA SAFETY CHECK COMPLETED <input type="checkbox"/> VITALS CORRECT ON PATIENT AND FUNCTIONING DOES PATIENT HAVE: KNOWN ALLERGY <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES DIFFICULT AIRWAY ASPIRATION RISK <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND COUNTERMEASURE AVAILABLE RISK OF SIGNIF. BLOOD LOSS (MULTIPLE CHANGING?) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES, AND ADEQUATE INFUSION/IV ACCESS AND FILTER PLACED	SIGN OUT <input type="checkbox"/> CONFIRM ALL TEAM MEMBERS HAVE BEEN DEBRIEFED THEMSELVES BY NAME AND ROLE <input type="checkbox"/> SURGEON, OTHER STAFF PROFESSIONAL AND NURSE INDIVIDUALLY CONFIRM + PATIENT + SITE + PROCEDURE ARE THERE ANY CRITICAL EVENTS? <input type="checkbox"/> SURGEON REVIEWS: WHAT ARE THE CRITICAL OR UNEXPECTED EVENTS, CRIMINALS, EQUIPMENT, ANESTHESIA, BLOOD LOSS? <input type="checkbox"/> ANESTHESIA TEAM REVIEWS: ARE THERE ANY CRITICAL SPECIFIC CONCERNS? <input type="checkbox"/> MARKING TEAM REVIEWS: HAS UTILITY IN CLIPPING AND COUNTERMEASURE BEEN CONFIRMED? ARE THERE EQUIPMENT ISSUES OR ANY CONCERNS? HAS ANTIBIOTIC PROPHYLAXIS BEEN GIVEN WITHIN THE LAST 60 MINUTES? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE IS ESSENTIAL WIRING DISPLAYED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NOT APPLICABLE	SIGN OUT NURSE VERBALLY CONFIRMS WITH THE TEAM <input type="checkbox"/> THE NAME OF THE PROCEDURE IS DOUBLE CHECKED <input type="checkbox"/> THAT INSTRUMENTS, FORCEPS AND NEEDLES COUNTS ARE CORRECT FOR THE APPLICATIONS <input type="checkbox"/> HOW THE SPECIMEN IS LABELLED EXCLUDING PATIENT NAME <input type="checkbox"/> WHETHER THERE ARE ANY EQUIPMENT PROBLEMS TO BE ADOPTED <input type="checkbox"/> SURGEON, ANESTHESIA PROFESSIONAL AND MARK REVIEW THE RISK CONSENSUS FOR THE CONDUCT AND MANAGEMENT OF THE PROCEED

THIS CHECKLIST IS NOT INTENDED TO BE COMPREHENSIVE. ADDITIONS AND MODIFICATIONS TO FIT LOCAL PRACTICE ARE ENCOURAGED.

THE NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

SPECIAL ARTICLE

A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population

Alex B. Haynes, M.D., M.P.H., Thomas G. Weiser, M.D., M.P.H.,
William R. Berry, M.D., M.P.H., Stuart R. Lipsitz, Sc.D.,
Abdel-Hadi S. Breizat, M.D., Ph.D., E. Patchen Dellinger, M.D.,
Teodoro Herbosa, M.D., Sudhir Joseph, M.S., Pascience L. Kibatala, M.D.,
Marie Carmela M. Lapitan, M.D., Alan F. Merry, M.B., Ch.B., F.A.N.Z.C.A., F.R.C.A.,
Krishna Moorthy, M.D., F.R.C.S., Richard K. Reznick, M.D., M.Ed., Bryce Taylor, M.D.,
and Atul A. Gawande, M.D., M.P.H., for the Safe Surgery Saves Lives Study Group^a

Table 5. Outcomes before and after Checklist Implementation, According to Site.*

Site No.	No. of Patients Enrolled		Surgical-Site Infection		Unplanned Return to the Operating Room		Pneumonia		Death		Any Complication	
	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After	Before	After
							<i>percent</i>					
1	524	598	4.0	2.0	4.6	1.8	0.8	1.2	1.0	0.0	11.6	7.0
2	357	351	2.0	1.7	0.6	1.1	3.6	3.7	1.1	0.3	7.8	6.3
3	497	486	5.8	4.3	4.6	2.7	1.6	1.7	0.8	1.4	13.5	9.7
4	520	545	3.1	2.6	2.5	2.2	0.6	0.9	1.0	0.6	7.5	5.5
5	370	330	20.5	3.6	1.4	1.8	0.3	0.0	1.4	0.0	21.4	5.5
6	496	476	4.0	4.0	3.0	3.2	2.0	1.9	3.6	1.7	10.1	9.7
7	525	585	9.5	5.8	1.3	0.2	1.0	1.7	2.1	1.7	12.4	8.0
8	444	584	4.1	2.4	0.5	1.2	0.0	0.0	1.4	0.3	6.1	3.6
Total	3733	3955	6.2	3.4	2.4	1.8	1.1	1.3	1.5	0.8	11.0	7.0
P value			<0.001		0.047		0.46		0.003		<0.001	

* The most common complications occurring during the first 30 days of hospitalization after the operation are listed. Bold type indicates values that were significantly different (at $P < 0.05$) before and after checklist implementation, on the basis of P values calculated by means of the chi-square test or Fisher's exact test. P values are shown for the comparison of the total value after checklist implementation as compared with the total value before implementation.

Checklists steeds populairder in Vlaamse ziekenhuizen

Aan de studie in de New England Journal of Medicine, die het effect van de preoperatieve checklist van de Wereldgezondheidsorganisatie evalueerde, namen geen Belgische ziekenhuizen deel (zie kader). Maar deze checklists krijgen ook steeds meer aandacht op de diensten heekkunde in onze Vlaamse ziekenhuizen.

"Er zijn op onze dienst een aantal afsprakennota's met instructies om de meeste van de items die in deze checklist van de WGO voorkomen te checken", zegt Prof. Frank Vermassen, vaatchirurg UZGent. Deze maatregelen werden enkele jaren geleden ingevoerd, precies om het risico voor potentiële fouten te verminderen. "Een formele checklist waarbij de items effectief worden afgewinkt, gebruiken we nog niet. Maar al langer dan vorige week – toen de resultaten van de studie in de NEJM werden gepubliceerd – zijn er besprekingen aan de gang om een dergelijke checklist in te voeren. En deze publicatie kan alleen maar een sti-

UZ Leuven, Pellenberg. "Het zijn de zogenaamde kwaliteitsparameters die in het 'proces' worden ingebouwd en die systematisch moeten gecheckt en afgewinkt worden in het raam van het traject dat de patiënt volgt als hij in het ziekenhuis aankomt voor een bepaalde indicatie of behandeling. Eén van de items is bij ons op orthopedische chirurgie bijvoorbeeld het markeren van het te opereren lidmaat of gewricht. Een ander is het inlassen van een korte 'time-out', juist voor er wordt ingesneden, voor iedereen die betrokken is bij de behandeling. Op dat moment legt iedereen het werk even neer en wordt luidop gezegd: dit is patiënt x, hij wie we nu procedure y zullen uitvoeren,



Studies hebben aangetoond dat het markeren van het te opereren lidmaat tot een forse reductie van het

parameters samen met onze netwerkziekenhuizen, op basis van wat er in de literatuur wordt gepubliceerd. Dat gebeurt op andere diensten heekkunde in

ren van het te opereren lidmaat inderdaad leidt tot een forse reductie van het aantal 'wrong side surgeries'. "Voor een leek kan het vreemd lijken dat het

gebeurt, is de groter dat het gebeurt, en blijft reductie van de men. Het bren

Ziekenhuizen voeren checklist voor operaties in



Acht simpele vragen die een chirurgisch team zich voor en na een operatie zou moeten stellen, kunnen het aantal patiënten dat op de operatietafel sterft met 40 procent doen dalen. Een derde van de complicaties zou daarenboven vermeden kunnen worden. Dat blijkt uit een onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO). De checklist zal op korte termijn onder meer in het UZ Gent, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, UZ Brussel en het Leuvense Gasthuisberg ingevoerd worden, schrijft De Morgen.

Ziekenhuizen voeren checklist voor operaties in

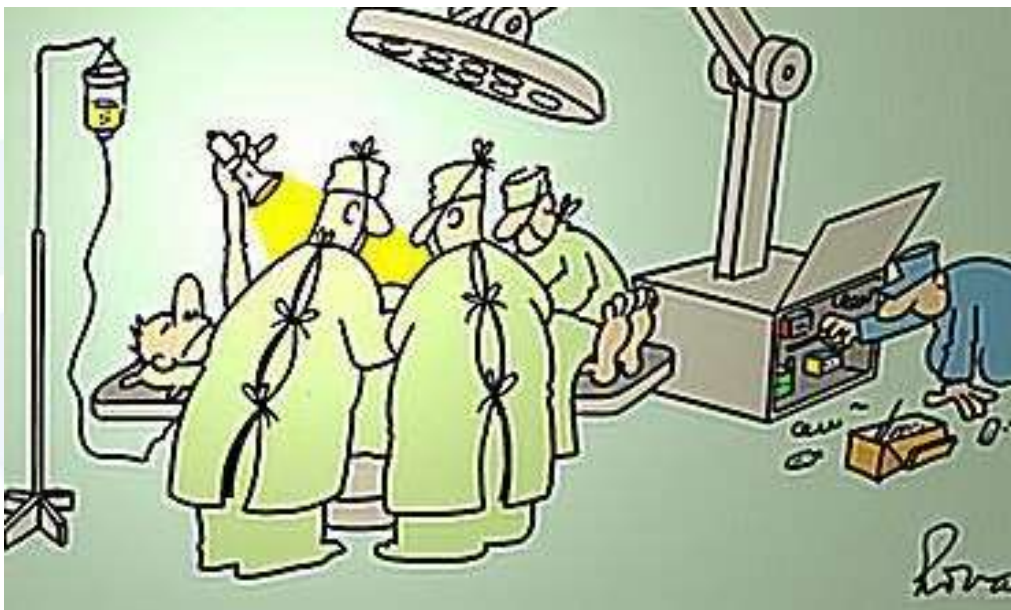
vrijdag 16 januari 2009 Bron: BELGA BELGA

BRUSSEL - (Belga) Acht simpele vragen die een chirurgisch team zich voor en na een operatie zou moeten stellen, kunnen het aantal patiënten dat op de operatietafel sterft met 40 procent doen dalen. Dat blijkt uit een onderzoek van de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO). De checklist zal op korte termijn onder meer in het UZ Gent, Ziekenhuis Netwerk Antwerpen, UZ Brussel en het Leuvense Gasthuisberg ingevoerd worden, schrijft De Morgen vrijdag.

FOD VVVL: nationale campagne

Goede Heelkunde is Veilige Heelkunde

Nationale Campagne voor het gebruik van een 'Safe Surgery Checklist' in het operatiekwartier



De Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) organiseert de eerste nationale campagne "Goede Heelkunde is Veilige Heelkunde" met de bedoeling de checklist bij **elke heelkundige ingreep** te gebruiken.

Deze sensibiliseringscampagne wordt momenteel gevoerd bij de betrokken zorgverleners (chirurgen, anesthesisten, verpleegkundigen van het operatiekwartier, directie). De wetenschappelijke verenigingen en beroepsverenigingen hebben meegewerkt aan de campagne. Zij beschouwen de checklist als een prioritaire actie voor een veilige zorgverlening in het operatiekwartier.

Met de checklist of controlelijst worden 19 kritieke punten systematisch gecontroleerd door verschillende leden van het chirurgisch team en dit op de drie belangrijkste momenten van elke ingreep:

- **vóór de anesthesie:** de identiteit van de patiënt, heeft de patiënt een allergie, ...
- **vóór de incisie van de huid:** verificatie van de geplande ingreep, verificatie van de plaats van de ingreep, zo nodig de toediening van antibiotica, ...
- **na de ingreep:** het tellen van het materiaal (kompresen, naalden, ...), de postoperatieve behandeling van de patiënt, ...

Checklist Veilige Heelkunde (EDITIE 2010)

Vóór de inductie van de anesthesie

(met minstens de verpleegkundige en de anesthesist)

Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en heeft de patiënt zijn/haar toestemming gegeven?

- Ja

Is de plaats van de ingreep aangeduid?

- Ja
 Niet van toepassing

Zijn de anesthesieapparatuur, het materiaal, de producten en de geneesmiddelen gecontroleerd?

- Ja

Is de pulsoximeter bij de patiënt aangebracht en functioneert hij?

- Ja

Heeft de patiënt:

Een gekende allergie?

- Nee
 Ja

Een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie?

- Nee
 Ja, hulp en materiaal beschikbaar

Een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)?

- Nee
 Ja, IV lijnen/centrale lijn en voldoende substitutie zijn voorzien

Vóór de incisie van de huid

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)

Bevestigen van de identiteit van de patiënt, de ingreep, de plaats van de ingreep

Werd in de loop van de voorbije 60 minuten de antibioticaprofylaxe toegediend?

- Ja
 Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

Voor de chirurg:

- Welke zijn de potentiële chirurgische problemen (kritische of ongewone stappen)?
 Hoe lang zal de ingreep duren?
 Wat is het te verwachten bloedverlies?

Voor de anesthesist:

- Zijn er specifieke patiëntgerelateerde problemen?

Voor de verpleegkundigen:

- Werd de steriliteit bevestigd (met de resultaten van de indicatoren)?
 Zijn er problemen met de uitrusting of zijn er andere aandachtspunten?

Is het relevante medisch beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal?

- Ja
 Niet van toepassing

Vóór het verlaten van de operatiezaal

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

De verpleegkundige bevestigt mondeling:

- De benaming van de uitgevoerde ingreep
 Het tellen van de instrumenten, kompressen en naalden werd uitgevoerd
 Het etiketteren van de weefselstalen (luidop lezen van de etiketten met inbegrip van naam patiënt)
 Of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken

Voor de chirurg, de anesthesist en de verpleegkundige:

- De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt zijn genoteerd

Checklist: voor de inductie

- Dubbele identificatie
 - Armbandje
 - Actieve bevraging (naam geboortedatum)
- Informed consent
- Operatiestreek gemarkeerd ?

Vóór de inductie van de anesthesie

(met minstens de verpleegkundige en de anesthesist)

Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en heeft de patiënt zijn/haar toestemming gegeven?

Ja

Is de plaats van de ingreep aangeduid?

Ja

Niet van toepassing

Zijn de anesthesieapparatuur, het materiaal, de producten en de geneesmiddelen gecontroleerd?

Ja

Is de pulsoximeter bij de patiënt aangebracht en functioneert hij?

Ja

Heeft de patiënt:

Een gekende allergie?

Nee

Ja

Een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie?

Nee

Ja, hulp en materiaal beschikbaar

Een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)?

Nee

Ja, IV lijnen/centrale lijn en voldoende substitutie zijn voorzien

Checklist: voor de inductie

- Pulse oxymeter OK ?
- Allergie bevraagd ?
- Risico op intubatieproblemen ?
- Risico op bloedverlies ?

Vóór de inductie van de anesthesie

(met minstens de verpleegkundige en de anesthesist)

Heeft de patiënt zijn/haar identiteit bevestigd evenals de ingreep, de plaats van de ingreep, en heeft de patiënt zijn/haar toestemming gegeven?

Ja

Is de plaats van de ingreep aangeduid?

Ja
 Niet van toepassing

Zijn de anesthesieapparatuur, het materiaal, de producten en de geneesmiddelen gecontroleerd?

Ja

Is de pulsoximeter bij de patiënt aangebracht en functioneert hij?

Ja

Heeft de patiënt:

Een gekende allergie?

Nee
 Ja

Een risico op intubatieproblemen of risico op aspiratie?

Nee
 Ja, hulp en materiaal beschikbaar

Een risico op bloedverlies >500ml (7ml/kg bij kind)?

Nee
 Ja, IV lijnen/centrale lijn en voldoende substitutie zijn voorzien

Checklist: voor insnijden

- Time Out



TIME OUT PROCEDURE

Cefran Ad/Dwan

Vóór de incisie van de huid

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)

Bevestigen van de identiteit van de patiënt, de ingreep, de plaats van de ingreep

Werd in de loop van de voorbije 60 minuten de antibioticaprofylaxe toegediend?

Ja
 Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

Voor de chirurg:

Welke zijn de potentiële chirurgische problemen (kritische of ongewone stappen)?
 Hoe lang zal de ingreep duren?
 Wat is het te verwachten bloedverlies?

Voor de anesthesist:

Zijn er specifieke patiëntgerelateerde problemen?

Voor de verpleegkundigen:

Werd de steriliteit bevestigd (met de resultaten van de indicatoren)?
 Zijn er problemen met de uitrusting of zijn er andere aandachtspunten?

Is het relevante medisch beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal?

Ja
 Niet van toepassing

Time Out



- Gestandaardiseerd controlemoment (checklist) dat wordt uitgevoerd als alle voorbereidingen zijn afgerond en de operatie op het punt staat te starten (insnijden)
- **Alle** medewerkers zijn evenveel betrokken: chirurg, verpleegkundige, anesthesist

Time Out : Doelstelling

- Bevorderen van communicatie en teamwerk
- Minimaal infectierisico
- Dubbele controle

Vóór de incisie van de huid

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)

Bevestigen van de identiteit van de patiënt, de ingreep, de plaats van de ingreep

Werd in de loop van de voorbije 60 minuten de antibioticaprofylaxe toegediend?

Ja
 Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

Voor de chirurg:

Welke zijn de potentiële chirurgische problemen (kritische of ongewone stappen)?
 Hoe lang zal de ingreep duren?
 Wat is het te verwachten bloedverlies?

Voor de anesthesist:

Zijn er specifieke patiëntgerelateerde problemen?

Voor de verpleegkundigen:

Werd de steriliteit bevestigd (met de resultaten van de indicatoren)?
 Zijn er problemen met de uitrusting of zijn er andere aandachtspunten?

Is het relevante medisch beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal?

Ja
 Niet van toepassing

Time Out : Practisch

- Chirurg initieert moment van T.O.
- Iedereen participeert
- Omloopverplk registreert
 - Papieren document
 - On line
 - ...

Vóór de incisie van de huid

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

Bevestiging dat alle teamleden zichzelf hebben voorgesteld met naam en functie(s)

Bevestigen van de identiteit van de patiënt, de ingreep, de plaats van de ingreep

Werd in de loop van de voorbije 60 minuten de antibioticaprofylaxe toegediend?

Ja
 Niet van toepassing

Anticiperen op kritieke gebeurtenissen

Voor de chirurg:

Welke zijn de potentiële chirurgische problemen (kritische of ongewone stappen)?
 Hoe lang zal de ingreep duren?
 Wat is het te verwachten bloedverlies?

Voor de anesthesist:

Zijn er specifieke patiëntgerelateerde problemen?

Voor de verpleegkundigen:

Werd de steriliteit bevestigd (met de resultaten van de indicatoren)?
 Zijn er problemen met de uitrusting of zijn er andere aandachtspunten?

Is het relevante medisch beeldmateriaal beschikbaar in de operatiezaal?

Ja
 Niet van toepassing

Voor verlaten van de operatiezaal

- Telling
 - Instrumenten
 - Naalden
 - Compressen
- Etikettering weefselstalen
- Post operatieve zorgen

Vóór het verlaten van de operatiezaal

(met de verpleegkundige, de anesthesist en de chirurg)

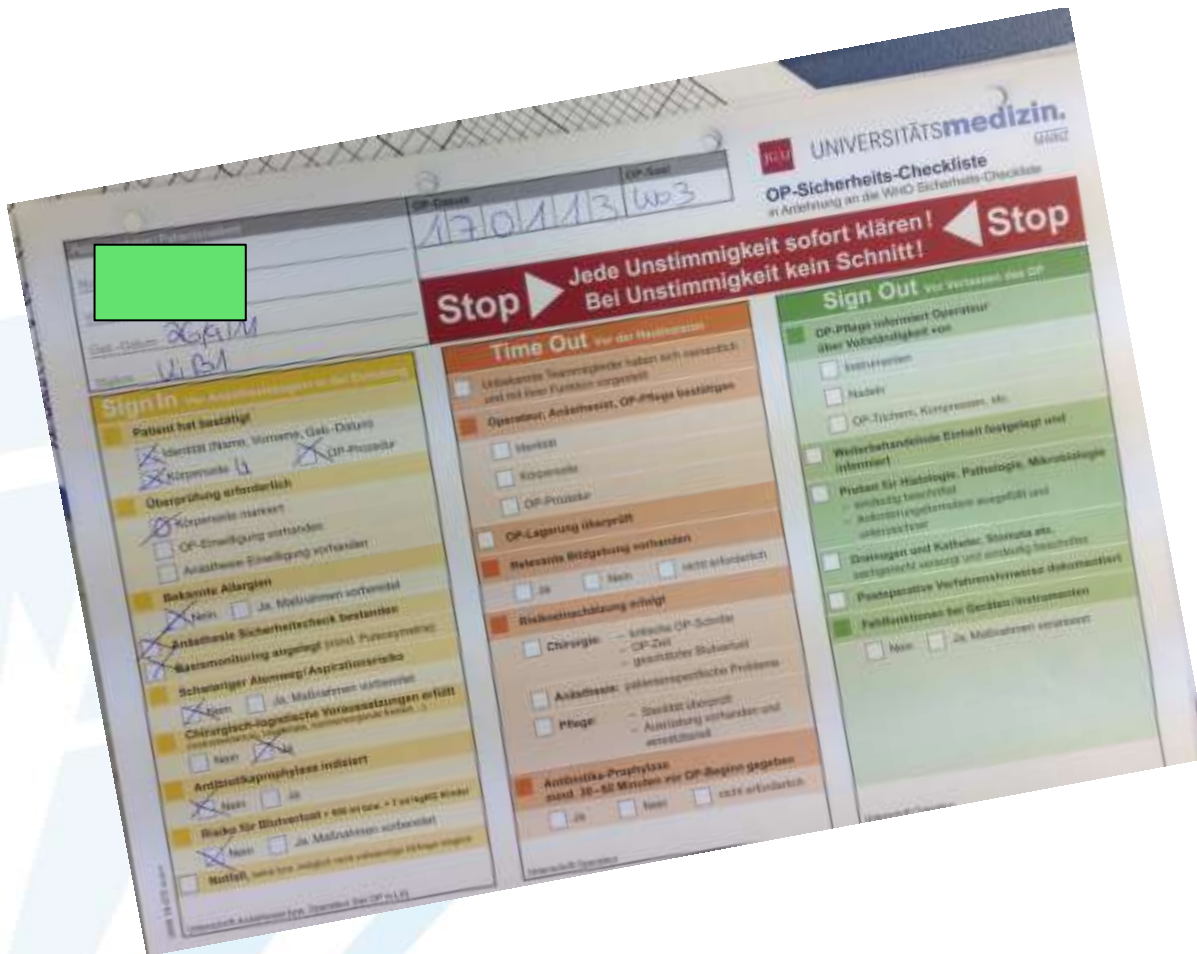
De verpleegkundige bevestigt mondeling:

- De benaming van de uitgevoerde ingreep
- Het tellen van de instrumenten, compressen en naalden werd uitgevoerd
- Het etiketteren van de weefselstalen (luidop lezen van de etiketten met inbegrip van naam patiënt)
- Of er problemen zijn met de uitrusting die moet worden nagekeken

Voor de chirurg, de anesthesist en de verpleegkundige:

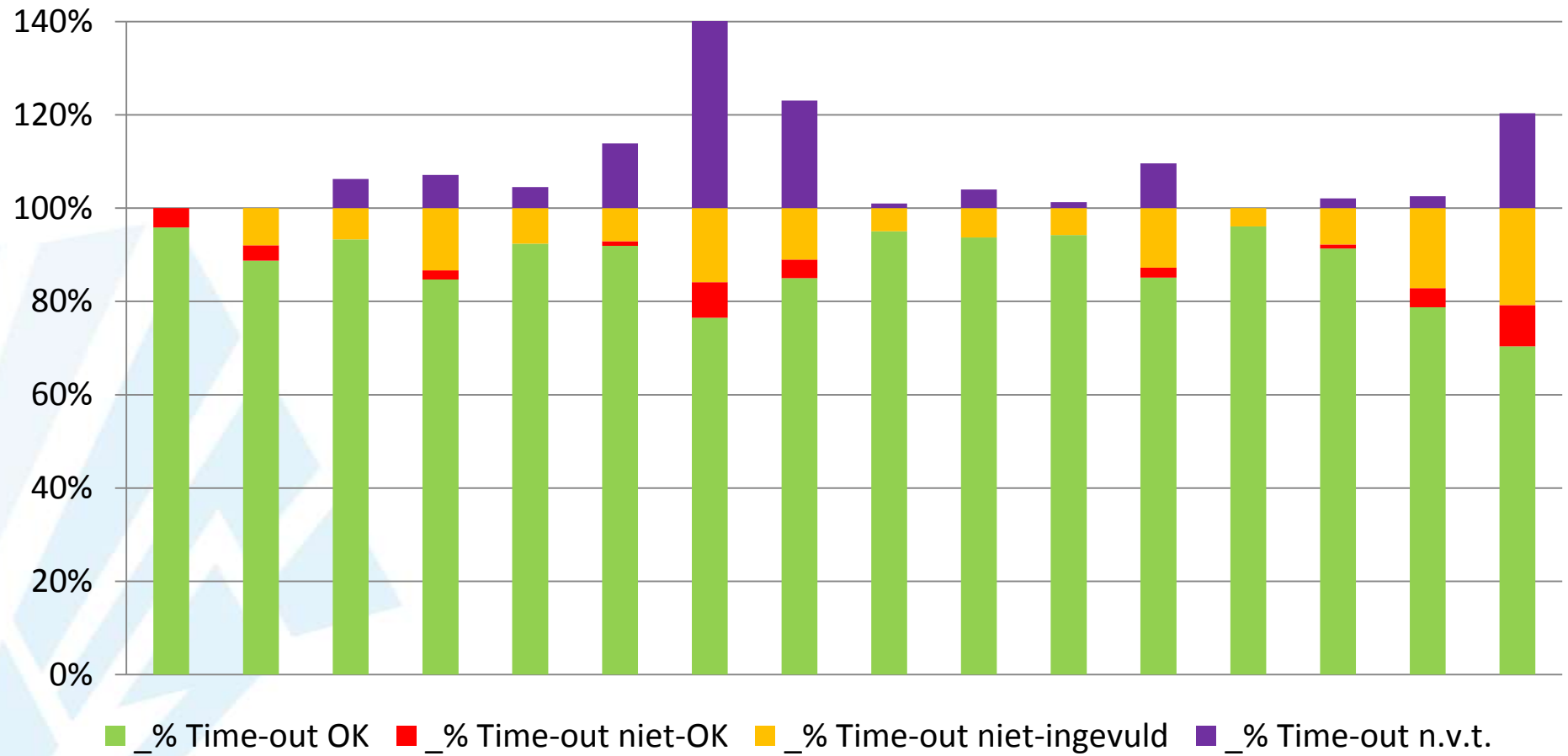
- De belangrijkste aandachtspunten bij het ontwaken en de postoperatieve behandeling van de patiënt zijn genoteerd

Registratie



Patientidentificatie	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Verbaal <input checked="" type="radio"/> Armbandje 	<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Operatiestreek gemarkeerd?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Informed consent beschikbaar?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Is anesthesietoestel check OK?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Pulse oxymeter aangelegd en functioneel?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Is er een gekende allergie?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Is type ingreep gekend?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Is materiaal beschikbaar?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Voor insnijden				
Met verpleegkundige/vroedvrouw, de anesthesist en de chirurg				
		<input type="radio"/> Alles OK	<input type="radio"/> Alles niet OK	<input type="radio"/> Alles NV
Bevestig procedure: Chirurg/Ane/Verplk/Vroedvrouw		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Antibiotica profylaxis gegeven < 60' voor de ingreep		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Bloed besteld en beschikbaar?		<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT
Aandachtspunten voor de chirurg?	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="radio"/> Potentiele problemen (kritische of ongewone stappen)? 	<input checked="" type="radio"/> OK	<input type="radio"/> Niet OK	<input type="radio"/> NVT

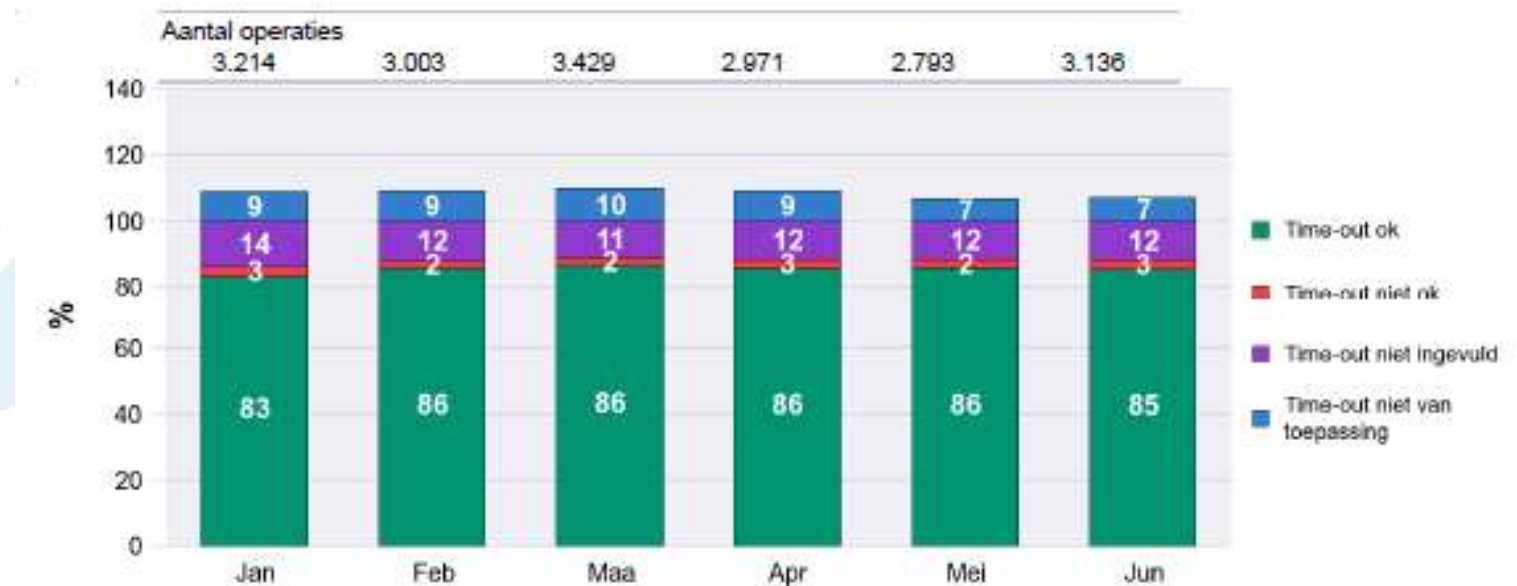
Opvolging



Rapportering

- Boordtabel kwaliteit
- Personal scorecard

Time-out



Incidentrapportering en opvolging: pIMS

- “An ongoing program of identifying and reducing unanticipated adverse events and safety risks to patients and staff is defined and implemented”
- Verplichte “root cause analysis” (RCA) voor sentinel events
 - Onverwacht overlijden tijdens ZH verblijf
 - Blijvende functionele letsels opgelopen in ZH
 - “wrong site/wrong patient/wrong surgery” procedure
 - “infant abduction”

Na invoering van Time Out procedure :

- Stijgt patiëntveiligheid
 - Stijgt kwaliteit van zorg
 - Daling van aantal never events
- Personeel gaat bewust om met de problematiek → geeft een “gerust” gevoel.

Na invoering van Time Out procedure :

- Zorgt voor een gedragsverandering

Hero model vs teamwork



Besluit

- Time Out procedure is geen tijdsverlies maar kwaliteitswinst



Organization Accredited
by Joint Commission International

