

Belgian standards for patient safety in anesthesia

Revision 2019

Voorwoord

- Gezamenlijke tekst van SARB (wetenschappelijke vereniging) en BSAR-APSAR (professionele vereniging)
- Aanpassing aan de huidige manier van werken
- Fluïdum: toekomstige revisies zijn te verwachten
- Klinische context primeert boven richtlijnen: te noteren op anesthesie fiche
- Indien guidelines in standaard niet kunnen gevolgd worden door druk derden in het ziekenhuis: vraag een audit van SARB en BSAR-APSAR

Minimale standaarden en organisatorische vereisten

Algemene principes

- Globaal onveranderde tekst
- Ziekenhuisaccreditering afhankelijk van minimale anesthesie standaarden
- Ziekenhuis beheer moet verpleegkundigen en materiaal verschaffen conform het advies van de dienst anesthesie
- Beheer is verantwoordelijk voor het onderhoud van het materiaal

Organisatie van de dienst

- Onveranderd
- Diensthoofd: verantwoordelijk voor organisatie en coördinatie van de dienstactiviteit
- Erkend anesthesist
- Alle leden bepalen samen het beleid
- Voldoende ruimte om te werken, vergaderruimte en secretariaat

Anesthesiehulp

- Altijd bijstand van opgeleide en getrainde verpleegkundige tijdens inductie en uitleiding
- Eveneens altijd beschikbaar tijdens anesthesie op vraag
- Exclusief en prioritair voor de anesthesist
- Idem buiten het OK

Anesthesiehulp

- Geen enkele medische act wat betreft een geanesthesieerde patiënt kan gedelegeerd aan een derde
- Uitzondering: monitoring van de patiënt: voor een korte periode onder specifieke omstandigheden
- Volgt enkel monitoring, theoretisch geschoold en voldoende praktische ervaring
- Enkel de verantwoordelijke **anesthesist beslist** wie daartoe capabel is
- Verantwoordelijke anesthesist **duidt deze persoon aan en blijft zelf medicolegaal verantwoordelijk voor de patiënt.**

Anesthesiehulp

- Competenties van de anesthesiehulp?
- Cfr MB-AM 26.03.2014 en teksten acta belgica **N**ursing **A**id **S**pecialized in **A**nesthesia-**R**esuscitation (NASAR) en TCV advies (TCV/2019/advies-01)
- Actueel overlap tussen ideale competenties anesthesie-helper en competenties verpleegkundige met beroepstitel perioperatieve verpleegkundige

Anesthesiehulp

- Dringende nood tot opleiden voldoende competente anesthesiehulpers
- Momenteel:
 - verpleegkundigen met theoretische kennis en ervaring in periop care (zonder beroepstitel)
 - verpleegkundigen beroepstitel periop care
 - NASAR

Anesthesiehulp

- Theoretisch: NASAR meest geschikt
- Doel: outcome, mortaliteit, morbiditeit en ligduur verbeteren
- Noodzaak: creatie van beschermde beroepstitel anesthesie verpleegkundige: tijdens de 4 jarige basisopleiding
- Echter: onvoldoende aantallen, en geen adequate financiering
- Ondertussen: optionele cursussen anesthesie nodig tijdens basisopleiding
- Lokale ziekenhuis bijscholingen door anesthesisten

Anesthesiehulp: optimale bekwaamheden

- Preop consultatie: oa: collectie van gegevens, voorgeschiedenis, behandelingen, risicoclassificatie, klinische parameters opnemen, technische onderzoeken verzamelen, info aan patient
- Preanesthesie: medicatie, materiaal check, time out
- Per-anesthesie: anesthesist helpen, interpretatie van monitoring
- Ontwaken: helpen anesthesist, monitoren in PACU, pijnmanaging
- Regionale anesthesie: anesthesist helpen

Anesthesiehulp

- Anesthesist beoordeelt bekwaamheid
- Technicus: ideaal 24/24, 7/7

Algemene uitrusting: minimal standards

- Conform Europese regels
- Cfr lijst tekst
- Dantroleen en Intralip 20%

Monitoring

cfr tekst

Transport van de patiënt

Zo sedatie en beademing:

-alle basismateriaal en monitoring

-infuuspompen

-reanimatie medicatie en materiaal

PACU: minimal standards

zie tekst

Onderhoud van materiaal

- Anesthesietoestellen: om de zes maand
- Monitors: jaarlijks
- Rapport van onderhoud
- Labels op de toestellen
- Diensthoofd anesthesie wordt verwittigd van werken aan distributiesysteem medische gassen , electrisch net en communicatiesystemen

Veiligheidsaanbevelingen voor de praktijk

Organisatie

Globaal onveranderd:

- Inspraak in opstellen operatielijst
- Goede spreiding van het programma
- Nodige tijd voor inductie en uitleiden anesthesie

Preoperatief bezoek

- Preoperatieve evaluatie van de patiënt, nazicht dossier
- Eventueel onmiddellijk preoperatief
- Preop consultatie op voorhand is soms aanbevolen:
 - bvb bij nood tot aanpassing medicatie
 - bvb zo specifieke voorbereiding nodig is
- Vragenlijst kan maar met nazicht door anesthesist , zo nodig consultatie
- Adequate info over anesthesie en risico's, getekende informed consent

Basis controles: cfr WHO

- Time out!
- Medicatie: nazicht labels met verificatieprocedure
- Zo steriele handschoenen: label check!
- Spuiten: label met naam en concentratie
- Medicatie in infuuszakken: label naam, concentratie, datum, uur en naam bereider
- Transfusie: compatibiliteit, noteren check
- Checklist voor start eerste anesthesie
- Check gassen zuurstof vs. lachgas

Intraoperatief bewaken van de patiënt

Except in case of vital emergency, or when assisted by an anesthesiologist in training **an anesthesiologist should never be responsible for more than one ongoing surgical, interventional, or diagnostic procedure.**

Similarly, and at the same conditions, **simultaneous general anesthesia procedures are forbidden.**

Intraoperatief bewaken van de patiënt

From the beginning of the anesthetic procedure to the transfer of the patient to the PACU or the intensive care unit, **an anesthesiologist attends the patient in close vicinity. This attendance is continuous.**

The anesthesiologist continually monitors the patient's condition and tailors anesthesia to the patient's particular needs

Intraoperatief bewaken van de patiënt

The anesthesiologist in charge **may** derogate to this rule and **leave the operating theatre where he/she is providing anesthesia** to a patient in case of:

1. Vital or critical situation outside his/her operating theatre
2. Initiation of a regional anesthesia technique in another patient
3. Supervision of more than one anesthetic procedure performed by an anesthesiologist in training
4. Briefly deal with organizational and occupational responsibilities inherent to his/her clinical duties

Intraoperatief bewaken van de patiënt

The continuous attendance of the patient by the anesthesiologist in charge should be interrupted only when the following conditions are met:

Intraoperatief bewaken van de patiënt

- If time permits, a relay by **a colleague** has to be asked, and is proven to be impossible.
- The anesthetic procedure and intervention are in a **steady stable phase**.
- The interruption is limited to **a brief period** of time.
- The delegation of monitoring the patient's vital functions to **a person designated by the anesthesiologist for that specific period is possible, according to the above-defined safety criteria regarding the competencies of the person** (Part I, Section III). That person will have the obligation to warn the anesthesiologist of any relevant change of the vital functions or of the monitoring data, and **will ensure this task at the exclusion of any other activity**.

Intraoperatief bewaken van de patiënt

- Alarms are **not deactivated** and **their limits** are adequately set up.
- The anesthesiologist remains **in the operating theatre area**, in the **immediate vicinity** of the operating room where he/she was initially attending the patient.
- The anesthesiologist is **always reachable** and, if necessary, capable to **return immediately** to his/her patient.
- **The monitoring and supervision of the patient remains the sole responsibility of the attending anesthesiologist.**

Intraoperatief bewaken van de patiënt

- Indien team van anesthesisten: één is verantwoordelijk
- Indien overdracht patiënt: full info patiënt en anesthesie, met check!
- Klinische monitoring perop:
 - ventilatie
 - circulatie
 - mucosae
 - urinedebiet zo mogelijk
 - chirurgisch veld, oa bloedverlies

Intraoperatief bewaken van de patiënt

- Positionering: gedeelde verantwoordelijkheid anesthesist, chirurg en verpleegkundigen
- Bij herpositioneren: check patiënt en materiaal

Anesthesie en sedatie

- Level 1: awake and oriented.
- Level 2: slightly drowsy, eyes open.
- Level 3: eyes closed, able to follow verbal command promptly.
- Level 4: eyes closed, only aroused by a firm physical stimulation.
- Level 5: eyes closed, not aroused by a firm physical stimulation (= general anesthesia).

Regional anesthesia

Centrale neuraxiale en perifere zenuwbloks: zelfde monitoring als algemene anesthesie

Perifere zenuwbloks kunnen terzelfdertijd bij meer dan één patiënt:
2 scenario's

Regionale anesthesie

scenario 1: blokroom met wachttruimte

één anesthesist doet alle bloks: opeenvolgende bloks onder voorwaarden:

- Monitoring van iedere patiënt tijdens en na blok, verpleegkundige helpt en bewaakt patiënten
- Alle reanimatiemateriaal en medicatie ter plaatse
- In operatiezaal: overname door andere anesthesist
- Geen sedatie in de blokroom-wachtzaal
- Geen enkele patiënt in wachtzaal is onstabiel

Regionale anesthesie

scenario 2: geen uitgeruste blokroom met wachtruimte

Tweede blok opstarten door anesthesist die verantwoordelijk is voor patiënt met perifeer zenuwblok voor chirurgie mag:

- vervanging door collega is onmogelijk
- blok bij eerste patiënt werkt goed
- patiënt is stabiel, chirurgie loopt probleemloos
- monitoring eerste patiënt aan competente anesthesie helper, geen andere activiteit (cfr supra)
- plaats blokzaal: dichtbij, alle materiaal, medicatie en monitoring
- beide patiënten bewaakt
- tweede anesthesist moet beschikbaar zijn om te helpen bij problemen met beide patiënten
- nooit meer dan 2 bloks terzelvertijd, consecutieve chirurgie!

Regionale anesthesie

Algemene anesthesie of centraal neuraxiaal blok in één patiënt
en terzelvertijd

Perifeer zenuwblok plaatsen in andere patiënt mag

Voorwaarden:

- consecutieve chirurgie
- stabiel, geen complicaties
- materiaal, medicatie en ruimte
- delegatie monitoring

Regionale anesthesie

Idem voor plaatsen peridurale catheter bij tweede patiënt:

-zelfde voorwaarden als hierboven

-geen enkele medicatie mag ingespoten in peridurale catheter

Regionale anesthesie

Simultane centrale neuraxiale bloks bij twee verschillende patiënten
mag niet !

Regionale anesthesie

Enkel **de verantwoordelijke anesthesist beslist** over de opportuniteit van het plaatsen een perifeer zenuwblok bij meer dan één patiënt terzelfertijd.

Zij/hij mag zich **niet onder druk** laten zetten door derde partijen.

Neuraxiale analgesie voor arbeid en bevalling

- Aparte categorie
- Aparte lokatie: monitoring baby en moeder
- Reanimatie materiaal en medicatie
- Altijd full uitgeruste zaal voor sectio beschikbaar
- Alvorens nieuw blok of geplande sectio bij tweede patiënte: goed werkend blok zonder maternele of foetale complicaties bij eerste patiënte
- naderhand: monitoring delegatie aan daarvoor getrainde vroedvrouwen.

Supervisie assistenten

- Enkel door erkend anesthesist
- Altijd supervisie aanwezig bij assistent: 24/24, 7/7 (dus ook tijdens wacht)
- Supervisie 1 of meer assistenten: ervaring assistent, complexiteit ingreep, ASA classificatie patiënt
- Supervisie 1 of 2 assistenten, 3 zo gezonde patiënt, ongecompliceerde simpele ingrepen
- Ratio stafleden –assistenten in OK nooit minder dan ½
- Ook supervisie buitenposten

Supervisie assistenten

- Staf lid met supervisie opdracht doet geen andere zaak waar geen assistent is (uitzondering: urgentie)
- Indien wel (bvb tijdens eten of supervisie kort niet vrij): supervisie overdragen aan ander beschikbaar staf lid die enkel supervisie doet.

Supervisie assistenten

- Tot op heden: absoluut verbod eigen zaal plus zaal supervisie:
- Brief aan Onckelinckx dd 22/12/1992 (Chevalier-Thewissen en Rolly)
- Vlaams tijdschrift voor gezondheidsrecht maart-april 1994
- Safety first versie 2002

Supervisie assistenten

- Zo assistent probleem heeft: onmiddellijk beschikbare erkende anesthesist
- Geen supervisie van ver uit elkaar liggende zalen
- Supervisor beslist zelf hoeveel assistenten hij superviseert **zonder externe druk**

PACU

- Alle patiënten, behalve ultrakorte ingrepen bij gezonde patiënt, enkel anesthesist beslist hier over!
- Hoofd PACU = Anesthesist
- PACU idealiter 24/24 , 7/7 beschikbaar
- Supervisie patiënten door goed opgeleide verpleegkundige, exclusief in PACU werkend
- Maximum drie patiënten per verpleegkundige
- Altijd anesthesist zeer snel beschikbaar

PACU

- Ontslagcriteria
- Minimale score op score-tabel
- Verschillend score systeem voor algemeen, centraal neuraxiaal en perifeer blok
- Minimale verblijfsduur op PACU: bepaald door iedere anesthesiedienst (type anesthesie, zwaarte ingreep, type patiënt...)
- Dagchirurgie: geschreven instructies voor patiënt (autorijden, alleen zijn thuis)

Anesthesie verslag

Zie tekst: quasi onveranderd

Quality improvement

- Onverwachte potentieel schadelijke events voor de patiënt worden supplementair gerapporteerd
- Morbidity krans met staf
- Verbeteracties ter preventie
- Anesthesist neemt deel aan post-op follow up,
- Adequate analgesie
- Kan en mag problemen postop behandelen
- Idealiter: postop visite iedere patiënt : nabespreking

Continue bijscholing

- Accreditering sterk aanbevolen
- Fellowships: cfr voordracht Prof Bonhomme

Besluit

- Compromis: inter en intra SARB enerzijds en BSAR-APSAR anderzijds
- Enorme vooruitgang, vooral medicolegaal
- Versie 2002: absoluut verbod om zaal te verlaten, voor welke reden ook, behalve “vital emergency”

Stemming

- JA/ OUI = OK voor versie 2020
- NEEN/ NON: versie 2002 blijft geldig!